Campaña gratuita

JORNADA DE ESTERILIZACION CANINOS Y FELINOS LA GAITANA



PREINSCRIPCION 2 de abril de 2025

Cra 125 B #134-64 Salon Comunal la Gaitana

Desde las 8:00 AM

JORNADA DE ESTERILIZACION

3 de abril de 2025

Cra 125 B # 134-64

De acuerdo a citacion

Tenencia responsable de animales de compañia

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

BOGOTÁ

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

EVIDENCIA DE REUNIÓN

Código: GDI-GFID-F029
Versión: 6
Vigencia: 28 de agosto de 2024
Caso: HOLA: 79185

Objeto de la reunión:	AVANZADA Y DIFUSIÓN, CES IDENTIFICACIÓN.
Fecha:	31-MARZO-2025
Lugar:	GAITANA CRA 125 B #134-64
Dependencia:	
Hora de inicio:	12 pm
Hora de finalización:	6 pm
Nombre del Responsable:	
Modalidad:	Presencial X / Virtual / Telefónica / Mixta

TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS (Jurídico o legal)	NOMBRE IDENTITARIO	ENTIDAD Y DEPENDENCIA	CARGO: ASESOR	CARGO: DIRECTIVO	CARGO: PROFESIONAL	CARGO: TÉCNICO/ TECNÓLOGO	CARGO: AUXILIAR	TIPO DE VINCULACIÓN: CARRERA	TIPO DE VINCULACIÓN: PROVISIONAL	TIPO DE VINCULACIÓN: LIBRE NOMB.	TIPO DE VINCULACIÓN: CONTRATISTA	CORREO ELECTRÓNICO - TELÉFONO DE CONTACTO	FIRMA
	52385516	LINDA JIMENEZ	—	CL PUBA										poramorcooo1@gmail.com	LINDA J.
	1019027454	Mabel Leo	PROTECCIONISTA	PROTECCIONISTA										Mabelilla.88@hotmail.com	Mabel
	1022957103	Carlos Manuel Rico Cruz	Apoyo Territorial	Consorcio Esterilizaciones					X					diuadiaconlasanimales@gmail.com	Carlos Rico
	1019025332	JOHANA TRUJILLO	AUXILIAR TERRITORIAL	CONSORCIO ESTERILIZACIONES					X					agatharose0001@gmail.com	Johana T
	// //	// //	// //	// //										// //	// //
	// //	// //	// //	// //										// //	// //
	// //	// //	// //	// //										// //	// //
	// //	// //	// //	// //										// //	// //
	// //	// //	// //	// //										// //	// //

CONSENTIMIENTO: Quien registra sus datos, conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoce y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Gobierno, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Asimismo, acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser dirigida verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento, para página web es www.gobiernobogota.gov.co y en teléfono de atención 3387000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por el uso indebido de los d personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos. De igual manera entiende que los datos aquí recopilados serán usados para temas misionales, de mantenimiento, publicional y no determinados cuyos para el acceso a la oferta institucional de la Secre Distrital de Gobierno.

* Ver SDC-6002 Manual de Atención Diferencial y Preferencial para personas con discapacidad, disponible en https://gaa.gobiernobogota.gov.co/sistema/cuerpo-compartido-de-gestion-etg

Powered by CamScanner

DESARROLLO Y CONCLUSIONES DE LA REUNIÓN:

31 MARZO 12:00 PM SE INICIA AVANZADA DE DIFUSIÓN DE JORNADA DE ESTERILIZACIÓN SECTOR GAITANA CON LAS PROTECCIONISTAS MABEL NIÑO, LINDA JIMENEZ Y LOS AUXILIARES TERRITORIALES CARLOS POZO Y JOHANA TRUJILLO, SE HACE RECORRIDO POR LOS BARRIOS ALEDAÑOS VILLA MARIA, CAÑIZA, TOSTACA, AURES Y TOSCANA EN EL RECORRIDO SE LOGRAN IDENTIFICAR APROXIMADAMENTE 15 ANIMALES VULNERABLES DE COMUNIDAD RECICLADORA SE FINALIZA LA JORNADE DE DIFUSIÓN E IDENTIFICACION DE ANIMALES VULNERABLES 6PM.

01 ABRIL 1 PM SE INICIA AVANZADA DE DIFUSION Y IDENFICACIÓN DE ANIMALES VULNERABLES CON LOS AUXILIARES TERRITORIALES CARLOS POZO Y JOHANA TRUJILLO DONDE SE IDENTIFICAN 10 ANIMALES EN SITUACIONES DE CALLE, DE COMUNIDAD RECICLADORA Y PARQUEADEROS, FINALIZAMOS LA JORNADA 6PM.

COMPROMISOS DE LA REUNIÓN:

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE ENTREGA

NOTA 1: En caso de no una reunión virtual se puede anexar el reporte de asistencia generado por las plataformas de reuniones o plantillas que poseen dicha opción.
NOTA 2: Agregue o elimine las filas que sean necesarias para registrar los compromisos y las responsables de la reunión.

Powered by CamScanner

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

EVIDENCIA DE REUNIÓN

Código: GDI-GPD-F029
Versión: 6
Vigencia: 21 de agosto de 2024
Caso HOLA: 70103

Objeto de la reunión: JORNADA DE ESTERILIZACION GAITANA
Fecha: 3 ABRIL 2025
Lugar: PLAZOLETA LA GAITANA
Dependencia:
Hora de inicio: 7:15 AM
Hora de finalización: 3:15 PM
Modalidad: ___ Presencial ___ Virtual ___ Telefónica ___ Mixta
Nombre del Responsable:

TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS (Jurídico o legal)	NOMBRE IDENTITARIO	ENTIDAD Y DEPENDENCIA	CARGO: ASESOR	CARGO: DIRECTIVO	CARGO: PROFESIONAL	CARGO: TÉCNICO/ TECNÓLOGO	CARGO: AUXILIAR	TIPO DE VINCULACIÓN: CARRERA	TIPO DE VINCULACIÓN: PROVISIONAL	TIPO DE VINCULACIÓN: LIBRE NOMB.	TIPO DE VINCULACIÓN: CONTRATISTA	CORREO ELECTRÓNICO - TELÉFONO DE CONTACTO	FIRMA
	52'696.142	Monica Velásquez	—	CONSORCIO			X						X	Kinntor@gmail.com	
	7180202	Diego Castellanos		CONSORCIO			X							diegocastellanos b@gmail	
	52487877	Angelica Mendez	—	Consorcio			X						X	3115841122	
	1019025332	Johana Trujillo	—	CONSORCIO					X					—	
	80057853	Jurlesto Dero.	—	CONSORCIO			X							Jupretogmail.com	
	1031120904	ADRIANA ESPINOSA	—	Consorcio									X	—	
	1022757103	Carlos Manuel Roco Cruz		Consorcio Esterilizaciones					X					Cruadriaconlosanimales @gmail.com	Carlos Roco
	1031120904	MARCELA CASTELLANOS		CONSORCIO ESTERILIZACION					4					—	MARCELA C
	1096899B0	Jorge Gutierrez Coronado	—	Aubrent FDLS				X						3150461333	

CONSENTIMIENTO: Quien registra sus datos, conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoce y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Gobierno, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3387000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por el uso indebido de los datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos. De igual manera entiende que los datos aquí consignados serán usados para temas estadísticos, de caracterización poblacional y en determinados casos para el acceso a la oferta institucional de la Secretaría Distrital de Gobierno.

* Ver SAC-M002 Manual de Atención Diferencial y Preferencial para personas con discapacidad, disponible en https://gaia.gobiernobogota.gov.co/content/sistema-integrado-de-gestion-sdg

DESARROLLO Y CONCLUSIONES DE LA REUNIÓN:

SE INICIA JORNADA DE ESTERILIZACION EN LA PLAZOLETA DE LA GAITANA DANDO INICIO CON UNA CHARLA CON LA CIRUJANA A CARGO MONICA VELAZQUEZ DONDE EXPLICA EL PROCEDIMIENTO QUE SE SE REALIZA A CANINOS Y FELINOS, CON SUS RESPECTIVOS RIESGOS Y CUIDADOS, PARA ESTA JORNADA SE CUENTA CON DOS CIRUJANOS INCLUYENDO AL DR. DIEGO CASTELLANOS DURANTE LA JORNADA SE HACEN VARIAS CHARLAS DE SENSIBILIZACION A CARGO DEL MEDICO VETERINARIO JUAN PABLO DUEÑAS, DONDE INFORMA LA IMPORTANCIA DE ESTAS JORNADAS PARA TEMA DE SOBREPOBLACION DE ANIMALES EN LA ZONA, PARA ESTA JORNADA CONTAMOS CON EL EQUIPO DE AUXILIARES TERRITORIALES Y VETERNARIOS COMO APOYO A LA ACTIVIDAD.

SE LOGRAN ESTERILIZAR ENTRE FELINOS Y CANINOS 251 ANIMALES ENTRE POBLACION VULNERABLE, RECPAS Y COMUNIDAD, LOGRANDO TAMBIEN ESTERILIZACIONES A ANIMALES DE MANEJO ESPECIAL, TODOS ESTOS ANIMALES QUEDAN DEBIDAMENTE IDENTIFICADOS CON MICROCHIP

COMPROMISOS DE LA REUNIÓN:

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE ENTREGA

NOTA 1: En caso de ser una reunión virtual se puede anexar el *reporte de asistencia generado por las plataformas de reuniones o plataformas que generen formularios.*
NOTA 2: Agregue o elimine las filas que sean necesarias para registrar los asistentes y los compromisos de la reunión.

Item	Numero de historia clinica	jornada	nombres	apellidos	email	telefono	direccion	Barrio	localidad	estrato	documento identidad	nombre animal	microchip	especie	raza	sexo	peso kg	raza de manejo especial	color	edad	Unidad	Tipo Tenedor	observaciones
1	546	3/04/2025	MARTHA LEONOR	RINCON CAMACHO	3004073124@sincorreo.com	3004073124	KR 140B # 132D 40	GAITANA	Suba	2	51812527	LULU	900255001725957	Canino	Pinscher Miniatura	Hembra	3.5	No	Bicolor (Café - Negro)	9	Meses	comunidad	0
2	547	3/04/2025	LUNA JULIETTE	MONTAÑEZ LEON	3224582404@sincorreo.com	3224582404	CL 139 # 118 83 001	GAITANA	Suba	2	1019004975	MACARENA	900255001725947	Canino	Mestizo	Hembra	14.5	No	Bicolor (Blanco - Negro)	1	Año	comunidad	0
3	548	3/04/2025	MARISOL	GARCIA NUÑEZ	mg56032@gmail.com	3125690378	KR 123B # 132C 24	GAITANA	Suba	2	52340574	VENUS	900255001725955	Canino	Mestizo	Hembra	15	No	Café	2	Años	comunidad	0
4	549	3/04/2025	DIANA YHIZET	REYES	yisethreyes3@gmail.com	3138888156	CL 137 #128B 01 MZ 36 CA71	GAITANA	Suba	2	1014210818	ALASKA	900255001725119	Canino	Husky Siberiano	Hembra	17.5	No	Bicolor (Blanco - Café)	1	Año	comunidad	0
5	550	3/04/2025	BELLANIRE	BARRAGAN RODRIGUEZ	3214108667@sincorreo.com	3214108667	DG 139A BIS # 127A 30 IN 5 APTO 402	GAITANA	Suba	2	39522583	TARA	900255001725111	Canino	Mestizo	Hembra	6	No	Gris	6	Años	comunidad	0
6	551	3/04/2025	MONICA YULIET	TELLEZ SANABRIA	mtellez196488@gmail.com	3157589220	KR 112B # 137A 34 PI 3	GAITANA	Suba	2	1099342379	RAVEN	900255001725944	Canino	Mestizo	Hembra	22.4	No	Café	5	Años	comunidad	0
7	552	3/04/2025	NICOLAS DAVID	SANCHEZ LOPEZ	nicolas9811david@gmail.com	3204589086	CL 143B # 149A 22 PI 3	GAITANA	Suba	2	1233902504	RAMONA	900255001725105	Canino	Cocker Spaniel Inglés	Hembra	9.8	No	Dorado	1	Año	comunidad	0
8	553	3/04/2025	MARIA ELIZABETH	CANTE	3202379630@sincorreo.com	3202379630	CL 138D # 155 19	GAITANA	Suba	2	51591266	BALKA	900255001725116	Canino	Mestizo	Hembra	7.6	No	Negro	1	Año	comunidad	0
9	554	3/04/2025	JOSE ORLANDO	SIERRA ACOSTA	joseorlandosierra2020@gmail.com	3212741620	CL 128 BIS # 123B 35	GAITANA	Suba	2	19305534	PALOMA	900255001725959	Canino	Pinscher Miniatura	Hembra	3.9	No	Bicolor (Blanco - Negro)	1	Año	comunidad	0
10	555	3/04/2025	LUIS ALEJANDRO	SIERRA ROJAS	sierralvis201067@gmail.com	3143999597	KR 124B # 132 74	GAITANA	Suba	2	10277294	CHARLOTTE	900255001732706	Canino	Yorkshire Terrier	Hembra	3	No	Bicolor (Café - Negro)	10	Meses	comunidad	0
11	556	3/04/2025	ALBA LUCIA	GUTIERREZ OCHOA	albalveguti1958@gmail.com	3204655227	KR 124 BIS # 130F 26	GAITANA	Suba	2	24321960	DULCE	900255001732720	Canino	Cocker Spaniel Inglés	Hembra	12.5	No	Dorado	5	Años	comunidad	0
12	557	3/04/2025	FLOR DE MARIA	DIAZ CHAPARRO	3152923191@sincorreo.com	3152923191	KR 160 # 132 38 PI 3	GAITANA	Suba	2	24116060	KATTY	900255001732708	Canino	Mestizo	Hembra	5.2	No	Bicolor (Blanco - Gris)	1	Año	comunidad	0
13	558	3/04/2025	JESUS ANTONIO	TOVAR ARIZA	3102230018@sincorreo.com	3102230018	KR 124C # 135B 27	GAITANA	Suba	2	13950747	MAIKA	900255001725118	Canino	Mestizo	Hembra	16	No	Amarillo	1	Año	comunidad	0
14	559	3/04/2025	YENCY JACCIBE	MATEUS CHAVARRO	yencymateus3@gmail.com	3222548180	CL 145 # 126 02 IN 36 LC 103	GAITANA	Suba	3	1016016845	LULU	990000013803011	Canino	Pug	Hembra	8.5	No	Bicolor (Café - Beige)	1	Año	comunidad	SE LE EXPLICA AL TENEDOR RESPONSABLE SOBRE LOS RIESGOS QUIRURGICOS Y ANESTESICOS DEL ANIMAL, DEBIDO A LA CONDICION DE SU RAZA
15	560	3/04/2025	NADIA PATRICIA	OSPINA SIERRA	3132437527@sincorreo.com	3132437527	CL 130B # 124 62	GAITANA	Suba	2	39721648	MORITA	990000013803002	Canino	Mestizo	Hembra	4.8	No	Blanco	1	Año	comunidad	0
16	561	3/04/2025	MAYER LEIDY	SARMIENTO	3213991864@sincorreo.com	3213991864	KR 151C # 138 75 C0A 01	GAITANA	Suba	2	1019109900	MILU	990000013803013	Canino	Pug	Hembra	6.5	No	Beige	1	Año	comunidad	SE LE EXPLICA AL TENEDOR RESPONSABLE SOBRE LOS RIESGOS ANESTESICOS Y QUIRURGICOS DEL ANIMAL, DEBIDO A LA CONDICION DE SU RAZA
17	562	3/04/2025	JORGE ENRIQUE	RODRIGUEZ PARRA	3143872868@sincorreo.com	3143872868	CL 139C # 114 51 01	GAITANA	Suba	2	19422476	SASHA	990000013803012	Canino	Mestizo	Hembra	29.8	No	Negro	1	Año	comunidad	
18	563	3/04/2025	LAURA VANESSA	PEÑA QUIROGA	laurabmx1998@gmail.com	3208741939	CL 129A # 124 74 APTO 100	GAITANA	Suba	2	1233691916	LISSA	990000013803003	Canino	Shih Tzu	Hembra	5.3	No	Bicolor (Blanco - Negro)	4	Años	comunidad	SE LE EXPLICA AL TENEDOR RESPONSABLE SOBRE LOS RIESGOS QUIRURGICOS Y ANESTESICOS DEL ANIMAL, DEBIDO A LA CONDICION DE SU RAZA
19	564	3/04/2025	DIEGO FERNANDO	HAYURE ROBERTO	dfh_2706@yahoo.es	3228302491	KR 123 # 130C 28 BQ 32 IN 2 APTO 103	GAITANA	Suba	2	80850036	GAMORA	990000013803014	Canino	Mestizo	Hembra	18.8	No	Caramelo	1	Año	comunidad	0
20	565	3/04/2025	MARIA ANGELICA	MAHECHA RAMIREZ	angelica968ramirez@gmail.com	3224829506	CL 130D BIS #124 95 PI 3	GAITANA	Suba	2	1000465968	CANDY	990000013803016	Canino	Mestizo	Hembra	19.2	No	Beige	1	Año	comunidad	0
21	566	3/04/2025	GABRIEL FERNANDO	ACOSTA HERNANDEZ	gabriel_acosta2804@hotmail.com	3118032037	KR 125 # 136A 33	GAITANA	Suba	2	1032411327	CANELA	990000013803008	Canino	Mestizo	Hembra	16.3	No	Café	1	Año	comunidad	0

22	567	3/04/2025	ANA MERCEDES	CUBILLOS BECERRA	cubillosbecerraa@hotmail.com	3165002583	KR 103A # 156C 33	GAITANA	Suba	0	52339437	CHIMO	990000013885405	Canino	Mestizo	Hembra	21.3	No	Bicolor (Amarillo - Negro)	8	Meses	comunidad	0
23	568	3/04/2025	ANA MERCEDES	CUBILLOS BECERRA	cubillosbecerraa@hotmail.com	3165002583	KR 103A # 156C 33	GAITANA	Suba	0	52339437	SAMBA	990000013885402	Canino	Mestizo	Hembra	21.5	No	Amarillo	2	Años	comunidad	0
24	569	3/04/2025	MARIA DE JESUS	GOMEZ GALEANO	3222783707@sincorreo.com	3222783707	CL 132D # 153 64 APTO 200	GAITANA	Suba	2	39781841	BELLA	990000013885420	Canino	French Poodle	Hembra	2.6	No	Blanco	6	Años	comunidad	0
25	570	3/04/2025	MARIA DE JESUS	GOMEZ GALEANO	3222783707@sincorreo.com	3222783707	CL 132D # 153 64 APTO 200	GAITANA	Suba	2	39781841	VAINILLA	990000013803005	Canino	French Poodle	Hembra	4.5	No	Blanco	8	Años	comunidad	SE LE EXPLICA AL TENEDOR RESPONSABLE SOBRE LOS RIESGOS QUIRURGICOS Y ANESTESICOS DEL ANIMAL, DEBIDO A LA CONDICION DE SU RAZA
26	571	3/04/2025	ORLANDO	ROA CARRANZA	oroca59@hotmail.com	3502759567	CL 132B # 138 6 IN 00201	GAITANA	Suba	2	19412538	BATICHICA	990000013885408	Canino	Mestizo	Hembra	4.4	No	Negro	6	Años	comunidad	0
27	572	3/04/2025	LUZ MARY	CAITA FORERO	luka2252@gmail.com	3003145351	CL 134 # 124 4	GAITANA	Suba	2	52929975	NANAMY	990000013796519	Canino	Shih Tzu	Hembra	8.3	No	Beige	4	Años	comunidad	SE LE EXPLICA AL TENEDOR RESPONSABLE SOBRE LOS RIESGOS QUIRURGICOS Y ANESTESICOS DEL ANIMAL, DEBIDO A LA CONDICION DE SU RAZA
28	573	3/04/2025	HECTOR	ARGUELLO BRAVO	hectoar28@gmail.com	3016907005	CL 134A # 101B 04	GAITANA	Suba	3	80191448	HONEY	990000013796512	Canino	Golden Retriever	Hembra	17.4	No	Amarillo	7	Meses	comunidad	0
29	574	3/04/2025	THOMAS JEFREY	RODRIGUEZ OSPINA	gr228987@gmail.com	3027985090	CL 133 # 105C 50	GAITANA	Suba	2	1028481888	LUNA	990000013796504	Canino	Mestizo	Hembra	15	No	Amarillo	1	Año	comunidad	0
30	575	3/04/2025	YOMAIRA	SAMPAYO HERNANDEZ	3118894216@sincorreo.com	3118894216	CL 135 # 126C 16	GAITANA	Suba	2	35535644	NALA	990000013796508	Canino	Mestizo	Hembra	3.7	No	Bicolor (Blanco - Negro)	1	Año	comunidad	0
31	576	3/04/2025	LUZ DARY	MARTINEZ SANCHEZ	3053790314@sincorreo.com	3053790314	KR 159 # 136D 04	GAITANA	Suba	2	35512178	MOLLY	990000013796507	Canino	French Poodle	Hembra	3.3	No	Blanco	1	Año	comunidad	0
32	577	3/04/2025	LUZ DARY	MARTINEZ SANCHEZ	3053790314@sincorreo.com	3053790314	KR 159 # 136D 04	GAITANA	Suba	2	35512178	LUNA	990000013796502	Canino	French Poodle	Hembra	4.7	No	Blanco	3	Años	comunidad	0
33	578	3/04/2025	ALCIRA	PEREZ BELTRAN	3222677828@sincorreo.com	3222677828	KR 140B # 131 10 M0I C 01	GAITANA	Suba	2	41587252	ZOE	990000013796514	Canino	Mestizo	Hembra	5.7	No	Blanco	5	Años	comunidad	0
34	579	3/04/2025	JUAN PABLO	GAMBOA BARBOSA	patis57@hotmail.com	3006148226	KR 103A # 156C 33	GAITANA	Suba	0	1031647378	ABBIE	990000013796315	Canino	Mestizo	Hembra	17.3	No	Bicolor (Blanco - Beige)	1	Año	comunidad	0
35	580	3/04/2025	MARITZA	ORTIZ RAMIREZ	lorent.garcia0811@gmail.com	3203694449	KR 128 # 145 70 IN 7 APTO 626	GAITANA	Suba	3	51623717	LUNA	990000013796314	Canino	Mestizo	Hembra	9.9	No	Bicolor (Amarillo - Blanco)	3	Años	comunidad	0
36	581	3/04/2025	RUTH STELLA	ECHEVERRY HERNANDEZ	stellaecheverry22@gmail.com	3125488827	KR 107B #131A 05	GAITANA	Suba	2	52496138	SIMBA	900255001725950	Canino	Golden Retriever	Macho	29.8	No	Dorado	4	Años	comunidad	0
37	582	3/04/2025	LUNA JULIETTE	MONTAÑEZ LEON	3224582404@sincorreo.com	3224582404	CL 139 # 118 83 001	GAITANA	Suba	2	1019004975	BRUNO	900255001725952	Canino	Mestizo	Macho	15.6	No	Bicolor (Café - Negro)	1	Año	comunidad	0
38	583	3/04/2025	MERCEDES	QUEVEDO CASTRO	3134340485@sincorreo.com	3134340485	KR 124D # 135B 18	GAITANA	Suba	2	20491802	KILLER	900255001725958	Canino	Pitbull	Macho	27	Si	Café	7	Años	comunidad	0
39	584	3/04/2025	LAURA GIMENA	BORDA GIL	gimena73738@gmail.com	3145799410	KR 147A # 142F 39 IN 3 APTO 504	GAITANA	Suba	2	1001218026	ROLLY	900255001725951	Canino	Mestizo	Macho	9	No	Chocolate	4	Años	comunidad	SE LE EXPLICA AL TENEDOR RESPONSABLE SOBRE LOS RIESGOS QUIRURGICOS Y ANESTESICOS DEL ANIMAL, DEBIDO A LA BAJA CONDICION CORPORAL Y A LOS VOMITOS HISTORICOS
40	585	3/04/2025	FLOR HELI	RODRIGUEZ	flor4451@gmail.com	3204130125	KR 140 # 137 23	GAITANA	Suba	2	28723180	KLASS	990000013796518	Canino	Mestizo	Macho	12	No	Café	9	Meses	comunidad	0

41	586	3/04/2025	KEVIN SANTIAGO	GONZALEZ NIETO	santiagogonza4321@gmail.com	3043066860	TV 126F # 133 33	GAITANA	Suba	2	1031648358	HORUS	900255001725953	Canino	Bulldog Francés	Macho	11	No	Café	1	Año	comunidad	SE LE EXPLICA AL TENEDOR RESPONSABLE SOBRE LOS RIESGOS QUIRURGICOS Y ANESTESICOS DEL ANIMAL, DEBIDO A LA CONDICION DE SU RAZA
42	587	3/04/2025	LAURA	ALVAREZ RIOS	3214714529@sincorreo.com	3214714529	KR 107B #132D 09	GAITANA	Suba	2	1032480688	RAYO	900255001725112	Canino	Mestizo	Macho	3	No	Negro	1	Año	comunidad	0
43	588	3/04/2025	ERIC SANTIAGO	SANTACRUZ SEGURA	santiago2020segura@gmail.com	3178928868	CL 152 # 116 21 IN 8 APTO 102	GAITANA	Suba	3	1031808975	ANGEL	900255001732713	Canino	Mestizo	Macho	28	No	Beige	2	Años	comunidad	0
44	589	3/04/2025	DAVID ANDRES	ORTIZ AVILA	davidnocturna@gmail.com	3102566453	KR 128A # 137 47	GAITANA	Suba	2	1018411428	APOLO	900255001732712	Canino	Husky Siberiano	Macho	23.8	No	Bicolor (Blanco - Negro)	2	Años	comunidad	0
45	590	3/04/2025	ANA CECILIA	GOMEZ DE HERNANDEZ	anacegomez22@gmail.com	3203006173	CL 136A # 118 22	GAITANA	Suba	2	20490229	LEO	900255001725114	Canino	Mestizo	Macho	6	No	Amarillo	3	Años	comunidad	0
46	591	3/04/2025	LUIS EDUARDO	SALAS PIRANEQUE	luisep79@gmail.com	3135958437	CL 135A # 150B 31	GAITANA	Suba	2	79688020	MAX	900255001732701	Canino	Mestizo	Macho	15	No	Barcino Oscuro	1	Año	comunidad	0
47	592	3/04/2025	LUIS EDUARDO	SALAS PIRANEQUE	luisep79@gmail.com	3135958437	CL 135A # 150B 31	GAITANA	Suba	2	79688020	TONY	900255001732707	Canino	Mestizo	Macho	18.2	No	Blanco	1	Año	comunidad	0
48	593	3/04/2025	NAIFER JULIETH	GOYES ARAUJO	3108813192@sincorreo.com	3108813192	CL 129C # 124 60	GAITANA	Suba	2	1001086939	BALU	900255001732717	Canino	Mestizo	Macho	8.8	No	Bicolor (Blanco - Café)	2	Años	comunidad	0
49	594	3/04/2025	YUDRAN FARID	MELO MANJARRES	dayiclau2010@hotmail.com	3236203997	KR 149A # 143 12	GAITANA	Suba	2	1221963148	GOLIAT	900255001732711	Canino	Mestizo	Macho	31.6	No	Café	1	Año	comunidad	0
50	595	3/04/2025	IVONNE ADRIANA	ALVAREZ SILVA	ivonneadriana19@gmail.com	3026730089	TV 126F # 133 82 PI 2	GAITANA	Suba	2	1019067356	TOBY	990000013803009	Canino	French Poodle	Macho	2.8	No	Blanco	4	Años	comunidad	0
51	596	3/04/2025	ALFREDO ENRIQUEZ	CAVADIA BALLESTA	alfredocavadia9@gmail.com	3118465347	CL 129A # 97 67 CA 0	GAITANA	Suba	2	1007027780	BRUNO	990000013803018	Canino	Mestizo	Macho	10.4	No	Café	2	Años	comunidad	0
52	597	3/04/2025	ALFREDO ENRIQUEZ	CAVADIA BALLESTA	alfredocavadia9@gmail.com	3118465347	CL 129A # 97 67 CA 0	GAITANA	Suba	2	1007027780	TOMY	990000013803015	Canino	Mestizo	Macho	6.6	No	Café	1	Año	comunidad	0
53	598	3/04/2025	MARIA DE JESUS	GOMEZ GALEANO	3222783707@sincorreo.com	3222783707	CL 132D # 153 64 APTO 200	GAITANA	Suba	2	39781841	MAX	990000013803006	Canino	Pinscher Miniatura	Macho	3.3	No	Café	1	Año	comunidad	0
54	599	3/04/2025	VANESSA	VILLAMIL RODRIGUEZ	3113039485@sincorreo.com	3113039485	CL 130D BIS # 103A 56	GAITANA	Suba	2	52718402	OREO	990000013885413	Canino	Schnauzer Estándar	Macho	6	No	Gris	4	Años	RELPAS	0
55	600	3/04/2025	ORLANDO	ROA CARRANZA	oroca59@hotmail.com	3502759567	CL 132B # 138 6 IN 00201	GAITANA	Suba	2	19412538	BANGO	990000013885409	Canino	Mestizo	Macho	13	No	Café	2	Años	comunidad	0
56	601	3/04/2025	BRIYID TATIANA	CUELLAR NINCO	nincocbritatiana@gmail.com	3178870730	CL 133B # 95D 50 PI 1	GAITANA	Suba	3	1233909485	ZEUS	990000013885411	Canino	Mestizo	Macho	18.5	No	Bicolor (Blanco - Café)	1	Año	comunidad	0
57	602	3/04/2025	KARINA PAOLA	RODRIGUEZ BERONA	3015839974@sincorreo.com	3015839974	CL 133 # 154A 52	GAITANA	Suba	2	1005659721	ROCKY	990000013796517	Canino	Cocker Spaniel Inglés	Macho	13	No	Dorado	1	Año	comunidad	0
58	603	3/04/2025	ROSALBINA	GAMBA VALLEJO	rositagambavallejo2@gmail.com	3142140288	CL 134 # 124 4	GAITANA	Suba	2	52096846	ONIX	990000013796511	Canino	Mestizo	Macho	31	No	Bicolor (Blanco - Negro)	5	Años	comunidad	0
59	604	3/04/2025	ROSARIO	CHAVES PRADA	rosario25chaves@gmail.com	3208819226	KR 140B # 131 10 BOB C 25 01 001	GAITANA	Suba	2	57431307	TERRY	990000013796318	Canino	Pitbull	Macho	28.5	Si	Chocolate	4	Años	comunidad	0
60	605	3/04/2025	EUSEBIO	CAMARGO DIONISIO	3008221790@sincorreo.com	3008221790	CL 138 # 125A 26	GAITANA	Suba	2	19436253	FONTER	990000013796304	Canino	Mestizo	Macho	6.1	No	Blanco	4	Años	comunidad	0
61	606	3/04/2025	KARINA ANDREA	GUARNIZO PERLAZA	kikioro1992@hotmail.com	3125281321	KR 140B # 131 10 MZ H CA 34	GAITANA	Suba	2	1014232519	LIO	990000013796303	Canino	French Poodle	Macho	8.1	No	Blanco	2	Años	comunidad	0
62	607	3/04/2025	KARINA ANDREA	GUARNIZO PERLAZA	kikioro1992@hotmail.com	3125281321	KR 140B # 131 10 MZ H CA 34	GAITANA	Suba	2	1014232519	MILAN	990000013796319	Canino	French Poodle	Macho	8.4	No	Blanco	2	Años	comunidad	0
63	608	3/04/2025	MARITZA	ORTIZ RAMIREZ	lorent.garcia0811@gmail.com	3203694449	TV 127C BIS # 139A 49	GAITANA	Suba	2	51623717	TOKIO	990000013796312	Canino	Mestizo	Macho	13.6	No	Bicolor (Amarillo - Negro)	5	Meses	comunidad	0
64	609	3/04/2025	LUISA FERNANDA	MARTINEZ QUINTERO	lufermaru29@gmail.com	3044485922	CL 130C # 121C 10 BQ 44 IN 3 APTO 403	GAITANA	Suba	2	52433513	RAYAS	900255001725960	Felino	Mestizo	Hembra	3.2	No	Bicolor (Amarillo - Blanco)	1	Año	RELPAS	0
65	610	3/04/2025	FLOR FENI	CARO VEGA	florcarovega@gmail.com	3113053780	CL 136A # 126C 47 PI 3	GAITANA	Suba	2	1075624915	LALA	900255001725941	Felino	Mestizo	Hembra	2.7	No	Negro	6	Meses	comunidad	0
66	611	3/04/2025	ALISSON NATALLY	DIAZ REYES	allison05reyes@yahoo.com	3218277894	CL 136A # 126C 47 03	GAITANA	Suba	2	1000949420	PERLA	900255001725943	Felino	Mestizo	Hembra	2.7	No	Bicolor (Blanco - Crema)	6	Meses	comunidad	0
67	612	3/04/2025	ALISSON NATALLY	DIAZ REYES	allison05reyes@yahoo.com	3218277894	CL 136A # 126C 47 03	GAITANA	Suba	2	1000949420	CELESTE	900255001725942	Felino	Mestizo	Hembra	3.7	No	Bicolor (Atigrado - Blanco)	1	Año	comunidad	0
68	613	3/04/2025	LEADY YUSSED	MANRIQUE MORALES	3104937061@sincorreo.com	3104937061	KR 138B # 143 30 APTO 200	GAITANA	Suba	2	52927118	LUNA	900255001725954	Felino	Mestizo	Hembra	2.3	No	Beige	9	Meses	comunidad	0
69	614	3/04/2025	MARISOL	GARCIA NUÑEZ	mg56032@gmail.com	3125690378	KR 123B # 132C 24	GAITANA	Suba	2	52340574	MISTIC	900255001725946	Felino	Mestizo	Hembra	2.3	No	Carey	8	Meses	comunidad	0
70	615	3/04/2025	ANYELA JULIETH	ALFONSO DAZA	yulialfonsita@gmail.com	3134266858	TV 126F # 133 33	GAITANA	Suba	2	1019039286	MIA	900255001725106	Felino	Persa Americano O Moderno	Hembra	2.3	No	Bicolor (Amarillo - Blanco)	10	Meses	comunidad	SE LE INFORMA AL TENEDOR RESPONSABLE SOBRE LOS RIESGOS ANESTESICOS Y QUIRURGICOS DEL ANIMAL, DEBIDO A LA CONDICION DE SU RAZA

71	616	3/04/2025	LUZ MERCEDES	CASTIBLANCO PULGA	lmcastiblanco0203@gmail.com	3009483983	KR 133 # 132D 14	GAITANA	Suba	2	1014211587	KATTY	900255001725117	Felino	Mestizo	Hembra	3.6	No	Calicó	1	Año	comunidad	0
72	617	3/04/2025	LAURA	ALVAREZ RIOS	3214714529@sincorreo.com	3214714529	CL 133 # 104 64	GAITANA	Suba	2	1032480688	KITTY	900255001725101	Felino	Mestizo	Hembra	2.2	No	Bicolor (Blanco - Negro)	8	Meses	comunidad	0
73	618	3/04/2025	JOSE ORLANDO	SIERRA ACOSTA	joseorlandosierra2020@gmail.com	3212741620	CL 128 BIS # 123B 35	GAITANA	Suba	2	19305534	PANCHA	900255001732714	Felino	Mestizo	Hembra	2.4	No	Bicolor (Café - Beige)	6	Meses	comunidad	0
74	619	3/04/2025	YURI TERESA	MATEUTE MOLINA	3163852821@sincorreo.com	3163852821	KR 158 # 136 17	GAITANA	Suba	2	52356876	PRINCESA	900255001725104	Felino	Mestizo	Hembra	2.2	No	Tigre Gris	2	Años	comunidad	0
75	620	3/04/2025	YINETH	GARZON OYOLA	3245866697@sincorreo.com	3245866697	CL 143B # 141A 22 PI 2	GAITANA	Suba	2	52316729	MIEL	900255001725120	Felino	Mestizo	Hembra	2.3	No	Atigrado	4	Meses	comunidad	0
76	621	3/04/2025	YINETH	GARZON OYOLA	3245866697@sincorreo.com	3245866697	CL 143B # 141A 22 PI 2	GAITANA	Suba	2	52316729	VALKIRIA	900255001725109	Felino	Mestizo	Hembra	2.5	No	Bicolor (Blanco - Negro)	1	Año	comunidad	0
77	622	3/04/2025	JOHAN SEBASTIAN	MACIAS MARTINEZ	jonsebas20@gmail.com	3187520297	CL 137A # 108 6 00102	GAITANA	Suba	2	1019061412	LAIYA	900255001732716	Felino	Mestizo	Hembra	3.3	No	Negro	7	Meses	comunidad	0
78	623	3/04/2025	JOHAN SEBASTIAN	MACIAS MARTINEZ	jonsebas20@gmail.com	3187520297	CL 137A # 108 6 00102	GAITANA	Suba	2	1019061412	ARIA	900255001725107	Felino	Mestizo	Hembra	3.2	No	Tricolor (Negro - Blanco - Amarillo)	7	Meses	comunidad	0
79	624	3/04/2025	LINDA AURA	JIMENEZ NIÑO	poramorasacha@gmail.com	3118147028	CL 138B # 125A 32	GAITANA	Suba	2	52395516	JULIETA	990000013803019	Felino	Mestizo	Hembra	2.8	No	Atigrado	2	Años	RELPAS	0
80	625	3/04/2025	JEIMMY MIREYA	TRUJILLO GARCIA	3123393479@sincorreo.com	3123393479	CL 136A # 126A 46	GAITANA	Suba	2	1026260656	MILAGROS	990000013803007	Felino	Mestizo	Hembra	3.2	No	Atigrado	2	Años	comunidad	0
81	626	3/04/2025	GIOVANNA	MELENDEZ SANCHEZ	giovamelendita@gmail.com	3186283696	CL 143 # 126 02 IN 36 LC 103	GAITANA	Suba	3	52356278	FREYA	990000013885404	Felino	Mestizo	Hembra	2.7	No	Carey	11	Meses	comunidad	0
82	627	3/04/2025	JAMIE CAROLINA	RODRIGUEZ BARAZETA	kto.bzeta@gmail.com	3014031424	CL 133 # 152 36	GAITANA	Suba	2	1014185399	KIKYO	990000013885419	Felino	Mestizo	Hembra	2.6	No	Tricolor (Negro - Blanco - Amarillo)	8	Meses	comunidad	0
83	628	3/04/2025	DIEGO FERNANDO	ANGEL TIERRADENTRO	diegofat4@gmail.com	3225171722	CL 135B # 108 34 00404	GAITANA	Suba	2	1080180204	MIA	990000013885417	Felino	Mestizo	Hembra	2.6	No	Bicolor (Atigrado - Blanco)	1	Año	comunidad	0
84	629	3/04/2025	MILENA	CASTAÑEDA FONSECA	alison040312@hotmail.com	3127187030	CL 132A # 152 41 01 001	GAITANA	Suba	2	1016014548	ESTRELLA	990000013885414	Felino	Mestizo	Hembra	2.9	No	Bicolor (Blanco - Negro)	2	Años	comunidad	0
85	630	3/04/2025	DAYANNA LEONOR	MARTINEZ MARTINEZ	dayannam11@gmail.com	3208020812	TV 124A # 131 23 PI 2	GAITANA	Suba	2	52393122	DENIS	990000013803010	Felino	Mestizo	Hembra	2.7	No	Atigrado	8	Meses	comunidad	0
86	631	3/04/2025	ANGELA YIRIEI	HERRERA GARCIA	angieh4@gmail.com	3054540182	DG 139A BIS # 127A 30 IN 4 APTO 104	GAITANA	Suba	2	1032424575	MONA	990000013885412	Felino	Mestizo	Hembra	2.4	No	Amarillo	8	Meses	comunidad	0
87	632	3/04/2025	BLANCA ALICIA	PEDROZA GUERRA	3102473483@sincorreo.com	3102473483	KR 101C # 139 94	GAITANA	Suba	2	21016362	ESTRELLA	990000013885418	Felino	Mestizo	Hembra	3.3	No	Atigrado	7	Meses	comunidad	0
88	633	3/04/2025	VALENTINA	MORENO GONZALEZ	valentinamorenog27@gmail.com	3147386615	CL 132A # 131 20 PI 2	GAITANA	Suba	2	1233902749	BELLA	990000013885401	Felino	Mestizo	Hembra	2.7	No	Tricolor (Negro - Blanco - Amarillo)	1	Año	comunidad	0
89	634	3/04/2025	LUZ MARY	CAITA FORERO	luka2252@gmail.com	3003145351	CL 134 # 124 4	GAITANA	Suba	2	52929975	MILU	990000013796513	Felino	Mestizo	Hembra	2.7	No	Atigrado	8	Meses	comunidad	0
90	635	3/04/2025	FLOR HELI	RODRIGUEZ	flor4451@gmail.com	3204130125	CL 137A # 129 40 001	GAITANA	Suba	2	28723180	NUBE	990000013796515	Felino	Mestizo	Hembra	2.7	No	Blanco	4	Años	comunidad	0
91	636	3/04/2025	HECTOR	ARGUELLO BRAVO	hectoar28@gmail.com	3016907005	CL 131C # 126 82 IN 10 APTO 202	GAITANA	Suba	2	80191448	EVEE	990000013796509	Felino	Mestizo	Hembra	3.7	No	Bicolor (Blanco - Negro)	1	Año	comunidad	0
92	637	3/04/2025	MERCEDES ANDREINA ARCANGEL	MORILLO HENRRIQUEZ	lamadridmercedes02@gmail.com	3232347039	KR 123 # 131 61 B 07 00303	GAITANA	Suba	2	804866	NALA	990000013885415	Felino	Mestizo	Hembra	3.1	No	Bicolor (Amarillo - Blanco)	9	Meses	comunidad	0
93	638	3/04/2025	LUIS EDUARDO	JULIO RODRIGUEZ	luiedv56@hotmail.com	3046323080	KR 103B # 133 45	GAITANA	Suba	3	19357104	NIEVE	990000013796510	Felino	Mestizo	Hembra	3.1	No	Bicolor (Blanco - Negro)	7	Meses	comunidad	0
94	639	3/04/2025	MARIA ANDREA	SIERRA AGUILAR	3115906683@sincorreo.com	3115906683	CL 138A # 113 64 001	GAITANA	Suba	2	39780269	LOLA	990000013796505	Felino	Mestizo	Hembra	3.4	No	Tricolor (Marrón - Blanco - Amarillo)	10	Meses	comunidad	0
95	640	3/04/2025	MARIA ANDREA	SIERRA AGUILAR	3115906683@sincorreo.com	3115906683	CL 138A # 113 64 001	GAITANA	Suba	2	39780269	JUANA	990000013796501	Felino	Mestizo	Hembra	4.2	No	Amarillo	10	Meses	comunidad	0
96	641	3/04/2025	MARIA CAMILA	GONZALEZ FONSECA	mariacamilagonzales30@gmail.com	3052949095	CL 135 # 126F 16	GAITANA	Suba	2	1000944587	MIA	990000013796307	Felino	Mestizo	Hembra	2.6	No	Bicolor (Blanco - Gris)	6	Meses	comunidad	0
97	642	3/04/2025	ANDRES SEBASTIAN	CERQUERA CHALA	3134881736@sincorreo.com	3134881736	KR 139 # 132 49 00101	GAITANA	Suba	2	1019118158	BELLA	990000013796302	Felino	Mestizo	Hembra	3.1	No	Bicolor (Blanco - Negro)	1	Año	comunidad	0
98	643	3/04/2025	LISBETH KARINE	BONILLA RANGEL	karineeeee0000@gmail.com	3229799105	KR 145 # 150 64 TO 3 APTO 221	GAITANA	Suba	3	1005482918	BELLA	990000013796317	Felino	Mestizo	Hembra	3.2	No	Bicolor (Atigrado - Blanco)	10	Meses	comunidad	0
99	644	3/04/2025	EUSEBIO	CAMARGO DIONISIO	3008221790@sincorreo.com	3008221790	CL 138 # 125A 26	GAITANA	Suba	2	19436253	FUEGO	990000013796320	Felino	Mestizo	Hembra	2.6	No	Atigrado	2	Años	comunidad	0
100	645	3/04/2025	LAURA VALENTINA	PUENTES GARCIA	valentinapuentes0811@gmail.com	3058800517	KR 128 # 145 70 108 107 00626	GAITANA	Suba	3	1193563313	MINKI	990000013796306	Felino	Mestizo	Hembra	3.3	No	Carey	4	Años	comunidad	0
101	646	3/04/2025	YISED ANGELICA	HERRERA NIÑO	herreraangelica88@gmail.com	3115606854	CL 137 BIS # 126A 40	GAITANA	Suba	2	1032449750	BURBUJA	990000013796313	Felino	Mestizo	Hembra	3.2	No	Tricolor (Marrón - Blanco - Amarillo)	1	Año	comunidad	0
102	647	3/04/2025	GLADYS	QUEVEDO SUSUNAGA	susita426@gmail.com	3042917932	KR 92 # 130 59 PI 1	GAITANA	Suba	2	26431401	ERA	990000013796311	Felino	Mestizo	Hembra	2.8	No	Atigrado	1	Año	comunidad	0
103	648	3/04/2025	GLADYS	QUEVEDO SUSUNAGA	susita426@gmail.com	3042917932	KR 92 # 130 59 PI 1	GAITANA	Suba	2	26431401	BEKY	990000013796310	Felino	Mestizo	Hembra	3.1	No	Calicó	1	Año	comunidad	0
104	649	3/04/2025	LUISA FERNANDA	MARTINEZ QUINTERO	lufermaru29@gmail.com	3044485922	CL 130C # 121C 10 BQ 44 IN 3 APTO 403	GAITANA	Suba	2	52433513	INUYASHA	900255001725956	Felino	Mestizo	Macho	3.7	No	Amarillo	2	Años	RELPAS	0
105	650	3/04/2025	EDWARD ANDRES	GONZALEZ DAZA	anzeigeareativos@gmail.com	3195708317	TV 126F # 133 33	GAITANA	Suba	2	1019011195	ORION	900255001725948	Felino	Mestizo	Macho	3	No	Bicolor (Blanco - Negro)	1	Año	comunidad	0
106	651	3/04/2025	LAURA GIMENA	BORDA GIL	gimena73738@gmail.com	3145799410	KR 147A # 142F 39 IN 3 APTO 504	GAITANA	Suba	2	1001218026	BIGOTES	900255001725945	Felino	Mestizo	Macho	3.7	No	Bicolor (Blanco - Negro)	1	Año	comunidad	0

107	652	3/04/2025	MARIA ELENA	TORO URIBE	3217807198@sincorreo.com	3217807198	CL 132 # 151A 87	GAITANA	Suba	2	25213758	NALO	900255001725102	Felino	Mestizo	Macho	2.5	No	Bicolor (Blanco - Negro)	5	Meses	comunidad	0
108	653	3/04/2025	DIANA YHIZET	REYES	yisethreyes3@gmail.com	3138888156	CL 137 #128B 01 MZ 36 CA71	GAITANA	Suba	2	1014210818	GOMELO	900255001725115	Felino	Siamés	Macho	4	No	Bicolor (Café - Beige)	2	Años	comunidad	0
109	654	3/04/2025	MONICA YULIET	TELLEZ SANABRIA	mtellez196488@gmail.com	3157589220	KR 112B # 137A 34 PI 3	GAITANA	Suba	2	1099342379	ZEUS	900255001725113	Felino	Mestizo	Macho	3	No	Bicolor (Blanco - Negro)	2	Años	comunidad	0
110	655	3/04/2025	GLORIA HERMITA	NEGRO POVEDA	glorianegro1@hotmail.com	3208434306	CL 133 # 140 28 BQ 48A APTO 102	GAITANA	Suba	2	38255785	MICHI	900255001725110	Felino	Mestizo	Macho	4.6	No	Bicolor (Blanco - Negro)	2	Años	comunidad	0
111	656	3/04/2025	JORGE ALBERTO	SIERRA ACOSTA	jorgealbertosierra@hotmail.com	3216061935	CL 128 BIS # 123B 35	GAITANA	Suba	2	19470691	RAYO BLACK	900255001725103	Felino	Mestizo	Macho	3.3	No	Negro	6	Meses	comunidad	0
112	657	3/04/2025	ROSA MERCEDES	OLAYA CASTILLO	majojois@gmail.com	3188652775	CL 139B # 118 09	GAITANA	Suba	2	39535948	TRIGO	900255001725949	Felino	Mestizo	Macho	3.2	No	Tigre Anaranjado	6	Meses	comunidad	0
113	658	3/04/2025	ASTRID	POSADA RODRIGUEZ	astridposada769@gmail.com	3197165191	CL 139 BIS # 118 68	GAITANA	Suba	2	51934280	MANGO	900255001725108	Felino	Mestizo	Macho	4.6	No	Amarillo	8	Meses	comunidad	0
114	659	3/04/2025	ALBA LUCIA	GUTIERREZ OCHOA	albalveguti1958@gmail.com	3204655227	KR 124 BIS # 130F 26	GAITANA	Suba	2	24321960	MILO	900255001732710	Felino	Mestizo	Macho	4	No	Amarillo	1	Año	comunidad	0
115	660	3/04/2025	LINDA AURA	JIMENEZ NIÑO	poramorasacha@gmail.com	3118147028	CL 138B # 125A 32	GAITANA	Suba	2	52395516	QUESO	990000013803004	Felino	Mestizo	Macho	5.4	No	Tigre	5	Años	RELPAS	0
116	661	3/04/2025	CESAR FELIPE	BAQUERO VEGA	samilvis0316@gmail.com	3219994836	CL 132A # 130 14 03	GAITANA	Suba	2	1066176741	YASPER	990000013803001	Felino	Mestizo	Macho	4	No	Pardo	1	Año	comunidad	0
117	662	3/04/2025	CARLOS ANDRES	BELTRAN URREGO	3028401614@sincorreo.com	3028401614	CL 131 # 154 46 PI 2	GAITANA	Suba	2	79872637	MARTIN	990000013803020	Felino	Mestizo	Macho	3.8	No	Bicolor (Blanco - Gris)	3	Años	comunidad	0
118	663	3/04/2025	LILIANA	VEGA MENESES	lilianavegameneses24@gmail.com	3203113885	CL 143 # 127F 6 I 12 00301	GAITANA	Suba	3	52358345	CALCIFER	990000013885416	Felino	Mestizo	Macho	4.6	No	Tigre Anaranjado	3	Años	comunidad	0
119	664	3/04/2025	GIOVANNA	MELENDEZ SANCHEZ	giovamelendita@gmail.com	3186283696	CL 143 # 126 02 IN 36 LC 103	GAITANA	Suba	3	52356278	ONIX	990000013885406	Felino	Mestizo	Macho	4.1	No	Bicolor (Amarillo - Blanco)	9	Meses	comunidad	0
120	665	3/04/2025	JAMIE CAROLINA	RODRIGUEZ BARAZETA	kto.bzeta@gmail.com	3014031424	CL 133 # 152 36	GAITANA	Suba	2	1014185399	TOM	990000013885407	Felino	Mestizo	Macho	5.2	No	Bicolor (Blanco - Negro)	1	Año	comunidad	0
121	666	3/04/2025	MARGARITA	IBAÑEZ GUARIN	3132114435@sincorreo.com	3132114435	CL 132B # 109A 47 03 001	GAITANA	Suba	2	28934430	MISIU	990000013803017	Felino	Mestizo	Macho	4	No	Bicolor (Blanco - Gris)	3	Años	comunidad	0
122	667	3/04/2025	DAYAN XIMENA	HERNANDEZ GOYENECHE	dayis.hernandez@outlook.es	3006707950	CL 137A # 129 67	GAITANA	Suba	2	1019029517	BIGOTES	990000013885403	Felino	Mestizo	Macho	4	No	Bicolor (Blanco - Negro)	2	Años	comunidad	0
123	668	3/04/2025	VALENTINA	MORENO GONZALEZ	valentinamorenog27@gmail.com	3147386615	CL 132A # 131 20 PI 2	GAITANA	Suba	2	1233902749	MAX	990000013796506	Felino	Mestizo	Macho	3.7	No	Bicolor (Blanco - Gris)	1	Año	comunidad	0
124	669	3/04/2025	DURLANDY IRENE	SERRATO GARCIA	durly9981@gmail.com	3103137148	DG 146 # 128 53 162 001	GAITANA	Suba	3	20701388	TULIO	990000013796516	Felino	Mestizo	Macho	2.5	No	Beige	8	Meses	comunidad	0
125	670	3/04/2025	MERCEDES ANDREINA ARCANGEL	MORILLO HENRRIQUEZ	lamadridmercedes02@gmail.com	3232347039	KR 123 # 131 61 B 07 00303	GAITANA	Suba	2	804866	SHUY	990000013796520	Felino	Mestizo	Macho	4.4	No	Atigrado	1	Año	comunidad	0
126	671	3/04/2025	JORGE	RODRIGUEZ ESPINOSA	jorgerodriguezespinosa979@gmail.com	3224508234	KR 129 # 129B 73	GAITANA	Suba	2	19223326	BARUK	990000013796503	Felino	Mestizo	Macho	4.2	No	Amarillo	2	Años	comunidad	0
127	672	3/04/2025	ERIKA SANDRITH	USCATEGUI SIERRA	erikaustateguisierra@hotmail.com	3138838101	KR 145 # 150 64 TO 3 APTO 221	GAITANA	Suba	3	1019149865	DRACO	990000013796308	Felino	Mestizo	Macho	3.4	No	Bicolor (Amarillo - Blanco)	11	Meses	comunidad	0
128	673	3/04/2025	LADY CATERINE	RESTREPO AVILA	cate.restrepo97@gmail.com	3057124286	KR 104F # 128D 15	GAITANA	Suba	2	1032490614	PATACON	990000013796309	Felino	Mestizo	Macho	3.4	No	Tigre Anaranjado	6	Meses	comunidad	0
129	674	3/04/2025	LADY CATERINE	RESTREPO AVILA	cate.restrepo97@gmail.com	3057124286	KR 104F # 128D 15	GAITANA	Suba	2	1032490614	MANGUITO	990000013796316	Felino	Mestizo	Macho	3.4	No	Tigre Anaranjado	6	Meses	comunidad	0
130	675	3/04/2025	MARIA RUTH	CARDENAS BARRERA	mc015968@gmail.com	3132694487	TV 126F # 133 51	GAITANA	Suba	2	35511955	MICHI	990000013796301	Felino	Mestizo	Macho	3.8	No	Tigre Anaranjado	6	Meses	comunidad	0
131	676	3/04/2025	RICARDO ARTURO	CARDOZO DIAZ	3222068684@sincorreo.com	3222068684	KR 147B BIS # 139 31 MZ 3 BQ 13	GAITANA	Suba	2	79868429	FLACA	900255001725013	Canino	Mestizo	Hembra	7	No	Blanco	4	Años	CES	0
132	677	3/04/2025	SANDRA CONSUELO	YOPASA CAMPOS	yopasacampos@gmail.com	3105860893	KR 109A # 133A 09	GAITANA	Suba	2	52344959	DULCE	900255001732376	Canino	French Poodle	Hembra	7	No	Blanco	2	Años	CES	0
133	678	3/04/2025	LUISA FERNANDA	OCHOA MENDIETA	3202115576@sincorreo.com	3202115576	TV 127C BIS # 139A 66 01 01	GAITANA	Suba	2	1032477371	HANNA	900255001732363	Canino	Pitbull	Hembra	14	Si	Café	3	Años	CES	0
134	679	3/04/2025	YINETH	MONTILLA	yinet.123@gmail.com	3015663313	CL 139F # 129 21	GAITANA	Suba	2	51898774	MONITA	900255001732366	Canino	Pitbull	Hembra	22.2	Si	Bicolor (Amarillo - Blanco)	3	Años	CES	0
135	680	3/04/2025	SANDRA MILENA	GIL ORTIZ	sandramilenaortiz587@gmail.com	3124925528	KR 97C # 157A 72	GAITANA	Suba	2	52701781	MOLY	990000013885351	Canino	Bulldog Francés	Hembra	11	No	Bicolor (Blanco - Negro)	2	Años	RELPAS	0
136	681	3/04/2025	JOSE RAUL	PARRA MUÑOZ	3138417987@sincorreo.com	3138417987	KR 109A # 133A 31	GAITANA	Suba	2	79050302	MUÑECA	990000013885345	Canino	Mestizo	Hembra	35.6	No	Bicolor (Amarillo - Negro)	5	Años	CES	0
137	682	3/04/2025	DIANA MILENA	CONTRERAS TORRES	3222719293@sincorreo.com	3222719293	CL 128C # 93B 54 02	GAITANA	Suba	2	52962046	SIRI	990000013884978	Canino	Mestizo	Hembra	22.4	No	Bicolor (Blanco - Barcino)	2	Años	CES	0
138	683	3/04/2025	JOSE MIGUEL	BRICEÑO GOMEZ	3206518134@sincorreo.com	3206518134	CL 130A # 124 52	GAITANA	Suba	2	19063393	CANELA	990000013796887	Canino	Shih Tzu	Hembra	5.9	No	Bicolor (Marrón - Blanco)	5	Años	comunidad	0
139	684	3/04/2025	MARTHA LUCIA	GONZALEZ QUECAN	martica_145@hotmail.com	3125822455	CL 143B # 143 07	GAITANA	Suba	2	52145370	ABBY	990000013796883	Canino	Cocker Spaniel Inglés	Hembra	11.3	No	Canela Claro	6	Años	comunidad	0
140	685	3/04/2025	MARTHA LUCIA	GONZALEZ QUECAN	martica_145@hotmail.com	3125822455	CL 143B # 143 07	GAITANA	Suba	2	52145370	KIRA	990000013796884	Canino	Pitbull	Hembra	26.8	Si	Bicolor (Blanco - Negro)	5	Años	comunidad	0
141	686	3/04/2025	ESAU	TORRES AVILA	3143391543@sincorreo.com	3143391543	CL 132B # 110A 54	GAITANA	Suba	2	5888363	NEGRA	990000013885344	Canino	Mestizo	Hembra	22.3	No	Negro	2	Años	CES	0
142	687	3/04/2025	NICOLLE VANESSA	HERRERA BOHORQUEZ	nicolillausb2014@gmail.com	3223357643	KR 107B # 131B 69	GAITANA	Suba	2	1233888578	PATTY	990000013885354	Canino	Mestizo	Hembra	6.7	No	Bicolor (Crema - Negro)	5	Meses	CES	0

143	688	3/04/2025	INES	GALLO SALAZAR	3118389660@sincorreo.com	3118389660	DG 147 # 141A 42 BQ C IN 33	GAITANA	Suba	2	24867246	SILKA	990000013803904	Canino	Pitbull	Hembra	12.7	Si	Gris	6	Meses	comunidad	0
144	689	3/04/2025	MARIA ALCIRA	BAYONA GARCIA	alciragarcia1579@gmail.com	3204434119	KR 150D # 143B 59	GAITANA	Suba	2	52395237	ESTRELLA	990000013803905	Canino	French Poodle	Hembra	5.2	No	Blanco	1	Año	comunidad	0
145	690	3/04/2025	YEIMY ANDREA	TUTA CLAVIJO	tutaclavijo@gmail.com	3227983957	CL 164 # 95 19	GAITANA	Suba	2	52395713	MARA	990000013803903	Canino	Pitbull	Hembra	25	Si	Bicolor (Blanco - Negro)	3	Años	CES	0
146	691	3/04/2025	YEIMY ANDREA	TUTA CLAVIJO	tutaclavijo@gmail.com	3227983957	CL 164 # 95 19	GAITANA	Suba	2	52395713	NALA	990000013803902	Canino	Cruce Pitbull	Hembra	17.6	Si	Bicolor (Blanco - Café)	1	Año	CES	0
147	692	3/04/2025	LEIDY PAOLA	BELTRAN SERRANO	paola.beltran@outlook.com	3115025677	KR 136 # 132A 78	GAITANA	Suba	2	1010174894	AKIRA	990000013884965	Canino	Siberian Husky	Hembra	21	No	Bicolor (Blanco - Negro)	5	Años	comunidad	0
148	693	3/04/2025	ELVIA MARIA	BAEZ PICO	baezpicomari@gmail.com	3208607149	CL 138 # 125A 15 PI 2	GAITANA	Suba	2	1052389551	SACHA	990000013884815	Canino	Mestizo	Hembra	4.3	No	Bicolor (Beige - Negro)	5	Años	comunidad	0
149	694	3/04/2025	ELVIA MARIA	BAEZ PICO	baezpicomari@gmail.com	3208607149	CL 138 # 125A 15 PI 2	GAITANA	Suba	2	1052389551	CANELA	990000013884806	Canino	Mestizo	Hembra	5.4	No	Canela	5	Años	comunidad	0
150	695	3/04/2025	RICARDO ARTURO	CARDOZO DIAZ	3222068684@sincorreo.com	3222068684	KR 147B BIS # 139 31 MZ 3 BQ 13	GAITANA	Suba	2	79868429	PITER	900255001732371	Canino	Cruce Pitbull	Macho	24	Si	Bicolor (Blanco - Café)	2	Años	CES	0
151	696	3/04/2025	RICARDO ARTURO	CARDOZO DIAZ	3222068684@sincorreo.com	3222068684	KR 147B BIS # 139 31 MZ 3 BQ 13	GAITANA	Suba	2	79868429	NIÑO	900255001725015	Canino	Mestizo	Macho	13	No	Crema	2	Años	CES	0
152	697	3/04/2025	SANDRA CONSUELO	YOPASA CAMPOS	yopasacampos@gmail.com	3105860893	KR 109A # 133A 09	GAITANA	Suba	2	52344959	TAIZON	900255001732370	Canino	Cruce Pitbull	Macho	26	Si	Canela	2	Años	CES	0
153	698	3/04/2025	SANDRA CONSUELO	YOPASA CAMPOS	yopasacampos@gmail.com	3105860893	KR 109A # 133A 09	GAITANA	Suba	2	52344959	LEONIDAS	900255001732361	Canino	Mestizo	Macho	7.2	No	Bicolor (Blanco - Gris)	1	Año	CES	0
154	699	3/04/2025	RODRIGO	DONCEL VARON	rodrigodoncel36@gmail.com	3104830044	CL 136 BIS # 126A 47	GAITANA	Suba	2	79940287	ZEUS	900255001725019	Canino	Pitbull	Macho	30	No	Bicolor (Amarillo - Blanco)	3	Años	CES	0
155	700	3/04/2025	JOSE RAUL	PARRA MUÑOZ	3138417987@sincorreo.com	3138417987	KR 109A # 133A 31	GAITANA	Suba	2	79050302	LEONIDAS	990000013885358	Canino	Mestizo	Macho	37	No	Bicolor (Amarillo - Negro)	2	Años	CES	0
156	701	3/04/2025	RICARDO ARTURO	CARDOZO DIAZ	3222068684@sincorreo.com	3222068684	KR 147B BIS # 139 31 MZ 3 BQ 13	GAITANA	Suba	2	79868429	NOHA	990000013885360	Canino	Mestizo	Macho	8	No	Amarillo	8	Meses	CES	0
157	702	3/04/2025	KELI ALISMEY	MAHECHA CAÑON	kelimahecha11@gmail.com	3144899291	KR 114 # 139B 6	GAITANA	Suba	2	52834184	MAX	990000013803910	Canino	Mestizo	Macho	29	No	Bicolor (Blanco - Negro)	2	Años	comunidad	0
158	703	3/04/2025	JOSE IGNACIO	SANCHEZ	3143722798@sincorreo.com	3143722798	CL 140 # 118 52	GAITANA	Suba	2	19059581	ROKO	990000013803911	Canino	Mestizo	Macho	13.3	No	Bicolor (Amarillo - Blanco)	4	Años	comunidad	0
159	704	3/04/2025	CARMEN CELINA	OVEJERO	celinaortiz098@gmail.com	3127202232	CL 138 # 150B 04 P 2	GAITANA	Suba	2	39548961	TOMMY	990000013803912	Canino	Mestizo	Macho	6.4	No	Amarillo	2	Años	comunidad	0
160	705	3/04/2025	MARIA CAMILA	GOMEZ NUMPAQUE	kamil11@hotamil.com	3115452635	TV 127D BIS # 139A 94	GAITANA	Suba	2	1233890502	NACHO	990000013884977	Canino	Mestizo	Macho	13.2	No	Rojo Blanco	3	Años	comunidad	0
161	706	3/04/2025	GERALDINE	RODERO GARZON	sarav1808@gmail.com	3158351607	KR 151A # 135 03	GAITANA	Suba	2	1015456082	TOBY	990000013796881	Canino	Mestizo	Macho	21.4	No	Bicolor (Amarillo - Negro)	4	Años	comunidad	0
162	707	3/04/2025	NORMA CONSTANZA	MARTINEZ PAEZ	3006310415@sincorreo.com	3006310415	KR 127D # 142C 42	GAITANA	Suba	2	52094018	DOKY	990000013885348	Canino	Pitbull	Macho	28	Si	Bicolor (Blanco - Negro)	5	Años	comunidad	0
163	708	3/04/2025	MAIRE ALEJANDRA	CENTENO BUITRAGO	3227094348@sincorreo.com	3227094348	KR 125 # 132D 4	GAITANA	Suba	2	36297245	ZEUS	990000013885350	Canino	Mestizo	Macho	18.8	No	Bicolor (Café - Negro)	6	Meses	comunidad	0
164	709	3/04/2025	SANDRA CONSUELO	YOPASA CAMPOS	yopasacampos@gmail.com	3105860893	KR 109A # 133A 09	GAITANA	Suba	2	52344959	GOOFY	990000013803920	Canino	Mestizo	Macho	10.6	No	Crema	2	Años	CES	0
165	710	3/04/2025	YERALDIN YELITZA	SANCHEZ MIRABAL	3193769946@sincorreo.com	3193769946	CL 132C # 124D 21	GAITANA	Suba	2	52420240	MAILON	990000013803906	Canino	Mestizo	Macho	9.7	No	Blanco	8	Meses	comunidad	0
166	711	3/04/2025	LINA MARCELA	LOPEZ GUEVARA	linalopez.1725@hotmail.com	3236980712	KR 124 # 128C 24 P 2	GAITANA	Suba	2	1015436884	TERRY	990000013884810	Canino	Pinscher Miniatura	Macho	2.2	No	Amarillo	6	Años	comunidad	0
167	712	3/04/2025	ASTRID YURANNY	CORONEL	yurannycoronel04@gmail.com	3023983536	CL 131C # 126 72 C58 01	GAITANA	Suba	2	1000464287	POLO	990000013884803	Canino	Cruce Pitbull	Macho	24	Si	Bicolor (Amarillo - Blanco)	1	Año	comunidad	0
168	713	3/04/2025	PATRICIA	LOPEZ FAJARDO	3202875862@sincorreo.com	3202875862	KR 124 # 128B 10 P3	GAITANA	Suba	2	37625526	OREO	990000013884812	Canino	Mestizo	Macho	18.5	No	Negro	5	Años	comunidad	0
169	714	3/04/2025	LEIDI JOHANA	RAMIREZ CASTAÑEDA	leimahen@gmail.com	3057537325	CL 128A # 122C 28	GAITANA	Suba	2	52812359	FRIDA	900255001732375	Felino	Mestizo	Hembra	3.3	No	Pardo	1	Año	RELPAS	0
170	715	3/04/2025	YINETH	MONTILLA	yinet.123@gmail.com	3015663313	CL 139F # 129 21	GAITANA	Suba	2	51898774	MONA	900255001732364	Felino	Mestizo	Hembra	3.8	No	Tricolor (Negro - Blanco - Amarillo)	3	Años	CES	0
171	716	3/04/2025	MARIA DILSA	MAYORGA NARANJO	mayorgamaria@gmail.com	3217896083	CL 133 124B 29	GAITANA	Suba	2	21116629	LULU	990000013885349	Felino	Mestizo	Hembra	2.5	No	Pardo	6	Meses	CES	0
172	717	3/04/2025	MABEL	NIÑO VARGAS	mabelilla.88@gmail.com	3114178557	CL 130 # 124 35	GAITANA	Suba	2	1019027454	AMAPOLA	990000013885346	Felino	Mestizo	Hembra	3.4	No	Tricolor (Negro - Blanco - Amarillo)	10	Meses	comunidad	0
173	718	3/04/2025	ELSA GLADYS	VARGAS APONTE	vargasgladis1270@gmail.com	3217273165	KR 107B 132B 12	GAITANA	Suba	2	52036183	NALA	990000013885346	Felino	Mestizo	Hembra	2.5	No	Gris	7	Meses	CES	0
174	719	3/04/2025	OLGA LUCIA	TORRES TORRES	olga1981torres@gmail.com	3124921707	KR 152C # 138D 27	GAITANA	Suba	2	52805987	BONNY	990000013885353	Felino	Mestizo	Hembra	2.5	No	Bicolor (Blanco - Pardo)	5	Meses	CES	0
175	720	3/04/2025	JENNIFER DEL CARMEN	CASERES BASTIDAS	jecaseres29@gmail.com	3001176451	DG 150 # 142 40 TO 2 AP 913	GAITANA	Suba	2	112916482	CIELO	990000013885342	Felino	Mestizo	Hembra	2.6	No	Tricolor (Negro - Blanco - Amarillo)	6	Meses	comunidad	0
176	721	3/04/2025	RICARDO ARTURO	CARDOZO DIAZ	3222068684@sincorreo.com	3222068684	KR 147B BIS # 139 31 MZ 3 BQ 13	GAITANA	Suba	2	79868429	TARA	990000013803913	Felino	Mestizo	Hembra	3	No	Bicolor (Blanco - Gris)	1	Año	CES	0
177	722	3/04/2025	RICARDO ARTURO	CARDOZO DIAZ	3222068684@sincorreo.com	3222068684	KR 147B BIS # 139 31 MZ 3 BQ 13	GAITANA	Suba	2	79868429	PRINCESA	990000013803918	Felino	Mestizo	Hembra	3	No	Tricolor (Negro - Blanco - Amarillo)	1	Año	CES	0

178	723	3/04/2025	IVAN DARIO	MORENO ROMERO	rataivan@gmail.com	3107916724	TV 127C BIS # 139A 22	GAITANA	Suba	2	1019056326	MANCHAS	990000013803917	Felino	Mestizo	Hembra	3	No	Tricolor (Negro - Blanco - Amarillo)	2	Años	comunidad	0
179	724	3/04/2025	FRANK	MONSALVE RONDON	frankmonsalve389@gmail.com	3142682320	KR 128 # 139A 13	GAITANA	Suba	2	2384106	CASIE	990000013803916	Felino	Mestizo	Hembra	3.6	No	Pardo	1	Año	comunidad	0
180	725	3/04/2025	CARMEN CELINA	OVEJERO	celinaortiz098@gmail.com	3127202232	CL 138 # 150B 04 P 2	GAITANA	Suba	2	39548961	TRUFA	990000013803914	Felino	Mestizo	Hembra	2.4	No	Tigre Anaranjado	2	Años	comunidad	0
181	726	3/04/2025	MARIA ANGELA	CHAVES ROJAS	3132699855@sincorreo.com	3132699855	CL 136 # 124D 27 AP 200	GAITANA	Suba	2	41506290	COCOA	990000013884961	Felino	Mestizo	Hembra	2.5	No	Bicolor (Amarillo - Negro)	1	Año	comunidad	0
182	727	3/04/2025	ELSA MARLEN	VELASQUEZ SUAREZ	bernalrisonr202346@gmail.com	3133304838	CL 132C # 124D 21	GAITANA	Suba	2	1057214311	MILA	990000013884968	Felino	Mestizo	Hembra	3.2	No	Bicolor (Amarillo - Blanco)	1	Año	comunidad	0
183	728	3/04/2025	CLAUDIA MARCELA	PRIETO CAPERA	claudiamarcelaprieto1@gmail.com	3135353958	CL 130 # 132A 15	GAITANA	Suba	2	1026558637	PIQUIS	990000013803901	Felino	Mestizo	Hembra	2.3	No	Bicolor (Blanco - Negro)	7	Meses	comunidad	0
184	729	3/04/2025	LUZ ARMINDA	ENCISO HERNANDEZ	luze7296@gmail.com	3332328877	KR 113D # 145 38 AP 301	GAITANA	Suba	3	52331727	TARA	990000013884966	Felino	Mestizo	Hembra	2.8	No	Gris	2	Años	comunidad	0
185	730	3/04/2025	LUZ ARMINDA	ENCISO HERNANDEZ	luze7296@gmail.com	3332328877	KR 113D # 145 38 AP 301	GAITANA	Suba	3	52331727	MOLLY	990000013796888	Felino	Mestizo	Hembra	3	No	Bicolor (Blanco - Gris)	2	Años	comunidad	0
186	731	3/04/2025	SANTIAGO ESTEBAN	DAZA ENCISO	dazas7102@gmail.com	3332328877	KR 113D # 145 38 AP 301	GAITANA	Suba	3	1000463455	MITENS	990000013796892	Felino	Mestizo	Hembra	3.3	No	Bicolor (Blanco - Negro)	5	Años	comunidad	0
187	732	3/04/2025	LINA MARCELA	LOPEZ GUEVARA	linalopez.1725@hotmail.com	3236980712	KR 124 # 128C 24 P 2	GAITANA	Suba	2	1015436884	CANDY	990000013796889	Felino	Mestizo	Hembra	3.2	No	Bicolor (Blanco - Negro)	2	Años	comunidad	0
188	733	3/04/2025	LIGIA	BARRERA OLIVAR	3114481602@sincorreo.com	3114481602	CL 134A # 124C 14	GAITANA	Suba	2	52096657	KITTY	990000013796891	Felino	Mestizo	Hembra	2.5	No	Bicolor (Amarillo - Negro)	7	Meses	comunidad	0
189	734	3/04/2025	LORENA LUCERO	LEMUS GARZON	lorenalemus1409@gmail.com	3015575711	DG 150 # 142 40 TO 2 AP 913	GAITANA	Suba	2	1023888339	HEIDY	990000013796893	Felino	Mestizo	Hembra	3.3	No	Bicolor (Blanco - Negro)	10	Meses	RELPAS	0
190	735	3/04/2025	CLAUDIA PATRICIA	ROMERO GARZON	3209131935@sincorreo.com	3209131935	CL 132A # 158 16	GAITANA	Suba	2	52411749	MOLLY	990000013796900	Felino	Mestizo	Hembra	3	No	Negro	1	Año	comunidad	0
191	736	3/04/2025	JOHHAN ORLANDO	HERRERA MORENO	johhan-8808@hotmail.com	3184210425	TV 126D # 132B 8	GAITANA	Suba	2	1073233033	LILO	990000013796896	Felino	Mestizo	Hembra	3	No	Negro	2	Años	comunidad	0
192	737	3/04/2025	GLORIA	GONZALEZ BORJA	3202918242@sincorreo.com	3202918242	CL 127 119B 17 AP 200	GAITANA	Suba	2	31963123	LUNA	990000013796894	Felino	Mestizo	Hembra	2.4	No	Pardo	7	Meses	comunidad	0
193	738	3/04/2025	RICARDO ARTURO	CARDOZO DIAZ	3222068684@sincorreo.com	3222068684	KR 147B BIS # 139 31 MZ 3 BQ 13	GAITANA	Suba	2	79868429	ELODY	900255001732379	Felino	Mestizo	Hembra	3	No	Tricolor (Negro - Blanco - Amarillo)	1	Año	CES	0
194	739	3/04/2025	RICARDO ARTURO	CARDOZO DIAZ	3222068684@sincorreo.com	3222068684	KR 147B BIS # 139 31 MZ 3 BQ 13	GAITANA	Suba	2	79868429	LUNA	900255001732377	Felino	Mestizo	Hembra	3	No	Blanco	10	Meses	CES	0
195	740	3/04/2025	RICARDO ARTURO	CARDOZO DIAZ	3222068684@sincorreo.com	3222068684	KR 147B BIS # 139 31 MZ 3 BQ 13	GAITANA	Suba	2	79868429	TERESA	900255001732374	Felino	Mestizo	Hembra	2.7	No	Bicolor (Blanco - Negro)	2	Años	CES	0
196	741	3/04/2025	RICARDO ARTURO	CARDOZO DIAZ	3222068684@sincorreo.com	3222068684	KR 147B BIS # 139 31 MZ 3 BQ 13	GAITANA	Suba	2	79868429	MANCHAS	900255001732365	Felino	Mestizo	Hembra	2.5	No	Bicolor (Blanco - Negro)	8	Meses	CES	0
197	742	3/04/2025	JENNY PATRICIA	RICO BARRERA	jennyriko@gmail.com	3006365279	DG 150 # 142 40 TO 2 AP 913	GAITANA	Suba	2	1019067937	MILU	900255001732372	Felino	Mestizo	Hembra	3	No	Pardo	10	Meses	RELPAS	0
198	743	3/04/2025	JENNY PATRICIA	RICO BARRERA	jennyriko@gmail.com	3006365279	DG 150 # 142 40 TO 2 AP 913	GAITANA	Suba	2	1019067937	KITTY	990000013885357	Felino	Mestizo	Hembra	2.5	No	Bicolor (Blanco - Negro)	6	Meses	RELPAS	0
199	744	3/04/2025	DIANI JULIET	CERVERA MARIN	cerdani@gmail.com	3243727633	CL 136 # 149 25	GAITANA	Suba	2	1233904540	ZOE	990000013885359	Felino	Mestizo	Hembra	3	No	Bicolor (Blanco - Gris)	1	Año	CES	0
200	745	3/04/2025	CLAUDIA PATRICIA	LOPEZ MENDEZ	claudiamarcelaprieto1@gmail.com	3128679774	KR 124C # 135A 10 AP 200	GAITANA	Suba	2	1019003413	LEONA	990000013803919	Felino	Mestizo	Hembra	3	No	Mariposa	1	Año	comunidad	0
201	746	3/04/2025	BLANCA MYRIAM	RAMIREZ GONZALEZ	3202234538@sincorreo.com	3202234538	CL 143 # 127F 06 IN 3 AP 501	GAITANA	Suba	3	39522703	MIA	990000013884970	Felino	Persa Americano O Moderno	Hembra	2.6	No	Arena	1	Año	comunidad	0
202	747	3/04/2025	DIANA MARCELA	PINTO RODRIGUEZ	dianampr54@gmail.com	3507497398	CL 138 # 118 29	GAITANA	Suba	2	1233898708	BULMA	990000013884974	Felino	Mestizo	Hembra	3	No	Pardo	8	Meses	comunidad	0
203	748	3/04/2025	JUANA ISABEL	ACHURY QUINTERO	3007560019@sincorreo.com	3007560019	CL 131 # 96 02	GAITANA	Suba	2	39640407	NINA	990000013884976	Felino	Mestizo	Hembra	2.6	No	Bicolor (Amarillo - Blanco)	7	Meses	comunidad	0
204	749	3/04/2025	TANIA STEFANNY	CASTRO CASTRO	3143063247@sincorreo.com	3143063247	KR 151 # 143 12	GAITANA	Suba	2	1233900585	PARIS	990000013884967	Felino	Mestizo	Hembra	3.5	No	Bicolor (Blanco - Negro)	8	Meses	comunidad	0
205	750	3/04/2025	MARTA CECILIA	SOLANO GARCIA	martha1010066@gmail.com	3232277517	CL 142C # 141B 60 CA 22	GAITANA	Suba	2	46362228	CHISPAS	990000013796885	Felino	Mestizo	Hembra	2.3	No	Bicolor (Amarillo - Negro)	5	Meses	comunidad	0
206	751	3/04/2025	SAMUEL MOISES	CUELLO GAMARRA	samuelcuellog@gmail.com	3168540703	KR 160 # 133 24	GAITANA	Suba	2	1000462508	YEYI	990000013796890	Felino	Mestizo	Hembra	2.4	No	Bicolor (Amarillo - Negro)	2	Años	comunidad	0
207	752	3/04/2025	MARIA ALEJANDRA	CARVAJAL GARCIA	maleja092311@gmailk.com	3196803206	CL 139 # 88 23	GAITANA	Suba	3	1001058406	OLIVIA	990000013796897	Felino	Mestizo	Hembra	3.1	No	Negro	8	Meses	comunidad	0
208	753	3/04/2025	ESTEFANI	ROSERO FAJARDO	tifani2030@gmail.com	3170951154	KR 155 # 138B 04	GAITANA	Suba	2	1018492378	LILITH	990000013796886	Felino	Mestizo	Hembra	2.5	No	Bicolor (Blanco - Pardo)	2	Años	comunidad	0
209	754	3/04/2025	PATRICIA	LOPEZ FAJARDO	3202875862@sincorreo.com	3202875862	KR 124 # 128B 10 P 3	GAITANA	Suba	2	37625526	PAQUITA	990000013884814	Felino	Mestizo	Hembra	2.1	No	Pardo	2	Años	comunidad	0
210	755	3/04/2025	SEBASTIAN	GIL NAVAS	sebas1402gil@gmail.com	3002974725	CL 137A # 125A 49 AP 200	GAITANA	Suba	2	1031641204	MIA	990000013884802	Felino	Mestizo	Hembra	3.5	No	Bicolor (Blanco - Gris)	1	Año	comunidad	0
211	756	3/04/2025	MIGUEL ANGEL	RODRIGUEZ RODRIGUEZ	rodriguezmiguelangel2008@gmail.com	3114837133	CL 136 # 151A 27	GAITANA	Suba	2	79472137	CANDY	990000013884817	Felino	Mestizo	Hembra	2.5	No	Tigre Anaranjado	6	Meses	comunidad	0
212	757	3/04/2025	ROSA	TORRES TAMARA	rosa1977-@hotmail.es	3102211091	CL 135 BIS # 124C 60	GAITANA	Suba	2	36641099	MICHI	990000013884807	Felino	Mestizo	Hembra	2.3	No	Negro	1	Año	comunidad	0

213	758	3/04/2025	EVERLADIS MARIA	FONTALVO MARTINEZ	radcudriz5@gmail.com	3185246604	KR 111 # 135B 09 AP 200	GAITANA	Suba	2	33208644	MINA	990000013884809	Felino	Mestizo	Hembra	3.3	No	Tricolor (Negro - Blanco - Amarillo)	1	Año	comunidad	0
214	759	3/04/2025	RICARDO	DELGADO VARGAS	3058125988@sincorreo.com	3058125988	CL 132C # 118 48	GAITANA	Suba	2	18968530	MIRRINGA	990000013884811	Felino	Mestizo	Hembra	3.8	No	Pardo	1	Año	CES	0
215	760	3/04/2025	MARYUR SIRLEY	CARVAJAL AGUDELO	agudeloc3126375238@gmail.com	3209911754	KR 121 # 128B 52	GAITANA	Suba	2	32355907	MICHIN	900255001725020	Felino	Mestizo	Macho	4.8	No	Bicolor (Blanco - Negro)	2	Años	CES	0
216	761	3/04/2025	RICARDO ARTURO	CARDOZO DIAZ	3222068684@sincorreo.com	3222068684	KR 147B BIS # 139 31 MZ 3 BQ 13	GAITANA	Suba	2	79868429	LALO	900255001732362	Felino	Mestizo	Macho	3.3	No	Bicolor (Blanco - Pardo)	8	Meses	CES	0
217	762	3/04/2025	RICARDO ARTURO	CARDOZO DIAZ	3222068684@sincorreo.com	3222068684	KR 147B BIS # 139 31 MZ 3 BQ 13	GAITANA	Suba	2	79868429	SLVESTRE	900255001732368	Felino	Mestizo	Macho	3.3	No	Bicolor (Blanco - Negro)	6	Meses	CES	0
218	763	3/04/2025	RICARDO ARTURO	CARDOZO DIAZ	3222068684@sincorreo.com	3222068684	KR 147B BIS # 139 31 MZ 3 BQ 13	GAITANA	Suba	2	79868429	MONO	900255001732369	Felino	Mestizo	Macho	4	No	Tigre Anaranjado	1	Año	CES	0
219	764	3/04/2025	RICARDO ARTURO	CARDOZO DIAZ	3222068684@sincorreo.com	3222068684	KR 147B BIS # 139 31 MZ 3 BQ 13	GAITANA	Suba	2	79868429	PRINCIPE	900255001732380	Felino	Mestizo	Macho	5	No	Bicolor (Blanco - Negro)	1	Año	CES	0
220	765	3/04/2025	RICARDO ARTURO	CARDOZO DIAZ	3222068684@sincorreo.com	3222068684	KR 147B BIS # 139 31 MZ 3 BQ 13	GAITANA	Suba	2	79868429	MIEL	900255001732378	Felino	Mestizo	Macho	4.5	No	Tigre Anaranjado	1	Año	CES	0
221	766	3/04/2025	RICARDO ARTURO	CARDOZO DIAZ	3222068684@sincorreo.com	3222068684	KR 147B BIS # 139 31 MZ 3 BQ 13	GAITANA	Suba	2	79868429	MONO II	900255001732373	Felino	Mestizo	Macho	5	No	Tigre Anaranjado	1	Año	CES	0
222	767	3/04/2025	RICARDO ARTURO	CARDOZO DIAZ	3222068684@sincorreo.com	3222068684	KR 147B BIS # 139 31 MZ 3 BQ 13	GAITANA	Suba	2	79868429	TIGRILLO	900255001732367	Felino	Mestizo	Macho	4.5	No	Bicolor (Blanco - Pardo)	1	Año	CES	0
223	768	3/04/2025	MARIA ALCIRA	BAYONA GARCIA	alciragarcia1579@gmail.com	3204434119	KR 150D # 143B 58	GAITANA	Suba	2	52395237	MOTAS	990000013803909	Felino	Mestizo	Macho	4	No	Tigre Anaranjado	2	Años	comunidad	0
224	769	3/04/2025	ANGELO YESID	PINZON PINZON	apinzonpinz@gmail.com	3122421999	CL 137 # 147 11	GAITANA	Suba	2	1000457598	TOMMY	990000013884973	Felino	Mestizo	Macho	3	No	Pardo	9	Meses	comunidad	0
225	770	3/04/2025	ANGELO YESID	PINZON PINZON	apinzonpinz@gmail.com	3122421999	CL 137 # 147 11	GAITANA	Suba	2	1000457598	MANGO	990000013884962	Felino	Mestizo	Macho	3.2	No	Tigre Anaranjado	1	Año	comunidad	0
226	771	3/04/2025	BLANCA MYRIAM	RAMIREZ GONZALEZ	3202234538@sincorreo.com	3202234538	CL 143 # 127F 06 IN 3 AP 501	GAITANA	Suba	3	39522703	PACHO	990000013884975	Felino	Mestizo	Macho	4.5	No	Pardo	1	Año	comunidad	0
227	772	3/04/2025	MABEL	NIÑO VARGAS	mabelilla.88@gmail.com	3114178557	CL 130 # 124 35	GAITANA	Suba	2	1019027454	MAILO	990000013885347	Felino	Mestizo	Macho	3.8	No	Bicolor (Blanco - Pardo)	7	Meses	RELPAS	0
228	773	3/04/2025	SANDRA MILENA	GIL ORTIZ	sandramilenaortiz587@gmail.com	3124925528	KR 97C # 157A 72	GAITANA	Suba	2	52701781	EROS	990000013885355	Felino	Mestizo	Macho	5	No	Tigre Anaranjado	2	Años	RELPAS	0
229	774	3/04/2025	JENNIFER DEL CARMEN	CASERES BASTIDAS	jecaseres29@gmail.com	3001176451	DG 150 # 142 40 TO 2 AP 913	GAITANA	Suba	2	112916842	DON GATO	990000013885356	Felino	Mestizo	Macho	4.2	No	Bicolor (Blanco - Pardo)	1	Año	comunidad	0
230	775	3/04/2025	WHILMER ARLEY	GALINDO AGUILERA	whilmergalindo13@gmail.com	3007434521	CL 144 147A 20 129	GAITANA	Suba	2	1069712077	MILLOS	990000013885343	Felino	Mestizo	Macho	3.9	No	Bicolor (Blanco - Pardo)	8	Meses	comunidad	0
231	776	3/04/2025	RICARDO ARTURO	CARDOZO DIAZ	3222068684@sincorreo.com	3222068684	KR 147B BIS # 139 31 MZ 3 BQ 13	GAITANA	Suba	2	79868429	MONO	990000013885352	Felino	Mestizo	Macho	2.7	No	Tigre Anaranjado	1	Año	CES	0
232	777	3/04/2025	RICARDO ARTURO	CARDOZO DIAZ	3222068684@sincorreo.com	3222068684	KR 147B BIS # 139 31 MZ 3 BQ 13	GAITANA	Suba	2	79868429	NEZOCO	990000013803915	Felino	Mestizo	Macho	4	No	Bicolor (Café - Beige)	1	Año	CES	0
233	778	3/04/2025	GINA MARCELA	CASTIBLANCO MORENO	marcelmoreno101@gmail.com	3118015273	KR 140A # 132A 54	GAITANA	Suba	2	1019083176	MICHIJOSE	990000013803908	Felino	Mestizo	Macho	3.5	No	Negro	1	Año	comunidad	0
234	779	3/04/2025	MYRIAM	ALFONSO RAMIREZ	3213494871@sincorreo.com	3213494871	KR 125C # 136 27	GAITANA	Suba	2	35455624	CASIE	990000013803907	Felino	Mestizo	Macho	5.1	No	Blanco	6	Años	comunidad	0
235	780	3/04/2025	MARIA ANGELA	CHAVES ROJAS	3132699855@sincorreo.com	3132699855	CL 136 124D 27 AP 200	GAITANA	Suba	2	41506290	JACOBO	990000013884964	Felino	Mestizo	Macho	4	No	Bicolor (Amarillo - Blanco)	9	Meses	comunidad	0
236	781	3/04/2025	SONIA YADIRA	ESPEJO FORERO	agaefsy2009@hotmail.com	3208382213	CL 138 # 118 33 AP 200	GAITANA	Suba	2	52975291	JACKO	990000013884972	Felino	Mestizo	Macho	3.2	No	Negro	8	Meses	comunidad	0
237	782	3/04/2025	JOSEFINA ISABEL	MARTINEZ MONTERROZA	3232066933@sincorreo.com	3232066933	CL 132C # 127 26	GAITANA	Suba	2	39776914	OREO	990000013884969	Felino	Mestizo	Macho	4.5	No	Bicolor (Blanco - Negro)	9	Meses	comunidad	0
238	783	3/04/2025	ELSA MARLEN	VELASQUEZ SUAREZ	bernalrisonr202346@gmail.com	3133304838	CL 132C # 124D 21	GAITANA	Suba	2	1057214311	PARDO	990000013884963	Felino	Mestizo	Macho	3.2	No	Pardo	2	Años	comunidad	0
239	784	3/04/2025	MARIA CAMILA	GOMEZ NUMPAQUE	kamil11@hotmail.es	3115452635	TV 127D BIS # 139A 94	GAITANA	Suba	2	1233890502	OREO	990000013884979	Felino	Mestizo	Macho	3.6	No	Bicolor (Blanco - Negro)	1	Año	comunidad	0
240	785	3/04/2025	CAMILO SNEIDER	PIZA TORRES	pizatorresc@gmail.com	3197394672	TV 127D BIS # 139A 94	GAITANA	Suba	2	1030695522	ZION	990000013884980	Felino	Mestizo	Macho	4.5	No	Bicolor (Blanco - Pardo)	1	Año	comunidad	0
241	786	3/04/2025	CAMILO SNEIDER	PIZA TORRES	pizatorresc@gmail.com	3197394672	TV 127D BIS # 139A 94	GAITANA	Suba	2	1030695522	TEODORO	990000013884971	Felino	Mestizo	Macho	4.5	No	Bicolor (Blanco - Pardo)	1	Año	comunidad	0
242	787	3/04/2025	LORENA LUCERO	LEMUS GARZON	lorenalemus1409@gmail.com	3015575711	DG 150 # 142 40 TO 2 AP 913	GAITANA	Suba	2	1023888339	TOMMY	990000013796899	Felino	Mestizo	Macho	4	No	Bicolor (Amarillo - Blanco)	1	Año	RELPAS	0
243	788	3/04/2025	MARIA ALEJANDRA	COCUY SOLANO	marialejandrax10@gmail.com	3204895707	CL 142C # 141 52 01	GAITANA	Suba	2	1019018568	PARDO	990000013796882	Felino	Mestizo	Macho	4.2	No	Pardo	8	Meses	comunidad	0
244	789	3/04/2025	SAMUEL MOISES	CUELLO GAMARRA	samuelcuellog@gmail.com	3168540703	KR 160 # 133 24	GAITANA	Suba	2	1000462508	NEGRO	990000013796898	Felino	Mestizo	Macho	3.8	No	Negro	7	Meses	comunidad	0
245	790	3/04/2025	BRAYAN STEVEN	VILLARREAL PULIDO	bvillareal0505@gmail.com	3153491438	CL 134A # 101B 04	GAITANA	Suba	3	1004132029	ARIO	990000013884805	Felino	Mestizo	Macho	2	No	Bicolor (Blanco - Pardo)	5	Meses	comunidad	0
246	791	3/04/2025	BRAYAN STEVEN	VILLARREAL PULIDO	bvillareal0505@gmail.com	3153491438	CL 134A # 101B 04	GAITANA	Suba	3	1004132029	BATMAN	990000013884820	Felino	Mestizo	Macho	2.4	No	Bicolor (Blanco - Negro)	5	Meses	comunidad	0

247	792	3/04/2025	MYRIAM YANETH	JAIME GONZALEZ	myriamjg2017@gmail.com	3184843497	CL 134A # 101B 04	GAITANA	Suba	3	52344746	MAIKY	990000013884813	Felino	Mestizo	Macho	3.5	No	Bicolor (Blanco - Negro)	1	Año	comunidad	0
248	793	3/04/2025	MYRIAM YANETH	JAIME GONZALEZ	myriamjg2017@gmail.com	3184843497	CL 134A # 101B 04	GAITANA	Suba	3	52344746	MONO	990000013884819	Felino	Mestizo	Macho	4.1	No	Bicolor (Amarillo - Blanco)	2	Años	comunidad	0
249	794	3/04/2025	ANA MERCEDES	LARA CUERVO	joa.1301@hotmail.com	3104800426	CL 144 # 141C 30 IN 36	GAITANA	Suba	2	51752861	TOMMY	990000013884804	Felino	Mestizo	Macho	5.2	No	Bicolor (Amarillo - Blanco)	9	Meses	comunidad	0
250	795	3/04/2025	LEIDY LORENA	SANCHEZ ALVAREZ	157292458@gmail.com	3215114153	TV 142 # 150 50 BQ C CA 24	GAITANA	Suba	2	1032465016	LUIGI	990000013884808	Felino	Mestizo	Macho	4.1	No	Pardo	7	Meses	comunidad	0
251	796	3/04/2025	ROSA JEANETH	RODRIGUEZ RETIS	rositha.0909@gmail.com	3203151978	KR 100B # 133 5 501	GAITANA	Suba	3	3954321	SAURON	990000013884818	Felino	Mestizo	Macho	4.5	No	Negro	8	Meses	comunidad	0

agenda	jornada	agenda_nombres	agenda_apellidos	agenda_email	agenda_telefono	direccion	_localidad	localidad	agenda_estrato	agenda_documento	nombre animal	microchip	nombre_especie	especie	nombre_raza	raza	nombre_sexo	sexo	peso	_raza_fuerte	raza_fuerte	nombre_color	color	edad	_edad_unidad	unidad_edad	_etapa_de_vida	etapa_de_vida	microchip_existe	observaciones	miento_efectivo
1	3/04/2025	MARTHA LEONOR	RINCON CAMACHO	124@sincorreo.com	3004073124	140B # 132D 40	Suba	11	2	51812527	LULU	900255001725957	Canino	1	r Miniatura	124	Hembra	2	3.5	No	0	Bicolor (Café - Negro)	75	9	Meses	4	Cachorro	1	0		1
2	3/04/2025	LUNA JULIETTE	MONTAÑEZ LEON	404@sincorreo.com	3224582404	CL 139 # 118 83 001	Suba	11	2	1019004975	MACARENA	900255001725947	Canino	1	Mestizo	229	Hembra	2	14.5	No	0	Bicolor (Blanco - Negro)	107	1	Año	5	Adulto	2	0		1
3	3/04/2025	MARISOL	GARCIA NUÑEZ	2@gmail.com	3125690378	123B # 132C	Suba	11	2	52340574	VENUS	900255001725955	Canino	1	Mestizo	229	Hembra	2	15	No	0	Café	124	2	Años	6	Adulto	2	0		1
4	3/04/2025	DIANA YHIZET	REYES	yes3@gmail.com	3138888156	#128B 01 MZ 36	Suba	11	2	1014210818	ALASKA	900255001725119	Canino	1	Husky Siberiano	77	Hembra	2	17.5	No	0	Bicolor (Blanco - Café)	103	1	Año	5	Adulto	2	0		1
5	3/04/2025	BELLANIRE	BARRAGAN RODRIGUEZ	3214108667@sincorreo.com	3214108667	139A BIS # 127A 30 IN 5	Suba	11	2	39522583	TARA	900255001725111	Canino	1	Mestizo	229	Hembra	2	6	No	0	Gris	24	6	Años	6	Adulto	2	0		1
6	3/04/2025	MONICA YULIET	TELLEZ SANABRIA	96488@gmail.com	3157589220	112B # 137A 34 PI 3	Suba	11	2	1099342379	RAVEN	900255001725944	Canino	1	Mestizo	229	Hembra	2	22.4	No	0	Café	124	5	Años	6	Adulto	2	0		1
7	3/04/2025	NICOLAS DAVID	SANCHEZ LOPEZ	811david@gmail.com	3204589086	143B # 149A 22 PI 3	Suba	11	2	1233902504	RAMONA	900255001725105	Canino	1	Cocker Spaniel Inglés	332	Hembra	2	9.8	No	0	Dorado	22	1	Año	5	Adulto	2	0		1
8	3/04/2025	MARIA ELIZABETH	CANTE	630@sincorreo.com	3202379630	CL 138D # 155 19	Suba	11	2	51591266	BALKA	900255001725116	Canino	1	Mestizo	229	Hembra	2	7.6	No	0	Negro	40	1	Año	5	Adulto	2	0		1
9	3/04/2025	JOSE ORLANDO	SIERRA ACOSTA	ndosierra2020@gmail.co	3212741620	BIS # 123B 35	Suba	11	2	19305534	PALOMA	900255001725959	Canino	1	r Miniatura	124	Hembra	2	3.9	No	0	Bicolor (Blanco - Negro)	107	1	Año	5	Adulto	2	0		1
10	3/04/2025	LUIS ALEJANDRO	SIERRA ROJAS	201067@gmail.com	3143999597	KR 124B # 132 74	Suba	11	2	10277294	CHARLOTTE	900255001732706	Canino	1	Yorkshire Terrier	178	Hembra	2	3	No	0	Bicolor (Café - Negro)	75	10	Meses	4	Cachorro	1	0		1
11	3/04/2025	ALBA LUCIA	GUTIERREZ OCHOA	uti1958@gmail.com	3204655227	BIS # 130F 26	Suba	11	2	24321960	DULCE	900255001732720	Canino	1	Cocker Spaniel Inglés	332	Hembra	2	12.5	No	0	Dorado	22	5	Años	6	Adulto	2	0		1
12	3/04/2025	FLOR DE MARIA	DIAZ CHAPARRO	191@sincorreo.com	3152923191	KR 160 # 132 38 PI 3	Suba	11	2	24116060	KATTY	900255001732708	Canino	1	Mestizo	229	Hembra	2	5.2	No	0	Bicolor (Blanco - Gris)	105	1	Año	5	Adulto	2	0		1
13	3/04/2025	JESUS ANTONIO	TOVAR ARIZA	018@sincorreo.com	3102230018	124C # 135B 27	Suba	11	2	13950747	MAIKA	900255001725118	Canino	1	Mestizo	229	Hembra	2	16	No	0	Amarillo	2	1	Año	5	Adulto	2	0		1
14	3/04/2025	YENCY JACCIBE	MATEUS CHAVARRO	yencymateus3@gmail.com	3222548180	CL 145 # 126 02 IN 36 LC 103	Suba	11	3	1016016845	LULU	990000013803011	Canino	1	Pug	131	Hembra	2	8.5	No	0	Bicolor (Café - Beige)	111	1	Año	5	Adulto	2	0	EXPLICA AL TENEDOR RESPONSABLE SOBRE LOS RIESGOS QUIRURGICOS Y ANESTESICOS DEL ANIMA	1
15	3/04/2025	NADIA PATRICIA	OSPINA SIERRA	527@sincorreo.com	3132437527	CL 130B # 124 62	Suba	11	2	39721648	MORITA	990000013803002	Canino	1	Mestizo	229	Hembra	2	4.8	No	0	Blanco	14	1	Año	5	Adulto	2	0		1
16	3/04/2025	MAYER LEIDY	SARMIENTO	3213991864@sincorreo.com	3213991864	KR 151C # 138 75 C0A 01	Suba	11	2	1019109900	MILU	990000013803013	Canino	1	Pug	131	Hembra	2	6.5	No	0	Beige	11	1	Año	5	Adulto	2	0	EXPLICA AL TENEDOR RESPONSABLE SOBRE LOS RIESGOS ANESTESICOS Y QUIRURGICOS DEL ANIMA	1

17	3/04/2025	JORGE ENRIQUE	RODRIGUEZ PARRA	868@sincorreo.com	3143872868	139C # 114 51 01	Suba	11	2	19422476	SASHA	990000013803012	Canino	1	Mestizo	229	Hembra	2	29.8	No	0	Negro	40	1	Año	5	Adulto	2	0		1
18	3/04/2025	LAURA VANESSA	PEÑA QUIROGA	laurabmx1998@gmail.com	3208741939	CL 129A # 124 74 APTO 100	Suba	11	2	1233691916	LISSA	990000013803003	Canino	1	Shih Tzu	151	Hembra	2	5.3	No	0	Bicolor (Blanco - Negro)	107	4	Años	6	Adulto	2	0	EXPLICA AL TENEDOR RESPONSABLE SOBRE LOS RIESGOS QUIRURGICOS Y ANESTESICOS DEL ANIMA	1
19	3/04/2025	DIEGO FERNANDO	HAYURE ROBERTO	dfh_2706@yahoo.es	3228302491	# 130C 28 BQ 32 IN 2 APTO	Suba	11	2	80850036	GAMORA	990000013803014	Canino	1	Mestizo	229	Hembra	2	18.8	No	0	Caramelo	126	1	Año	5	Adulto	2	0		1
20	3/04/2025	MARIA ANGELICA	MAHECHA RAMIREZ	968ramirez@gmail.com	3224829506	130D BIS #124 95	Suba	11	2	1000465968	CANDY	990000013803016	Canino	1	Mestizo	229	Hembra	2	19.2	No	0	Beige	11	1	Año	5	Adulto	2	0		1
21	3/04/2025	GABRIEL FERNANDO	ACOSTA HERNANDEZ	acosta2804@hotmail.co	3118032037	KR 125 # 136A 33	Suba	11	2	1032411327	CANELA	990000013803008	Canino	1	Mestizo	229	Hembra	2	16.3	No	0	Café	124	1	Año	5	Adulto	2	0		1
22	3/04/2025	ANA MERCEDES	CUBILLOS BECERRA	ecerraa@hotmail.com	3165002583	103A # 156C 33	Suba	11	0	52339437	CHIMO	990000013885405	Canino	1	Mestizo	229	Hembra	2	21.3	No	0	(Amarillo - Negro)	73	8	Meses	4	Cachorro	1	0		1
23	3/04/2025	ANA MERCEDES	CUBILLOS BECERRA	ecerraa@hotmail.com	3165002583	103A # 156C 33	Suba	11	0	52339437	SAMBA	990000013885402	Canino	1	Mestizo	229	Hembra	2	21.5	No	0	Amarillo	2	2	Años	6	Adulto	2	0		1
24	3/04/2025	MARIA DE JESUS	GOMEZ GALEANO	707@sincorreo.com	3222783707	132D # 153 64 APTO	Suba	11	2	39781841	BELLA	990000013885420	Canino	1	French Poodle	356	Hembra	2	2.6	No	0	Blanco	14	6	Años	6	Adulto	2	0		1
25	3/04/2025	MARIA DE JESUS	GOMEZ GALEANO	3222783707@sincorreo.com	3222783707	CL 132D # 153 64 APTO 200	Suba	11	2	39781841	VAINILLA	990000013803005	Canino	1	French Poodle	356	Hembra	2	4.5	No	0	Blanco	14	8	Años	6	Geronte	3	0	EXPLICA AL TENEDOR RESPONSABLE SOBRE LOS RIESGOS QUIRURGICOS Y ANESTESICOS DEL ANIMA	1
26	3/04/2025	ORLANDO	ROA CARRANZA	oroca59@hotmail.com	3502759567	132B # 138 6 IN	Suba	11	2	19412538	BATICHICA	990000013885408	Canino	1	Mestizo	229	Hembra	2	4.4	No	0	Negro	40	6	Años	6	Adulto	2	0		1
27	3/04/2025	LUZ MARY	CAITA FORERO	luka2252@gmail.com	3003145351	CL 134 # 124 4	Suba	11	2	52929975	NANAMY	990000013796519	Canino	1	Shih Tzu	151	Hembra	2	8.3	No	0	Beige	11	4	Años	6	Adulto	2	0	EXPLICA AL TENEDOR RESPONSABLE SOBRE LOS RIESGOS QUIRURGICOS Y ANESTESICOS DEL ANIMA	1
28	3/04/2025	HECTOR	ARGUELLO BRAVO	8@gmail.com	3016907005	134A # 101B	Suba	11	3	80191448	HONEY	990000013796512	Canino	1	Retriever	68	Hembra	2	17.4	No	0	Amarillo	2	7	Meses	4	Cachorro	1	0		1

29	3/04/2025	THOMAS JEFREY	RODRIGUEZ OSPINA	7@gmail.com	3027985090	# 105C 50	Suba	11	2	1028481888	LUNA	990000013796504	Canino	1	Mestizo	229	Hembra	2	15	No	0	Amarillo	2	1	Año	5	Adulto	2	0		1
30	3/04/2025	YOMAIRA	SAMPAYO HERNANDEZ	216@sincorreo.com	3118894216	CL 135 # 126C 16	Suba	11	2	35535644	NALA	990000013796508	Canino	1	Mestizo	229	Hembra	2	3.7	No	0	Bicolor (Blanco - Negro)	107	1	Año	5	Adulto	2	0		1
31	3/04/2025	LUZ DARY	MARTINEZ SANCHEZ	314@sincorreo.com	3053790314	KR 159 # 136D 04	Suba	11	2	35512178	MOLLY	990000013796507	Canino	1	French Poodle	356	Hembra	2	3.3	No	0	Blanco	14	1	Año	5	Adulto	2	0		1
32	3/04/2025	LUZ DARY	MARTINEZ SANCHEZ	314@sincorreo.com	3053790314	KR 159 # 136D 04	Suba	11	2	35512178	LUNA	990000013796502	Canino	1	French Poodle	356	Hembra	2	4.7	No	0	Blanco	14	3	Años	6	Adulto	2	0		1
33	3/04/2025	ALCIRA	PEREZ BELTRAN	828@sincorreo.com	3222677828	140B # 131 10 M0l C	Suba	11	2	41587252	ZOE	990000013796514	Canino	1	Mestizo	229	Hembra	2	5.7	No	0	Blanco	14	5	Años	6	Adulto	2	0		1
34	3/04/2025	JUAN PABLO	GAMBOA BARBOSA	patis57@hotmail.com	3006148226	103A # 156C 33	Suba	11	0	1031647378	ABBIE	990000013796315	Canino	1	Mestizo	229	Hembra	2	17.3	No	0	Bicolor (Blanco - Beige)	102	1	Año	5	Adulto	2	0		1
35	3/04/2025	MARITZA	ORTIZ RAMIREZ	rcia0811@gmail.com	3203694449	# 145 70 IN 7 APTO	Suba	11	3	51623717	LUNA	990000013796314	Canino	1	Mestizo	229	Hembra	2	9.9	No	0	(Amarillo - Blanco)	84	3	Años	6	Adulto	2	0		1
36	3/04/2025	RUTH STELLA	ECHEVERRY HERNANDEZ	stellaecheverry22@gmail.com	3125488827	KR 107B #131A 05	Suba	11	2	52496138	SIMBA	900255001725950	Canino	1	Golden Retriever	68	Macho	1	29.8	No	0	Dorado	22	4	Años	6	Adulto	2	0		1
37	3/04/2025	LUNA JULIETTE	MONTAÑEZ LEON	404@sincorreo.com	3224582404	CL 139 # 118 83 001	Suba	11	2	1019004975	BRUNO	900255001725952	Canino	1	Mestizo	229	Macho	1	15.6	No	0	Bicolor (Café - Negro)	75	1	Año	5	Adulto	2	0		1
38	3/04/2025	MERCEDES	QUEVEDO CASTRO	485@sincorreo.com	3134340485	124D # 135B 18	Suba	11	2	20491802	KILLER	900255001725958	Canino	1	Pitbull	34	Macho	1	27	Si	1	Café	124	7	Años	6	Adulto	2	0		1
39	3/04/2025	LAURA GIMENA	BORDA GIL	gimena73738@gmail.com	3145799410	KR 147A # 142F 39 IN 3 APTO 504	Suba	11	2	1001218026	ROLLY	900255001725951	Canino	1	Mestizo	229	Macho	1	9	No	0	Chocolate	68	4	Años	6	Adulto	2	0	EXPLICA AL TENEDOR RESPONSABLE SOBRE LOS RIESGOS QUIRURGICOS Y ANESTESICOS DEL ANIMAL, DEBIDO A LA BAJA	1
40	3/04/2025	FLOR HELI	RODRIGUEZ	@gmail.com	3204130125	# 137 23	Suba	11	2	28723180	KLASS	990000013796518	Canino	1	Mestizo	229	Macho	1	12	No	0	Café	124	9	Meses	4	Cachorro	1	0		1
41	3/04/2025	KEVIN SANTIAGO	GONZALEZ NIETO	santiagogonza4321@gmail.com	3043066860	TV 126F # 133 33	Suba	11	2	1031648358	HORUS	900255001725953	Canino	1	Bulldog Francés	316	Macho	1	11	No	0	Café	124	1	Año	5	Adulto	2	0	EXPLICA AL TENEDOR RESPONSABLE SOBRE LOS RIESGOS QUIRURGICOS Y ANESTESICOS DEL ANIMA	1
42	3/04/2025	LAURA	ALVAREZ RIOS	529@sincorreo.com	3214714529	107B #132D 09	Suba	11	2	1032480688	RAYO	900255001725112	Canino	1	Mestizo	229	Macho	1	3	No	0	Negro	40	1	Año	5	Adulto	2	0		1
43	3/04/2025	ERIC SANTIAGO	SANTACRUZ SEGURA	2020seguraa@gmail.com	3178928868	# 116 21 IN 8 APTO	Suba	11	3	1031808975	ANGEL	900255001732713	Canino	1	Mestizo	229	Macho	1	28	No	0	Beige	11	2	Años	6	Adulto	2	0		1

44	3/04/2025	DAVID ANDRES	ORTIZ AVILA	cturna@gmail.com	3102566453	KR 128A # 137 47	Suba	11	2	1018411428	APOLO	900255001732712	Canino	1	Husky Siberiano	77	Macho	1	23.8	No	0	Bicolor (Blanco - Negro)	107	2	Años	6	Adulto	2	0		1
45	3/04/2025	ANA CECILIA	GOMEZ DE HERNANDEZ	mez22@gmail.com	3203006173	CL 136A # 118 22	Suba	11	2	20490229	LEO	900255001725114	Canino	1	Mestizo	229	Macho	1	6	No	0	Amarillo	2	3	Años	6	Adulto	2	0		1
46	3/04/2025	LUIS EDUARDO	SALAS PIRANEQUE	luisep79@gmail.com	3135958437	135A # 150B 31	Suba	11	2	79688020	MAX	900255001732701	Canino	1	Mestizo	229	Macho	1	15	No	0	Barcino Oscuro	92	1	Año	5	Adulto	2	0		1
47	3/04/2025	LUIS EDUARDO	SALAS PIRANEQUE	luisep79@gmail.com	3135958437	135A # 150B 31	Suba	11	2	79688020	TONY	900255001732707	Canino	1	Mestizo	229	Macho	1	18.2	No	0	Blanco	14	1	Año	5	Adulto	2	0		1
48	3/04/2025	NAIFER JULIETH	GOYES ARAUJO	192@sincorreo.com	3108813192	CL 129C # 124 60	Suba	11	2	1001086939	BALU	900255001732717	Canino	1	Mestizo	229	Macho	1	8.8	No	0	Bicolor (Blanco - Café)	103	2	Años	6	Adulto	2	0		1
49	3/04/2025	YUDRAN FARID	MELO MANJARRES	2010@hotmail.com	3236203997	KR 149A # 143 12	Suba	11	2	1221963148	GOLIAT	900255001732711	Canino	1	Mestizo	229	Macho	1	31.6	No	0	Café	124	1	Año	5	Adulto	2	0		1
50	3/04/2025	IVONNE ADRIANA	ALVAREZ SILVA	driana19@gmail.com	3026730089	126F # 133 82 PI 2	Suba	11	2	1019067356	TOBY	990000013803009	Canino	1	French Poodle	356	Macho	1	2.8	No	0	Blanco	14	4	Años	6	Adulto	2	0		1
51	3/04/2025	ALFREDO ENRIQUEZ	CAVADIA BALLESTA	avadia9@gmail.com	3118465347	129A # 97 67 CA 0	Suba	11	2	1007027780	BRUNO	990000013803018	Canino	1	Mestizo	229	Macho	1	10.4	No	0	Café	124	2	Años	6	Adulto	2	0		1
52	3/04/2025	ALFREDO ENRIQUEZ	CAVADIA BALLESTA	avadia9@gmail.com	3118465347	129A # 97 67 CA 0	Suba	11	2	1007027780	TOMY	990000013803015	Canino	1	Mestizo	229	Macho	1	6.6	No	0	Café	124	1	Año	5	Adulto	2	0		1
53	3/04/2025	MARIA DE JESUS	GOMEZ GALEANO	707@sincorreo.com	3222783707	132D # 153 64 APTO	Suba	11	2	39781841	MAX	990000013803006	Canino	1	r Miniatura	124	Macho	1	3.3	No	0	Café	124	1	Año	5	Adulto	2	0		1
54	3/04/2025	VANESSA	VILLAMIL RODRIGUEZ	485@sincorreo.com	3113039485	130D BIS # 103A	Suba	11	2	52718402	OREO	990000013885413	Canino	1	zer Estándar	142	Macho	1	6	No	0	Gris	24	4	Años	6	Adulto	2	0		1
55	3/04/2025	ORLANDO	ROA CARRANZA	oroca59@hotmail.com	3502759567	132B # 138 6 IN	Suba	11	2	19412538	BANGO	990000013885409	Canino	1	Mestizo	229	Macho	1	13	No	0	Café	124	2	Años	6	Adulto	2	0		1
56	3/04/2025	BRIYID TATIANA	CUELLAR NINCO	itatiana@gmail.com	3178870730	133B # 95D 50 PI 1	Suba	11	3	1233909485	ZEUS	990000013885411	Canino	1	Mestizo	229	Macho	1	18.5	No	0	Bicolor (Blanco - Café)	103	1	Año	5	Adulto	2	0		1
57	3/04/2025	KARINA PAOLA	RODRIGUEZ BERONA	974@sincorreo.com	3015839974	CL 133 # 154A 52	Suba	11	2	1005659721	ROCKY	990000013796517	Canino	1	Cocker Spaniel Inglés	332	Macho	1	13	No	0	Dorado	22	1	Año	5	Adulto	2	0		1
58	3/04/2025	ROSALBINA	GAMBA VALLEJO	mbavallejo2@gmail.co	3142140288	CL 134 # 124 4	Suba	11	2	52096846	ONIX	990000013796511	Canino	1	Mestizo	229	Macho	1	31	No	0	Bicolor (Blanco - Negro)	107	5	Años	6	Adulto	2	0		1
59	3/04/2025	ROSARIO	CHAVES PRADA	5chaves@gmail.com	3208819226	140B # 131 10 BOB C	Suba	11	2	57431307	TERRY	990000013796318	Canino	1	Pitbull	34	Macho	1	28.5	Si	1	Chocolate	68	4	Años	6	Adulto	2	0		1
60	3/04/2025	EUSEBIO	CAMARGO DIONISIO	790@sincorreo.com	3008221790	CL 138 # 125A 26	Suba	11	2	19436253	FONTER	990000013796304	Canino	1	Mestizo	229	Macho	1	6.1	No	0	Blanco	14	4	Años	6	Adulto	2	0		1
61	3/04/2025	KARINA ANDREA	GUARNIZO PERLAZA	992@hotmail.com	3125281321	140B # 131 10 MZ H	Suba	11	2	1014232519	LIO	990000013796303	Canino	1	French Poodle	356	Macho	1	8.1	No	0	Blanco	14	2	Años	6	Adulto	2	0		1
62	3/04/2025	KARINA ANDREA	GUARNIZO PERLAZA	992@hotmail.com	3125281321	140B # 131 10 MZ H	Suba	11	2	1014232519	MILAN	990000013796319	Canino	1	French Poodle	356	Macho	1	8.4	No	0	Blanco	14	2	Años	6	Adulto	2	0		1
63	3/04/2025	MARITZA	ORTIZ RAMIREZ	rcia0811@gmail.com	3203694449	127C BIS # 139A	Suba	11	2	51623717	TOKIO	990000013796312	Canino	1	Mestizo	229	Macho	1	13.6	No	0	(Amarillo - Negro)	73	5	Meses	4	Cachorro	1	0		1
64	3/04/2025	LUISA FERNANDA	MARTINEZ QUINTERO	lufermaru29@gmail.com	3044485922	130C # 121C 10 BQ 44 IN 3	Suba	11	2	52433513	RAYAS	900255001725960	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	3.2	No	0	Bicolor (Amarillo - Blanco)	84	1	Año	5	Adulto	2	0		1
65	3/04/2025	FLOR FENI	CARO VEGA	florcarovega@gmail.com	3113053780	136A # 126C 47 PI 3	Suba	11	2	1075624915	LALA	900255001725941	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	2.7	No	0	Negro	40	6	Meses	4	Cachorro	1	0		1
66	3/04/2025	ALISSON NATALLY	DIAZ REYES	reyes@yahoo.com	3218277894	136A # 126C 47 03	Suba	11	2	1000949420	PERLA	900255001725943	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	2.7	No	0	Bicolor (Blanco - Crema)	104	6	Meses	4	Cachorro	1	0		1
67	3/04/2025	ALISSON NATALLY	DIAZ REYES	reyes@yahoo.com	3218277894	136A # 126C 47 03	Suba	11	2	1000949420	CELESTE	900255001725942	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	3.7	No	0	(Atigrado - Blanco)	97	1	Año	5	Adulto	2	0		1
68	3/04/2025	LEADY YUSSED	MANRIQUE MORALES	061@sincorreo.com	3104937061	138B # 143 30 APTO	Suba	11	2	52927118	LUNA	900255001725954	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	2.3	No	0	Beige	11	9	Meses	4	Cachorro	1	0		1
69	3/04/2025	MARISOL	GARCIA NUÑEZ	2@gmail.com	3125690378	123B # 132C	Suba	11	2	52340574	MISTIC	900255001725946	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	2.3	No	0	Carey	127	8	Meses	4	Cachorro	1	0		1

70	3/04/2025	ANYELA JULIETH	ALFONSO DAZA	yulialfonsita@gmail.com	3134266858	TV 126F # 133 33	Suba	11	2	1019039286	MIA	900255001725106	Felino	2	Persa Americano O Moderno	441	Hembra	2	2.3	No	0	Bicolor (Amarillo - Blanco)	84	10	Meses	4	Cachorro	1	0	INFORMA AL TENEDOR RESPONSABLE SOBRE LOS RIESGOS ANESTESICOS Y QUIRURGICOS DEL ANIMAL,	1
71	3/04/2025	LUZ MERCEDES	CASTIBLANCO PULGA	anco0203@gmail.com	3009483983	KR 133 # 132D 14	Suba	11	2	1014211587	KATTY	900255001725117	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	3.6	No	0	Calicó	82	1	Año	5	Adulto	2	0		1
72	3/04/2025	LAURA	ALVAREZ RIOS	529@sincorreo.com	3214714529	CL 133 # 104 64	Suba	11	2	1032480688	KITTY	900255001725101	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	2.2	No	0	Bicolor (Blanco - Negro)	107	8	Meses	4	Cachorro	1	0		1
73	3/04/2025	JOSE ORLANDO	SIERRA ACOSTA	ndosierra2020@gmail.co	3212741620	BIS # 123B 35	Suba	11	2	19305534	PANCHA	900255001732714	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	2.4	No	0	Bicolor (Café - Beige)	111	6	Meses	4	Cachorro	1	0		1
74	3/04/2025	YURI TERESA	MATEUTE MOLINA	821@sincorreo.com	3163852821	KR 158 # 136 17	Suba	11	2	52356876	PRINCESA	900255001725104	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	2.2	No	0	Tigre Gris	57	2	Años	6	Adulto	2	0		1
75	3/04/2025	YINETH	GARZON OYOLA	697@sincorreo.com	3245866697	143B # 141A 22 PI 2	Suba	11	2	52316729	MIEL	900255001725120	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	2.3	No	0	Atigrado	6	4	Meses	4	Cachorro	1	0		1
76	3/04/2025	YINETH	GARZON OYOLA	697@sincorreo.com	3245866697	143B # 141A 22 PI 2	Suba	11	2	52316729	VALKIRIA	900255001725109	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	2.5	No	0	Bicolor (Blanco - Negro)	107	1	Año	5	Adulto	2	0		1
77	3/04/2025	JOHAN SEBASTIAN	MACIAS MARTINEZ	jonsebas20@gmail.com	3187520297	137A # 108 6 00102	Suba	11	2	1019061412	LAIYA	900255001732716	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	3.3	No	0	Negro	40	7	Meses	4	Cachorro	1	0		1
78	3/04/2025	JOHAN SEBASTIAN	MACIAS MARTINEZ	jonsebas20@gmail.com	3187520297	CL 137A # 108 6 00102	Suba	11	2	1019061412	ARIA	900255001725107	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	3.2	No	0	(Negro - Blanco - Amarillo)	62	7	Meses	4	Cachorro	1	0		1
79	3/04/2025	LINDA AURA	JIMENEZ NIÑO	asacha@gmail.com	3118147028	138B # 125A 32	Suba	11	2	52395516	JULIETA	990000013803019	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	2.8	No	0	Atigrado	6	2	Años	6	Adulto	2	0		1
80	3/04/2025	JEIMMY MIREYA	TRUJILLO GARCIA	479@sincorreo.com	3123393479	136A # 126A 46	Suba	11	2	1026260656	MILAGROS	990000013803007	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	3.2	No	0	Atigrado	6	2	Años	6	Adulto	2	0		1
81	3/04/2025	GIOVANNA	MELENDEZ SANCHEZ	lendita@gmail.com	3186283696	# 126 02 IN 36 LC	Suba	11	3	52356278	FREYA	990000013885404	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	2.7	No	0	Carey	127	11	Meses	4	Cachorro	1	0		1
82	3/04/2025	JAMIE CAROLINA	RODRIGUEZ BARAZETA	kto.bzeta@gmail.com	3014031424	CL 133 # 152 36	Suba	11	2	1014185399	KIKYO	990000013885419	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	2.6	No	0	(Negro - Blanco - Amarillo)	62	8	Meses	4	Cachorro	1	0		1
83	3/04/2025	DIEGO FERNANDO	ANGEL TIERRADENTRO	diegofat4@gmail.com	3225171722	135B # 108 34 00404	Suba	11	2	1080180204	MIA	990000013885417	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	2.6	No	0	(Atigrado - Blanco)	97	1	Año	5	Adulto	2	0		1
84	3/04/2025	MILENA	CASTAÑEDA FONSECA	0312@hotmail.com	3127187030	132A # 152 41 01 001	Suba	11	2	1016014548	ESTRELLA	990000013885414	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	2.9	No	0	Bicolor (Blanco - Negro)	107	2	Años	6	Adulto	2	0		1
85	3/04/2025	DAYANNA LEONOR	MARTINEZ MARTINEZ	m11@gmail.com	3208020812	124A # 131 23 PI 2	Suba	11	2	52393122	DENIS	990000013803010	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	2.7	No	0	Atigrado	6	8	Meses	4	Cachorro	1	0		1
86	3/04/2025	ANGELA YIRIEI	HERRERA GARCIA	angieh4@gmail.com	3054540182	139A BIS # 127A 30 IN 4	Suba	11	2	1032424575	MONA	990000013885412	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	2.4	No	0	Amarillo	2	8	Meses	4	Cachorro	1	0		1
87	3/04/2025	BLANCA ALICIA	PEDROZA GUERRA	483@sincorreo.com	3102473483	KR 101C # 139 94	Suba	11	2	21016362	ESTRELLA	990000013885418	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	3.3	No	0	Atigrado	6	7	Meses	4	Cachorro	1	0		1
88	3/04/2025	VALENTINA	MORENO GONZALEZ	amorenog27@gmail.com	3147386615	CL 132A # 131 20 PI 2	Suba	11	2	1233902749	BELLA	990000013885401	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	2.7	No	0	(Negro - Blanco - Amarillo)	62	1	Año	5	Adulto	2	0		1
89	3/04/2025	LUZ MARY	CAITA FORERO	2@gmail.com	3003145351	CL 134 # 124 4	Suba	11	2	52929975	MILU	990000013796513	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	2.7	No	0	Atigrado	6	8	Meses	4	Cachorro	1	0		1

90	3/04/2025	FLOR HELI	RODRIGUEZ	@gmail.com	3204130125	137A # 129 40	Suba	11	2	28723180	NUBE	990000013796515	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	2.7	No	0	Blanco	14	4	Años	6	Adulto	2	0		1
91	3/04/2025	HECTOR	ARGUELLO BRAVO	hectoar28@gmail.com	3016907005	131C # 126 82 IN 10 APTO	Suba	11	2	80191448	EVEE	990000013796509	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	3.7	No	0	Bicolor (Blanco - Negro)	107	1	Año	5	Adulto	2	0		1
92	3/04/2025	ES ANDREINA	MORILLO HENRRIQUEZ	mercedes02@gmail.com	3232347039	# 131 61 B 07 00303	Suba	11	2	804866	NALA	990000013885415	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	3.1	No	0	(Amarillo - Blanco)	84	9	Meses	4	Cachorro	1	0		1
93	3/04/2025	LUIS EDUARDO	JULIO RODRIGUEZ	luiedv56@hotmail.com	3046323080	KR 103B # 133 45	Suba	11	3	19357104	NIEVE	990000013796510	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	3.1	No	0	Bicolor (Blanco - Negro)	107	7	Meses	4	Cachorro	1	0		1
94	3/04/2025	MARIA ANDREA	SIERRA AGUILAR	3115906683@sincorreo.com	3115906683	CL 138A # 113 64 001	Suba	11	2	39780269	LOLA	990000013796505	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	3.4	No	0	(Marrón - Blanco - Amarillo	61	10	Meses	4	Cachorro	1	0		1
95	3/04/2025	MARIA ANDREA	SIERRA AGUILAR	683@sincorreo.com	3115906683	138A # 113 64 001	Suba	11	2	39780269	JUANA	990000013796501	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	4.2	No	0	Amarillo	2	10	Meses	4	Cachorro	1	0		1
96	3/04/2025	MARIA CAMILA	GONZALEZ FONSECA	milagonzales30@gmail.co	3052949095	CL 135 # 126F 16	Suba	11	2	1000944587	MIA	990000013796307	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	2.6	No	0	Bicolor (Blanco - Gris)	105	6	Meses	4	Cachorro	1	0		1
97	3/04/2025	ANDRES SEBASTIAN	CERQUERA CHALA	736@sincorreo.com	3134881736	# 132 49 00101	Suba	11	2	1019118158	BELLA	990000013796302	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	3.1	No	0	Bicolor (Blanco - Negro)	107	1	Año	5	Adulto	2	0		1
98	3/04/2025	LISBETH KARINE	BONILLA RANGEL	ee0000@gmail.com	3229799105	# 150 64 TO 3 APTO	Suba	11	3	1005482918	BELLA	990000013796317	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	3.2	No	0	(Atigrado - Blanco)	97	10	Meses	4	Cachorro	1	0		1
99	3/04/2025	EUSEBIO	CAMARGO DIONISIO	790@sincorreo.com	3008221790	CL 138 # 125A 26	Suba	11	2	19436253	FUEGO	990000013796320	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	2.6	No	0	Atigrado	6	2	Años	6	Adulto	2	0		1
100	3/04/2025	LAURA VALENTINA	PUENTES GARCIA	apuentes0811@gmail.co	3058800517	# 145 70 108 107	Suba	11	3	1193563313	MINKI	990000013796306	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	3.3	No	0	Carey	127	4	Años	6	Adulto	2	0		1
101	3/04/2025	YISED ANGELICA	HERRERA NIÑO	herreraangelica88@gmail.com	3115606854	CL 137 BIS # 126A 40	Suba	11	2	1032449750	BURBUJA	990000013796313	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	3.2	No	0	(Marrón - Blanco - Amarillo	61	1	Año	5	Adulto	2	0		1
102	3/04/2025	GLADYS	SUSUNAGA	6@gmail.com	3042917932	130 59 PI 1	Suba	11	2	26431401	ERA	990000013796311	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	2.8	No	0	Atigrado	6	1	Año	5	Adulto	2	0		1
103	3/04/2025	GLADYS	SUSUNAGA	6@gmail.com	3042917932	130 59 PI 1	Suba	11	2	26431401	BEKY	990000013796310	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	3.1	No	0	Calicó	82	1	Año	5	Adulto	2	0		1
104	3/04/2025	LUISA FERNANDA	MARTINEZ QUINTERO	lufermaru29@gmail.com	3044485922	130C # 121C 10 BQ 44 IN 3	Suba	11	2	52433513	INUYASHA	900255001725956	Felino	2	Mestizo	489	Macho	1	3.7	No	0	Amarillo	2	2	Años	6	Adulto	2	0		1
105	3/04/2025	EDWARD ANDRES	GONZALEZ DAZA	reativos@gmail.com	3195708317	TV 126F # 133 33	Suba	11	2	1019011195	ORION	900255001725948	Felino	2	Mestizo	489	Macho	1	3	No	0	Bicolor (Blanco - Negro)	107	1	Año	5	Adulto	2	0		1
106	3/04/2025	LAURA GIMENA	BORDAGIL	3738@gmail.com	3145799410	147A # 142F 39 IN 3	Suba	11	2	1001218026	BIGOTES	900255001725945	Felino	2	Mestizo	489	Macho	1	3.7	No	0	Bicolor (Blanco - Negro)	107	1	Año	5	Adulto	2	0		1
107	3/04/2025	MARIA ELENA	TORO URIBE	198@sincorreo.com	3217807198	CL 132 # 151A 87	Suba	11	2	25213758	NALO	900255001725102	Felino	2	Mestizo	489	Macho	1	2.5	No	0	Bicolor (Blanco - Negro)	107	5	Meses	4	Cachorro	1	0		1
108	3/04/2025	DIANA YHIZET	REYES	yes3@gmail.com	3138888156	#128B 01 MZ 36	Suba	11	2	1014210818	GOMELO	900255001725115	Felino	2	Siamés	210	Macho	1	4	No	0	Bicolor (Café - Beige)	111	2	Años	6	Adulto	2	0		1
109	3/04/2025	MONICA YULIET	TELLEZ SANABRIA	96488@gmail.com	3157589220	112B # 137A 34 PI 3	Suba	11	2	1099342379	ZEUS	900255001725113	Felino	2	Mestizo	489	Macho	1	3	No	0	Bicolor (Blanco - Negro)	107	2	Años	6	Adulto	2	0		1
110	3/04/2025	GLORIA HERMITA	NEGRO POVEDA	glorianegro1@hotmail.com	3208434306	# 140 28 BQ 48A APTO	Suba	11	2	38255785	MICHI	900255001725110	Felino	2	Mestizo	489	Macho	1	4.6	No	0	Bicolor (Blanco - Negro)	107	2	Años	6	Adulto	2	0		1
111	3/04/2025	JORGE ALBERTO	SIERRA ACOSTA	ertosierra@hotmail.com	3216061935	BIS # 123B 35	Suba	11	2	19470691	RAYO BLACK	900255001725103	Felino	2	Mestizo	489	Macho	1	3.3	No	0	Negro	40	6	Meses	4	Cachorro	1	0		1
112	3/04/2025	MERCEDES	OLAYA CASTILLO	@gmail.com	3188652775	139B # 118 09	Suba	11	2	39535948	TRIGO	900255001725949	Felino	2	Mestizo	489	Macho	1	3.2	No	0	Anaranjado	56	6	Meses	4	Cachorro	1	0		1
113	3/04/2025	ASTRID	POSADA RODRIGUEZ	sada769@gmail.com	3197165191	CL 139 BIS # 118 68	Suba	11	2	51934280	MANGO	900255001725108	Felino	2	Mestizo	489	Macho	1	4.6	No	0	Amarillo	2	8	Meses	4	Cachorro	1	0		1
114	3/04/2025	ALBA LUCIA	GUTIERREZ OCHOA	uti1958@gmail.com	3204655227	BIS # 130F 26	Suba	11	2	24321960	MILO	900255001732710	Felino	2	Mestizo	489	Macho	1	4	No	0	Amarillo	2	1	Año	5	Adulto	2	0		1

115	3/04/2025	LINDA AURA	JIMENEZ NIÑO	asacha@gmail.com	3118147028	138B # 125A 32	Suba	11	2	52395516	QUESO	990000013803004	Felino	2	Mestizo	489	Macho	1	5.4	No	0	Tigre	137	5	Años	6	Adulto	2	0		1
116	3/04/2025	CESAR FELIPE	BAQUERO VEGA	0316@gmail.com	3219994836	132A # 130 14 03	Suba	11	2	1066176741	YASPER	990000013803001	Felino	2	Mestizo	489	Macho	1	4	No	0	Pardo	134	1	Año	5	Adulto	2	0		1
117	3/04/2025	CARLOS ANDRES	BELTRAN URREGO	614@sincorreo.com	3028401614	CL 131 # 154 46 PI 2	Suba	11	2	79872637	MARTIN	990000013803020	Felino	2	Mestizo	489	Macho	1	3.8	No	0	Bicolor (Blanco - Gris)	105	3	Años	6	Adulto	2	0		1
118	3/04/2025	LILIANA	VEGA MENESES	gameneses24@gmail.co	3203113885	# 127F 6 I 12 00301	Suba	11	3	52358345	CALCIFER	990000013885416	Felino	2	Mestizo	489	Macho	1	4.6	No	0	Tigre Anaranjado	56	3	Años	6	Adulto	2	0		1
119	3/04/2025	GIOVANNA	MELENDEZ SANCHEZ	lendita@gmail.com	3186283696	# 126 02 IN 36 LC	Suba	11	3	52356278	ONIX	990000013885406	Felino	2	Mestizo	489	Macho	1	4.1	No	0	(Amarillo - Blanco)	84	9	Meses	4	Cachorro	1	0		1
120	3/04/2025	JAMIE CAROLINA	RODRIGUEZ BARAZETA	kto.bzeta@gmail.com	3014031424	CL 133 # 152 36	Suba	11	2	1014185399	TOM	990000013885407	Felino	2	Mestizo	489	Macho	1	5.2	No	0	Bicolor (Blanco - Negro)	107	1	Año	5	Adulto	2	0		1
121	3/04/2025	MARGARITA	IBAÑEZ GUARIN	435@sincorreo.com	3132114435	132B # 109A 47 03	Suba	11	2	28934430	MISIU	990000013803017	Felino	2	Mestizo	489	Macho	1	4	No	0	Bicolor (Blanco - Gris)	105	3	Años	6	Adulto	2	0		1
122	3/04/2025	DAYAN XIMENA	HERNANDEZ GOYENECHE	dayis.hernandez@outlook.es	3006707950	CL 137A # 129 67	Suba	11	2	1019029517	BIGOTES	990000013885403	Felino	2	Mestizo	489	Macho	1	4	No	0	Bicolor (Blanco - Negro)	107	2	Años	6	Adulto	2	0		1
123	3/04/2025	VALENTINA	MORENO GONZALEZ	amorenog27@gmail.co	3147386615	132A # 131 20 PI 2	Suba	11	2	1233902749	MAX	990000013796506	Felino	2	Mestizo	489	Macho	1	3.7	No	0	Bicolor (Blanco - Gris)	105	1	Año	5	Adulto	2	0		1
124	3/04/2025	DURLANDY IRENE	SERRATO GARCIA	durly9981@gmail.com	3103137148	# 128 53 162 001	Suba	11	3	20701388	TULIO	990000013796516	Felino	2	Mestizo	489	Macho	1	2.5	No	0	Beige	11	8	Meses	4	Cachorro	1	0		1
125	3/04/2025	ES ANDREINA	MORILLO HENRRIQUEZ	mercedes02@gmail.com	3232347039	# 131 61 B 07 00303	Suba	11	2	804866	SHUY	990000013796520	Felino	2	Mestizo	489	Macho	1	4.4	No	0	Atigrado	6	1	Año	5	Adulto	2	0		1
126	3/04/2025	JORGE	RODRIGUEZ ESPINOSA	riguezespinosa979@gmail.com	3224508234	KR 129 # 129B 73	Suba	11	2	19223326	BARUK	990000013796503	Felino	2	Mestizo	489	Macho	1	4.2	No	0	Amarillo	2	2	Años	6	Adulto	2	0		1
127	3/04/2025	ERIKA SANDRITH	USCATEGUI SIERRA	ateguisierra@hotmail.co	3138838101	# 150 64 TO 3 APTO	Suba	11	3	1019149865	DRACO	990000013796308	Felino	2	Mestizo	489	Macho	1	3.4	No	0	(Amarillo - Blanco)	84	11	Meses	4	Cachorro	1	0		1
128	3/04/2025	LADY CATERINE	RESTREPO AVILA	repo97@gmail.com	3057124286	104F # 128D 15	Suba	11	2	1032490614	PATACON	990000013796309	Felino	2	Mestizo	489	Macho	1	3.4	No	0	Tigre Anaranjado	56	6	Meses	4	Cachorro	1	0		1
129	3/04/2025	LADY CATERINE	RESTREPO AVILA	repo97@gmail.com	3057124286	104F # 128D 15	Suba	11	2	1032490614	MANGUITO	990000013796316	Felino	2	Mestizo	489	Macho	1	3.4	No	0	Tigre Anaranjado	56	6	Meses	4	Cachorro	1	0		1
130	3/04/2025	MARIA RUTH	S BARRERA	68@gmail.com	3132694487	126F # 133 51	Suba	11	2	35511955	MICHI	990000013796301	Felino	2	Mestizo	489	Macho	1	3.8	No	0	Anaranjado	56	6	Meses	4	Cachorro	1	0		1
131	3/04/2025	RICARDO ARTURO	CARDOZO DIAZ	684@sincorreo.c	3,2E+09	BIS # 139 31	Suba	11	2	79868429	FLACA	900255001725013	Canino	1	Mestizo	229	Hembra	2	7	No	0	Blanco	14	4	Años	6	Adulto	2	0		1
132	3/04/2025	SANDRA CONSUELO	YOPASA CAMPOS	ampos@gmail.co	3,1E+09	KR 109A # 133A 09	Suba	11	2	52344959	DULCE	900255001732376	Canino	1	French Poodle	356	Hembra	2	7	No	0	Blanco	14	2	Años	6	Adulto	2	0		1
133	3/04/2025	LUISA FERNANDA	OCHOA MENDIETA	576@sincorreo.c	3,2E+09	BIS # 139A 66	Suba	11	2	1032477371	HANNA	900255001732363	Canino	1	Pitbull	34	Hembra	2	14	Si	1	Café	124	3	Años	6	Adulto	2	0		1
134	3/04/2025	YINETH	MONTILLA	yinet.123@gmail.com	3E+09	CL 139F # 129 21	Suba	11	2	51898774	MONITA	900255001732366	Canino	1	Pitbull	34	Hembra	2	22.2	Si	1	(Amarillo - Blanco)	84	3	Años	6	Adulto	2	0		1
135	3/04/2025	SANDRA MILENA	GIL ORTIZ	ilenaortiz587@g	3,1E+09	KR 97C # 157A 72	Suba	11	2	52701781	MOLY	990000013885351	Canino	1	Bulldog Francés	316	Hembra	2	11	No	0	Bicolor (Blanco - Negro)	107	2	Años	6	Adulto	2	0		1
136	3/04/2025	JOSE RAUL	PARRA MUÑOZ	987@sincorreo.c	3,1E+09	KR 109A # 133A 31	Suba	11	2	79050302	MUÑECA	990000013885345	Canino	1	Mestizo	229	Hembra	2	35.6	No	0	(Amarillo - Negro)	73	5	Años	6	Adulto	2	0		1
137	3/04/2025	DIANA MILENA	CONTRERAS TORRES	293@sincorreo.c	3,2E+09	CL 128C # 93B 54 02	Suba	11	2	52962046	SIRI	990000013884978	Canino	1	Mestizo	229	Hembra	2	22.4	No	0	(Blanco - Barcino)	101	2	Años	6	Adulto	2	0		1
138	3/04/2025	JOSE MIGUEL	BRICEÑO GOMEZ	134@sincorreo.c	3,2E+09	CL 130A # 124 52	Suba	11	2	19063393	CANELA	990000013796887	Canino	1	Shih Tzu	151	Hembra	2	5.9	No	0	(Marrón - Blanco)	118	5	Años	6	Adulto	2	0		1
139	3/04/2025	MARTHA LUCIA	GONZALEZ QUECAN	145@hotmail.co	3,1E+09	CL 143B # 143 07	Suba	11	2	52145370	ABBY	990000013796883	Canino	1	Cocker Spaniel Inglés	332	Hembra	2	11.3	No	0	Canela Claro	17	6	Años	6	Adulto	2	0		1

140	3/04/2025	MARTHA LUCIA	GONZALEZ QUECAN	[illegible] 145@hotmail.co	3,1E+09	CL 143B # 143 07	Suba	11	2	52145370	KIRA	990000013796884	Canino	1	Pitbull	34	Hembra	2	26.8	Si	1	Bicolor (Blanco - Negro)	107	5	Años	6	Adulto	2	0		1
141	3/04/2025	ESAU	TORRES AVILA	3143391 543@sincorreo.c	3,1E+09	CL 132B # 110A 54	Suba	11	2	5888363	NEGRA	990000013885344	Canino	1	Mestizo	229	Hembra	2	22.3	No	0	Negro	40	2	Años	6	Adulto	2	0		1
142	3/04/2025	NICOLLE VANESSA	HERRERA BOHORQUEZ	[illegible] sb2014 @gmail.	3,2E+09	KR 107B # 131B 69	Suba	11	2	1233888578	PATTY	990000013885354	Canino	1	Mestizo	229	Hembra	2	6.7	No	0	Bicolor (Crema - Negro)	114	5	Meses	4	Cachorro	1	0		1
143	3/04/2025	INES	GALLO SALAZAR	3118389 660@sincorreo.c	3,1E+09	DG 147 # 141A 42 BQ C	Suba	11	2	24867246	SILKA	990000013803904	Canino	1	Pitbull	34	Hembra	2	12.7	Si	1	Gris	24	6	Meses	4	Cachorro	1	0		1
144	3/04/2025	MARIA ALCIRA	BAYONA GARCIA	[illegible] cia1579 @gmail.	3,2E+09	KR 150D # 143B 59	Suba	11	2	52395237	ESTRELLA	990000013803905	Canino	1	French Poodle	356	Hembra	2	5.2	No	0	Blanco	14	1	Año	5	Adulto	2	0		1
145	3/04/2025	YEIMY ANDREA	TUTA CLAVIJO	tutaclavijo@gmail.com	3,2E+09	CL 164 # 95 19	Suba	11	2	52395713	MARA	990000013803903	Canino	1	Pitbull	34	Hembra	2	25	Si	1	Bicolor (Blanco - Negro)	107	3	Años	6	Adulto	2	0		1
146	3/04/2025	YEIMY ANDREA	TUTA CLAVIJO	tutaclavijo@gmail.com	3,2E+09	CL 164 # 95 19	Suba	11	2	52395713	NALA	990000013803902	Canino	1	Cruce Pitbull	337	Hembra	2	17.6	Si	1	Bicolor (Blanco - Café)	103	1	Año	5	Adulto	2	0		1
147	3/04/2025	LEIDY PAOLA	BELTRAN SERRANO	[illegible] ltran@outlook.c	3,1E+09	KR 136 # 132A 78	Suba	11	2	1010174894	AKIRA	990000013884965	Canino	1	Siberian Husky	468	Hembra	2	21	No	0	Bicolor (Blanco - Negro)	107	5	Años	6	Adulto	2	0		1
148	3/04/2025	ELVIA MARIA	BAEZ PICO	[illegible] mari@gmail.co	3,2E+09	CL 138 # 125A 15 PI 2	Suba	11	2	1052389551	SACHA	990000013884815	Canino	1	Mestizo	229	Hembra	2	4.3	No	0	Bicolor (Beige - Negro)	100	5	Años	6	Adulto	2	0		1
149	3/04/2025	ELVIA MARIA	BAEZ PICO	[illegible] mari@gmail.co	3,2E+09	CL 138 # 125A 15 PI 2	Suba	11	2	1052389551	CANELA	990000013884806	Canino	1	Mestizo	229	Hembra	2	5.4	No	0	Canela	16	5	Años	6	Adulto	2	0		1
150	3/04/2025	RICARDO ARTURO	CARDOZO DIAZ	3222068 684@sincorreo.c	3,2E+09	KR 147B BIS # 139 31	Suba	11	2	79868429	PITER	900255001732371	Canino	1	Cruce Pitbull	337	Macho	1	24	Si	1	Bicolor (Blanco - Café)	103	2	Años	6	Adulto	2	0		1
151	3/04/2025	RICARDO ARTURO	CARDOZO DIAZ	3222068 684@sincorreo.c	3,2E+09	KR 147B BIS # 139 31	Suba	11	2	79868429	NIÑO	900255001725015	Canino	1	Mestizo	229	Macho	1	13	No	0	Crema	20	2	Años	6	Adulto	2	0		1
152	3/04/2025	SANDRA CONSUELO	YOPASA CAMPOS	[illegible] ampos@gmail.co	3,1E+09	KR 109A # 133A 09	Suba	11	2	52344959	TAIZON	900255001732370	Canino	1	Cruce Pitbull	337	Macho	1	26	Si	1	Canela	16	2	Años	6	Adulto	2	0		1
153	3/04/2025	SANDRA CONSUELO	YOPASA CAMPOS	[illegible] ampos@gmail.co	3,1E+09	KR 109A # 133A 09	Suba	11	2	52344959	LEONIDAS	900255001732361	Canino	1	Mestizo	229	Macho	1	7.2	No	0	Bicolor (Blanco - Gris)	105	1	Año	5	Adulto	2	0		1
154	3/04/2025	RODRIGO	DONCEL VARON	[illegible] oncel36 @gmail.	3,1E+09	CL 136 BIS # 126A 47	Suba	11	2	79940287	ZEUS	900255001725019	Canino	1	Pitbull	34	Macho	1	30	No	0	(Amarillo - Blanco)	84	3	Años	6	Adulto	2	0		1
155	3/04/2025	JOSE RAUL	PARRA MUÑOZ	3138417 987@sincorreo.c	3,1E+09	KR 109A # 133A 31	Suba	11	2	79050302	LEONIDAS	990000013885358	Canino	1	Mestizo	229	Macho	1	37	No	0	(Amarillo - Negro)	73	2	Años	6	Adulto	2	0		1
156	3/04/2025	RICARDO ARTURO	CARDOZO DIAZ	3222068 684@sincorreo.c	3,2E+09	KR 147B BIS # 139 31	Suba	11	2	79868429	NOHA	990000013885360	Canino	1	Mestizo	229	Macho	1	8	No	0	Amarillo	2	8	Meses	4	Cachorro	1	0		1
157	3/04/2025	KELI ALISMEY	MAHECHA CAÑON	[illegible] echa11 @gmail.	3,1E+09	KR 114 # 139B 6	Suba	11	2	52834184	MAX	990000013803910	Canino	1	Mestizo	229	Macho	1	29	No	0	Bicolor (Blanco - Negro)	107	2	Años	6	Adulto	2	0		1
158	3/04/2025	JOSE IGNACIO	SANCHEZ	3143722 798@sincorreo.c	3,1E+09	CL 140 # 118 52	Suba	11	2	19059581	ROKO	990000013803911	Canino	1	Mestizo	229	Macho	1	13.3	No	0	(Amarillo - Blanco)	84	4	Años	6	Adulto	2	0		1
159	3/04/2025	CARMEN CELINA	OVEJERO	[illegible] iz098@gmail.co	3,1E+09	CL 138 # 150B 04 P 2	Suba	11	2	39548961	TOMMY	990000013803912	Canino	1	Mestizo	229	Macho	1	6.4	No	0	Amarillo	2	2	Años	6	Adulto	2	0		1
160	3/04/2025	MARIA CAMILA	GOMEZ NUMPAQUE	[illegible] @hotam [illegible]	3,1E+09	TV 127D BIS # 130A 04	Suba	11	2	1233890502	NACHO	990000013884977	Canino	1	Mestizo	229	Macho	1	13.2	No	0	Rojo Blanco	65	3	Años	6	Adulto	2	0		1
161	3/04/2025	GERALDINE	RODERO GARZON	sarav1808@gmail .com	3,2E+09	KR 151A # 135 03	Suba	11	2	1015456082	TOBY	990000013796881	Canino	1	Mestizo	229	Macho	1	21.4	No	0	(Amarillo - Negro)	73	4	Años	6	Adulto	2	0		1
162	3/04/2025	NORMA CONSTANZA	MARTINEZ PAEZ	3000310 415@sincorreo.c	3E+09	KR 127D # 142C 42	Suba	11	2	52094018	DOKY	990000013885348	Canino	1	Pitbull	34	Macho	1	28	Si	1	Bicolor (Blanco - Negro)	107	5	Años	6	Adulto	2	0		1
163	3/04/2025	MAIRE ALEJANDRA	CENTENO BUITRAGO	3227094 348@sincorreo.c	3,2E+09	KR 125 # 132D 4	Suba	11	2	36297245	ZEUS	990000013885350	Canino	1	Mestizo	229	Macho	1	18.8	No	0	Bicolor (Café - Negro)	75	6	Meses	4	Cachorro	1	0		1
164	3/04/2025	SANDRA CONSUELO	YOPASA CAMPOS	[illegible] ampos@gmail.co	3,1E+09	KR 109A # 133A 09	Suba	11	2	52344959	GOOFY	990000013803920	Canino	1	Mestizo	229	Macho	1	10.6	No	0	Crema	20	2	Años	6	Adulto	2	0		1
165	3/04/2025	YERALDIN YELITZA	SANCHEZ MIRABAL	3139576 946@sincorreo.c	3,2E+09	CL 132C # 124D 21	Suba	11	2	52420240	MAILON	990000013803906	Canino	1	Mestizo	229	Macho	1	9.7	No	0	Blanco	14	8	Meses	4	Cachorro	1	0		1

166	3/04/2025	LINA MARCELA	LOPEZ GUEVARA	[illegible].1725@hotmail.	3,2E+09	KR 124 # 128C 24 P 2	Suba	11	2	1015436884	TERRY	990000013884810	Canino	1	Pinscher Miniatura	124	Macho	1	2.2	No	0	Amarillo	2	6	Años	6	Adulto	2	0		1
167	3/04/2025	ASTRID YURANNY	CORONEL	yuranny coronel04@gmail	3E+09	CL 131C # 126 72 C58 01	Suba	11	2	1000464287	POLO	990000013884803	Canino	1	Cruce Pitbull	337	Macho	1	24	Si	1	(Amarillo - Blanco)	84	1	Año	5	Adulto	2	0		1
168	3/04/2025	PATRICIA	LOPEZ FAJARDO	[illegible]862@sincorreo.c	3,2E+09	KR 124 # 128B 10 P3	Suba	11	2	37625526	OREO	990000013884812	Canino	1	Mestizo	229	Macho	1	18.5	No	0	Negro	40	5	Años	6	Adulto	2	0		1
169	3/04/2025	LEIDI JOHANA	RAMIREZ CASTAÑEDA	[illegible]n@gmail	3,1E+09	CL 128A # 122C [illegible]	Suba	11	2	52812359	FRIDA	900255001732375	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	3.3	No	0	Pardo	134	1	Año	5	Adulto	2	0		1
170	3/04/2025	YINETH	MONTILLA	yinet.123@gmail.com	3E+09	CL 139F # 129 21	Suba	11	2	51898774	MONA	900255001732364	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	3.8	No	0	(Negro - Blanco - Amarillo)	62	3	Años	6	Adulto	2	0		1
171	3/04/2025	MARIA DILSA	MAYORGA NARANJO	[illegible]maria@gmail.co	3,2E+09	CL 133 124B 29	Suba	11	2	21116629	LULU	990000013885349	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	2.5	No	0	Pardo	134	6	Meses	4	Cachorro	1	0		1
172	3/04/2025	MABEL	NIÑO VARGAS	mabelilla.88@gmail.com	3,1E+09	CL 130 # 124 35	Suba	11	2	1019027454	AMAPOLA	990000013885346	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	3.4	No	0	(Negro - Blanco - Amarillo)	62	10	Meses	4	Cachorro	1	0		1
173	3/04/2025	ELSA GLADYS	VARGAS APONTE	[illegible]adis1270@gmail.	3,2E+09	KR 107B 132B 12	Suba	11	2	52036183	NALA	990000013885346	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	2.5	No	0	Gris	24	7	Meses	4	Cachorro	1	0		1
174	3/04/2025	OLGA LUCIA	TORRES TORRES	[illegible]1torres@gmail.	3,1E+09	KR 152C # 138D 27	Suba	11	2	52805987	BONNY	990000013885353	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	2.5	No	0	Bicolor (Blanco - Pardo)	108	5	Meses	4	Cachorro	1	0		1
175	3/04/2025	JENNIFER DEL CARMEN	CASERES BASTIDAS	jecaseres29@gmail.com	3E+09	DG 150 # 142 40 TO 2 AP 913	Suba	11	2	112916482	CIELO	990000013885342	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	2.6	No	0	(Negro - Blanco - Amarillo)	62	6	Meses	4	Cachorro	1	0		1
176	3/04/2025	RICARDO ARTURO	CARDOZO DIAZ	[illegible]684@sincorreo.c	3,2E+09	KR 147B BIS # 139 31 [illegible]	Suba	11	2	79868429	TARA	990000013803913	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	3	No	0	Bicolor (Blanco - Gris)	105	1	Año	5	Adulto	2	0		1
177	3/04/2025	RICARDO ARTURO	CARDOZO DIAZ	3222068684@sincorreo.com	3,2E+09	KR 147B BIS # 139 31 MZ 3 BQ [illegible]	Suba	11	2	79868429	PRINCESA	990000013803918	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	3	No	0	(Negro - Blanco - Amarillo)	62	1	Año	5	Adulto	2	0		1
178	3/04/2025	IVAN DARIO	MORENO ROMERO	rataivan@gmail.com	3,1E+09	TV 127C BIS # 139A 22	Suba	11	2	1019056326	MANCHAS	990000013803917	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	3	No	0	(Negro - Blanco - Amarillo)	62	2	Años	6	Adulto	2	0		1
179	3/04/2025	FRANK	MONSALVE RONDON	[illegible]nsalve389@gmail	3,1E+09	KR 128 # 139A 13	Suba	11	2	2384106	CASIE	990000013803916	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	3.6	No	0	Pardo	134	1	Año	5	Adulto	2	0		1
180	3/04/2025	CARMEN CELINA	OVEJERO	[illegible]iz098@gmail.co	3,1E+09	CL 138 # 150B 04 P 2	Suba	11	2	39548961	TRUFA	990000013803914	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	2.4	No	0	Tigre Anaranjado	56	2	Años	6	Adulto	2	0		1
181	3/04/2025	MARIA ANGELA	CHAVES ROJAS	[illegible]855@sincorreo.c	3,1E+09	CL 136 # 124D 27 AP 200	Suba	11	2	41506290	COCOA	990000013884961	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	2.5	No	0	(Amarillo - Negro)	73	1	Año	5	Adulto	2	0		1
182	3/04/2025	ELSA MARLEN	VELASQUEZ SUAREZ	[illegible]onr202346@gma	3,1E+09	CL 132C # 124D 21	Suba	11	2	1057214311	MILA	990000013884968	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	3.2	No	0	(Amarillo - Blanco)	84	1	Año	5	Adulto	2	0		1
183	3/04/2025	CLAUDIA MARCELA	PRIETO CAPERA	[illegible]marcelaprieto1	3,1E+09	CL 130 # 132A 15	Suba	11	2	1026558637	PIQUIS	990000013803901	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	2.3	No	0	Bicolor (Blanco - Negro)	107	7	Meses	4	Cachorro	1	0		1
184	3/04/2025	LUZ ARMINDA	ENCISO HERNANDEZ	luze7296@gmail.com	3,3E+09	KR 113D # 145 38 AP 301	Suba	11	3	52331727	TARA	990000013884966	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	2.8	No	0	Gris	24	2	Años	6	Adulto	2	0		1
185	3/04/2025	LUZ ARMINDA	ENCISO HERNANDEZ	luze7296@gmail.com	3,3E+09	KR 113D # 145 38 AP 301	Suba	11	3	52331727	MOLLY	990000013796888	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	3	No	0	Bicolor (Blanco - Gris)	105	2	Años	6	Adulto	2	0		1
186	3/04/2025	SANTIAGO ESTEBAN	DAZA ENCISO	dazas7102@gmail.com	3,3E+09	KR 113D # 145 38 AP 301	Suba	11	3	1000463455	MITENS	990000013796892	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	3.3	No	0	Bicolor (Blanco - Negro)	107	5	Años	6	Adulto	2	0		1
187	3/04/2025	LINA MARCELA	LOPEZ GUEVARA	[illegible].1725@hotmail.	3,2E+09	KR 124 # 128C 24 P 2	Suba	11	2	1015436884	CANDY	990000013796889	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	3.2	No	0	Bicolor (Blanco - Negro)	107	2	Años	6	Adulto	2	0		1
188	3/04/2025	LIGIA	BARRERA OLIVAR	[illegible]602@sincorreo.c	3,1E+09	CL 134A # 124C 14	Suba	11	2	52096657	KITTY	990000013796891	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	2.5	No	0	(Amarillo - Negro)	73	7	Meses	4	Cachorro	1	0		1
189	3/04/2025	LORENA LUCERO	LEMUS GARZON	[illegible]mus1409@gmail	3E+09	DG 150 # 142 40 TO 2 AP 913	Suba	11	2	1023888339	HEIDY	990000013796893	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	3.3	No	0	Bicolor (Blanco - Negro)	107	10	Meses	4	Cachorro	1	0		1

190	3/04/2025	CLAUDIA PATRICIA	ROMERO GARZON	[illegible]935@sincorreo.c	3,2E+09	CL 132A # 158 16	Suba	11	2	52411749	MOLLY	990000013796900	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	3	No	0	Negro	40	1	Año	5	Adulto	2	0		1
191	3/04/2025	JOHHAN ORLANDO	HERRERA MORENO	[illegible]8808@hotmail.c	3,2E+09	TV 126D # 132B 8	Suba	11	2	1073233033	LILO	990000013796896	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	3	No	0	Negro	40	2	Años	6	Adulto	2	0		1
192	3/04/2025	GLORIA	GONZALEZ BORJA	[illegible]242@sincorreo.c	3,2E+09	CL 127 119B 17 AP 200	Suba	11	2	31963123	LUNA	990000013796894	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	2.4	No	0	Pardo	134	7	Meses	4	Cachorro	1	0		1
193	3/04/2025	RICARDO ARTURO	CARDOZO DIAZ	3222068684@sincorreo.com	3,2E+09	KR 147B BIS # 139 31 MZ 3 BQ [illegible]	Suba	11	2	79868429	ELODY	900255001732379	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	3	No	0	(Negro - Blanco - Amarillo)	62	1	Año	5	Adulto	2	0		1
194	3/04/2025	RICARDO ARTURO	CARDOZO DIAZ	[illegible]684@sincorreo.c	3,2E+09	KR 147B BIS # 139 31 MZ 3 BQ [illegible]	Suba	11	2	79868429	LUNA	900255001732377	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	3	No	0	Blanco	14	10	Meses	4	Cachorro	1	0		1
195	3/04/2025	RICARDO ARTURO	CARDOZO DIAZ	[illegible]684@sincorreo.c	3,2E+09	KR 147B BIS # 139 31 MZ 3 BQ [illegible]	Suba	11	2	79868429	TERESA	900255001732374	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	2.7	No	0	Bicolor (Blanco - Negro)	107	2	Años	6	Adulto	2	0		1
196	3/04/2025	RICARDO ARTURO	CARDOZO DIAZ	[illegible]684@sincorreo.c	3,2E+09	KR 147B BIS # 139 31 MZ 3 BQ [illegible]	Suba	11	2	79868429	MANCHAS	900255001732365	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	2.5	No	0	Bicolor (Blanco - Negro)	107	8	Meses	4	Cachorro	1	0		1
197	3/04/2025	JENNY PATRICIA	RICO BARRERA	jennyriko@gmail.com	3E+09	DG 150 # 142 40 TO 2 AP [illegible]	Suba	11	2	1019067937	MILU	900255001732372	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	3	No	0	Pardo	134	10	Meses	4	Cachorro	1	0		1
198	3/04/2025	JENNY PATRICIA	RICO BARRERA	jennyriko@gmail.com	3E+09	DG 150 # 142 40 TO 2 AP [illegible]	Suba	11	2	1019067937	KITTY	990000013885357	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	2.5	No	0	Bicolor (Blanco - Negro)	107	6	Meses	4	Cachorro	1	0		1
199	3/04/2025	DIANI JULIET	CERVERA MARIN	cerdani@gmail.com	3,2E+09	CL 136 # 149 25	Suba	11	2	1233904540	ZOE	990000013885359	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	3	No	0	Bicolor (Blanco - Gris)	105	1	Año	5	Adulto	2	0		1
200	3/04/2025	CLAUDIA PATRICIA	LOPEZ MENDEZ	claudiamarcelaprieto1	3,1E+09	KR 124C # 135A 10 AP [illegible]	Suba	11	2	1019003413	LEONA	990000013803919	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	3	No	0	Mariposa	133	1	Año	5	Adulto	2	0		1
201	3/04/2025	BLANCA MYRIAM	RAMIREZ GONZALEZ	[illegible]538@sincorreo.c	3,2E+09	CL 145 # 127F 06 IN 3 AP [illegible]	Suba	11	3	39522703	MIA	990000013884970	Felino	2	Persa Americano O [illegible]	441	Hembra	2	2.6	No	0	Arena	67	1	Año	5	Adulto	2	0		1
202	3/04/2025	DIANA MARCELA	PINTO RODRIGUEZ	[illegible]r54@gm	3,5E+09	CL 138 # 118 29	Suba	11	2	1233898708	BULMA	990000013884974	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	3	No	0	Pardo	134	8	Meses	4	Cachorro	1	0		1
203	3/04/2025	JUANA ISABEL	ACHURY QUINTERO	[illegible]019@sincorreo.c	3E+09	CL 131 # 96 02	Suba	11	2	39640407	NINA	990000013884976	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	2.6	No	0	(Amarillo - Blanco)	84	7	Meses	4	Cachorro	1	0		1
204	3/04/2025	TANIA STEFANNY	CASTRO CASTRO	[illegible]247@sincorreo.c	3,1E+09	KR 151 # 143 12	Suba	11	2	1233900585	PARIS	990000013884967	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	3.5	No	0	Bicolor (Blanco - Negro)	107	8	Meses	4	Cachorro	1	0		1
205	3/04/2025	MARTA CECILIA	SOLANO GARCIA	[illegible]010066@gmail.	3,2E+09	CL 142C # 141B 60 CA 22	Suba	11	2	46362228	CHISPAS	990000013796885	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	2.3	No	0	(Amarillo - Negro)	73	5	Meses	4	Cachorro	1	0		1
206	3/04/2025	SAMUEL MOISES	CUELLO GAMARRA	samuelcuellog@gmail.co	3,2E+09	KR 160 # 133 24	Suba	11	2	1000462508	YEYI	990000013796890	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	2.4	No	0	(Amarillo - Negro)	73	2	Años	6	Adulto	2	0		1
207	3/04/2025	MARIA ALEJANDRA	CARVAJAL GARCIA	[illegible]92311@gmailk.c	3,2E+09	CL 139 # 88 23	Suba	11	3	1001058406	OLIVIA	990000013796897	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	3.1	No	0	Negro	40	8	Meses	4	Cachorro	1	0		1
208	3/04/2025	ESTEFANI	ROSERO FAJARDO	tifani2030@gmail.com	3,2E+09	KR 155 # 138B 04	Suba	11	2	1018492378	LILITH	990000013796886	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	2.5	No	0	Bicolor (Blanco - Pardo)	108	2	Años	6	Adulto	2	0		1
209	3/04/2025	PATRICIA	LOPEZ FAJARDO	[illegible]862@sincorreo.c	3,2E+09	KR 124 # 128B 10 P 3	Suba	11	2	37625526	PAQUITA	990000013884814	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	2.1	No	0	Pardo	134	2	Años	6	Adulto	2	0		1
210	3/04/2025	SEBASTIAN	GIL NAVAS	[illegible]02gil@gmail.co	3E+09	CL 137A # 125A 49 AP [illegible]	Suba	11	2	1031641204	MIA	990000013884802	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	3.5	No	0	Bicolor (Blanco - Gris)	105	1	Año	5	Adulto	2	0		1
211	3/04/2025	MIGUEL ANGEL	RODRIGUEZ RODRIGUEZ	[illegible]zmiguelangel2008@gmail	3,1E+09	CL 136 # 151A 27	Suba	11	2	79472137	CANDY	990000013884817	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	2.5	No	0	Tigre Anaranjado	56	6	Meses	4	Cachorro	1	0		1
212	3/04/2025	ROSA	TORRES TAMARA	[illegible]7-@hotmail.co	3,1E+09	CL 135 BIS # 124C 60	Suba	11	2	36641099	MICHI	990000013884807	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	2.3	No	0	Negro	40	1	Año	5	Adulto	2	0		1
213	3/04/2025	EVERLADIS MARIA	FONTALVO MARTINEZ	radcudriz5@gmail.com	3,2E+09	KR 111 # 135B 09 AP 200	Suba	11	2	33208644	MINA	990000013884809	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	3.3	No	0	(Negro - Blanco - Amarillo)	62	1	Año	5	Adulto	2	0		1
214	3/04/2025	RICARDO	DELGADO VARGAS	[illegible]988@sincorreo.c	3,1E+09	CL 132C # 118 48	Suba	11	2	18968530	MIRRINGA	990000013884811	Felino	2	Mestizo	489	Hembra	2	3.8	No	0	Pardo	134	1	Año	5	Adulto	2	0		1

215	3/04/2025	MARYUR SIRLEY	CARVAJAL AGUDELO	agudelo c3126375238@g	3,2E+09	KR 121 # 128B 52	Suba	11	2	32355907	MICHIN	900255001725020	Felino	2	Mestizo	489	Macho	1	4.8	No	0	Bicolor (Blanco - Negro)	107	2	Años	6	Adulto	2	0		1
216	3/04/2025	RICARDO ARTURO	CARDOZO DIAZ	3222068 684@sin correo.c	3,2E+09	KR 147B BIS # 139 31	Suba	11	2	79868429	LALO	900255001732362	Felino	2	Mestizo	489	Macho	1	3.3	No	0	Bicolor (Blanco - Pardo)	108	8	Meses	4	Cachorro	1	0		1
217	3/04/2025	RICARDO ARTURO	CARDOZO DIAZ	3222068 684@sin correo.c	3,2E+09	KR 147B BIS # 139 31	Suba	11	2	79868429	SLVESTRE	900255001732368	Felino	2	Mestizo	489	Macho	1	3.3	No	0	Bicolor (Blanco - Negro)	107	6	Meses	4	Cachorro	1	0		1
218	3/04/2025	RICARDO ARTURO	CARDOZO DIAZ	3222068 684@sin correo.c	3,2E+09	KR 147B BIS # 139 31	Suba	11	2	79868429	MONO	900255001732369	Felino	2	Mestizo	489	Macho	1	4	No	0	Tigre Anaranjado	56	1	Año	5	Adulto	2	0		1
219	3/04/2025	RICARDO ARTURO	CARDOZO DIAZ	3222068 684@sin correo.c	3,2E+09	KR 147B BIS # 139 31	Suba	11	2	79868429	PRINCIPE	900255001732380	Felino	2	Mestizo	489	Macho	1	5	No	0	Bicolor (Blanco - Negro)	107	1	Año	5	Adulto	2	0		1
220	3/04/2025	RICARDO ARTURO	CARDOZO DIAZ	3222068 684@sin correo.c	3,2E+09	KR 147B BIS # 139 31	Suba	11	2	79868429	MIEL	900255001732378	Felino	2	Mestizo	489	Macho	1	4.5	No	0	Tigre Anaranjado	56	1	Año	5	Adulto	2	0		1
221	3/04/2025	RICARDO ARTURO	CARDOZO DIAZ	3222068 684@sin correo.c	3,2E+09	KR 147B BIS # 139 31	Suba	11	2	79868429	MONO II	900255001732373	Felino	2	Mestizo	489	Macho	1	5	No	0	Tigre Anaranjado	56	1	Año	5	Adulto	2	0		1
222	3/04/2025	RICARDO ARTURO	CARDOZO DIAZ	3222068 684@sin correo.c	3,2E+09	KR 147B BIS # 139 31	Suba	11	2	79868429	TIGRILLO	900255001732367	Felino	2	Mestizo	489	Macho	1	4.5	No	0	Bicolor (Blanco - Pardo)	108	1	Año	5	Adulto	2	0		1
223	3/04/2025	MARIA ALCIRA	BAYONA GARCIA	alcirabgar cia1579 @gmail.	3,2E+09	KR 150D # 143B 58	Suba	11	2	52395237	MOTAS	990000013803909	Felino	2	Mestizo	489	Macho	1	4	No	0	Tigre Anaranjado	56	2	Años	6	Adulto	2	0		1
224	3/04/2025	ANGELO YESID	PINZON PINZON	apinzon pinz@g	3,1E+09	CL 137 # 147 11	Suba	11	2	1000457598	TOMMY	990000013884973	Felino	2	Mestizo	489	Macho	1	3	No	0	Pardo	134	9	Meses	4	Cachorro	1	0		1
225	3/04/2025	ANGELO YESID	PINZON PINZON	apinzon pinz@g	3,1E+09	CL 137 # 147 11	Suba	11	2	1000457598	MANGO	990000013884962	Felino	2	Mestizo	489	Macho	1	3.2	No	0	Anaranjado	56	1	Año	5	Adulto	2	0		1
226	3/04/2025	BLANCA MYRIAM	RAMIREZ GONZALEZ	3202294 538@sin correo.c	3,2E+09	CL 143 # 127F 06 IN 3 AP	Suba	11	3	39522703	PACHO	990000013884975	Felino	2	Mestizo	489	Macho	1	4.5	No	0	Pardo	134	1	Año	5	Adulto	2	0		1
227	3/04/2025	MABEL	NIÑO VARGAS	mabelnin a.88@g mail.co	3,1E+09	CL 130 # 124 35	Suba	11	2	1019027454	MAILO	990000013885347	Felino	2	Mestizo	489	Macho	1	3.8	No	0	Bicolor (Blanco - Pardo)	108	7	Meses	4	Cachorro	1	0		1
228	3/04/2025	SANDRA MILENA	GIL ORTIZ	sandramil ilenaorti z587@g	3,1E+09	KR 97C # 157A 72	Suba	11	2	52701781	EROS	990000013885355	Felino	2	Mestizo	489	Macho	1	5	No	0	Tigre Anaranjado	56	2	Años	6	Adulto	2	0		1
229	3/04/2025	JENNIFER DEL CARMEN	CASERES BASTIDAS	jecasere s29@gm ail.com	3E+09	DG 150 # 142 40 TO 2 AP 012	Suba	11	2	112916842	DON GATO	990000013885356	Felino	2	Mestizo	489	Macho	1	4.2	No	0	Bicolor (Blanco - Pardo)	108	1	Año	5	Adulto	2	0		1
230	3/04/2025	WHILMER ARLEY	GALINDO AGUILERA	whilmerl galindo1 3@gmail	3E+09	CL 144 147A 20 129	Suba	11	2	1069712077	MILLOS	990000013885343	Felino	2	Mestizo	489	Macho	1	3.9	No	0	Bicolor (Blanco - Pardo)	108	8	Meses	4	Cachorro	1	0		1
231	3/04/2025	RICARDO ARTURO	CARDOZO DIAZ	3222068 684@sin correo.c	3,2E+09	KR 147B BIS # 139 31	Suba	11	2	79868429	MONO	990000013885352	Felino	2	Mestizo	489	Macho	1	2.7	No	0	Tigre Anaranjado	56	1	Año	5	Adulto	2	0		1
232	3/04/2025	RICARDO ARTURO	CARDOZO DIAZ	3222068 684@sin correo.c	3,2E+09	KR 147B BIS # 139 31	Suba	11	2	79868429	NEZOCO	990000013803915	Felino	2	Mestizo	489	Macho	1	4	No	0	Bicolor (Café - Beige)	111	1	Año	5	Adulto	2	0		1
233	3/04/2025	GINA MARCELA	CASTIBLANCO MORENO	marcelm oreno10 1@gmail	3,1E+09	KR 140A # 132A 54	Suba	11	2	1019083176	MICHIJOSE	990000013803908	Felino	2	Mestizo	489	Macho	1	3.5	No	0	Negro	40	1	Año	5	Adulto	2	0		1
234	3/04/2025	MYRIAM	ALFONSO RAMIREZ	3213494 871@sin correo.c	3,2E+09	KR 125C # 136 27	Suba	11	2	35455624	CASIE	990000013803907	Felino	2	Mestizo	489	Macho	1	5.1	No	0	Blanco	14	6	Años	6	Adulto	2	0		1
235	3/04/2025	MARIA ANGELA	CHAVES ROJAS	3132039 855@sin correo.c	3,1E+09	CL 136 124D 27 AP 200	Suba	11	2	41506290	JACOBO	990000013884964	Felino	2	Mestizo	489	Macho	1	4	No	0	(Amarillo - Blanco)	84	9	Meses	4	Cachorro	1	0		1
236	3/04/2025	SONIA YADIRA	ESPEJO FORERO	agudelo2 009@ho tmail.co	3,2E+09	CL 138 # 118 33 AP 200	Suba	11	2	52975291	JACKO	990000013884972	Felino	2	Mestizo	489	Macho	1	3.2	No	0	Negro	40	8	Meses	4	Cachorro	1	0		1
237	3/04/2025	JOSEFINA ISABEL	MARTINEZ MONTERROZA	3232000 933@sin correo.c	3,2E+09	CL 132C # 127 26	Suba	11	2	39776914	OREO	990000013884969	Felino	2	Mestizo	489	Macho	1	4.5	No	0	Bicolor (Blanco - Negro)	107	9	Meses	4	Cachorro	1	0		1
238	3/04/2025	ELSA MARLEN	VELASQUEZ SUAREZ	bermans onr2023 46@gma	3,1E+09	CL 132C # 124D 21	Suba	11	2	1057214311	PARDO	990000013884963	Felino	2	Mestizo	489	Macho	1	3.2	No	0	Pardo	134	2	Años	6	Adulto	2	0		1
239	3/04/2025	MARIA CAMILA	GOMEZ NUMPAQUE	kamil11 @hotma il.es	3,1E+09	TV 127D BIS # 139A 94	Suba	11	2	1233890502	OREO	990000013884979	Felino	2	Mestizo	489	Macho	1	3.6	No	0	Bicolor (Blanco - Negro)	107	1	Año	5	Adulto	2	0		1
240	3/04/2025	CAMILO SNEIDER	PIZA TORRES	pizatorr esc@gm ail.com	3,2E+09	TV 127D BIS # 139A 94	Suba	11	2	1030695522	ZION	990000013884980	Felino	2	Mestizo	489	Macho	1	4.5	No	0	Bicolor (Blanco - Pardo)	108	1	Año	5	Adulto	2	0		1

241	3/04/2025	CAMILO SNEIDER	PIZA TORRES	pizatorresc@gmail.com	3,2E+09	TV 127D BIS # 139A 94	Suba	11	2	1030695522	TEODORO	990000013884971	Felino	2	Mestizo	489	Macho	1	4.5	No	0	Bicolor (Blanco - Pardo)	108	1	Año	5	Adulto	2	0		1
242	3/04/2025	LORENA LUCERO	LEMUS GARZON	lorenalemus1409@gmail	3E+09	DG 150 # 142 40 TO 2 AP	Suba	11	2	1023888339	TOMMY	990000013796899	Felino	2	Mestizo	489	Macho	1	4	No	0	(Amarillo - Blanco)	84	1	Año	5	Adulto	2	0		1
243	3/04/2025	MARIA ALEJANDRA	COCUY SOLANO	mariaalejandrax10@gmail	3,2E+09	CL 142C # 141 52 01	Suba	11	2	1019018568	PARDO	990000013796882	Felino	2	Mestizo	489	Macho	1	4.2	No	0	Pardo	134	8	Meses	4	Cachorro	1	0		1
244	3/04/2025	SAMUEL MOISES	CUELLO GAMARRA	samuelcuellog@gmail.co	3,2E+09	KR 160 # 133 24	Suba	11	2	1000462508	NEGRO	990000013796898	Felino	2	Mestizo	489	Macho	1	3.8	No	0	Negro	40	7	Meses	4	Cachorro	1	0		1
245	3/04/2025	BRAYAN STEVEN	VILLARREAL PULIDO	bvillareal0505@gmail.co	3,2E+09	CL 134A # 101B 04	Suba	11	3	1004132029	ARIO	990000013884805	Felino	2	Mestizo	489	Macho	1	2	No	0	Bicolor (Blanco - Pardo)	108	5	Meses	4	Cachorro	1	0		1
246	3/04/2025	BRAYAN STEVEN	VILLARREAL PULIDO	bvillareal0505@gmail.co	3,2E+09	CL 134A # 101B 04	Suba	11	3	1004132029	BATMAN	990000013884820	Felino	2	Mestizo	489	Macho	1	2.4	No	0	Bicolor (Blanco - Negro)	107	5	Meses	4	Cachorro	1	0		1
247	3/04/2025	MYRIAM YANETH	JAIME GONZALEZ	myriamjg2017@gmail.co	3,2E+09	CL 134A # 101B 04	Suba	11	3	52344746	MAIKY	990000013884813	Felino	2	Mestizo	489	Macho	1	3.5	No	0	Bicolor (Blanco - Negro)	107	1	Año	5	Adulto	2	0		1
248	3/04/2025	MYRIAM YANETH	JAIME GONZALEZ	myriamjg2017@gmail.co	3,2E+09	CL 134A # 101B 04	Suba	11	3	52344746	MONO	990000013884819	Felino	2	Mestizo	489	Macho	1	4.1	No	0	(Amarillo - Blanco)	84	2	Años	6	Adulto	2	0		1
249	3/04/2025	ANA MERCEDES	LARA CUERVO	joa.1301@hotmail.com	3,1E+09	CL 144 # 141C 30 IN 36	Suba	11	2	51752861	TOMMY	990000013884804	Felino	2	Mestizo	489	Macho	1	5.2	No	0	(Amarillo - Blanco)	84	9	Meses	4	Cachorro	1	0		1
250	3/04/2025	LEIDY LORENA	SANCHEZ ALVAREZ	157292458@gmail.com	3,2E+09	TV 142 # 150 50 BQ C CA	Suba	11	2	1032465016	LUIGI	990000013884808	Felino	2	Mestizo	489	Macho	1	4.1	No	0	Pardo	134	7	Meses	4	Cachorro	1	0		1
251	3/04/2025	ROSA JEANETH	RODRIGUEZ RETIS	rositha0909@g	3,2E+09	KR 160B # 133 5	Suba	11	3	39543211	SAURON	990000013884818	Felino	2	Mestizo	489	Macho	1	4.5	No	0	Negro	40	8	Meses	4	Cachorro	1	0		1

Item	Numero de historia clinica	jornada	nombres	apellidos	email	telefono	direccion	Barrio	localidad	estrato	documento identidad	nombre animal	microchip	especie	raza	sexo	peso kg	raza de manejo especial	color	edad	Unidad	Tipo Tenedor	observaciones
38	583	3/04/2025	MERCEDES	QUEVEDO CASTRO	3134340485@sinc orreo.com	3134340485	KR 124D # 135B 18	GAITANA	Suba	2	20491802	KILLER	900255001725958	Canino	Pitbull	Macho	27	Si	Café	7	Años	comunidad	0
59	604	3/04/2025	ROSARIO	CHAVES PRADA	rosario25chaves@ gmail.com	3208819226	KR 140B # 131 10 BOB C 25 01 001	GAITANA	Suba	2	57431307	TERRY	990000013796318	Canino	Pitbull	Macho	28.5	Si	Chocolate	4	Años	comunidad	0
133	678	3/04/2025	LUISA FERNANDA	OCHOA MENDIETA	3202115576@sinc orreo.com	3202115576	TV 127C BIS # 139A 66 01 01	GAITANA	Suba	2	1032477371	HANNA	900255001732363	Canino	Pitbull	Hembra	14	Si	Café	3	Años	CES	0
134	679	3/04/2025	YINETH	MONTILLA	yinet.123@gmail.c om	3015663313	CL 139F # 129 21	GAITANA	Suba	2	51898774	MONITA	900255001732366	Canino	Pitbull	Hembra	22.2	Si	Bicolor (Amarillo - Blanco)	3	Años	CES	0
140	685	3/04/2025	MARTHA LUCIA	GONZALEZ QUECAN	martica_145@hot mail.com	3125822455	CL 143B # 143 07	GAITANA	Suba	2	52145370	KIRA	990000013796884	Canino	Pitbull	Hembra	26.8	Si	Bicolor (Blanco - Negro)	5	Años	comunidad	0
143	688	3/04/2025	INES	GALLO SALAZAR	3118389660@sinc orreo.com	3118389660	DG 147 # 141A 42 BQ C IN 33	GAITANA	Suba	2	24867246	SILKA	990000013803904	Canino	Pitbull	Hembra	12.7	Si	Gris	6	Meses	comunidad	0
145	690	3/04/2025	YEIMY ANDREA	TUTA CLAVIJO	tutaclavijo@gmail. com	3227983957	CL 164 # 95 19	GAITANA	Suba	2	52395713	MARA	990000013803903	Canino	Pitbull	Hembra	25	Si	Bicolor (Blanco - Negro)	3	Años	CES	0
146	691	3/04/2025	YEIMY ANDREA	TUTA CLAVIJO	tutaclavijo@gmail. com	3227983957	CL 164 # 95 19	GAITANA	Suba	2	52395713	NALA	990000013803902	Canino	Cruce Pitbull	Hembra	17.6	Si	Bicolor (Blanco - Café)	1	Año	CES	0
150	695	3/04/2025	RICARDO ARTURO	CARDOZO DIAZ	3222068684@sinc orreo.com	3222068684	KR 147B BIS # 139 31 MZ 3 BQ 13	GAITANA	Suba	2	79868429	PITER	900255001732371	Canino	Cruce Pitbull	Macho	24	Si	Bicolor (Blanco - Café)	2	Años	CES	0
152	697	3/04/2025	SANDRA CONSUELO	YOPASA CAMPOS	yopasacampos@g mail.com	3105860893	KR 109A # 133A 09	GAITANA	Suba	2	52344959	TAIZON	900255001732370	Canino	Cruce Pitbull	Macho	26	Si	Canela	2	Años	CES	0
162	707	3/04/2025	NORMA CONSTANZA	MARTINEZ PAEZ	3006310415@sinc orreo.com	3006310415	KR 127D # 142C 42	GAITANA	Suba	2	52094018	DOKY	990000013885348	Canino	Pitbull	Macho	28	Si	Bicolor (Blanco - Negro)	5	Años	comunidad	0
167	712	3/04/2025	ASTRID YURANNY	CORONEL	yurannycoronel04 @gmail.com	3023983536	CL 131C # 126 72 C58 01	GAITANA	Suba	2	1000464287	POLO	990000013884803	Canino	Cruce Pitbull	Macho	24	Si	Bicolor (Amarillo - Blanco)	1	Año	comunidad	0

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

PLANILLA DE REGISTRO ESTERILIZACIÓN

PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL

CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024 SAS

CPS 858 de 2024

BOGOTÁ

LOCALIDAD: Suba

FECHA: 03 04 2025

JORNADA: 10 ESTERILIZACIÓN

OPERADOR: Dr. Diego Castellanos

		NOMBRE	APELLIDO	CC	CELULAR	CORREO	DIRECCIÓN	BARRIO	CANES	GATOS	TOTAL
990255001732013	13	Ricardo	Cordero	79866429	322 2066554	3222066554@sincorreo.com	Kr 148 B 85 134-31 Mz 3 Bs 13	Floral			Ricardo Cordero
990255001732376	14	sandra consuelo	yepes campos	52344959	316 5660643	yepescampos@gmail.com	Kr 104 B 133A 09	Dulce			
990255001732063	19	luisa fernanda	ochoa mendieta	1032411391	320 2115576	3202115576@sincorreo.com	Tv 127 C BIS 129A - 66 01 02	Horto			
990255001732386	22	yineth	montilla	5 898734	301 566 8813	yinet024@gmail.com	Cl 129 F 11 124 - 21	Horto			
990000013885351	32	sandra Milena	gil ortiz	52301981	312 492 5528	sandrajimena0412@gmail.com	Cl 130 #1 159A - 72	Holy			
990000013885345	35	jose ruiz	pinto muñoz	79850C2	319 841 9984	3198419984@sincorreo.com	Kr 104A Nº 133A 31	Montaña			
	55							Condominio			
990000013884978	82	diana Milena	cabrera torres	52960C46	322 3119293	3223119293@sincorreo.com	Cl 128 C 98B 54 02	Sin			Diana C
990000013796887	90	jose Miguel	bucaro gomez	1 C 064393	320 601 8134	3206018134@sincorreo.com	Cl 130A Nº 124 - 52	Canelo			
990000013796883	90	martha Lucia	gonzalez cuervo	52145476	313 582 2455	marthalu2455@hotmail.com	Cl 143B 143 - 03	Abby			Martha Gonzalez
990000013796884	102	martha lucia	gonzalez cuervo	52145340	313 582 2455	marthalu2455@hotmail.com	Cl 143B 143 - 04	Kiro			Martha Gonzalez

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

PLANILLA DE REGISTRO ESTERILIZACIÓN

PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL

CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024 SAS

CPS 592 de 2024

BOGOTÁ
SUBA

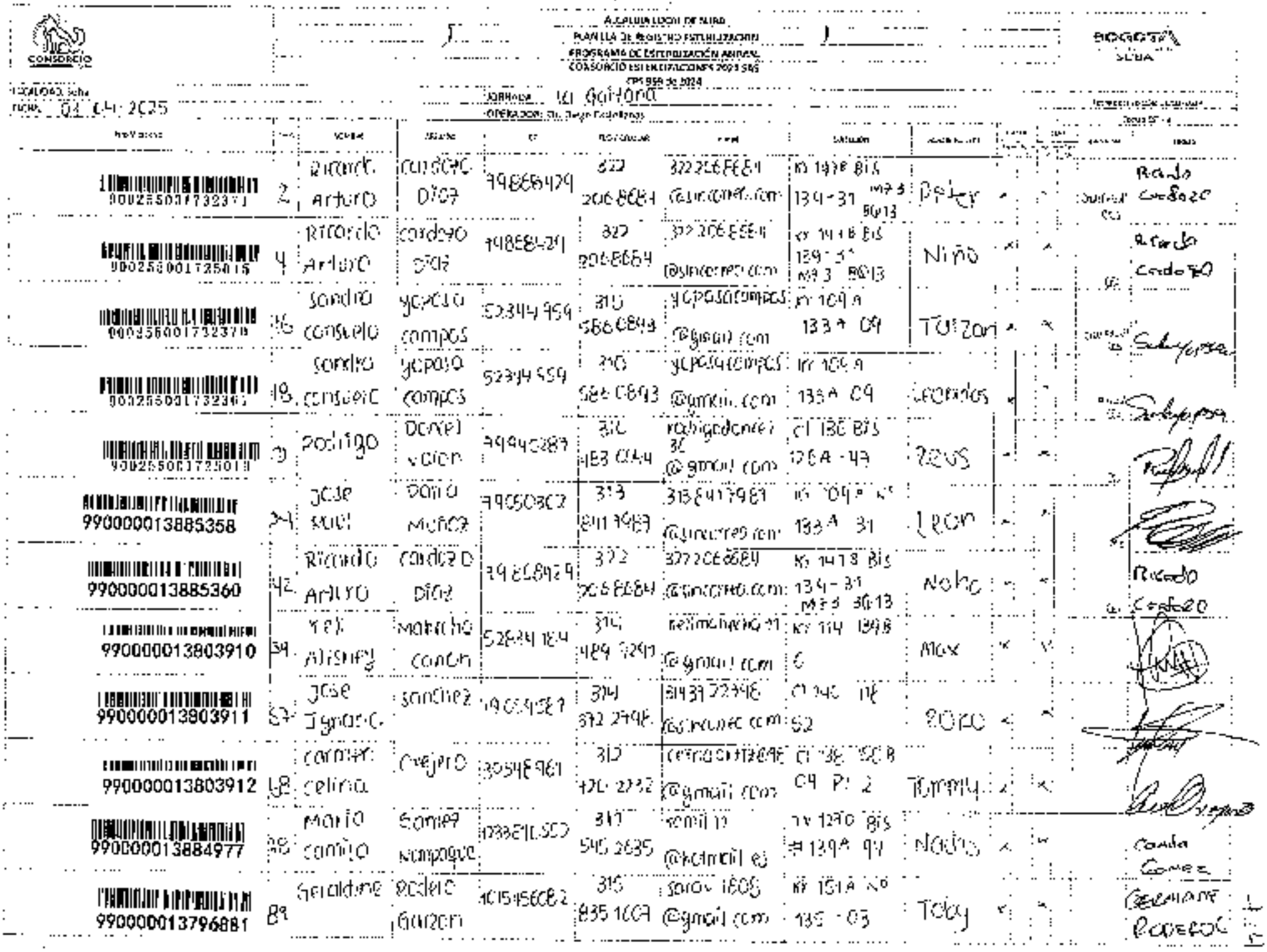
Localidad: Suba

Fecha: 03-09-2025

Jornada: La Gaitana

Operación: Diego Castellanos

990000013885344	24	Esau	Torres Avila	1033833	314 3301643	[illegible] @hotmail.com	Cl 132B # 170A-54	Negra			Esau Torres
990000013885354	36	Nicolle Vanessa	Herrera Bohorquez	1233885516	312 2359643	nicolle2262004@gmail.com	Cl 134 # 131B-69	Perry			Nicolle
990000013803904	40	Luis	Gallo Salazar	1088672416	311 6852660	2110889660@hotmail.com	Cl 139 # 141A-40 IN 33	Silka			Luis Gallo
990000013803905	51	Maria Alcira	Bayona Garcia	52395037	320 4930117	mariagarcia1549@gmail.com	Cr 150B # 143B-58	Estrella			Maria Bayona
990000013803903	55	Yenny Andrea	Tuta Clavijo	52345713	322 4983961	tutaclavijo@gmail.com	Cl 164 # 95-14	Mara			Yenny Tuta
990000013803902	55	Yenny Andrea	Tuta Clavijo	52345713	322 4983961	tutaclavijo@gmail.com	Cl 164 # 95-14	Nala			Yenny Tuta
990000013884965	76	Leidy Paola	Beltran Serrano	1000994894	311 5025699	paola.beltran@outlook.com	Cr 136 132A-78	Arcia			
990000013884815	45	Elvia Maria	Baez Pico	1052889551	320 6603149	baezpicomaria@gmail.com	Cl 135 #125A-95 Pi 2	Sacha			Elvia Baez Pico
990000013884806	45	Elvia Maria	Baez Pico	1052889551	320 6603149	baezpicomaria@gmail.com	Cl 135 #125A-15 Pi 2	Canela			Elvia Baez Pico



ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

PLANILLA DE REGISTRO ESTERILIZACIÓN

PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL

CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024 SAS

CPS 520 de 2024

BOGOTÁ

LOCALIDAD: Suba

FECHA: 03-04-2025

JORNADA: 10 Gatitos

OPERADOR: Dr. Diego Londoño

99000001388534B	34	Nicolás	Martínez	52094078	300	2008210415	Kr 129 D	DCky			Nicolás Martínez
		Constanza	Poa		6210415	@sincorreo.com	112 C 42				
99000001388535O	41	Maite	Cerlero	36247245	322	3229049348	Kr 125 #	Paul			Maite Cortés
		Alejandra	Buitrago		709 1348	@sincorreo.com	122 D - 4				
99000001380392O	46	Sandra	Yopasa	52340959	310	yopasaramos05	Kr 104B #	Goofy			Sandra Yopasa
		Consuelo	Ramos		582 0493	@gmail.com	133A - 09				
99000001380390G	50	Geraldin	Sánchez	52120240	314	2934 64946	Cl 132C #	Nalson			Geraldin Sánchez
		Gabriel	Montal		396 9946	@sincorreo.com	124 D 21				
99000001388481O	104	Lina	López	1018436384	323	linalopez3125	Kr 124 No	Terry			Lina López
		Marcela	Guevara		696 0912	@hotmail.com	126 C - 24 Pi 2				
99000001388480B	112	Astrid	Coronel	1000464287	302	yuramy@coronel	Cl 131C 126	Pole			Yuramy Coronel
		Yuramy			395 3530	94 @gmail.com	42 C58 01				
99000001388481Z	111	Patricio	López	3162552C	320	3202895862	Kr 124 #126 B - 10 Pi 3	Cr90			Patricio López
			Tejada		281 5860	@sincorreo.com					

CONSORCIO

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
PLANILLA DE REGISTRO ESTERILIZACIÓN
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANUAL
CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2025 SAS
CPS 999 de 2024

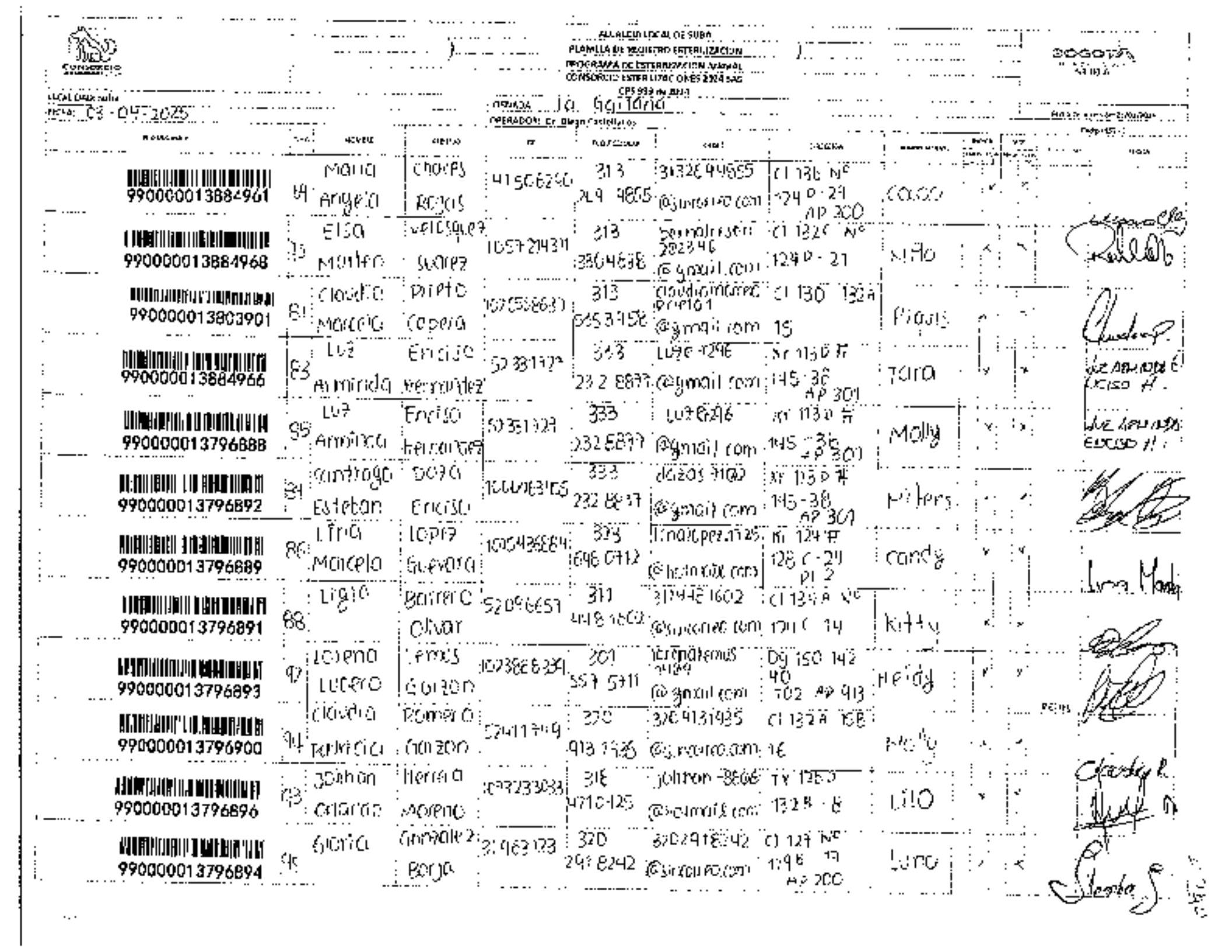
BOGOTÁ
SUBA

FECHA: 03-04-2025

JORNADA: Ordinaria

OPERADOR: Dr. Diego Castellanos

		NOMBRE	APELLIDO	CC	TELEFONO	E-MAIL	DIRECCIÓN	BARRIO	EDAD	SEXO	FIRMA
990256001732376	20	Leidi Johana	Rodriguez Castañeda	52812359	305 953 9325	leidi@gmail.com	Cl 126A # 122 C - 25	Prado			
990256001732361	23	yineth	Moreno	51694394	300 566 3313	yineth.123 @gmail.com	Cl 134 F # 129 - 21	Nona			
990000013885349	25	Maria Dilsa	Magarga Naranjo	21916624	321 489 6084	magargamaria @gmail.com	Cl 133 124a 20	Tuto			
990000013885341	27	maibel	Niño Vargas	1019027404	311 479 8553	maibelnia.88 @gmail.com	Cl 130 124 35	Amigolo			
990000013885346	26	elsa gladys	Vargas Arcante	52036163	324 927 2156	vargasgladys1978 @gmail.com	Cr 107 # 132 B - 12	Nalo			
990000013885353	31	olga lucia	Torres Torres	52805987	312 492 8674	olgaluciatorres @gmail.com	Kr 152C 138 D - 27	Bonny			
990000013885342	46	Jennifer del carmen	Caseres Bastidas	1220168421	300 117 6453	jcaseres29 @gmail.com	Dg 150 #92 40 102 APTO 3	Cielo			
990000013803913	45	Ricardo Arturo	Cardozo Diaz	79866429	322 206 8684	3222068684 @sincorrec.com	Kr 147a B13 139 - 31 Mz 3 Bd 13	Tigo			
990000013803918	46	Ricardo Arturo	Cardozo Diaz	1598684291	322 206 8684	3222068684 @sincorrec.com	Kr 147a B13 139 - 31 Mz 3 Bd 13	Princesa			
990000013803917	53	Jovan Dario	Moreno Ramiro	1049636326	310 491 6324	rosiajovan @gmail.com	Kr 129 f B13 139 A 22	Rambo			
990000013803916	60	Frank	Morgan Rayon	2384106	314 265 2320	frankmorgan5859 @gmail.com	Kr 128 139A 13	Coco			
990000013803914	52	carmen cenia	conejo	34916961	313 720 2732	conejorita@48 @gmail.com	Cl 138 150A C4 P1 2	Nicol			



CONSORCIO

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

PLANILLA DE REGISTRO ESTERILIZACIÓN

PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIVAL

CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024565

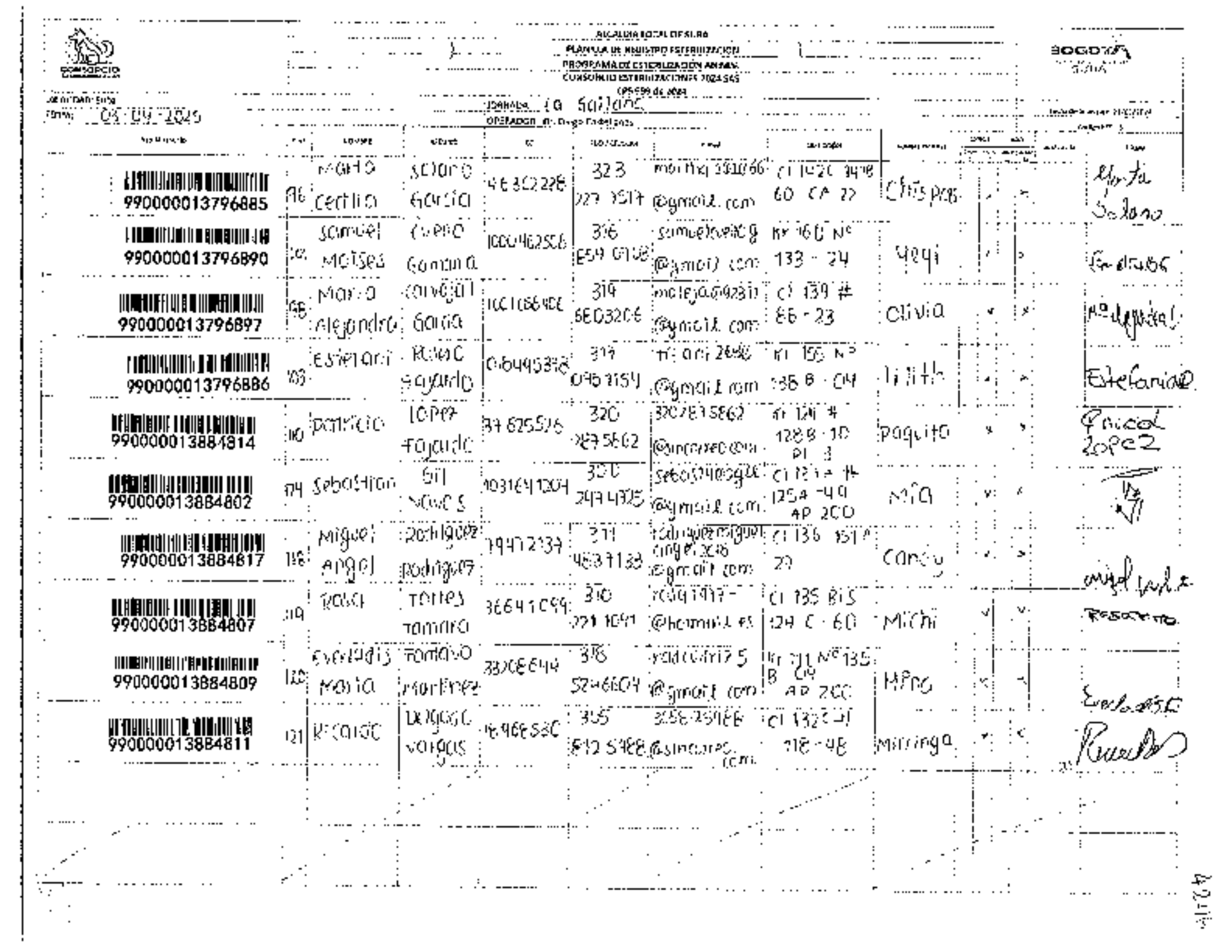
CPS 999 de 2024

FECHA 03-01-2025

JORNADA KENNEDY

OPERADOR: Dr. Diego Fernández

		Nombre	Apellido	Cédula	Teléfono	Email	Dirección	Barrio	Localidad	Nombre Animal	Edad	Sexo	Firma
990255001732379	6	Ricardo Arturo	Cordoba Diaz	79886479	322 2068684	322206868@hotmail.com	KR 144 B 13 139-31 MZ 1 BG 13			Elody			Ricardo Cordoba
990255001732377	8	Ricardo Arturo	Cordoba Diaz	79886479	322 2068684	322206868@hotmail.com	KR 147 A B13 139-31 MZ 8 BG 13			Luna			Ricardo Cordoba
990255001732374	10	Ricardo Arturo	Cordoba Diaz	79886479	322 2068684	322206868@hotmail.com	KR 147 B B13 139-31 MZ 8 BG 13			Teresa			Ricardo Cordoba
990255001732365	15	Ricardo Arturo	Cordoba Diaz	79886429	322 2068684	322206868@hotmail.com	KR 147 B B13 139-31 MZ 8 BG 13			Mamos			Ricardo Cordoba
990255001732372	23	Jenny Patricia	Rico Barrera	1019061437	300 6165239	jennyrico@gmail.com	DG 150 # 142-40 TO2 AP 913			Milu			Jenny Rico
990000013885357	24	Jenny Patricia	Rico Barrera	1019061437	300 6165239	jennyrico@gmail.com	DG 150 # 142-40 TO2 AP 913			Kitty			Jenny Rico
990000013885359	30	Diana Julieth	Correa Marin	1233504540	321 3929622	cerdiana@gmail.com	CL 155 14 144-25			Zoe			Diana
990000013803919	61	Claudia Patricia	Lopez Mendez	1019003413	312 669 0754	claudialopez@gmail.com	KR 24C # 135A-30 AP 202			Lecha			Claudia P López
990000013884970	66	Blanca Myriam	Ramirez Carvajal	39522403	320 2734536	3202734536@hotmail.com	CL 143 # 124F-66 INT 3 AP 501			Milo			
990000013884974	71	Diana Marcela	Pinto Rodriguez	1233696308	350 4349348	dianampr59@gmail.com	CL 132 # 11B-29			Bulma			Diana Marcela Pinto
990000013884976	72	Juana Isabel	Acury Quintero	39540464	300 7560349	3005650014@hotmail.com	CL 131 B 96-02			Nino			
990000013884967	73	Tania Stefany	Castro Castro	1233900385	314 3063249	3143063249@gmail.com	KR 151 143-12			Paris			Stefania C



ALCALDIA LOCAL DE SUBA

PLANILLA DE REGISTRO DE VISITACION

PROGRAMA DE ESTERILIZACION CANINA

CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024 SAS

CPS 588 DE 2024

Contenido

BOGOTÁ

LOCALIDAD: Suba

FECHA: 03-04-2025

JORNADA: [illegible]

OPERADOR: [illegible]

900256001725820	1	Mayor Strpy	Conejo Aguilar	32355907	320 494 1954	ggild2003@yahoo.com	KR 127 #126 B 52	Michin				Suitez C	
900256001732362	5	Ricardo Arturo	Cardozo Diaz	79866429	322 2058684	322206866@gmail.com	KR 147B BIS 134-31 MZ 3 BQ 13	LOLO				Ricardo Cardozo	
900256001732368	7	Ricardo Arturo	Cardozo Diaz	79866429	322 2066884	322206866@gmail.com	KR 147B BIS 134-31 MZ 3 BQ 13	Silvestre				Ricardo Cardozo	
900256001732389	9	Ricardo Arturo	Cardozo Diaz	79866429	322 2066884	322206866@gmail.com	KR 147B BIS 134-31 MZ 3 BQ 13	Mono				Ricardo Cardozo	
900256001732380	11	Ricardo Arturo	Cardozo Diaz	79866429	322 2066884	322206866@gmail.com	KR 147B BIS 134-31 MZ 3 BQ 13	Principe				Ricardo Cardozo	
900256001732378	12	Ricardo Arturo	Cardozo Diaz	79866429	322 2066884	322206866@gmail.com	KR 147B BIS 134-31 MZ 3 BQ 13	Miel				Ricardo Cardozo	
900256001732373	13	Ricardo Arturo	Cardozo Diaz	79866429	322 2066884	322206866@gmail.com	KR 147B BIS 134-31 MZ 3 BQ 13	Mono II				Ricardo Cardozo	
900256001732367	14	Ricardo Arturo	Cardozo Diaz	79866429	322 2066884	322206866@gmail.com	KR 147B BIS 134-31 MZ 3 BQ 13	Nariño				Ricardo Cardozo	
990000013803909	50	Maria Alcira	Bayona Garcia	52295237	320 443 4114	airbagaria1979@gmail.com	KR 150B # 143 B - 58	Monas				Alcira Bayona	
990000013884973	63	Angelo yesid	pinzon pinzon	1006576548	312 3421994	[illegible]	CL 139 H 147 - 17	Tommy					
990000013884962	64	Angelo yesid	pinzon pinzon	1006576548	312 2421994	[illegible]	CL 139 H 149 - 17	Marco					
990000013884975	65	Blanca Myriam	Ramirez Gonzalez	39522903	320 2234535	320223453@hotmail.com	CL 143 # 127 F 06 IN 3 AP 501	Pacho					

5

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

PLANILLA DE REGISTRO ESTERILIZACIÓN

PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL

CONSULTORIO ESTERILIZACIONES MÓVILES

OPS 856 de 2024

BOGOTÁ

JORNADA: La Gaitana

OPERACIÓN: Dr. Hugo Castellanos

990000013885347	28	Mabel	Niño Vargas	1049021484	311 417 8591	Mabelnilla.88 @gmail.com	Cl 136 124 - 55	Hailo			
990000013885355	32	Sandra Milena	Gil Cote	52901961	312 492 5528	Sandramilena 0412583 @gmail.com	Kr 97 C 151 A - 92	Eros			
990000013885356	30	Jennifer del Carmen	Caseres Bastidas	1121116842	300 119 6459	Jeccas9574 @gmail.com	Dg 150 #12 140 Ap 403	Don Gato			
990000013885343	38	Wilmer Andrey	Galindo Aguilera	1069912007	300 434 4521	Chilowgalindo @gmail.com	Cl 144 147A 20 129	Milos			
990000013885352	43	Ricardo Arturo	Cordero Diaz	79686424	320 206 8424	3202068424 @amcorreo.com	Kr 149 B 13 139 31 M23 B4 13	Mono			
990000013803915	41	Ricardo Arturo	Cordero Diaz	79686424	322 206 8424	3202068424 @amcorreo.com	Kr 149 B 13 139 31 M23 B4 13	Negro			
990000013803908	49	Gina Marcela	Castellanos Moreno	1014183196	317 601 5973	Marcela.x.reno 19 @gmail.com	Kr 140 A 11 139 - 54	mickyose			
990000013803907	33	Myriam	Alfonso Rodriguez	35455624	322 349 4671	3213094867 @amcorreo.com	Kr 128 C 136 29	Coco			
990000013884964	50	Mario Angela	Chavez Pozas	41506240	313 269 9856	3132094856 @ correo.com	Cl 136 N° 124 B 21 Ap 200	Jacobo			
990000013884972	30	Sonia Yuliet	Espejo Forero	52905291	320 [illegible] 215	[illegible]2004 @hotmail.com	Cl 136 N° 128 33 Ap 200	Jacko			
990000013884969	28	Joseph Jaider	Montañez Montañez	1049168474	322 206 6133	3232066933 @amcorreo.com	Cl 132 C 129 - 26	Oreo			
990000013884963	34	Elsa Maiten	Velásquez Suarez	1057204311	313 330 4836	Daniela1509 2012346 @gmail.com	Cl 132 C N° 124 B 21	Pardo			

Mabel Nino

Sandra Cote

Jennifer Caseres

Wilmer Galindo

Ricardo Cordero

Ricardo Cordero

Gina Castellanos

Myriam Alfonso

Mario Chavez

Sonia Espejo

Joseph Montañez

Elsa Velásquez

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

PLANILLA DE REGISTRO ESTERILIZACIÓN

PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL

FUNDACIÓN ESTERILIZAR COLOMBIA SAS

CPS 999 de 2024

BOGOTÁ

LOCALIDAD: Suba

FECHA: 06 - 21 - 2025

JORNADA: Jornada

OPERADOR: Dr. Diego Castellanos

No. Paciente	Nombre	Apellido	C.C.	Teléfono	Correo	Dirección	Barrio	Peso	Edad	Nombre del Paciente	Firma
990000013884979	Mario Camilo	Gomez Noriega	1233890500	311 5457625	xamilo11@hotmail.es	TV 127 B 15 N° 131A 94	Barrio			Camilo Gomez	
990000013884980	Camilo Sneider	Diaz Torres	1026645022	319 1394632	Sneatorres@gmail.com	TV 127 B 15 N° 131A-94	Barrio			Camilo Sneider	
990000013884971	Camilo Sneider	Diaz Torres	1026645022	319 1394632	Sneatorres@gmail.com	TV 127 B 15 N° 131A-94	Pedrero			Camilo Sneider	
990000013796899	Lorena Lucero	Lemus Garzon	1073886334	301 5875911	lorenalemus1@gmail.com	DG 150 #12-42 AP 913	Tommy				
990000013796882	Mario Alejandro	Coy Solano	1019685628	320 4695309	mariocoy720@gmail.com	CL 142 #12-52 CJ 1	Ruco			Maria Alejandra	
990000013796898	Samuel Moises	Cueto Herrera	1000162506	316 6540103	samuelcueto@gmail.com	TV 160 #133-21	Negro			Samuel Cueto	
990000013884805	Brayan Steven	Pulido Villareal	1004132024	315 3491432	pulidovillareal2005@gmail.com	CL 134B 101 E-04	Amo			Brayan Villareal	
990000013884820	Brayan Steven	Villareal Pulido	1004132024	315 1349 1038	pulidovillareal2005@gmail.com	CL 134B 101 E-04	Balman			Brayan Villareal	
990000013884813	Myriam Yaneth	Jaime Gonzalez	52344146	316 4813497	miriamjgonz@gmail.com	CL 134A 107 B 04	Marky				
990000013884819	Myriam Yaneth	Jaime Gonzalez	52344146	316 4813497	miriamjgonz@gmail.com	CL 134A 107 B 04	Mono				
990000013884804	Ana Maricel	Lora Cano	57152661	310 4260426	joa.1326@hotmail.com	CL 149 #15-40 IN 36	Tom				
990000013884808	Leidy Lorena	Sanchez Ahumada	1024965016	301 5141153	L5492435@gmail.com	TV 142 N° 150 SC BLOQ 20	Luigi			Leidy Sanchez	

ALCALDIA LOCAL DE SUBA

PLANILLA DE REGISTRO ESTERILIZACIÓN

PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL

CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024 SAS

CPS 999 de 2024

BOGOTÁ SUBA

LOCALIDAD: Suba | JORNADA: 10 Gaitana | Fecha de la versión: 21/05/2024

FECHA: 03 - 04 - 2025 | OPERADOR: Dr. Diego Castellanos | Código: EST - 9

No. Historia	Edad	NOMBRE	APELLIDO	CC	FIJO / CELULAR	e-mail	DIRECCIÓN	BARRIO / VEREDA	CIRUGÍA		MEDICAMENTOS		OBSERVACIONES	FIRMA
									HEMBRA	MACHO	MACHO	HEMBRA		
990000013884818	115	Rosa Jeaneth	Rodriguez Reyis	39543211	320 3151478	rositha.0909 @gmail.com	Kr 100B 133 - 5 501	Salvian		x	x			Rosa R.

4250

CONSORCIO

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
PLANILLA DE REGISTRO ESTERILIZACIÓN
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024 SAS
CPS 999 de 2024

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

LOCALIDAD: Suba
FECHA: 3 - Abril - 25
JORNADA: S. C. Gaitana
OPERACIÓN: AYA Vet SAS Dra Mónica Vesga M.

No. Microchip	Edad	NOMBRE	APELLIDO	CC	TELEFONO CELULAR	EMAIL	DIRECCIÓN	COLOR PACIENTE	ESPECIE: Canino	Felino	SEXO: Macho	Hembra	OBSERVACIONES	FIRMA
900265001725957		Martha Leonor	Rincon Camacho	51812527	3004093124	3004093124 @hotmail.com	KR 140B 132D 40	Lulu	X			X		
900265001725947		Luna Juliette	Montañez Leon	1094004975	3224582404	3224582404 @hotmail.com	CL 139 118 83 001	Malaquias	X			X		Luna León
900265001725955		Marisol	Garcia Nuñez	52340574	3125690338	mg5603269 @gmail.com	KR 123B 132C 24	Venus	X			X		
900265001725919		Diana Yhizet	Reyes	1014210818	3138888156	yisethreyes3 @gmail.com	CL 139 No 128B 01 MZ 36 CA 71	Alaska	X			X		
900265001725111		Bellanire	Batragan Rodriguez	39522583	3214108667	3214108667 @hotmail.com	DG 139A Bis 127A 30 INS AP 402	Taro	X			X		
900265001725941		Monica Yuliet	Tellez Sanabria	1099342391	3159389283	mtellez196488 @gmail.com	KR 112B No 137A 34 Pi 3	Raven	X			X		
900265001725105		Nicolas David	Sanchez Lopez	1233902504	3204889086	nicolas9811 david@ gmail.com	CL 143B 149A 22 Pi 3	Ramona	X			X		
900265001725116		Maria Elizabeth	Caste	51591266	3202394630	3202394630 @hotmail.com	CL 138D Ma. 155 19	Balka	X			X		
900265001725950		Jose Orlando	Sierra Acosta	19305534	3212741620	josorlando sierra 2020@ gmail.com	CL 128 Bis 123B 35	Paloma	X			X		
900265001732706		Luis Alejandro	Sierra Rojas	1027272944	3143994597	sierraluis2010 69@ gmail.com	KR 124B 132 74	Chanel	X			X		
900265001732720		Alba Lucia	Gutierrez Ochoa	24321960	3204655220	albalucguti 1958@ gmail.com	KR 124 Bis 130F 26	Dulce	X			X		
900265001732708		Flor de Maria	Diaz Chaparro	24116060	3152923191	3152923191 @hotmail.com	KR 160 NO 132 38 B 3	Kathy	X			X		

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

PLANILLA DE REGISTRO ESTERILIZACIÓN

PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL

CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024 SAS

CPS 999 de 2024

BOGOTÁ — SUBA

LOCALIDAD: Suba — JORNADA: S.C. Gaitana

FECHA: 03 Abril 2025 — OPERADOR: AVA MV SAS Dra Mónica Vallejo L.M.

Fecha de la emisión: 25/03/2024 — Código EST - 8

No. Microchip	Tomo	Nombre	Apellido	CC	Tel/Celular	email	Dirección	Nombre Paciente	Sexo (macho / hembra)	Edad (años / meses)	Observaciones	Firma
900255001725118		Jesus Antonio	Tovar Ariza	13950947	3102230018	3102230018@sincorreo.com	KR 124C 135B 27	Maika	4	X		
990000013803011		Yency Jaccibe	Mateus Chavarro	1086016845	3225498180	yencymateus3@gmail.com	CL 145 No 126 02 IN 36 CC 103	Lulu	7	X		Yency Mateus
990000013803002		Nadia Patricia	Ospina Sierra	39921648	3132437529	3132437529@sincorreo.com	CL 130B No 124 62	Morita	X	X		Nadia Patricia Ospina
990000013803013		Mayer Leidy	Sarmiento	1019109900	3213991869	3213991869@sincorreo.com	KR 131C 138 95 COA 01	Milu	X	X		Mayer Sarmiento
990000013803012		Jorge Enrique	Rodriguez Parra	19422436	3143892868	3143892868@sincorreo.com	CL 139C 114 SI 01	Sasha	X	X		Jorge Rodriguez
990000013803003		Laura Vanessa	Peña Quiroga	1233691916	3208741939	laurabmx1998@gmail.com	CL 129A No 124 94 AP 402	Lissa	X	X		
990000013803014		Diego Fernando	Hayure Roberto	80850036	3228302491	dfh_2706@yahoo.es	KR 123 No 130C 28 BG 32 IN 2 AP 103	Samara	X	X		
990000013803016		Maria Angelica	Malhecha Ramirez	1000465968	3224829506	angelica9681ramirez@gmail.com	CL 130D Bis No 124 95 Pi 3	Candy	X	X		Maria Malhecha
990000013803008		Gabriel Fernando	Acosta Hernandez	1032411329	311803 2039	gabriel_acosta2804@hotmail.com	KR 125 No 136A 33	Canela	X	X		
990000013885405		Ana Mercedes	Cubillos Becerra	52339439	3165002983	cubillosbecerraa@hotmail.com	KR 103A No 156 C 33	Chimo	X	X		
990000013885402		Ana Mercedes	Cubillos Becerra	52339439	3165002983	cubillosbecerraa@hotmail.com	KR 103A No 156C 33	Samba	X	X		
990000013885420		Maria de Jesus	Gomez Galeano	39981841	3222983709	3222983709@sincorreo.com	CL 132D No 153 64 AP 202	Bella	X	X		Maria Gomez

ALCALDIA LOCAL DE SUBA
PLANILLA DE REGISTRO ESTERILIZACIÓN
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024 SAS
CPS 299 de 2024

H

BOGOTÁ
SUBA

LOCALIDAD: Suba
FECHA: 03 Abril 2025
JORNADA: S.C. Bailans
OPERADOR: CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024

		NOMBRE	APELLIDO	CC	TEL / CELULAR	e-mail	DIRECCIÓN	NOMBRE ANIMAL	LIMPIO	SUCIO	FIRMA
990000013803005		Maria de Jesus	Gomez Galeano	39781841	322893739	3222983709 @sincorreo.com	CL 192D No 153 64 AP 200	Vainilla	P	Y	
990000013885408		Orlando	Roa Carranza	19412538	3502759567	orocas98@hotmail.com	CL 132B 138 6 INT 00201	Bolchica	Y	Y	
Anulado								Dulce			Milena Castañeda
990000013796519		Luz Mary	Caita Forero	52929995	3003145351	luca22528@gmail.com	CL 134 124 4	Nanami	Y	Y	
990000013796512		Hector	Arguello Bravo	80191448	3016107005	hectoar28@gmail.com	CL(13A) 134A 101B 04	Honey	Y	Y	
990000013796504		Thomas Jefrey	Rodriguez Ospina	1028481888	3029985040	gr226987@gmail.com	CL 133 105C 50	Luna	Y	Y	
990000013796508		Yamaira	Sampayo Hernandez	35535644	3118894216	3118894216@sincorreo.com	CL 135 126C 16	Nala	Y	Y	
990000013796507		Luz Dary	Martinez Sanchez	35512178	3053790314	3053790314@sincorreo.com	KR 159 No 136D 04	Holly	Y	Y	
990000013796502		Luz Dary	Martinez Sanchez	35512178	3053790314	3053790314@sincorreo.com	KR 159 No 136D 04	Luna	Y	Y	
990000013796514		Alcira	Perez Beltran	41587252	3222673728	3222673728@sincorreo.com	KR 140F 131 10 M01 L01	Zoe	Y	Y	
990000013796315		Juan Pablo	Gamboa Barbosa	1031647378	3006118226	patis59@hotmail.com	KR 103A No 156 C 33	Abbie	Y	Y	
990000013796314		Maritza	Ortiz Ramirez	51623717	3203694447	lorent.garcia08@gmail.com	KR 128 145 70 IN 7 AP 626	Luna	Y	Y	

CM

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

PLANILLA DE REGISTRO ESTERILIZACIÓN

PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL

CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024 SAS

Cto 993 de 2024

BOGOTÁ SUBA

CONSORCIO

JORNADA: S.C. 6 items

FECHA: 3-04-25

UBICACIÓN: AVE VILLAS Cra Móvil Velásquez Bl.

900255001725950	Ruth Stella	Echeverry Hernandez	52494138	3134889 27	stellaecheverry22@gmail.com	KR 107 B No. 131A 05	Simba	X	X		Ruth Echeverry
900255001725952	Luna Juliette	Montañez Leon	1014001995	3225624047	3224582409 @hotmail.com	CL 139 118 83 001	Bruno	X	X		Luna Leon
900255001725958	Mercedes	Quevedo Castro	20491802	3134340485	3134340485 @hotmail.com	KR 124D 135B 18	Killer	X	X		
900255001725961	Laura Gimena	Borda Gil	1003288026	3145979410	gimena73336@gmail.com	KR 147A 142F 39 IN 3 AP 504	Rolly	X	X		Laura Gimena Gil
900000013796518	Flor Itell	Rodriguez	28723180	3204130125	Flor4451@gmail.com	Kr 140 B 137-23	Kiara	X	X		
900255001725953	Kevin Santiago	Gonzalez Nieto	1031645558	3143866860	santiagogonzalez4321@gmail.com	TV 126F No 133 53	Hera	X	X		Santiago Gonzalez
900255001725112	Laura	Alvarez Rios	1032480688	321471 4529	3214714529 @hotmail.com	KR 107B 132D 09	Rayo	X	X		Laura Alvarez Rios
900255001725103							Black				
900255001732713	Eric Santiago	Santacruz Segura	1019026975	3143928868	santiago2020segura@gmail.com	CL 152 No. 116 21 IN 8 AP 102	Angel	X	X		COSTEO DAVID
900255001732712	David Andres	Ortiz Avila	1018411428	3102566453	davidnocturno@gmail.com	KR 128A No 137 47	Apolo	X	X		
900255001725114	Ana Cecilia	Gomez de Hernandez	20490229	3203006173	anacgomez22@gmail.com	CL 136A 118 22	Leo	X	X		Leo Gomez
900255001732701	Luis Eduardo	Salas Arenque	79808020	3135858937	luisep79@gmail.com	CL 135A 150B 31	Mat	X	X		Luis Eduardo Salas Arenque

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
PLANILLA DE REGISTRO ESTERILIZACIÓN
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIVAL
CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024 SAS
CPS 090 de 2024

BOGOTÁ
SUBA

LOCALIDAD: SUBA
FECHA: 3-04-25

JORNADA: S.C. Gas Tuna
OPERADOR: Ana Victoria Sarmiento Márquez M.

	NOMBRE	APELLIDO	CC	TELEFONO	EMAIL	DIRECCION	NOMBRE MASCOTA	TIPO	SEXO	PROCEDIMIENTO	FIRMA
900255001732707	Luis Eduardo	Salas Arnegue	79685020	3139584937	luisep7987@gmail.com	CL 135A 150B 31	Tony	X	X		Luis Eduardo Salas Arnegue
900255001732717	Narfer Julieth	Goyes Araujo	1001086939	3108813192	3108813192@sinoreo.com	CL 129C 124 60	Balu	X	X		Narfer Goyes
900255001732711	Yudran Farid	melo Manjarres	1221967148	3236203997	dayiclau2010@hotmail.com	KR 149A No 143 12	Goliat	X	X		Yudran Melo
990000013803009	Ivonne Adriana	Alvarez Silva	1019069356	3026730089	ivonneadriana@gmail.com	TV 126F No 133 82 PI 2	Toby	X	X		Adriana Alvarez
ANULADO							Martin				
990000013803018	Alfredo Enriquez	Cavadia Ballesta	1009027780	3114965349	alfredocavadia9@gmail.com	CL 129A No 97 69 CA 0	Bruno	X	X		AHA
990000013803015	Alfredo Enriquez	Cavadia Ballesta	1009027780	3118465349	alfredocavadia9@gmail.com	CL 129A No 97 69 CA 0	Tomy	X	X		AHA
990000013803006	Maria de Jesus	Gomez Galeano	34738184	3222983702	3222983702@sinoreo.com	CL 132D No 153 64 AP 200	Max	X	X		Maria Gomez
990000013885413	Vanessa	Villamil Rodriguez	52168902	3113039485	3113039485@sinoreo.com	CL 130D BIS No 103A (58) 56	Oreo	X	X		
990000013885409	Orlando	Roa Castaño	19412538	3502359567	orroca59@hotmail.com	CL 132B 138 6 INT 00201	Rocco	X	X		
990000013885411	Brayid Tatiana	Cuellar Nieto	1233909485	3178870790	sinoacobrita.tiara@gmail.com	CL 133B No 95D 50 A 1	Zeus	X	X		Brayid Cuellar
990000013796517	Karina Paola	Rodriguez Berona	1006599721	3015539949974	3015539974@sinoreo.com	CL 133 No 154A 52	Rocky	X	X		Karina Rodr

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

PLANILLA DE REGISTRO ESTERILIZACIÓN

PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL

CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024 SAS

CPS 399 de 2024

BOGOTÁ SUBA

LOCALIDAD: Suba

FECHA: 2-04-24

JORNADA: S.C. Gaitana

OPERADOR: CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024

Fecha de la versión: 21/03/2024

Código: ESTI-3

No. Microchip	Nombre	Apellidos	CC	Tel / Celular	Email	Dirección	Nombre mascota	Celo	Lactancia	Observaciones	Firma
990000013796511	Rosalbina	Gamba Vallejo	52096846	3142140288	rositagamba vallejo26@gmail.com	CL 134 124 4	Oniw	X	X		
990000013796318	Rosario	Chaves Poda	52431307	3208891226	rosario25 chaves@gmail.com	KR 140B 131 10 B08 C25 01 001	Terry	X	X		
990000013796304	Eusebio	Camargo Dionisio	19136253	3008221790	3008221790@Sinerea.com	CL 138 125A 26	Fenter	X	X		
990000013796303	Karina Andrea	Guarnizo Perlaza	1014252519	31252813 21	kikiaro1992@hotmail.com	KR 140B No 131 10 M2 H CA 34	Lio	X	X		
990000013796319	Karina Andrea	Guarnizo Perlaza	1014252519	31252813 21	Kikiaro1992@hotmail.com	KR 140B No 131 10 M2 H CA 34	Milan	X	X		
990000013796312	Maritza	Ortiz Ramirez	51623717	320X944 49	lorent.garcia08@gmail.com	TV 129C Bis No 139A 49	Tokio	X	X		

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

PLANILLA DE REGISTRO ESTERILIZACIÓN

PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL

CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024-2025

CPS 1190 de 2024

BOGOTÁ SUBA

LOCALIDAD: Suba

JORNADA: S.C. Gaitana

FECHA: 3-04-25

OPERADOR: AVA VETERINARIA S.A.S. Dra Mónica Velásquez M.

900255001725960		Luisa Fernanda	Martinez Quintero	52433513	3044485922	luferma24@gmail.com	CL 130C #6 12C 10 Int 4 IN 3 AP 403	Reyes	X	X			
900255001725941		Flor Feni	Cano Vega	1095627915	316305 3780	Florcanovega@gmail.com	CL 136A 126C 47 B 3	Lala	X	X			
900255001725943		Alisson Natally	Diaz Reyes	1000944420	321827 7894	alisson05reyes@yahoo.com	CL 136A 126C 47 03	Perla	X	X			
900255001725942		Alisson Natally	Diaz Reyes	1000944420	321827 7894	alisson05reyes@yahoo.com	CL 136A 126C 47 03	Celeste	X	X			
900255001725951		Leady Yussed	Manrique Morales	52927118	310493 9061	3104939061@hotmail.com	KR 136B No 143 30 AP 200	Juno	X	X			
900255001725946		Marisol	Garcia Muñez	52840574	312569 0375	mg56032@gmail.com	KR 123B 132C 24	Mistic	X	X			
900255001725106		Anyela Julieth	Alfonso Daza	1014039286	313426 6958	yulialfonsi-tv@gmail.com	TV 126F No. 133 33	mia	X	X			
900255001725117		Luz Mercedes	Castiblanco Pulga	1014245887	300948 3983	luzcastiblanco0203@gmail.com	KR 133 132D 14	Kathy	X	X			
900255001725101		Laura	Alvarez Rios	1032486658	321471452 9	3214714529@hotmail.com	CL 133 104 64	Kathy	X	X			
Anulado								Pancha					
900255001732714		Jose Orlando	Sierra Acosta	19305534	321274162	Josecarlosgiraldo@gmail.com	CL 126 Bis 1238 35	Pancha	X	X			
900255001725104		Yuri Teresa	Mateus Molina	52356836	316385282	3163852821@hotmail.com	KR 158 No 136 17	Princesa	X	X			

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

PLANILLA DE REGISTRO ESTERILIZACIÓN

PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL

CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024 SAS

CPS 893 de 2024

BOGOTÁ

LOCALIDAD: Suba JORNADA: S C La Gaitana

FECHA: 3-04-25 OPERADOR: Ana Ulises Dia Monica Rodriguez M.

900255001726120		Yineth	Garzon Oyola	52316929	3248866697	3245866697@hotmail.com	CL 143B No 141A 22 A 2	miel	X	X		Yineth Garzon O
900255001725109		Yineth	Garzon Oyola	52316929	3248866697	3245866697@hotmail.com	CL 143B No. 141A 22 A 2	Valeria	X	X		Yineth Garzon O
900255001732716		Johan Sebastian	Macias Martinez	1019061442	318952 0247	jonsebas20@gmail.com	CL 139A 109 6 00102	Lana	X	X		Sebastian Macias
900255001725107		Johan Sebastian	Macias Martinez	1019061442	318952 0297	jonsebas20@gmail.com	CL 139A 109 6 00102	Ana	X	X		Sebastian Macias
990000013803019		Linda Aura	Jimenez Niño	52346516	311814 9028	paramaica sacha@gmail.com	CL 138B No 125A 32	Julieta	X	X		LINDA JIMENEZ
990000013803007		Jeimmy Mireya	Trujillo Garcia	1026260656	312339 3479	3123393479@hotmail.com	CL 136A No. 126A 46	milagros	X	X		Jeimmy Trujillo
990000013885404		Giovanna	Melendez Sanchez	52356278	318628 3696	giovamelendez@gmail.com	CL 143 No 126 02 IN 36 LC 103	Freya	X	X		GIOVANNA MELENDEZ SANCHEZ
990000013885419		Jamie Carolina	Rodriguez Barazela	1024193599	301 403 1424	lolo.bzela@gmail.com	CL 133 152 36	Kiyo	X	X		
990000013885417		Diego Fernando	Angel Parra Dentro	1080180204	322517 1922	diegofat4@gmail.com	CL 135B 108 34 01 0404	mia	X	X		diego angel
990000013885414		Milena	Castañeda fonseca	1045045948	312718 7030	alisan0403128@hotmail.com	CL 132A 152 41 01 001	Estrella	X	X		Milena Castañeda
990000013803010		Dayanna Leonor	Martinez Martinez	52193122	320802 0812	dayannam11@gmail.com	TV 129A No. 131 23 Pi 2	Demis	X	X		DAYANNA MARTINEZ
990000013885412		Angela Yiriei	Herrera Garcia	1032424595	305454 0182	angreh4@gmail.com	DG 139A Bis 129A 30 IN 4 AP 104	Mora	X	X		Angela Herrera

F 14

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
PLANILLA DE REGISTRO ESTERILIZACIÓN
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024 SAS
CPS 999 de 2024

BOGOTÁ
SUBA

LOCALIDAD: Suba
FECHA: 3-04-25
JORNADA: S.C. Las Gaitanas
OPERADOR: CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024

No Microchip	Nombre	Apellido	N°	Teléfono	e-mail	Dirección	Nombre Paciente	Edad	Sexo	Observaciones	Firma
990000013885418	Blanca Alicia	Pedroza Guerra	21016362	3102933483	3102933483@sincorreo.com	KR 101C 139 94	Estrella		X		
990000013885401	Valentina	Moreno Gonzalez	1233902349	3133866 15	valentinamorenogz@gmail.com	CL 132A 131 20 P 2	Bella		X		Valentina Moreno
990000013796513	Luz Mary	Gaita Forero	52989895	300314 5351	luka2252@gmail.com	CL 134 124 4	Niño		X		
990000013796515	Flor Heli	Rodriguez	28723180	320413 0125	Flor4451@gmail.com	CL 137A 129 40 001	Nube		X		
990000013796509	Hector	Arguello Bravo	80391448	301690 9005	hectoar23@gmail.com	CL 131C 126 82 IN 10 AP 202	Fuego		X		
990000013885415	Mercedes Andreina Arcangel	Morillo Henriquez	80418665	323234 7039	lamadrilmercedes02@gmail.com	KR 123 131 61 B07 00303	Nala		X		
990000013796510	Luis Eduardo	Sullo Rodriguez	19357104	304632 3080	luiedr566@hotmail.com	KR 103B 133 45	Nieve		X		
990000013796505	Maria Andrea	Sierra Aguilar	39780269	311590 6683	3115906683@sincorreo.com	CL 138A 113 64 001	Lola		X		
990000013796501	Maria Andrea	Sierra Aguilar	39780269	311590 6683	3115906683@sincorreo.com	CL 138A 113 64 001	Luna		X		
990000013796307	Maria Camila	Gonzalez Fonseca	1000944587	3052949095	mariacamilagonzalez30@gmail.com	CL 135 126F 16	mia		X		
990000013796302	Andres Sebastian	Cerquera Chala	1091118158	3134981936	3134981936@sincorreo.com	KR 139 132 49 00101	Bella		X		Andres Cerquera
990000013796317	Lisbeth Karine	Bonilla Rangel	1005482918	3229797106	Karinecccc0000@gmail.com	KR 145 No. 150 64 103 AP 221	Bella		X		

CONSORCIO

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
PLANILLA DE REGISTRO ESTERILIZACIÓN
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024 SAS
CPS 999 de 2024

BOGOTÁ
SUBA

LOCALIDAD: Suba
FECHA: 3-04-25

JORNADA: S.C. La Gaitana
CREADOR: CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024

Fecha de la versión: 21/03/2024
Página 1 de 1

Microchip	Nombre	Apellido	CC	Tel/Celular	e-mail	Dirección	Animal adopt.	Entrega	Recibe	Firma
990000013796320	Eusebio	Camargo Diosisio	19436253	3009221990	3009221990 @sinoreed.com	CL 138 125A 26	Fuego	X	X	Eus.Gut.
990000013796306	Laura Valentina	Fuentes Garcia	1193563316	3058800610	valentinapuentes0811@gmail.com	KR 128 145 70 108 109 00626	Minki	X	X	Valentina P.
990000013796313	Yised Angelica	Herrera Niño	1092449750	3115606854	herreraangelica88@gmail.com	CL 139 Bis Ma 126A 40	Bukeya	X	X	Angelica H.
990000013796311	Gladys	Quevedo Susunaga	26431401	3042913932	susita426@gmail.com	KR 92 No. 130 59 Pi 1	Era	X	X	
990000013796310	Gladys	Quevedo Susunaga	26431401	3042917932	susita426@gmail.com	KR 92 No 130 59 Pi 1	Beky	X	X	

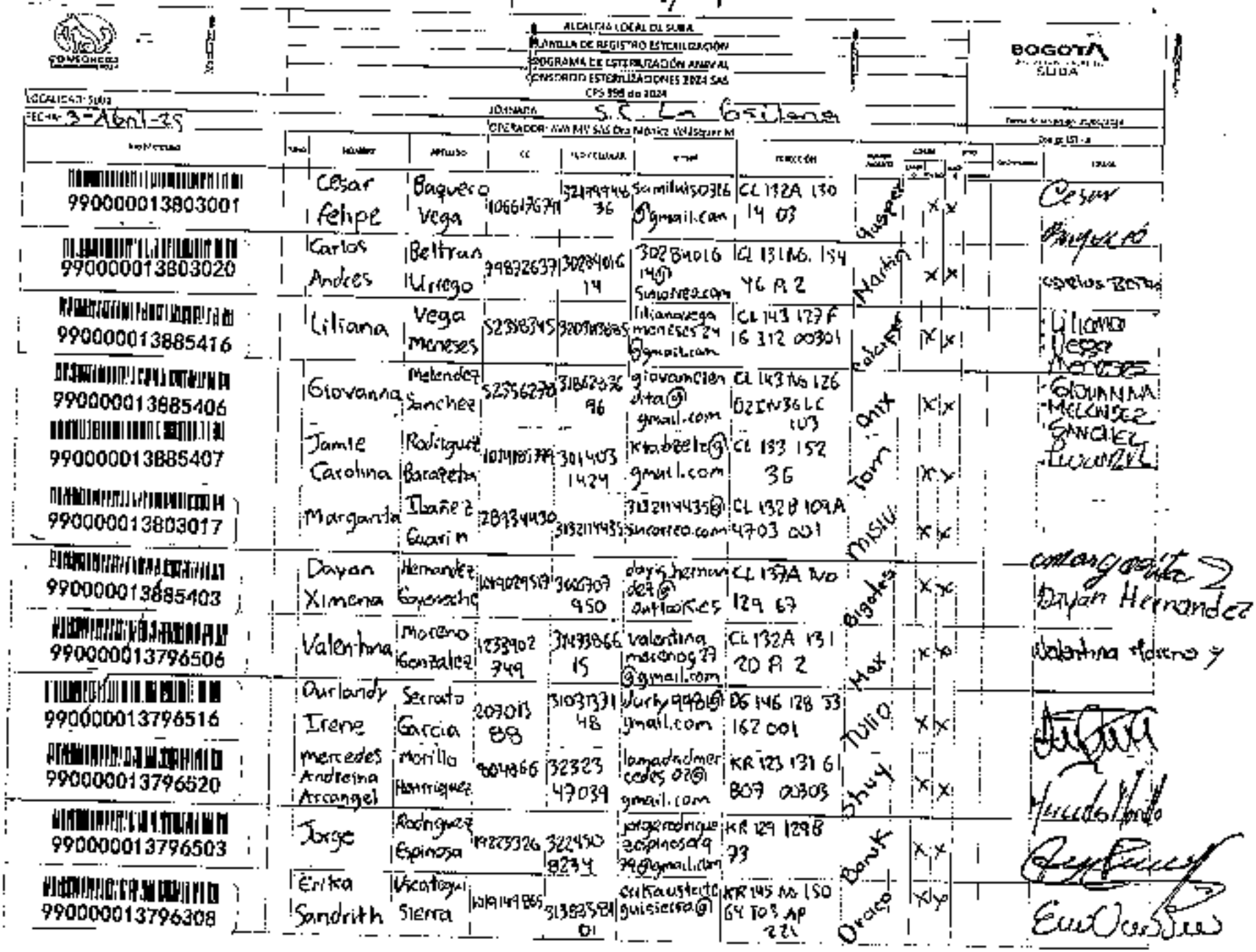
F-FM

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
PLANILLA DE REGISTRO ESTERILIZACIÓN
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSOLIDO ESTERILIZACIONES 2023 SAS
CPS 099 de 2024

BOGOTÁ SUBA

LOCALIDAD: Suba
FECHA: 3 - ABRIL - 23
LLEVADA: S.C. La Gaitana
OPERADOR: AVA VETSAS Dra Monica Velasquez M

900256001726956	Luisa Fernanda	Martinez Quintero	52433513	3044488A 22	luisfernanda39@gmail.com	CL 150C A6 12C 10 BQ 44 IN 3 AP 403	Lampara	X	X			
900256001726948	Edward Andres	Gonzalez Daza	1019011195	3195708319	antigoarca tivos@gmail.com	TV 128F No 133 33	Orion	X	X			
900256001725915	Laura Gimena	Borda Gil	1007218926	3145799410	gimena7335@gmail.com	KR 149A 142F 59 IN 3 AP 504	Bolso	X	X			
900256001725102	Maria Elena	Toro Uribe	52139758	3217807196	3217807196@hotmail.com	CL 132 151A 87	Nab	X	X			
900256001725115	Diana Yhizet	Reyes	1014210848	3158868156	yisetreyes3@gmail.com	CL 139 No 128B 01 MZ 36 CA 1	Gancho	X	X			
900256001725113	Monica Yuliet	Tellez Sanabria	1014342379	3157598220	mtellez1964@gmail.com	KR 142B No 137A 34 P 3	Zeus	X	X			
900256001725110	Gloria Hermita	Negro Rueda	39625785	3208434306	gloranegro@hotmail.com	CL 133 No 140 20 BQ 48A AP 102	Michi	X	X			
900256001726103	Jorge Alberto	Sierra Acosta	19470691	2160619435	jorgealberto sierra@hotmail.com	CL 129 BIS 123B 35	Rayo Black	X	X			
900256001725919	Rosa Mercedes	Olaya Castillo	39535948	3108865275	mijojois@gmail.com	CL 139B No 119 09	Trigo	X	X			
900256001725108	Astrid	Posada Rodriguez	51974280	3197165191	astridposada769@gmail.com	CL 139 BIS 119 68	Mago	X	X			
900256001732710	Alba Lucia	Gutierrez Ochoa	24321960	3209655227	albaluciagutierrez1958@gmail.com	KR 124 BIS 130F 26	Hilo	X	X			
990000013803004	Linda Aura	Jimenez Niño	52395516	3118147028	porqueyosoycha@gmail.com	CL 138B No 125A 32	Queso	X	X			



ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
PLANILLA DE REGISTRO ESTERILIZACIÓN
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024 SAS
CPS 398 de 2024

BOGOTÁ
SUBA

LOCALIDAD: SUBA
FECHA: 3-Abril-25
JORNADA: S.C. La Gaitana
OPERADOR: AVANTEVET SAS Dra Mónica Velásquez M

990000013803001	César Felipe	Baquero Vega	1066176771	3214994636	Semilwis0316@gmail.com	CL 132A 130 14 03	Quispe	X	X			César Baquero	
990000013803020	Carlos Andres	Beltran Urrego	79892637	3028401619	302BU016@gmail.com Suiones.com	CL 131A6. 154 Y6 A 2	Marlon	X	X			Carlos Beltran	
990000013885416	Liliana	Vega Meneses	52356345	3209[illegible]	lilianavegameneses24@gmail.com	CL 143 127F 16 312 00301	Fabian	X	X			Liliana Vega Meneses	
990000013885406	Giovanna	Melendez Sanchez	52356230	3186232 96	giovanciclita@gmail.com	CL 143 No 126 02 INT 3 LC 103	Onix	X	X			GIOVANNA MELENDEZ SANCHEZ	
990000013885407	Jamie Carolina	Rodriguez Barajeta	1014180779	301403 1424	Ktabeele@gmail.com	CL 133 152 36	Tom	X	X				
990000013803017	Margarita	Ibañez Guarin	28134430	3132114435	3132114435@sincorreo.com	CL 132B 109A 4703 001	Misu	X	X				
990000013885403	Dayan Ximena	Hernandez Goyeneche	1049029519	3002709 950	dayshernandez@outlook.es	CL 137A No 129 67	Bigotes	X	X			Dayan Hernandez	
990000013796506	Valentina	Moreno Gonzalez	1233902 749	3143386615	valentinamoreno27@gmail.com	CL 132A 131 20 A 2	Max	X	X			Valentina Moreno G	
990000013796516	Ourlandy Irene	Serrato Garcia	20301389	3103731148	Wurly9486@gmail.com	DG 146 128 33 167 001	Tulio	X	X				
990000013796520	mercedes Andreina Arcangel	Morillo Henriquez	8804866	32323 47039	lamadredmercedes028@gmail.com	KR 123 131 61 B09 00303	Shuy	X	X			Mercedes Morillo	
990000013796503	Jorge	Rodriguez Espinosa	1122332[illegible]	3224502234	jorgerodriguezespinosa99@gmail.com	KR 129 129B 93	Bonk	X	X				
990000013796308	Erika Sandrith	Vicatoya Sierra	1143149865	3138258401	erikaustecaguisierra@	KR 145 No 150 64 108 AP 221	Oreo	X	X			Erika Vicatoya	

F. M

ALCALDIA LOCAL DE SUBA

PLANILLA DE REGISTRO ESTERILIZACIÓN

PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL

CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024 SAS

CPS 989 de 2024

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS SUBA

LOCALIDAD: Suba

FECHA: 3 - Abril - 25

JORNADA: S. C. Cañizares

OPERADOR: CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024

Fecha de la versión: 23/01/2024

Código: [illegible]

No. Historia	Foto	NOMBRE	APELLIDO	CC	TEL / CELULAR	e-mail	DIRECCIÓN	NOMBRE PACIENTE	ENTRE		SEXO		Observaciones	Firma
									CARNE	PIEL	M	H		
990000013796309		Lady Caterine	Restrepo Avila	1032490644	3059124980	cate.restrepo 99@gmail.com	KR 104F 128D 15	Catalina		X		X		
990000013796316		Lady Caterine	Restrepo Avila	1032490614	3059124286	cate.restrepo 99@gmail.com	KR 104F 128D 15	Mongui		X		X		
990000013796301		Maria Ruth	Cardenas Barrera	35511955	3132694483	mc015968@gmail.com	TV 126F No 133 51	Michi		X		X		

428

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ATENCIÓN CANINAS Y FELINAS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSULTORIO ESTERILIZACIONES 2025

BOGOTÁ ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

HISTORIA CLÍNICA
NC-999-E-0

MICROCHIP: 900256001726013

FECHA: 03/04/2025

FECHA DE LA JORNADA: 24/03/2025

CÓDIGO EST-4

LUGAR DE LA JORNADA: (PARQUE LA BOTA) Salon Comunal Galarna

TIPO DE TENEDOR: CHC_ REC CASA X RELPAS _COMUNIDAD

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Flaco

COLOR: Blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO _ SEXO: HEMBRA X MACHO _ RAZA mestizo EDAD 4 años PESO: Kg. 7

RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI _ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE: COMPORTAMIENTO: SI _ NO X AGRESIVIDAD _ MIEDO _ ANSIEDAD _ OTRO:

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI _ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: 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: Ricardo Arturo Cordoza Diaz

DIRECCIÓN: Kr 147B BIS 139-31 MZ 3 AP 13

TELEFONO: 3222068684

CEDULA: 79 868 429

EDAD: X

NACIONALIDAD: Colombiano

CORREO ELECTRÓNICO: 3222068684@sincorreo.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria

BARRIO: Berlin

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA _ ARRENDADA X FAMILIAR _

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI _ NO X ¿Cual?

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71 - Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general -bueno

1ST. CELO: Dic 2025

ULT. DESPARASITACION: NO reporta

ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS: PARVO: HEPATITIS INFECCIOSA: TRIPLE: PENTAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:

FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA:

APTO PARA CIRUGIA: SI _ NO _

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI _ NO X

SISTEMAS/SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACION ASA: I X II. III. IV. V. VI. E.

CONDICION CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 96 Vm

F. RESPIRATORIA: 36 r/m

TEMPERATURA: 38.1 °

TLLC: 2 seg

MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES	
PREANESTESIA	XILACINA	0.7 mL	2 mg/Kg IM X	1 mg/Kg IV
	KETAMINA	0.7 mL	5 mg/Kg IM X	5 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	MIDAZOLAM	— mL	0,1 mg/Kg IV	
	PROPOFOL	0.5 mL	2 mg/Kg IV	
POST OPERATORIO	PENICILINA G.B.	0.7 mL	17.000 UI/Kg IM	
	MELOXICAM	0.7-8 mL	0.2 mg/Kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Dueño y/o Acudiente) legal, acepto 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 con o sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE(S) DOCTOR(A) VETERINARIO(S): DIEGO CANTELLANOS
TARJETA PROFESIONAL: 19942

FIRMA

NOMBRE DEL AUXILIAR DE CIRUGIA: DIEGO ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 19943

FIRMA

HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONVENIO ESTERILIZACIONES 2024

EPS 900 336 004

BOGOTÁ

SURA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

Así mismo manifiesto que se me dio de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclararon 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 manifieste como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lesiones, 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 realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entiendo, 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; exonerando de toda responsabilidad a impecos sas y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual ha sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, hasta aquí toda 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.

NOVIA

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 cuidados 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, impecos sas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Ricardo Arturo Cadizo Dias	79858429

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALÓN COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 21/04/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:

4252

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSULTORIO ESTERILIZACIONES 2024

Bogotá Alcaldía Local de SUBA

Versión 1 de 31/01/2025

HISTORIA CLÍNICA: HC-0993

MICROCHIP: 900255001732376

FECHA: 03/04/2025

CÓDIGO: EST-4

LUGAR DE LA JORNADA (PARQUE, LA PLATA): Salón General Santana

TIPO DE TENENCIA: CIUC ___ REC ___ CDS ___ ADEPAS ___ COMUNIDAD ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Dulce

COLOR: Blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Doodle EDAD: 7 años PESO: 7 kg RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

¿EXHIBE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___
OTRO: ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Sandra Consuelo Yoposo Campos

DIRECCIÓN: kr 109 A 133 A 04

TELÉFONO: 3105860893

CÉDULA: 52 344 959

SEXO: M ___ F X

NACIONALIDAD: Colombiana

CORREO ELECTRÓNICO: Yoposocampos@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Secundaria

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO X FAMILIAR ___

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X ¿CUÁL? ___

Villa Hone

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 171 - Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: SI X NO ___

ÚLT. CELO: MARZO 2025

ÚLT. DESPARASITACIÓN: Enero 2025

ÚLT. VACUNACIÓN NS/NR: ___ CANINOS PARVO: ___ RABIA: ___ TRIPLE: ___ PENTAVALENTE: ___ PARAINFLUENZA Y LEPTOSPIRA: ___

FELINOS TRIPLE FELINA: ___ LEUCEMIA: ___ RABIA: Enero 2025.

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: I II III IV V VI E

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 92 l/m F. RESPIRATORIA: 32 r/m TEMPERATURA: 38.3 °C TLLC: 2 seg MUCOSAS: Rosada

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

TIPO DE PROCEDIMIENTO		MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.35 mL	2 mg/Kg IM ☐	1 mg/Kg IV ☑
	KETAMINA	0.35 mL	5 mg/Kg IM ☐	5 mg/Kg IV ☑
	MIDAZOLAM	— mL	0,1 mg/Kg IV	
MANTENIMIENTO ANESTESICO	PROPOFOL	1.4 mL	2 mg/Kg IV	
POST-OPERATORIO	PENICILINA G.B.A.	0.8 mL	32.000 UI/Kg IM	
	METOCLOPRAMIDA	0.28 ml	0.2 mg/Kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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 (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su: ACEPTACIÓN X, RECHAZO ___, para la realización del procedimiento con o sin sedación preanestésica.

NOMBRE(S) DE(LOS) MV CIRUJANO(S): DIEGO CASTELLANOS
TARJETA PROFESIONAL: 09562
FIRMA:

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: DIEGO ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 11954
FIRMA:

HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIONES CANDOS Y FELINOS

CONSENTIMIENTO ESTERILIZACIONES 2024

CPS 999 2024

BOGOTÁ
ALCALDÍA LOCAL DE
SUBA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/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, tatoos, 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 realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por ello asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna; exonerando de toda responsabilidad a Impecosas y al equipo médico que realiza el procedimiento. 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 cumplir las medidas de precaución y atenciones 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, eximiendo a la Alcaldía Local de Suba, Impecosas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Sebastián Cuervo	1.234.459

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 extracción de mi animal de compañía.
RAZON:

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

8. ACTA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 21/04/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:

4253

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 52.344.959

YOPASA CAMPOS

APELLIDOS

SANDRA CONSUELO

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 08-SEP-1975

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1,54
ESTATURA

B+
G.S. RH

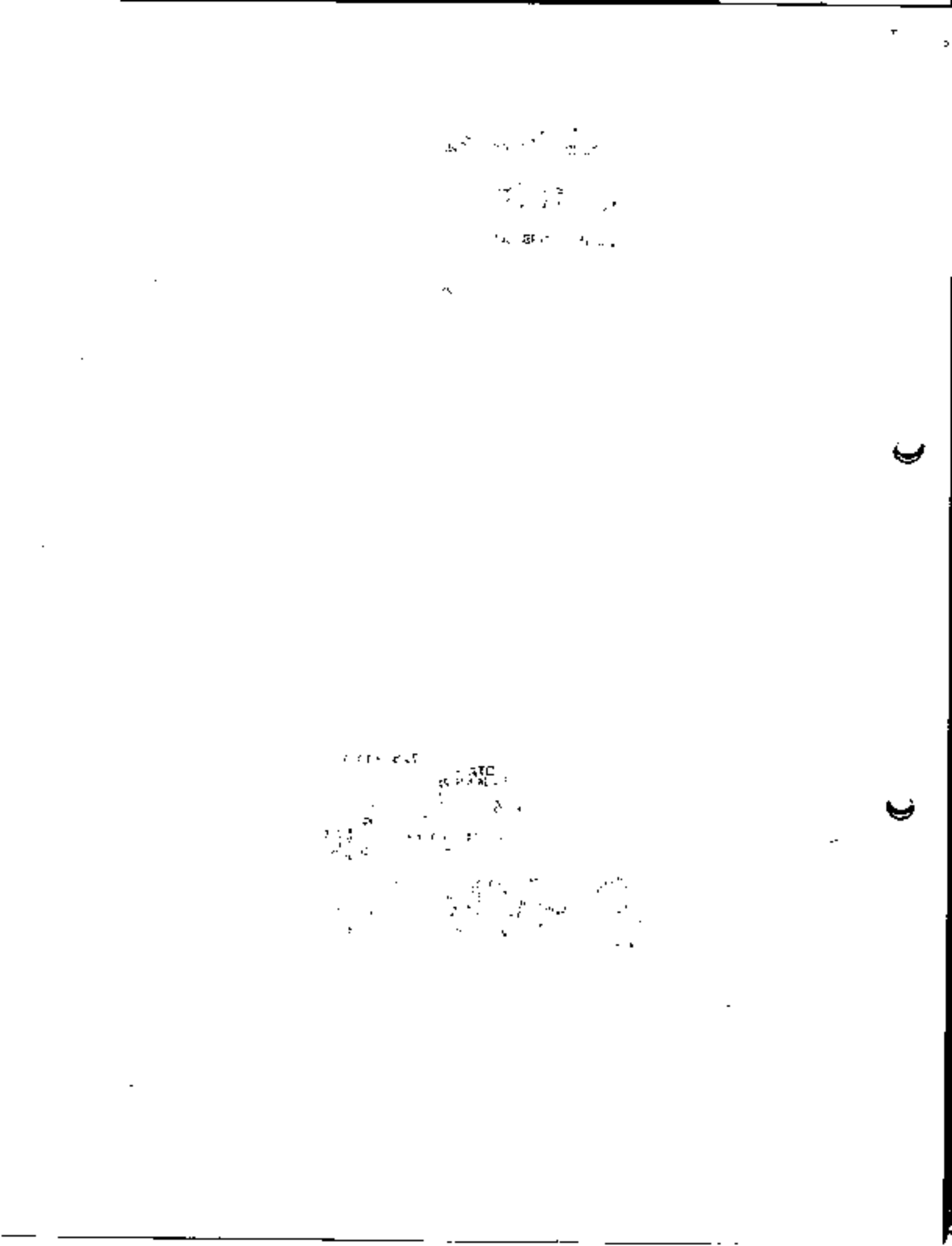
F
SEXO

31-OCT-1994 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

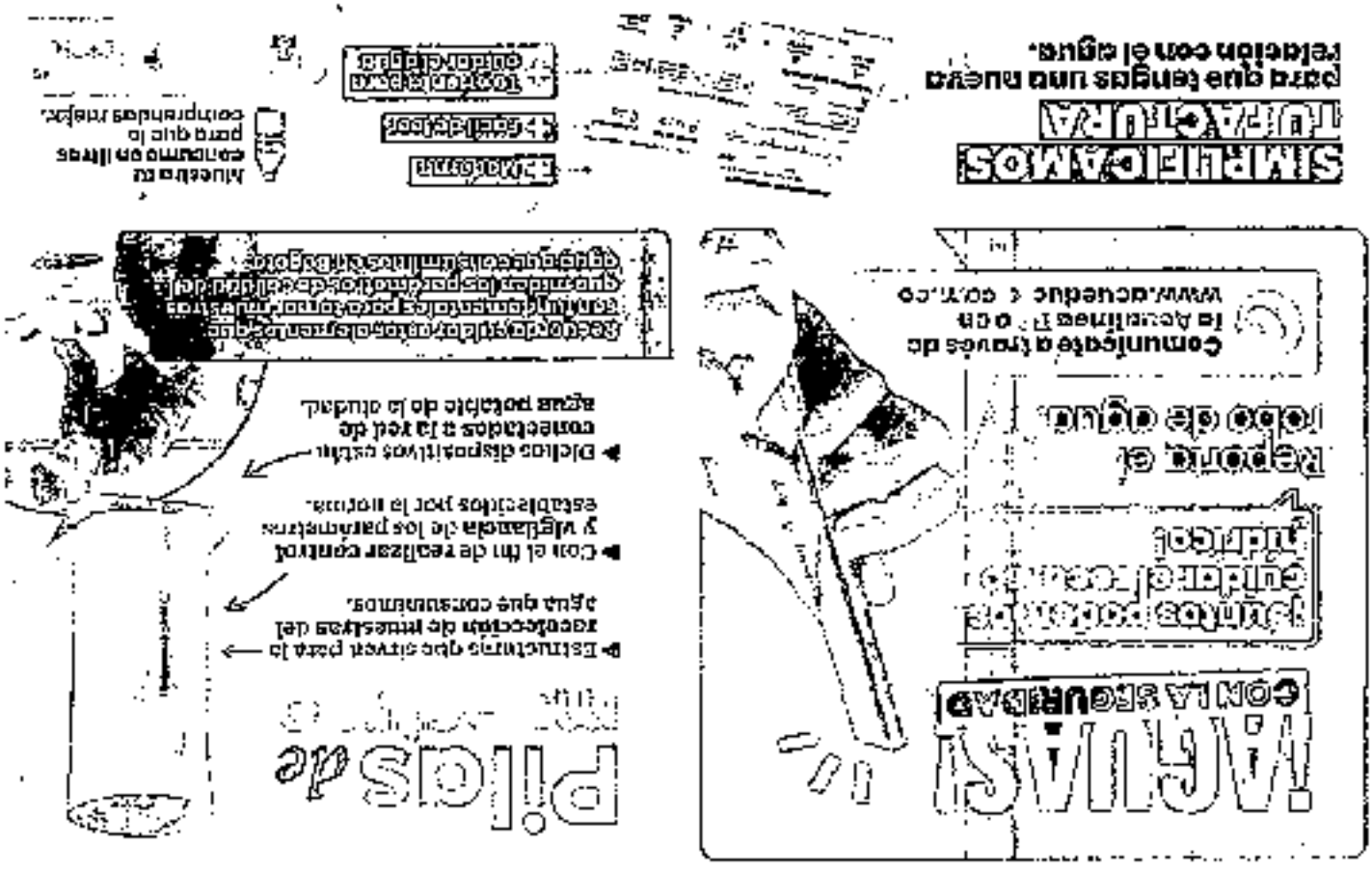
REGISTRADOR NACIONAL



661



4254



acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Para el reparto ZONA:1 CICLO: 01 RUTA:011328 BIMESTRAL

11261545
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

40701130813
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico aquí

Periodo facturado	DIC/28/2024	FEB/26/2025

Pago oportuno MAR/11/2025 Suspensión MAR/14/2025

Fecha próximo predio próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
MAY/05/2025	FEB/27/2025 06:05:40	FEB/27/2025 13:03:05

¡Hola!

Factura a nombre de
SANTOS ARMANDO VILLAMIL RODRIG

Dirección del predio
KR 108A 131A 09
Barrio VILLA MARIA II Localidad SUBA

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y **por eso la factura cambió**
Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.

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

Llámanos 116 Acueducto

Entra a www.acueducto.com.co para conocer todos los servicios al ciudadano y obtén información de los puntos de atención, copia de la factura y realiza tu pago a través de internet.

cadena

4253

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSECUTIVO ESTERILIZACIONES 2024
OPS
Fecha de la versión 21/01/2024

HISTORIA CLÍNICA: HC-999-E-0
MICROCHIP: 900255001732363
FECHA: 03/04/2025
CÓDIGO: Est-0
LUGAR DE ESTERILIZACIÓN: [PARQUE LA GOTA] Salón Comunal Gaitana
TIPO DE TENEDOR: CIC ___ REC ___ LDS ___ DEFPAS ___ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Hanna
COLOR: Café
ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___
RAZA: Pitbull
EDAD: 3 años
PESO: Kg 14
RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI X NO ___
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___
OTRO: ___
CARACTERÍSTICAS DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X
TIPO DE ALIMENTACIÓN: 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: Luisa Fernanda Ochoa Hendieta
DIRECCIÓN: TV 87c BIS 139A 66 01 01
TELÉFONO: 320 211 55 76
CÉDULA: 1032 497 391
SEXO: M ___ F X
NACIONALIDAD: Colombiana
CORREO ELECTRÓNICO: 320211 55 76 @gmail.com
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Tecnologo
TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO ___ FAMILIAR X
TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO ___ CUÁL? ___
BARRIO: Sabana de Tibabuyes
ESTRATO: 2
LOCALIDAD: SUBA
UPZ: 71 - Tibabuyes

3. ANAMNESIS:

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: X SI ___ NO

ÚLT. CHIP: Feb 2025
TIPO DESPARASITACIÓN: No reporta
ÚLT. VACUNACIÓN: NS/NR: ___ CANINOS: PARVO: ___ HEXAVALENTE: ___ TRIPLE: ___ PENTAVALENTE: ___ PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: ___
FELINOS: TRIPLE FELINA: ___ LEUCEMIA: ___ RABIA: ___

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X
REGIONES O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno
HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno
CLASIFICACIÓN ASA: I X II. III. IV. V. VI. E.
CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 96 l/m
F. RESPIRATORIA: 36 r/m
TEMPERATURA: 38.1 °C
TRC: 2 seg
MUCOSAS: Rosado
OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN			OBSERVACIONES
PREMEDICACIÓN	XILACINA	0.7 mL	2 mg/Kg IM ☐	1 mg/Kg IV ☒
	KETAMINA	0.7 mL	5 mg/Kg IM ☐	5 mg/Kg IV ☒
	MIDAZOLAM	— mL	0,1 mg/Kg IV	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	2.0 mL	2 mg/Kg IV	
POST OPERATORIO	PENICILINA G.S.A.	1.4 mL	12.000 UI/Kg IM	
	MELOXICAM	0.56 mL	0,2 mg/Kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber informado 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 en mención, por cualquier razón.

NOMBRE(S) DE(LOS) MV CIRUGIANO(S): DIDA CARDENAS
TARJETA PROFESIONAL: 31429
FIRMA: [signature]

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: DIEGO ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 30854
FIRMA: [signature]

ESTRELLA CLINICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024

NIT 900 2024

BOGOTÁ
ALCALDÍA DE
SUBA

7. 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 Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi ser de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros cardiorrespiratorios 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 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 realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa)** Adicionalmente se me han explicado y entiendo, 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; exonerando de toda responsabilidad a Impecos sas y al equipo médico que realiza el procedimiento, También entiendo que existen alteraciones 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 pueden presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impecos sas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de identificación:
Diana Cristina Verdieta	1032473341

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 21/04/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:

4256

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.092.477.371
OCHOA MENDIETA

APELLIDOS
LUISA FERNANDA

NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 28-DIC-1995
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
07-ENE-2014 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO



Por favor doble y rasga para abrir la factura

Impulsa la gestión de tu **tu factura** de manera digital

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



Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

vanti. Pago único de varias facturas

Escanea para pagar tu factura

» Pagos electrónicos en otras entidades

Bancolombia · BBVA · Banco de Occidente · Banco Popular · Banco Caja Social · Banco Pichincha · Davivienda · Gana Gana

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático

Síguenos en nuestras redes sociales como @grupovanti y conoce nuestros productos.

Puntos Presenciales

- Corresponsales Banco BBVA
- Corresponsales Scotiabank Colpatria
- Corresponsales Gana Aval
- Corresponsales Banco Davivienda
- Red CADE
- Red de Gas Suministros
- Grandes Superficies: Metro, Jumbo, Éxito

*Si cancelas con cheque, debe cobrarse de garantía y consignarse 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.

Impreso por SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 830.095.213-0

Por favor doble y rasga para abrir la factura

¡Hola!

LUZ ELCI MENDIETA
TV 127C BIS 139A 66 01 00001
0001:00

vanti
Más formas de avanzar

Medidor Gas Nº 5037101405427

Cuenta o referencia de pago **61263216**

vanti Listo

Compra televisores, celulares, estufas, lavadoras, computadores y muchos más y 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 7 a.m. a 6 p.m.
Sábado 7 a.m. a 1 p.m.

Línea gratuita 01 8000 943 794
Bogotá (601) 307 0121
Barrancabermeja (607) 625 4755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

Oficina virtual
www.grupovanti.com/oficinavirtual

Para cualquier queja o reclamo, puedes acudir ante nosotros de acuerdo a la Ley 2300 de 2023

Línea PBX Bucaramanga 3015700 Código del sector 251

Por favor doble y rasga para abrir la factura

Factura de gas

Marzo 2025

Cuenta o referencia de pago 61263216

Vanti Soluciones

N.I.T.800017835 VANTI S.A. ESP **vanti**

Más fuerza de mujer

Fechas importantes

① Pago oportuno	② Fecha de suspensión	③ Periodo facturado	④ Emisión de tu factura
11 Abr. 2025	12 Abr. 2025	Feb. - Mar. 2025	27 Mar. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad, Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
Gas consumido	m3	3.155,11	0,00	12.280,44
AHORRO SUBSIDIO [41%]	1UN	-5.994,84	0,00	-5.994,84
AJUSTE DECENA	1UN	-3,79	0,00	-3,79
FACTURA TELEFONOS Gestionar Protección Servic	1UN	38.254,50	0,00	38.254,50
INTERESES Financiación AUMENTO - NO GRAVADO	1UN	43,73	0,00	43,73

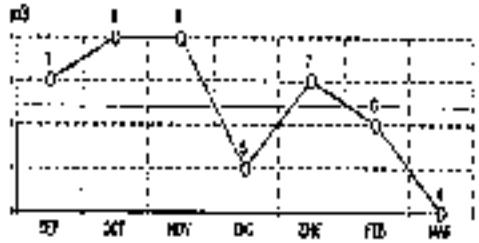
① Total 37.268,74

Tus financiaciones

Texto de interés/Concepto	Cuota N°	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A+B
1,9700 % Mes 0,00 Clase Residencial	03	10.481,52	10,73	10.481,52

② Total 10.481,52

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso: Residencial Estrato/Cat: Dos Días de consumo: 28

Fecha	Lectura	Tipo
22 Feb. 2025	4.583	REAL
22 Mar. 2025	4.588	REAL

m³ consumido = 4588 - 4583 * Factor de conversión = 1

Tu próxima factura será

Entre 20 y el 25 de Abril.

Novedades de tu factura

Revisión Periódica Obligatoria

Fecha próxima revisión

29 Sep. 2029

La revisión periódica es obligatoria para usuarios residenciales y debe realizarse cada 5 años. Resolución CREG 059 de 2015.

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $2826.

Dic. $2362 Ene. $2480 Feb. $337

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

Componentes tarifarios

Gm: 1.650,91 $/m³ Aseo: 0,00 Dem: 401,32 Cmt: 0,00

Pr: [illegible] Dpb: [illegible] Cuadr: 0,00

Cmc: 0,00 $/m³ 42,68 Dvcfa: 0,00 Dvcfv: 0,00

Gj/m³ Su consumo en m³ de gas equivale a: 42

kWh el mes unitario del kWh es: 350,75

Factor de corrección

Altura: 2.640 m 0,7557 Pb 1.000 hPa 0,7557

Vel: 4,5 m/s 14,67 Pg 15,55 Pm 0,9500

Pm: 0,7500 Pm 0,9500 Pm 0,90

Factor de corrección: 0,7557

Indicadores de calidad

Anio: 100,00 DES: 0,00 % 100,00 IPK: 100,00





③ Valor facturas vencidas

0,26

Total a pagar ①+②+③

47.750,26

Paga por

Escanea el código QR

(415)7709998020025(8020)61263216(3900)00000000047750

Somos grandes contribuyentes Resolución DIAN No. 000060 Diciembre 2020 expedida por la DIAN. Autorretenedores Resolución No. 4259 del 17 de 1998 Autorizados de Numeración de Facturación No. Facturación electrónica desde Nº 30000001 hasta 30000000 con Vigencia de 18 meses

4208

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN RUTINA
CONVOCATORIA ESTERILIZACIONES 2024

BOGOTÁ ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
(fecha de la versión) 23/07/2023

HISTORIA CLÍNICA: HC-999-E-0 | MICROCHIP: 900255001732360 | FECHA: 05/04/2024 | CÓDIGO EST.-0

LUGAR DE LA JORNADA: PARQUE LA BOTA Bolsón Gerencial Galitano

TIPO DE TENEDOR: CHC ___ NEC ___ LES X NUEVAS ___ COMUNIDAD ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Honta | COLOR: Blanco Amarillo

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ | SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | RAZA: pitbull | EDAD: 3 Años | PESO Kg: 22.2 | RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI X NO ___

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENCIA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___
OTRO: ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: 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: Yineth Hontilla | DIRECCIÓN: CL 139 F # 129 - 21 | TELÉFONO: 3015663317

CÉDULA: 51'898.774 | EDAD: 36 | NACIONALIDAD: Colombiana | CORREO ELECTRÓNICO: yineth.123@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Técnico | TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO X FAMILIAR ___ | TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X CUÁL? ___

BARRIO: Tibabuyes | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: SUBA | UPZ: 71 - Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: SI X NO ___

ULT. CELO: NO Reporta | ULT. DESPARASITACIÓN: NO Reporta | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: ___ CANINOS: RABIA: ___ PARVO: ___ FELINOS: TRIPLE FELINA: ___ LEUCEMIA: ___ TRIPLE: ___ PENTAVALENTE: ___ PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: ___ RABIA: ___

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	96	l/m	F. RESPIRATORIA:	36	r/m	TEMPERATURA:	38.1	°C	TLC:	2"	seg	MUCOSAS:	Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN			DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1.1 ml.	2 mg/Kg IM ☐	1 mg/kg IV ☐
	KETAMINA	1.1 ml.	5 mg/Kg IM ☐	5 mg/kg IV ☐
	MIDAZOLAM	— ml.	0.1 mg/Kg IV	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	4.0 ml.	4 mg/Kg IV	
POST OPERATORIO	PENICILINA G.P.A.	2.2 ml.	17.000 UI/Kg IM	
	MELOXICAM	1.0 ml.	0.2 mg/Kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

Para 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 estandarizados en la charla inicial en (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACIÓN X RECHAZO ___ para la realización del procedimiento con el cual estamos de acuerdo.

NOMBRE(S) MÉDICO(S) VETERINARIO(S):	TARJETA PROFESIONAL	FIRMA
Sida Cardenas	11428	
NOMBRE DEL AUXILIAR ASISTENCIAL:	TARJETA PROFESIONAL	FIRMA
Tiago Alvarez	31454	

HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIONES CANINO Y FELINAS

CAMPAÑA ESTERILIZACIONES 2024

BOGOTÁ ACADEMIA LOCAL DE SUBA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/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 anestésicas, 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 antiséptico, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminan 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** realización de **examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa)** Adicionalmente se me han explicado y entiendo, 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; exonerando de toda responsabilidad a Impecos sas y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual ha sido informado, he comprendido y aceptado.

En consecuencia, 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impecos sas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda existir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Viviane M Montilla	51[illegible]7211

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 21/04/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:

4259/40

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSULTORIO ESTERILIZACIONES SUBA

BOGOTÁ D.C. ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

Versión de la versión 21/03/2025

HISTORIA CLÍNICA: SIC 939-1-0

MICROCHIP: 990000013885351

FECHA: 03/04/2025

CÓDIGO: EST-4

LUGAR DE LA JORNADA (PARQUE LA BOTA): Salon Comunal Suba.

TIPO DE INTERVENCIÓN: CHL ___ ELC ___ CES ___ RELPAS ___ COMUNIDAD ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Holy

COLOR: Blanco Negro

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Bulldog Frances EDAD: 2años

PESO: Kg 11

RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENCIA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___
OTRO: ___

PRESENCIA DE AVANZADO MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: 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: Sandra Milena Gil Ortiz

DIRECCIÓN: Cr 97c 157A 72.

TELÉFONO: 3124925528

CÉDULA: 52 701 781

SEXO: F X

NACIONALIDAD: Colombiana

CORREO ELECTRÓNICO: Sandramilenagarti5678@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Profesional

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO X FAMILIAR ___

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X CUAL? ___

OCUPACIÓN: Soltire

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71 - Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno, vacunado hace 1 dia

APTO PARA CIRUGÍA: SI ___ NO ___

ULT. CELO: No Reporto

ULT. DESPARASITACIÓN: No Reporto

ULT. VACCINACIÓN: NS/NR ___ CANINOS: PARVO: ___ TRIPLE: ___ PENTAVALENTE: ___
RABIA: ___ TRIVALENTE: ___ PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: ___
FELINOS: TRIPLE FELINA: ___ LEUCEMIA: ___ GUAYA: ___

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS FISICOQUÍMICAS

F. CARDIACA: 96 l/m F. RESPIRATORIA: 36 r/m TEMPERATURA: 38.1 °C TLLC: 2 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

BASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES	
PREANESTESIA	XILACINA	0.6 mL	2 mg/kg IM ☐	1 mg/kg IV ☒
	KETAVINA	0.6 ml	5 mg/kg IV ☐	5 mg/kg IV ☒
	MIDAZOLAM	— ml	0.1 mg/kg IV	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	2.0 ml	2 mg/kg IV	
POST OPERATORIO	KETOROLACO G.L.A.	1.2 ml	1 COD UI/Kg IM	
	MELOXICAM	0.48 ml	0.2 mg/kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (propietario y/o Arrendatario), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la ovariohisterectomía/ovariectomía (esterilización/castración), optó por procedimiento de manera libre y voluntaria su ACEPTACIÓN ☒ RECHAZO ___ para la realización del procedimiento con o sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE(S) DEL(LOS) MÉDICO(S) VETERINARIO(S): DIEGO CASTELLANOS
TARJETA PROFESIONAL: 19580
FIRMA

NOMBRE DEL MÉDICO ANESTESIÓLOGO: DIEGO ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 26924
FIRMA

69

HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONSENTIDO ESTERILIZACIONES 2024
CPS 2024-2024

BOGOTÁ
ALCALDÍA LOCAL DE
SUBA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/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: paros respiratorios o cardíacos, 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 realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía** (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por este asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna; exonerando de toda responsabilidad a impresas y al equipo médico que realiza el procedimiento. 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, impresas asi y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma de Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Sandra Nuñez G.	52.901.781

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 25/04/2025	HORA: 11:00 a.m.

OBSERVACIONES:

4250

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.701.781**

GIL ORTIZ

APELLIDOS

SANDRA MILENA

NOMBRES

Sandra Milena Gil Ortiz

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-AGO-1979**

CHITAGA
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

25-MAY-1999 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1500150-00430391-F-0052701781-20130410 0032674769A 1 1242239037

4287

Bogotá

1619743-5

SAMUEL MORALES



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

4262

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSULTORIO ESTERILIZACIONES 2025
CPS:

BOGOTÁ ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
Fecha de atención 03/04/2025

HISTORIA CLÍNICA	ATROCIUP	FECHA	CODIGO
HC-999-E-0	990000013885345	03/04/2025	EST-4

LUGAR DE LA JORNADA: (MARQUE LA BOTA) Salon Comunal Calatrava

TIPO DE TENEDOR: CHC ___ REC ___ CES X ACOPIO ___ COMUNIDAD ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Muñeca

COLOR: Negro Amarillo

ESPECIE: CANINA X FELINA ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___

RAZA: Mestizo

EDAD: 5 años

PESO: Kg. 36.6

RAZA DE NACIMIENTO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VACUNACIÓN PRESENCIA ALTERNATIVA III
COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___
OTRO: ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO
SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN:
HS/HR ___
CASERO X CONCENTRADO ___ MIXTO ___
OTRO: ___

ORIGEN: HS/HR ___ RESCATADO X COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jose Raul Parra Muñoz

DIRECCIÓN: Kr 109 A No 133 A 31

TELÉFONO: 313 8417987

CÉDULA: 79 050 302

SEXO: M X

NACIONALIDAD: Colombiano

CORREO ELECTRÓNICO: 3138417987@sincorreo.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO X FAMILIAR ___

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X ¿CUÁL? ___

BARRIO: Villa Maria

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71 - Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: SI X NO ___

ÚLTIMO CELO: Feb 2025

ÚLTIMO DESPARASITACIÓN: No Reporta

ÚLT. VACUNACIÓN: MS/MR: ___ CANINOS: PARVO: ___ TRIPLE: ___ PENTAVALENTE: ___ HEXAVALENTE: ___ PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: ___

FELINOS: TRIPLE FELINA: ___ LEUCEMIA: ___ RABIA: Sept 2024

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA	F. RESPIRATORIA	TEMPERATURA	TLLC	MUCOSAS
92 l/m	32 r/m	38.1 °C	2 SEG	Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILAZINA	1.7 ml.	2 mg/Kg IM ☐ 1 mg/Kg IV ☒
	KETAMINA	1.7 ml.	5 mg/Kg IM ☐ 5 mg/Kg IV ☒
	MIDAZOLAM	— ml.	0.1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	6.0 ml.	2 mg/Kg IV
POST OPERATORIO	FENILBUTAZONA	3.5 ml.	22.000 UI/Kg IM
	MELOXICAM	1.5 ml.	0.2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ADICIONALES: Ninguno

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

NOMBRE(S) DEL(OS) MV CIRUJANO(S)	LIDA CARDENAS	FIRMA
TARJETA PROFESIONAL	33628	
NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO	DIEGO ALVAREZ	FIRMA
TARJETA PROFESIONAL	36954	

620

	JORNADA GRATUITA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS CONVENIO ESPECIALIZADO 2025 CPS 494 2024	BOGOTÁ ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/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 anestésicas, 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 he sido informado de 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 antibióticos, baños secos y demás 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 realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cobra el programa) Adicionalmente se me han explicado y entiendo, 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; exonerando de toda responsabilidad a Ingenes sas y al equipo médico que realiza el procedimiento. 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Ingenes sas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 21/04/2025	HORA:	10:00 a.m.

OBSERVACIONES:

4263

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL

BOGOTÁ — SUBA

Fecha de la versión 27/01/2025

HISTORIA CLÍNICA: HC-999-E 0

MICROCHIP: 990000013884978

FECHA: 03/04/2025

CÓDIGO: EST-4

LUGAR DE LA JORNADA: (PARQUE LA BOLA) Salón Comunal Gaitana

TIPO DE TENEDOR: CHC __ REC __ CES X REI PAS __ COMUNIDAD __

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Sin

COLOR: Blanco Bancino

ESPECIE CANINO: X FELINO __ SEXO: HEMBRA X MACHO __

RAZA: mestizo

EDAD: 2 años

PESO: Kg. 22.4

RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI __ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI __ NO X

AGRESIVIDAD __ MIEDO __ ANSIEDAD __

OTRO: _____

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI __ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR __

CASERO __ CONCENTRADO __ MIXTO X

OTRO _____

ORIGEN: NS/NR __ PESCADO X COMPRADO __ ADOPTADO __ REGALADO __ PERRO DE CUADRA __ OTRO: _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Diana Milena Contreras Flores

DIRECCIÓN: CL 128C #93 B 54-02

TELÉFONO: 322 731 9293

CÉDULA: 52 962 046

SEXO: M __ F X

NACIONALIDAD: Colombiana

CORREO ELECTRÓNICO: 3227319293@sincorreo.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA __ ARRIENDO __ FAMILIAR X

TIENE ALGUNA INCAPACIDAD: SI __ NO X ¿CUÁL? _____

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 21 - Tibabuyes

Rincon

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: X SI __ NO

ULT. CELO: No reporta

ULT. DESPARASITACIÓN: No reporta

ULT. VACUNACIÓN: NS/NR X CANINO: RABIVAC: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARVOVIRUS Y BORDETELLA: MOQUILLO: HEPATITIS: LEPTOSPIRA: RABIA:

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI __ NO X

SISTEMAS O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: (I) II III IV V VI E

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDÍACA: 96 l/m

F. RESPIRATORIA: 36 r/m

TEMPERATURA: 38.1 °C

TLLC: 2 seg

MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES	
PREANESTESIA	XILACINA	1.1 mL	2 mg/Kg IM ☐	1 mg/Kg IV ☒
	KETAMINA	1.1 mL	5 mg/Kg IM ☐	5 mg/Kg IV ☒
	MIDAZOLAM	— mL	0.1 mg/Kg IV	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	4.0 mL	2 mg/Kg IV	
POST OPERATORIO	PENICILINA G.B.A.	2-3 ml	15.000 UI/Kg IM	
	MELOXICAM	0.91 mL	0.2 mg/Kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cliente y/o Acudiente Alegal), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable 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 con o sin relevancia pre-quirúrgica.

NOMBRE(S) DEL(OS) MV CIRUJANO(S): DIEGO CASTELLANOS

TARJETA PROFESIONAL: 06582

FIRMA

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: DIEGO ALVAREZ

TARJETA PROFESIONAL: 39954

FIRMA

HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONSENTIMIENTO ESTERILIZACIONES 2024

CPS 999 2024

BOGOTÁ
ALCALDÍA LOCAL DE
SUBA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/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: paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

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

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del mio chip, 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 realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa)** Adicionalmente se me han explicado y entiendo, 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; exonerando de toda responsabilidad a impecos sas y al equipo médico que realice el procedimiento. 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Fenecos sas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de identificación:
Diana Contreras P.	53962016

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 23/04/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:

4/2024

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINOS

PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA

CONTROLADO ESTERILIZADOS SUBA

BOGOTÁ HUMANIDAD Y SUBA

Fecha de la versión 22/07/2022

HISTORIA CLÍNICA: HC-0000550

MICROCHIP: 900000013796887

FECHA: 03/04/2025

CÓDIGO TEST 4

LUGAR DE LA JORNADA: (PARQUE LA BOTA) Colegio Comunal Gaitana

TIPO DE TENENCIA: HC ___ AEC ___ CES ___ RELPAS ___ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Canela

COLOR: Blanco Hanan.

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Shih Tzu EDAD: 5 años PESO: Kg. 5.9 RAZA DE AGARRE ESPECIAL: SI ___ NO X

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

AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___

OTRO: ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: SE/NSE ___ CASERA ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jose Miguel Briceño Gomez

DIRECCIÓN: Cl 130 A No 124 52

TELÉFONO: 3206518134

CÉDULA: 19 063 393

SEXO: M X F ___

NACIONALIDAD: Colombiana

CORREO ELECTRÓNICO: 3206518134@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA X ARRIENDO ___ FAMILIAR ___

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X ¿CUÁL? ___

Tibabuyes

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

71 - Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: SI X NO ___

ULT. CELO: Feb 2025

ULT. DESPARASITACIÓN: Marzo 2025

ULT. VACUNACIÓN: NS/NR ___ CANINOS: PARVO ___ TRIPLE ___ PENTAVALENTE ___ HEXAVALENTE ___

FELINOS: TRIPLE FELINA ___ LEUCEMIA ___ PARA INMUNIDAD Y PROTECCIÓN HASTA: Agosto 2025

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMAS O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: - Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: I II III IV V VI E

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 96 l/m

F. RESPIRATORIA: 36 r/m

TEMPERATURA: 38.1 °C

TLLC: 2 seg

MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: - Ninguno

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES	
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 ml.	1 mg/Kg IM ☐	1 mg/Kg IV ☒
	ACEPROMINA	0.3 ml.	5 mg/Kg IM ☐	5 mg/Kg IV ☒
	MIDAZOLAM	— ml.	0.2 mg/Kg IV	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1.2 ml.	2 mg/Kg IV	
POST OPERATORIO	PENICILINA G.S.A.	0.6 ml.	37.000 UI/Kg IM	
	MELOXICAM	0.24 ml.	0.2 mg/Kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de [Cirujano y/o Anestesiólogo], suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable/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 con o sin anexos complementarios.

NOMBRE(S) DEL(OS) MV CIRUJANO(S): DIEGO CASTELLANOS

TARJETA PROFESIONAL: 05582

FIRMA:

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: DIEGO ALVAREZ

TARJETA PROFESIONAL: 36554

FIRMA:

1672

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN FELINOS Y CANINOS Y FELINAS

CONSENTIMIENTO ESTERILIZACIONES 2024
CPS 999 2024

BOGOTÁ
ALCALDÍA LOCAL DE
SUBA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/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, 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 acepta los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, tatos, aplicación de ardeluegas, baños secos y demás 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 autorito el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy constante y ACEPTO _X__ o RECHAZO _____ la **deratinación realbrantón de exomenes** pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y su derecho a cualquier reclamación alguna; exonerando de toda responsabilidad a Impecsa sas y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual fue 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impecsa sas y al equipo Médico Veterinario prestador del servido por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de identificación: 1030633423

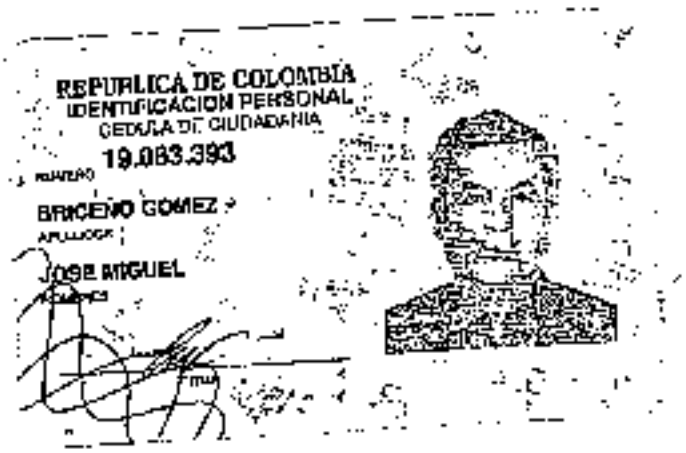
Yo, _____ identificado con CC, No._____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía, RAZON:

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

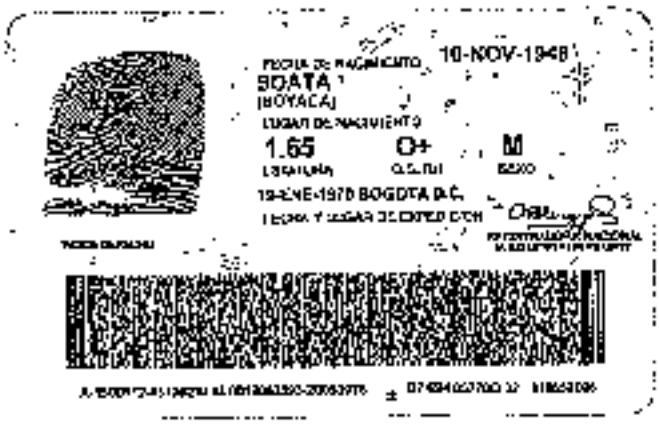
NOTA de registro de llamadas

LUGAR: SALON COMUNAL LA CAITANA	FECHA: 21/04/2025	HORA: 10:30 a.m.

OBSERVACIONES:



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 19.083.393
BRICEÑO GOMEZ
APELLIDOS
JOSE MIGUEL
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 10-NOV-1948
SOATA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 O+ M
ESTATURA G.S.(R.H) SEXO
19-ENE-1970 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

enel | Bogotá

1375556-1

JOSE MIGUEL BRICEÑO GOMEZ

Entiende tu factura de energía

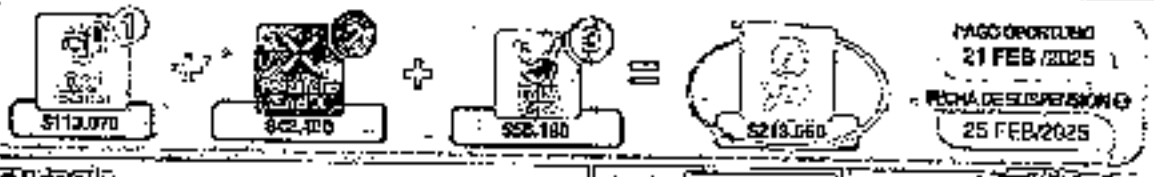


Activa

Ago Sep Oct Nov Dic Ene Feb

INFORMACIÓN DE LA FACTURA

Enel



1375536-1

10 MAR /2025

Tipo de Lectura: Real

Situación en contrato: Normal

SUBTOTAL: 3113.070

Otros cobros de productos y servicios

COSTO EMISIÓN $42,400

enel X

TOTAL OTROS: $842,400

1 3113.070

2 $842,400

ASEO ABEO LIMPIA PRESTADOR: AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL SAS ESP CÓD: 5 NIT: 901148434-9

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

NÚMERO CONTRATO: 110038030

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS: 3421058829-0

No. FACTURA: 31

PERÍODO DE FACTURACIÓN: 01.01.2025 a 31.01.2025

CONCEPTO	VALOR
ASEO - Servicio RESIDENCIAL	$785.287
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$ 96.705
ASEO - PREDIO DESIGNADO USO	$ 50.463
ASEO - AJUSTE A LA DECENA (PEU)	$-4

3 TOTAL ASEO: $556.190

USUARIOS	Despedidos	Desenganchados
Residenciales	2	1
No residenciales	0	0

NÚMERO DE CLIENTE
1375536-1

Utilizando el pago electrónico No. 3421058829-0

PAGO OPORTUNO
21 FEB /2025

TOTAL A PAGAR
- $213.650

4289

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSORCIO PREDIO SUBA CITES 2024

BOGOTÁ Alcaldía Local de SUBA

HISTORIA CLÍNICA: NC-933 E-0
MICROCHIP: 990000013796883
FECHA: 04/04/2025
COD GC EST-4

LUGAR DE LA JORNADA: (MARQUE LA BOTA) Bilbao Concejal Gestiona

TIPO DE TENEDOR: CIIC__ INDEPENDIENTE__ RELPAS__ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Abby
COLOR: Canela claro
ESPECIE: CANINO X FELINO__ SEXO: HEMBRA X MACHO__
RAZA: cocker
EDAD: 6 años
PESO: kg. 11.3
RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI__ NO X
AGRESIVIDAD__ MIEDO__ ANSIEDAD__
OTRO:
EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI__ NO X
TIPO DE ALIMENTACIÓN: NB/BN
CASERO__ CONCENTRADO X MIXTO__
OTRO:
ORIGEN: IDT/NR__ RESCATADO__ COMPRADO__ ADOPTADO__ REGALADO X PERRO DE CUADRA__ OTRO:

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Martha Lucia Gonzalez Queman
DIRECCIÓN: Cl 143b 148-07
TELÉFONO: 3125822455
CÉDULA: 52 145 390
EDAD: A__ F X
NACIONALIDAD: colombiano
CORREO ELECTRÓNICO: martica_145@hotmail.com
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Decimo
TIPO DE VIVIENDA: PROPIA__ ARRIENDO X FAMILIAR__
¿Tiene alguna discapacidad: SI__ NO X ¿cuál?
BARRIO: Bilbao
ESTRATO: 2
LOCALIDAD: SUBA
UPZ: 71 - Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: SI X NO

ÚLT. CELO: NOV 2024
ÚLT. HOSPITALIZACIÓN: NO Reporta
ÚLT. VACUNACIÓN: DHPPi/R: __ CANINOS: PARVO: __ HEPATITIS: __ LEPTOSPIRA: __ TRIPLE: __ RABIA: 7 febrero 2025
EQUIVALENTE: __
FELINOS: TRIPLE FELINA: __ LEUCEMIA: __ PERITONITIS: __ PARAINFLUENZA Y HORMIGUILLA: __

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI__ NO X
SISTEMA U ÓRGANOS AFECTADOS: ninguno
HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno
CLASIFICACIÓN ASA: I X II III IV V VI E
CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 96 l/m
F. RESPIRATORIA: 32 r/m
TEMPERATURA: 38.1 °c
TRC: 2 seg
MUCOSAS: rosado
OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

TIPO DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES	
PREANESTESIA	XILACINA	0-6 mL	2 mg/Kg IM ☐	1 mg/Kg IV ☒
	KETAMINA	0-6 mL	5 mg/Kg IM ☐	5 mg/Kg IV ☒
	MIDAZOLAM	— mL	0,1 mg/Kg IV	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	2.0 mL	3 mg/Kg IV	
POST OPERATORIO	PENICILINA G.S.A.	1-2 mL	17000 UI/Kg IM	
	MELOXICAM	0-48 ml.	0,2 mg/Kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), acuerdo 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 la suministrado de manera libre y voluntaria su ACEPTACIÓN X RECHAZO__ para la realización del procedimiento con o sin el examen pre-quirúrgico.

NOMBRE(S) DEL(OS) MV CIRUJANO(S): LEIDY CARDENAS TARJETA PROFESIONAL: 23028		FIRMA:
NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: DIEGO ALVAREZ TARJETA PROFESIONAL: 38993		FIRMA:

6

HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CAMPAÑA ESTERILIZACIONES 2024
CPS 999 2024

BOGOTÁ
ALCALDÍA LOCAL DE
SUBA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento 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, convulsiones 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 aclaran los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, tatoos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, durante 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 realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entiendo, 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; exonerando de toda responsabilidad a Impecos sas y al equipo médico que realice el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, la cual ha sido informada, he comprendido y aceptado.

En consecuencia, 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, exonerando a la Alcaldía local de Suba, Impecos sas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor: Martha Gonzalez	Nro de Identificación: 52145370

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:	Firma:
Nro Identificación:	

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALUD COMUNAL LA CAITANA	FECHA: 22/04/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:

4269

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.145.370
GONZALEZ QUECAN

APELLIDOS
MARTHA LUCIA

NOMBRES

FIRMA



Scanned by CamScanner



CHIA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.52 O+ F

ESTATURA G.S RH SEXO

09-MAR-1992 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

JUDICE DERECHO

A-1500150-00208092-F-0052145370-20091224 0019327940A 1 1140577612

Powered by CamScanner

4209

Para el reparto ZONA:1 CICLO: H1 RUTA:H11313 BIMESTRAL

11314288	39375457817
Cuenta contrato Núm. de identificación de este predio	Número para pagos Número de esta factura de servicios públicos

Período facturado ENE/01/2025 ABR/01/2025

Pago oportuno ABR/04/2025 Suspensión ABR/09/2025

Fecha próxima lectura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
MAY/29/2025	MAR/10/2025 04:30:51	MAR/10/2025 10:41:24

¡Hola!

Factura a nombre de
SAUL ALVAREZ

Dirección del predio
CL 143B 143 07

Barrio: BILBAO Localidad: SUBA

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso:	Multiusuario
Estrato:	2
Unidades Habitacionales:	2
Unidades No Habitacionales:	1

¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambió
Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.

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

Líneas 116 Acueducto

Entra a www.acueducto.com.co/wps/portal/es en Servicios al Ciudadano y obtén información de los puntos de atención cerca de ti, realiza tu pago a través de internet.

cadena

4270

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN PERROS Y GATOS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSENTIDO ESTERILIZACIONES 2024

BOGOTÁ MODERNA SUBA

Versión del formato 31/01/2025

HISTORIA CLÍNICA: HC-999-E-0

MICROCHIP: 990000013796884

FECHA: 03/04/2025

CÓDIGO: FST-8

LUGAR DE LA JORNADA (PARQUE LA BOTA): Salón Comunal Gaitana

TIPO DE TENEDOR: CHC ___ RPC ___ CES ___ RESERVA ___ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Kira

COLOR: Negro - Blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: pitbull EDAD: 5 años PESO: Kg 26.8 RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI X NO

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___
OTRO: ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: BS/NK ___
CASERO ___ BALANCEADO X MIXTO ___
OTRO: ___

ORIGEN: BS/NK ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Martha Lucia Gonzalez Queran

DIRECCIÓN: Cl 143 B 143 - 07

TELÉFONO: 312 582 2455

CÉDULA: 52 145 370

EDAD: ___ X

NACIONALIDAD: colombiano

CORREO ELECTRÓNICO: martica_145@hotmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Decimo

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO X FAMILIAR ___

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X ¿Cuál?

LOCALIDAD: Suba

UPZ: 11 - Tibabuyes

BARRIO: Bilbao

ESTRATO: 2

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: SI ☐ NO ☐

ULT. CELO: Dic 2024

ULT. DESPARASITACIÓN: Marzo 2025

ULT. VACUNACIÓN: MS/PR: X CANINOS: PARVO: HEXAVALENTE: TRIPLE: PENTAVALENTE: TRIVALENTE/INFLUENZA Y BORDETELLA:

ENFERMEDADES PREVALENTES FELINAS: LEUCEMIA: RABIA:

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

FALLAS ENCONTRADAS: Ninguno

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

CONDICIÓN CORPORAL: 3A

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 100 l/m

F. RESPIRATORIA: 40 r/m

TEMPERATURA: 38.1 °C

TRC: 2 seg

MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		OBSERVACIONES	
PREANESTESIA	XILACINA	1.4 mL	2 mg/Kg IM ☐	1 mg/Kg IV ☒
	KETAMINA	1.4 mL	5 mg/Kg IM ☐	5 mg/Kg IV ☒
	MIDAZOLAM	— mL	0,3 mg/Kg IV	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	5.0 mL	2 mg/Kg IV	
POST OPERATORIO	PETIDINA O LA.	2.7 mL	2,5 UU UI/Kg IM	
	MELOXICAM	1,0 mL	0,2 mg/Kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, la información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la (Ovariosalpingohisterectomía/Orquiectomía/Vasectomía/Castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACIÓN X RECHAZO para la realización del procedimiento con o sin medicamentos pre-quirúrgicos.

NOMBRE(S) DEL(OS) MV CIRUJANO(S): DIEGO CASTELLANOS
TARJETA PROFESIONAL: 09582

FIRMA:

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: DIEGO ATAHUALPA
TARJETA PROFESIONAL: 19794

FIRMA:

6-78

HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CAMPAÑA ESTERILIZACIONES 2024
CPS 2024

BOGOTÁ
ALCALDÍA LOCAL DE
SUBA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/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 realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entiendo, 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; exonerando de toda responsabilidad a Impecsos y al equipo médico que realiza el procedimiento, 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 por mi animal de compañía, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impecsos y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Martha González	52145370

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

RAZON:

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 21/04/2025	HORA: 10:00 a.m.

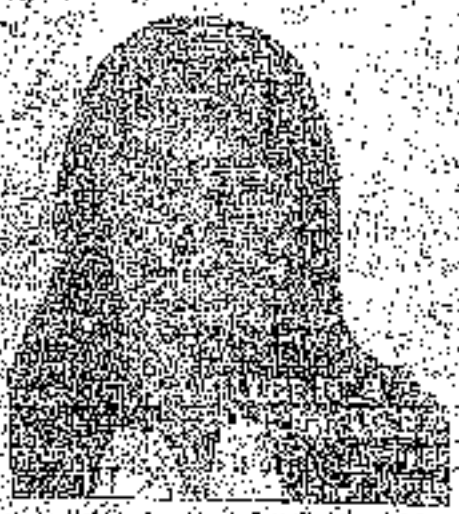
OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.145.370
GONZALEZ QUECAN

APELLIDOS
MARTHA LUCIA

NOMBRES



FIRMA



CHIA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.52 O+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

09-MAR-1992 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-1500150-00026082-F-0052145370-20091224 0019327940A 1 1140577512

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Natalia Fernández Uricoechea
Presidenta Junta Directiva

Para el reparto ZONA:1 CICLO: 191 RUTA:1111313 BIMESTRAL

11314289	39375457817
Cuenta contrato Núm. de identificación de este predio	Número para pagos Número de esta factura de servicios públicos

Descarga y descarga el documento electrónico equivalente

Período facturado	ENE/01/2025	MAR/01/2025

Pago oportuno ABR/04/2025 Suspensión ABR/09/2025

Fecha expedición próximo recibo	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
MAY/29/2025	MAR/19/2025 04:50:51	MAR/19/2025 10:44:24

¡Hola!

Factura a nombre de

SAUL ALVAREZ

Dirección del predio

CL 143B 143 07

Barrio: BILBAO Localidad: SUBA

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso:	Multiusuario
Estrato:	2
Unidades Habitacionales:	2
Unidades No Habitacionales:	1

¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambió.
Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.

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

Llámenos 116 Acueducto

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

cadena.

4293

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA, INTERVENCIONES SANITARIAS Y FICHAS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSULTORIO DE OPERACIONES SUBA

BOGOTÁ ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

Fecha de la versión: 31/07/2024

HISTORIA CLÍNICA: HC-999-E-Q

VACUNACIÓN: 990000013885344

FECHA: 05/08/2025

CÓDIGO: EST-6

LUGAR DE LA JORNADA (PARTIDA LA BOTA): Salón Comunal Gaitana

TIPO DE TENEDOR: CHC ___ PEC: ES X FELPAS ___ COMUNITARIO

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Negra

COLOR: Negro

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Mestizo EDAD: 2 años PESO: Kg. 22.3 RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___
OTRO: ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR ___ CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ LÍQUIDO ___

ORIGEN: NS/NR ___ RESCATADO X COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERDIDO EN CUIDADO ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: ESAU Torres Avila

DIRECCIÓN: Cl 132B # 110A-54

TELÉFONO: 314 339 1543

CÉDULA: 5 888 363

EDAD: ___ M X F ___

NACIONALIDAD: Colombiano

CORREO ELECTRÓNICO: 314 339 1543@hotmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRENDO X FAMILIAR ___

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X ¿CUÁL? ___

BARRIO: Villa María

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA 71 - Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: X SI ___ NO

ÚLT. CELO: Enero 2025

ÚLT. DESPARASITACIÓN: NO Reporto

ÚLT. VACUNACIÓN: NS/NR: ___ CANINOS: PARVO: ___ HEXAVALENTE: ___ TRIPLE: ___ PENTAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: ___

FELINOS: TRIPLE FELINA: ___ LEUCEMIA: ___ RABIA: ___

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: I X II III IV V VI E

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 96 l/m

F. RESPIRATORIA: 36 r/m

TEMPERATURA: 38.1 °C

TLC: 2 seg

MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN			DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	KETAMINA	1.2 ml	2 mg/Kg IM ☐	1 mg/Kg IV ☒
	XILACINA	1.2 ml	5 mg/Kg IM ☐	5 mg/Kg IV ☒
	MIDAZOLAM	— ml	0.5 mg/Kg IV	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	4.5 ml	2 mg/Kg IV	
POST-OPERATORIO	PENICILINA G.A.	2.3 ml	22.000 UI/Kg IM	
	MELOXICAM	0.9 ml	0.1 mg/Kg SC	

HALLAZGOS ANOTABLES: Ninguno

En calidad de [Cirujano y/o Anestesiólogo], suscribo este Consentimiento como constancia de haber informado 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 con o sin hallazgos patológicos.

NOMBRE(S) DEL(OS) MV CIRUJANO(S): Hida Cardenas
TARJETA PROFESIONAL: 12928

FIRMA: Judoc

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: Diego Alvarez
TARJETA PROFESIONAL: 30158

FIRMA:

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/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 anestésicas, complicaciones neurológicas o incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de identificación 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 realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entiendo, 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; exonerando de toda responsabilidad a terceros sus y al equipo médico que realice el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual ha sido informado, he comprendido y aceptado.

En consecuencia, 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 de 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 cuidados 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 imprudencia en la recuperación con mi animal de compañía, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impecsas y el equipo Medico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Num de identificación:
[illegible]	CC 5888343

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

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

8. CITA DE RETIRO DE ANIMOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 21/04/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:

4294

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN CANINA
ESTERILIZACIONES 2024

BOGOTÁ ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

Fecha de la cirugía: 21/03/2025

HISTORIA CLÍNICA: HC-993-[illegible]

MICROCHIP: 990000013885354

FECHA: 01/04/2025

CODIGO: EST-4

LUGAR DE LA JORNADA (BARRIO LA BOBA): Salón Comunal Bolivia

TIPO DE TENECIÓN: CHC ___ SOC ___ CES X HELVAR ___ COMUNIDAD ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Patty

COLOR: Negro- crema

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___

RAZA: Mestizo

EDAD: 5 meses

PESO: Kg. 6.9

RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VACUNACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___
OTROS: ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: 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: Nicolle Vanessa Herrera Bohorquez

DIRECCIÓN: Kr 70 B 131 B 69

TELEFONO: 322 3357643

CEDULA: 1233 888 578

SEXO: M ___ F X

NACIONALIDAD: Colombiano

CORREO ELECTRÓNICO: nicolliavhb2014@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Secundaria

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO X FAMILIAR ___

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X CUAL? ___

BARRIO: Villa María

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 11- Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGIA: SI X NO ___

ULT. CELO: NO Reporto

ULT. DESPARASITACION: NO Reporta

DIS. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS: RABIA: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: / QUINTUPLE: / TRIPLE FELINA: / TOS FERINA: / RABIA: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: /

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE MAL DIAGNOSTICO APARENTE? SI ___ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: (I) II III IV V VI E

CONDICIÓN CITOLOGIA: S/S

SI EXISTEN PREOCUPACIONES PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 100 l/m | F. RESPIRATORIA: s/o r/m | TEMPERATURA: 38.1 °C | LLC: 2 seg | MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

5. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES	
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 mL	2 mg/Kg IM ☐	1 mg/Kg IV ☐
	KETAMINA	0.7 mL	5 mg/Kg IM ☐	5 mg/Kg IV ☑
	MIDAZOLAM	— mL	0,1 mg/Kg IV	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1.2 mL	2 mg/Kg IV	
POST OPERATORIO	PENICILINA G.B.	0.7 mL	17.000 UI/Kg IM	
	MELOXICAM	0.23 mL	0.2 mg/Kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

NOMBRE(S) DE(LOS) MV QUIRÚRGICOS: LIDA CARDENAS
TARJETA PROFESIONAL: 11658
FIRMA:

NOMBRE DEL MV ANESTESIOLOGO: DIEGO ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 36954
FIRMA:

38

	HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024 CPS 999 2024	BOGOTÁ SUBA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/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: 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 antibióticos, 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 realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa)** Adicionalmente se me han explicado y entiendo, 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; exonerando de toda responsabilidad a Impecos sas y al equipo médico que realice el procedimiento. 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 imperito en la manipulación con mi animal de compañía, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impecos sas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor: Nicole Herrera	Nro de Identificación: 1.233.888.978

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

_____

_____

_____

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

8. OTAOE REGISTRO DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA FECHA: 28/04/2025 HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:

4295

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN CANINA

CONVENIO ESTERILIZACIONES 2024

BOGOTÁ — ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

INICIO DE TURNO: 31/03/2025

HISTORIA CLÍNICA: HC-896-F-0

MICROCHIP: 990000013803904

FECHA: 01/04/2025

CÓDIGO: EST-4

LUGAR DE LA CONVOCATORIA: (PARQUE LA BOTA) Salon Comunal Gaitana

TIPO DE TENEDOR: CHC __ REC __ CES __ RELPAS __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Silka

RAZA: pitbull

COLOR: Gris

ESPECIE: CANINO X FELINO __ SEXO: HEMBRA X MACHO __ EDAD: 6 meses PESO: Kg. 12.7 RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI X NO __

¿DURANTE LA VACUNACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO?: SI __ NO X

AGRESIVIDAD __ MIEDO __ ANSIEDAD __

CUAL:

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI __ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: RS/NR __ CASERO __ CONCENTRADO X MIXTO __

CUAL:

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ines Gallo Salazar

DIRECCIÓN: DG 147 7HA 42 BQE IN 23

TELEFONO: 3138389660

CEDULA: 24 867 216

SEXO: F X

NACIONALIDAD: Colombiana

CORREO ELECTRÓNICO: 3138389660@sincorreo.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: primaria

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA X ARRENDO __ FAMILIAR __

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI __ NO X CUAL?

BARRIO: caminos de esperanza

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 91 - Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGIA: SI X NO __

ULT. CELO: NO Reporta

ULT. DESPARASITACION: NO Reporta

ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS: PARVO: / HEXAVALENTE: / RABIA: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELA:

FELINOS: TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA: /

4. EXAMEN CLINICO

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: 100 l/m

F. RESPIRATORIA: 40 r/m

TEMPERATURA: 38.1 °C

TLLC: 2 seg

MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES	
PREANESTESIA	XILACINA	0.6 mL	1 mg/Kg IM ☐	1 mg/Kg IV ☒
	KETAMINA	0.6 mL	5 mg/Kg IM ☐	5 mg/Kg IV ☒
	MIDAZOLAM	— mL	0.1 mg/Kg IV	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	2.2 mL	2 mg/Kg IV	
POST OPERATORIO	PENICILINA G.S.A.	1.3 mL	17.000 UI/Kg IM	
	MELOXICAM	0.5 mL	0.2 mg/Kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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 diverhisterectomía/Ovariectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACIÓN X RECHAZO ___ para la realización del procedimiento con o sin exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE(S) DE(LOS) MVZ CIRUJANO(S): LIDA CARDENAS
TARJETA PROFESIONAL: 11638
FIRMA:

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO: DIEGO ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 38954
FIRMA:

65

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclaran los riesgos que se pueden presentar. Se conoce además que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifieste 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 realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por este asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna; exonerando de toda responsabilidad a impecos ses y al equipo médico que realice el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, lo 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 contenida 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 los 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impecos ses y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro. de Identificación:
Luis Solla	4926746

Yo, _____ identificado con C.C. 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:	Firma:
Nro. Identificación:	

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 21/04/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 24.067.246
GALLO SALAZAR

APELLIDOS
INES





FECHA DE NACIMIENTO 25-AGO-1960
PENSILVANIA
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.57 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
14-OCT-1981 PENSILVANIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

FIRMA DEL REGISTRADOR



427

FACTURA POR 2 MESES

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Datos del usuario

CLAUDIA PATRICIA FLORIDO FIGUEROA

DG 147 141A 42 BO C IN 33 (MANUAL)

CORRESPONDENCIA:

ESTRATO:	2	CLASE DE USO:	Residencial
UND.HABIT./FAMILIAS:	1	UND. NO HABITACIONAL:	0

ZONA: 1 CICLO: H1 RUTA: H11319C

Datos del medidor

MARCA: NÚMERO: TIPO: DIÁMETRO:

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta: 000011846169

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos: 42027135013

TOTAL A PAGAR
Agua + Alcantarillado + Aseo (si aplica ver al respaldo) + Cobro Terceros (si aplica ver al respaldo)
$ 29.822

Fecha de pago oportuno ABR/04/2025

Fecha de suspensión ABR/09/2025

Datos del consumo

ÚLTIMA LECTURA:		CONSUMO (m³)	4
LECTURA ANTERIOR:		PROMEDIO (m³)	3
FACTURADO CON:	Alto Consumo	Descargue fuente alterna	0

Últimos consumos m³



Periodo facturado
ENE/01/2025 - MAR/01/2025

Resumen de su cuenta

FECHA DE EXPEDICIÓN MAR/19/2025 FECHA ESPERADA DE LA PRÓXIMA FACTURA MAY/29/2025
Rango CMO Básico Bimestral Según Resolución CRA 750 2016 10 m3 - 22 m3

Descripción	Cm³/día	Costo Valor Unitario	Costo Valor Total	(-)Subsidio (+) Aporte	Tarifa Valor Unitario	Valor a Pagar
Acueducto						
Cargo fijo residencial	2.09	$9.166,76	$19.301,58	$7.857-	$5.517,47	$11.024,58
Consumo residencial básico	6.09	$3.519,63	$21.114,12	$8.446-	$2.111,47	$12.668,12
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Acueducto (1)			$39.881,70	$15.803-		$23.692,70
Alcantarillado						
Cargo fijo residencial	2.09	$4.370,05	$8.741,06	$3.497-	$2.801,57	$5.044,63
Consumo residencial básico	6.09	$3.761,31	$22.567,86	$9.027-	$2.304,78	$13.840,80
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Alcantarillado (2)			$31.308,76	$12.524-		$18.785,76

Otros Cobros	No. Cuota	Interés	Total	Saldo
Ajuste a decena			$-	
Subsi. Mín. Vital hoy			$12.668-	
Subtotal Otros Cobros (3)			$12.668-	

Otros conceptos que adeuda	Valor Total
Total otros conceptos que adeuda	

Beneficio Mínimo Vital hasta 12 m³. Período actual: $12.668-

TOTAL AGUA, ALCANTARILLADO Y OTROS COBROS (1) + (2) - (3) + (4) $29.822

CONSUMO MES (AGUA Y ALCANTARILLADO) $21.245

CONSUMO DÍA (AGUA Y ALCANTARILLADO) $708

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS IRC: CIIU 3600 DE REGISTRO 1-1101000 ID EAB-ESP



Denuncia en la Línea 116

cualquiera de las siguientes situaciones, así protegerás la disponibilidad de tus servicios públicos:

- El hurto o faltante de medidores, rejillas y tapas.
- Cajas o tapas levantadas o inexistentes.
- Manipulación de caja, tapas, rejillas, medidores, hidrantes o cambios de ubicación por parte de personal ajeno a la empresa.
- Cualquier otra actividad irregular que observes en la red de acueducto y alcantarillado.

El hurto reiterado de infraestructura atenta contra la disponibilidad permanente de agua y alcantarillado e incluso puede generar largas interrupciones en el servicio.





¡SU APORTE PARA LA PRESERVACIÓN Y RESTAURACIÓN DEL AMBIENTE
(Ley 99 de 1993)
El Acueducto traslada este recurso a la autoridad ambiental

	Tarifa por m³ consumo básico	Tarifa por m³ consumo no básico	Valor Total Cobrado
TASA DE USO (Pago por el agua Cruda)	$17.12	$0.01	$101
TASA RETRIBUTIVA (Compensación por Contaminación con Aguas Residuales)	$52.78	$67.37	$917

Cobro de terceros

CONCEPTO	VALOR	CONCEPTO	VALOR

Total cobros de terceros $ 0

OPERADOR:

PARA PAGOS

Actualmente la EAAB-ESP no tiene convenio de recaudo con las siguientes bancas: BBVA, Bancolombia, Occidente, Popular, Av Villas, Davivienda, Caja Social, Colpatria, Corpbanca, Itaú, Scotiabank.

PAGOS POR CANALES WEB, APP Y BILLETERAS

Nequi, Daviplata, Bancolombia a la mano, Bancolombia Transfiya, Bancolombia Botón, Bancolombia Colombia, Davivienda, Banco de Occidente, Banco Popular, Banco Av Villas, Banco Caja Social, Banco Colpatria, Banco Itaú, Banco Corpbanca, Scotiabank Colpatria, Banco Falabella, Banco Pichincha, Banco Finandina, Banco Agrario, Banco W, Bancoomeva, Bancamía, Bancompartir, Banco Serfinanza, Lulo Bank, Movii, Rappipay, Ualá, Tpaga, Global66, Wenia, Nubank, Uala, Mercado Pago, Claro Pay, Virtual Pay, Efecty, Baloto, Gana, Su Red, Su Chance, Su Apuesta, Su Suerte, Su Premio, Su Dinero, Su Juego, Su Jugada, Su Ganancia, Su Fortuna, Su Azar, Su Oportunidad, Su Destino, Su Futuro, Su Vida, Su Mundo, Su Universo, Su Todo, Su Nada, Su Algo, Su Poco, Su Mucho, Su Demasiado, Su Suficiente, Su Insuficiente, Su Exceso, Su Defecto, Su Virtud, Su Vicio, Su Pecado, Su Gracia, Su Perdón, Su Castigo, Su Premio, Su Recompensa, Su Consecuencia, Su Causa, Su Efecto, Su Origen, Su Fin, Su Principio, Su Medio, Su Todo, Su Nada, Su Algo, Su Poco, Su Mucho, Su Demasiado, Su Suficiente, Su Insuficiente, Su Exceso, Su Defecto, Su Virtud, Su Vicio, Su Pecado, Su Gracia, Su Perdón, Su Castigo, Su Premio, Su Recompensa, Su Consecuencia, Su Causa, Su Efecto, Su Origen, Su Fin, Su Principio, Su Medio

PARA CLIENTES RESIDENTES EN EL PAÍS QUE CUENTAN CON TARJETAS DE CRÉDITO AUTORIZADAS

Punto de Pago, puntored, Farmatodo

Bancolombia, Banco de Bogotá, Davivienda, Banco de Occidente, Banco Popular, Banco Av Villas, Banco Caja Social, Banco Colpatria, Banco Itaú, Banco Corpbanca, Scotiabank Colpatria, Banco Falabella, Banco Pichincha, Banco Finandina, Banco Agrario, Banco W, Bancoomeva, Bancamía, Bancompartir, Banco Serfinanza, Lulo Bank, Movii, Rappipay, Ualá, Tpaga, Global66, Wenia, Nubank, Uala, Mercado Pago, Claro Pay, Virtual Pay, Efecty, Baloto, Gana, Su Red, Su Chance, Su Apuesta, Su Suerte, Su Premio, Su Dinero, Su Juego, Su Jugada, Su Ganancia, Su Fortuna, Su Azar, Su Oportunidad, Su Destino, Su Futuro, Su Vida, Su Mundo, Su Universo, Su Todo, Su Nada, Su Algo, Su Poco, Su Mucho, Su Demasiado, Su Suficiente, Su Insuficiente, Su Exceso, Su Defecto, Su Virtud, Su Vicio, Su Pecado, Su Gracia, Su Perdón, Su Castigo, Su Premio, Su Recompensa, Su Consecuencia, Su Causa, Su Efecto, Su Origen, Su Fin, Su Principio, Su Medio, Su Todo, Su Nada, Su Algo, Su Poco, Su Mucho, Su Demasiado, Su Suficiente, Su Insuficiente, Su Exceso, Su Defecto, Su Virtud, Su Vicio, Su Pecado, Su Gracia, Su Perdón, Su Castigo, Su Premio, Su Recompensa, Su Consecuencia, Su Causa, Su Efecto, Su Origen, Su Fin, Su Principio, Su Medio

CENTROS ESPECIALIZADOS DE PAGOS

CENTRO AUTORIZADO

SUPERCADES

CADE

RAPICADES

Bancolombia, Banco de Bogotá, Davivienda, Banco de Occidente, Banco Popular, Banco Av Villas, Banco Caja Social, Banco Colpatria, Banco Itaú, Banco Corpbanca, Scotiabank Colpatria, Banco Falabella, Banco Pichincha, Banco Finandina, Banco Agrario, Banco W, Bancoomeva, Bancamía, Bancompartir, Banco Serfinanza, Lulo Bank, Movii, Rappipay, Ualá, Tpaga, Global66, Wenia, Nubank, Uala, Mercado Pago, Claro Pay, Virtual Pay, Efecty, Baloto, Gana, Su Red, Su Chance, Su Apuesta, Su Suerte, Su Premio, Su Dinero, Su Juego, Su Jugada, Su Ganancia, Su Fortuna, Su Azar, Su Oportunidad, Su Destino, Su Futuro, Su Vida, Su Mundo, Su Universo, Su Todo, Su Nada, Su Algo, Su Poco, Su Mucho, Su Demasiado, Su Suficiente, Su Insuficiente, Su Exceso, Su Defecto, Su Virtud, Su Vicio, Su Pecado, Su Gracia, Su Perdón, Su Castigo, Su Premio, Su Recompensa, Su Consecuencia, Su Causa, Su Efecto, Su Origen, Su Fin, Su Principio, Su Medio, Su Todo, Su Nada, Su Algo, Su Poco, Su Mucho, Su Demasiado, Su Suficiente, Su Insuficiente, Su Exceso, Su Defecto, Su Virtud, Su Vicio, Su Pecado, Su Gracia, Su Perdón, Su Castigo, Su Premio, Su Recompensa, Su Consecuencia, Su Causa, Su Efecto, Su Origen, Su Fin, Su Principio, Su Medio

RECAUDOS 176



FACTURA DE COBRO No. 4202/135013 - 000011846159

acueducto

PERÍODO FACTURACIÓN	CLAUDIA PATRICIA FLORIDO FIGUEROA
ENE/01/2025 MAR/01/2025	DG 147 141A 42 BQ C IN 33

(415)7707200485271602042027125013B (3900) 0000000029822

TOTAL AGUA Y ALCANTARILLADO	$29.822

ESPACIO PARA TIMBRE Y FIRMA CUANDO APLIQUE

4238

RED DE SALUD LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSULTORIO ESTERILIZACIONES 2024

BOGOTÁ — SUBA

HISTORIA CLÍNICA: HC-999-E-0
MICROCHIP: 990000013803905
FECHA: 03/04/2025
CÓDIGO EST -4

CIUDAD DE LA JORNADA: (PARQUE LA GOTA) Salón Comunal Gaitana

TIPO DE TENEDOR: CIC ___ REC ___ CES ___ RESCATE ___ CONSUMIDOR ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Estrella
COLOR: Blanco
ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: French Poodle EDAD: 1 año PESO: Kg. 5.2 RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VACUNACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___
OTRO: ___

EVIDENCIA DE ALGÚN TIPO DE MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR ___ CASERA ___ CONCENTRADO ___ MIXTO X ___ OTRO ___

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: María Alcira Bayona García
DIRECCIÓN: Kr 150 D #143B-58
TELÉFONO: 320 443 4119
CÉDULA: 52 395 237
EDAD: ___ M ___ F X
NACIONALIDAD: ___
CORREO ELECTRÓNICO: oximgara1594@gmail.com
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Secundaria
TIPO DE VIVIENDA: PROPIA X ARRIENDO ___ FAMILIAR ___
TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X ¿cuál? ___
BARRIO: Tibabuyes
ESTRATO: 2
LOCALIDAD: SUBA
UPZ: 71 - Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: X SI ___ NO

ÚLT. CELO: Dic 2024
ÚLT. DESPARASITACIÓN: Enero 2025
ÚLT. VACUNACIÓN: NS/NR ___ CANINOS: RABIA ___ TRIPLE EQUIVALENTE: Enero 2025 TRIPLE FELINA: ___ LEUCEMIA: ___ RABIA: ___ PENTAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: ___

4. EXAMEN CLÍNICO

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

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

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 96 x/m
F. RESPIRATORIA: 36 c/m
TEMPERATURA: 38.1 °C
TLC: 2 seg
MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/VÍAS DE APLICACIÓN	
PREANESTESIA	XILACINA	0.25 ml	2 mg/kg IM ☐	2 mg/kg IV ☒
	KETAMINA	0.25 ml	5 mg/kg IM ☐	5 mg/kg IV ☒
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	MIDAZOLAM	— ml	0.1 mg/Kg IV	
	PROPOFOL	1.0 ml	2 mg/Kg IV	
POST QUIRÚRGICO	PENICILINA G.B.	0.5 ml	30 000 UI/Kg IM	
	MELOXICAM	0.2 ml	0.1 mg/Kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Dueño y/o Anestesiólogo), estoy bien enterado/a como consumidor de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la anestesia/analgesia/sedación, quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su: ACEPTACIÓN X RECHAZO ___ para la realización del procedimiento aquí consignado.

NOMBRE(S) DR(A)(S) MV CIRUJANO(S): DIEGO CASTELLANOS
TARJETA PROFESIONAL: 09583
FIRMA: [signature]

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: DIEGO ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 36054
FIRMA: [signature]

680

HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024
OPS 466-2024

BOGOTÁ
ALCALDÍA LOCAL DE
SUBA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento 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 hemorrágicas 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/ realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales **NO** los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entiendo, 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; exonerando de toda responsabilidad a Impecos sas y al equipo médico que realiza el procedimiento. También aceptando 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impecos sas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	No de Identificación:
Mara Barona	52.395.237

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 21/01/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 52.395.237
BAYONA GARCIA

APELLIDOS
MARIA ALCIRA

NOMBRES

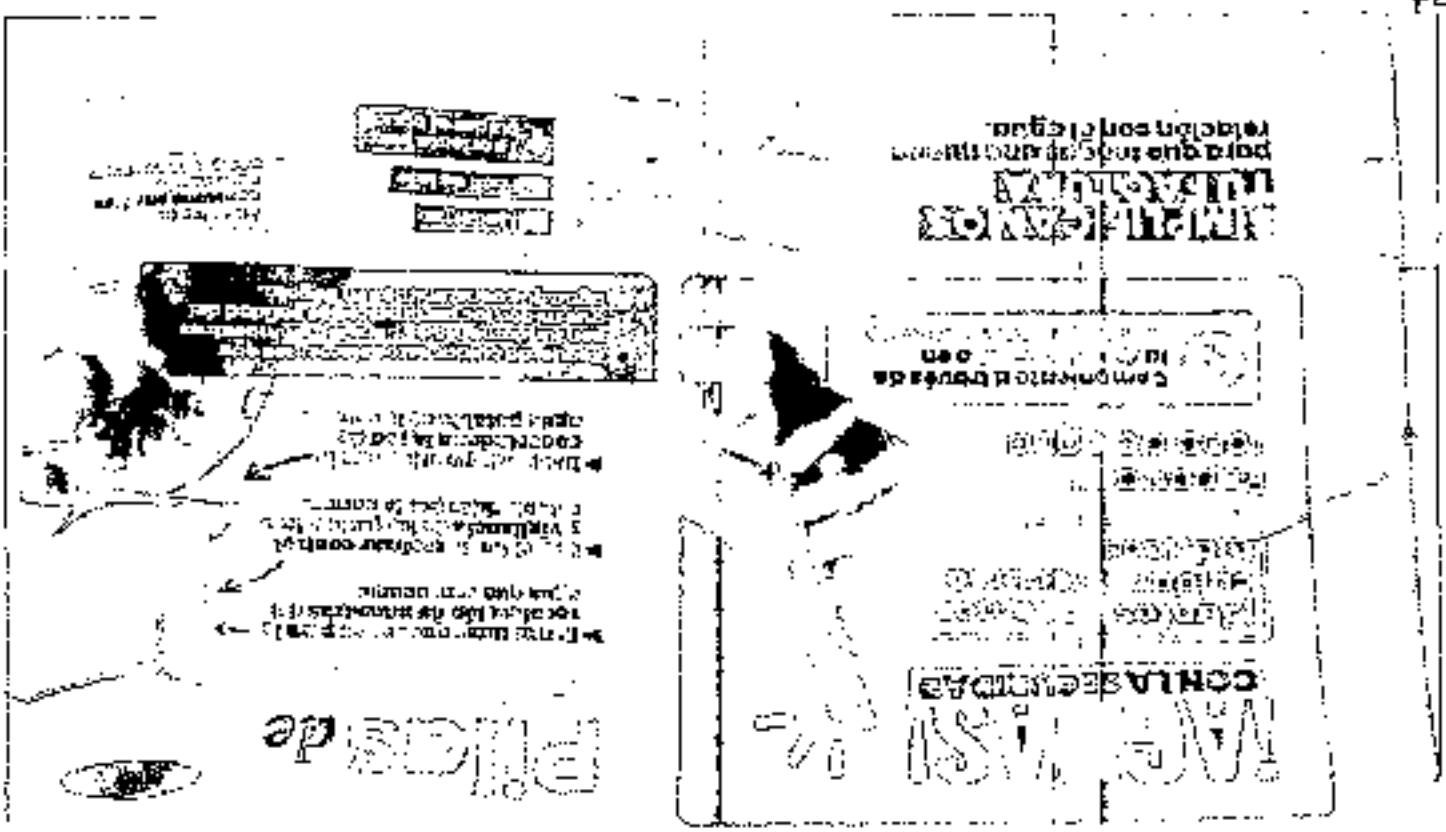
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 15-JUL-1979
LABRANZAGRANDE
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62 B+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
26-JUL-97 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO



acueducto
BOGOTÁ

Para el bimestre ZONA 1 CICLO: 3H RUTA:H113110 BIMESTRAL

1217739[illegible]
Cuenta contrato
Núm. de identificación de su cuenta

42027182817
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Periodo facturado SNE01/2025 MAR19/2025

Pago oportuno ABR09/2025 Suspensión ABR17/2025

MAY/25/2025 MAR19/2025 04:53:56 MAR19/2025 10:47:29

¡Hola!

Factura a nombre de
JOSE RICARDO BARAJAS ROMERO
Dirección del predio
KR 160D 140B 55
Barrio TIBABUYES Localidad SUBA

Datos adicionales del predio
Clase de uso: Residencial
Estrato: 2
Unidades Habitacionales: 4
Unidades No Habitacionales: 0

¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambió
Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.

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

Cabecera

Tu consumo en este período

En este período: 100 000

Promedio al día: 1 877

Para reducir tu consumo, recuerda:

Dúchate en 3 minutos (o menos) y reducirás tu consumo

Tener a la mano una botella extra para reusar el agua recogida

Cerrar la llave mientras [illegible]

Tu cobro en este período

$270.737,76 + $252.829,69 + $25.535,- =

Escanea y paga virtual

= Total a pagar $528.233

$528.233

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
SECRETARÍA DISTRITAL DE GOBIERNO
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
COMISIÓN DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL

BOGOTÁ HUMANIDAD SUBA

Fecha de esta versión 31/01/2025

HISTORIA CLÍNICA: HC-999-E-0

MICROCHIP: 990000013803903

FECHA: 03/04/2025

CÓDIGO: EST-4

LUGAR DE LA JORNADA/PARQUE LA ZOTA: Salón General Equino.

TIPO DE TENEDOR: CIC__ RFC__ ESS X RELPAS__ COMUNITARIO__

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Mara

COLOR: Negro - Blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO__ SEXO: HEMBRA X MACHO__ RAZA: pitbull EDAD: 3 años PESO: 25 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI X NO__

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI__ NO X
AGRESIVIDAD__ MIEDO__ APEGADO__
OTRO:

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI__ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: 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: Yelmy Andrea Tuta Clavijo
DIRECCIÓN: Cl 164 #95-19
TELÉFONO: 322 798 3957
CÉDULA: 52 395 713
M__ F X
NACIONALIDAD: colombiano
CORREO ELECTRÓNICO: tutaclavijo@gmail.com
NIVEL DE ESCOLARIDAD: octavo
TIPO DE VIVIENDA: PROPIA__ ARRENDO X__ FAMILIAR__
TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI__ NO X__ CUÁL?
LOCALIDAD: 01 SUBA
ESTRATO: 2
BARRIO: Salitre Suba
CALLE: 31 - Titalivio 81
OBSERVACIONES: Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: SI CUND

FIEBRE AFTOSA: Febrero 2025
DESPARASITACIÓN: NO Reporta
LEPTOSPIROSIS: TRIPLE FELINA:
VACUNACIÓN: NS/NR__ CANINOS PARVO:
HEXAVALENTE:
LEUCEMIA:
TRIPLE:
RABIA: NOV-2024
PENGAVALENCIA:
PANLEUCOPENIA Y DORICETELLA:

3. EXAMEN CLÍNICO

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

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

4. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 96 l/m
F. RESPIRATORIA: 40 r/m
TEMPERATURA: 38.1 °C
TLC: 2 seg
MUCOSAS: Rosado
OBSERVACIONES: Ninguno

5. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN	DOSIS	DOSIS/OBSERVACIONES	
PREANESTESIA	XILACINA	1.3 mL	2 mg/kg IM ☐	1 mg/kg IV ☒
	KETAMINA	1.3 mL	5 mg/kg IM ☐	5 mg/kg IV ☒
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	MIDAZOLAM	— mL	0.1 mg/kg IV	
	PROPOFOL	5.0 mL	2 mg/kg IV	
POST OPERATORIO	PENICILINA G.B.A.	2.5 mL	1/200 UI/kg IM	
	MELOXICAM	1.0 mL	0.2 mg/kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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 a la realización del procedimiento con o sin elementos pre-quirúrgicos

NOMBRE(S) DEL(OS) MVZ CIRUJANO(S): DIEGO CASTELLANOS
TARJETA PROFESIONAL: 09582
FIRMA:

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO: DIEGO ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 36954
FIRMA:

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONVENIO ESTERILIZACIONES 2024
NPS 9992944

BOGOTÁ
ALCALDÍA LOCAL
SUBA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/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: sangrados respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anestéticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclaran los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de perción, además de posible infección en el área por el uso parcial de lesiones, fisuras, tatas, 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 realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por ello asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna, exonerando de toda responsabilidad a Impecos sas y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual ha sido informado, he comprendido y acepto.

En consecuencia, 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 manifestadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las recetas de prevención 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impecos sas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro. de identificación:
	52.395.713

Yo, _____ identificado con CC. Nro. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía.

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA SABANA	FECHA: 31/03/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN CANINA
CONSECUTIVO ESTERILIZACIONES 2024

BOGOTÁ ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

Fecha de elaboración: 31/01/2025

HISTORIA CLÍNICA: HC-559-E-2

MICROCHIP: 990000013803902

FECHA: 03/04/2025

CÓDIGO: EST-4

LUGAR DE LA BRIGADA: PARQUE LA BOSA

TIPO DE TENENCIA: CHC __ HLC __ LÉS X PELPAS __ COMUNIDAD __

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Nala

Color: Blanco- café

ESPECIE: CANINO X FELINO __ SEXO: HEMBRA X MACHO __

RAZA: Cruce pitbull

EDAD: 1 año

PESO: Kg 17.6

RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI X NO

DURANTE LA VACUNACIÓN PRESENTA ACTIVACIÓN DE COMPORTAMIENTOS: SI __ NO X
AGRESIVIDAD __ MIEDO __ ANSIEDAD __
OTROS: _____

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI __ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR __
CASERO __ CONCENTRADO X MIXTO __
OTRO: _____

ORIGEN: NS/NR __ RESCATADO X COMPRADO __ ADOPTADO __ CRIADERO __ PERRO DE CUADRA __ OTRO: _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yermy Andrea Tuta Clavijo

DIRECCIÓN: Cl 164 #145- 19

TELÉFONO: 322 748 3957

CÉDULA: 52 395 713

SEXO: M __ F X

NACIONALIDAD: Colombiano

CORREO ELECTRÓNICO: tutaclavijo@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Octavo

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA __ ARRIENDO X FAMILIAR __

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI __ NO X ¿CUÁL? _____

BARRIO: Salitre suba

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71 - Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: SI X NO

ULT. CELO	ULT. DESPARASITACIÓN	ULT. VACUNACIÓN: RV/DX X CANINOS PARVO:	QUÍNTUPLE: PENTAVALENTE:
Octubre 2024	NO Reporta	HEXAVALENTE:	PASAJO/JERINZA Y BORDETELLA:
		TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA: /	RABIA: /

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ____ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: (I) II III IV V VI E

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA	F. RESPIRATORIA	TEMPERATURA	TRIG.	MUCOSAS
96 l/m	36 r/m	38.1 °C	2 seg	Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.6 mL	2 mg/kg IM ☐ 5 mg/kg IV ☒
	KETAMINA	0.8 mL	5 mg/kg IM ☐ 5 mg/kg IV ☒
	MIDAZOLAM	— ml	0.1 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	3.6 mL	2 mg/kg IV
POST OPERATORIA	PENICILINA G.L.A.	1.8 mL	1 / 200 U/kg IM
	MELOXICAM	0.7 cc	0.2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al propietario o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos inherentes con la Cirugía/Intervención a/Procedimiento (estar tranquilo/cooperador), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACIÓN X RECHAZO para la realización del procedimiento con o sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE(S) DE(LOS) MV CIRUJANO(S): DIEGO CASTELLANOS
CARGO PROFESIONAL: 09682
FIRMA:

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: DIEGO ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 19494
FIRMA:

HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

SUPERVISADO ESTERILIZACIONES 2025

CPS-9999-2024

BOGOTÁ
ALCALDÍA LOCAL DE
SUBA

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

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 realización de estudios pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entiendo, 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; exonerando de toda responsabilidad a Impecos sas y al equipo médico que realice el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, la cual ha sido informada, 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impecos sas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
	52399213

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:	Firma:
Nro. Identificación:	

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 11/04/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:

4858

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN CANINOS Y FELINOS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANUAL
CONVENIO DE ESTERILIZACIÓN 4304

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS
ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
FECHA DE IMPRESIÓN: 21/04/2025

HISTORIA CLÍNICA: HC-999-E-0
SECRO CHIP: 990000013884965
FECHA: 03/04/2025
CÓDIGO: EST-4

LUGAR DE LA JORNADA: [PARQUE LA BOTA] Salón Comunal Gaitana
TIPO DE TENEDOR: CIUC ___ REC_CES ___ BEIPAS ___ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Akira
COLOR: Blanco - Negro
ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___
RAZA: Husky Siberiano
EDAD: 5 años
PESO: Kg. 21
RAZA DENZANDO ESPECIAL: SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___
OTRO: ___
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 CRIADERO ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Leidy Paola Beltran Serrano
DIRECCIÓN: Kr 136 132A - 78
TELÉFONO: 3115025617
CÉDULA: 1010 174 894
SEXO: M ___ F X
NACIONALIDAD: colombiano
CORREO ELECTRÓNICO: paola.beltran@outlook.com
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Secundaria
TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO ___ FAMILIAR X
TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X ¿Cuál? ___
BARRIO: Toscana
ESTRATO: 2
LOCALIDAD: SUBA
UPZ: Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: X SI ☐ NO

ÚLT. CELO: Noviem 2024
ÚLT. DESPARASITACIÓN: NO Reporta
ÚLT. VACUNACIÓN: NS/NR ___ CANINOS: RABIA: / DA2PV/MULTIPLE: / TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / RABIA: Enero 2025

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X
SIST. FALLA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno
HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 96 l/m
F. RESPIRATORIA: 36 r/m
TEMPERATURA: 38.1 °C
TLLC: 2 seg
MUCOSAS: Rosado
OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		BOMBA/OBSERVACIONES	
PREANESTESIA	XILACINA	1.0 mL	2 mg/Kg IM ☐	1 mg/Kg IV X
	KETAMINA	1.0 mL	5 mg/Kg IM ☐	5 mg/Kg IV X
	MIDAZOLAM	— mL	0.1 mg/Kg IV	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	4.0 mL	2 mg/Kg IV	
POST OPERATORIA	PENICILINA G.A.	2.0 mL	17.000 UI/Kg IM	
	MELOXICAM	0.8 mL	0.2 mg/Kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

Yo calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado el procedimiento, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y especialmente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomía/Orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACIÓN X RECHAZO para la realización del procedimiento con o sin relacionados pre-quirúrgicos.

NOMBRE(S) DEL(OS) MV CIRUJANO(S): LIDA CARDENAS
TARJETA PROFESIONAL: 32630
FIRMA: Lidac

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: DIEGO ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 39954
FIRMA:

HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIONES CAMPAÑAS MOVILES

CONSECUTIVO ESTERILIZACIONES 2025
CPS 999 2025

BOGOTÁ
ALCALDÍA LOCAL DE
SUBA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/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 lesiones, fallones, tatos, aplicación de antipolgas, 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 realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa)** Adicionalmente se me han explicado y entiendo, 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; exonerando de toda responsabilidad a Impecos sas y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, la cual ha sido informado, he comprendido y aceptado.

En consecuencia, 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impecos sas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
[signature]	1040174804

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

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

BOLETA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 21/04/2025	HORA: 10:00 a.m.
OBSERVACIONES:		

4284


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.010.174.894
BELTRAN SERRANO
LEIDY PAOLA


FECHA DE NACIMIENTO 25-OCT-1987
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
1.50
O+
F
14-FEB-2008 BOGOTA D.C

428

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Para el reparto ZONA:1 CICLO: 01 RUTA:J11379 BIMESTRAL

10879646
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

41352664910
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento escaneando el código

Periodo facturado ENE/04/2025 MAR/04/2025

Pago oportuno ABR/07/2025 Suspensión ABR/10/2025

Fecha expedición última factura	Fecha y hora de impresión factura	Fecha y hora de generación factura
MAY/01/2025	MAR/22/2025 04:12:58	MAR/22/2025 11:01:48

¡Hola!

Factura a nombre de
MARIA DE LOS ANGELES SERRA

Dirección del predio
KR 138 132A 18
Barrio: TOSCANA Localidad: SUBA

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambió
Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.

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

Llámanos a 116 Acueducto

Entra a www.acueducto.com.co Ahí vas por Bogotá al Descubrelo y obtén información de los puntos de atención, consulta tu factura y realiza tu pago a través de internet.

cadena

Tu consumo en este período

En los períodos anteriores tu promedio de consumo fue 20

22 21 23

JUL-SEP	SEP-NOV	NOV-ENE	ÚLTIMO CONSUMO
$111.318	$107.157	$94.807	

Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

En este período 23.000

Promedio al día 383

En este período consumiste más agua que en el anterior

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período 642 — Facturado con Consumo Actual
Lectura período anterior 619 — Base promedio
Tu consumo este período: 23 — Descargo fuente anterior 0

Datos de tu medidor

Marca ELSTER — Tipo VOLUMÉTRICO
Serie A4T241910 — Diámetro pulgadas 5/

Para reducir tu consumo, recuerda:

Ducharte en 3 minutos para reducir tu consumo

Tener siempre un balde en la ducha para reusar el agua recogida

Cerrar la llave al enjabonar los platos

Tu cobro en este período

Acueducto		Alcantarillado		Otros cobros		Escanea y paga virtual
$61.005,04	+	$58.666,03	+	$25.297-	=	
1		2		3 4 5 6		

Conoce el detalle de estos cobros en la factura numerada de abajo

Total ingresos del período
Recibiste un CRÉDITO por valor de $ en el período actual

= Total a pagar $94.363

Cómo pueden pagar virtuales o presenciales al final de la página

(+) Subsidio (valor en descuento en factura) (-) Contribución (valor en cobro en factura) (=) Valor a pagar (valor que debes pagar)

Detalle de tu consumo este bimestre

1 Acueducto

Concepto	Cant.	Valor Unitario	Ajuste (+) o Subsidio (-)	Valor	Tarifa	Subsidio o Contribución	Valor	Total
Cargo fijo residencial [mes]								
Consumo residencial básico [m³]								
Consumo residencial complementario básico [m³]								
Cargo fijo no residencial [mes]								
Consumo no residencial [m³]								
Subtotal								

2 Alcantarillado

Concepto	Cant.	Valor Unitario	Ajuste (+) o Subsidio (-)	Valor	Tarifa	Subsidio o Contribución	Valor	Total
Cargo fijo residencial [mes]								
Consumo residencial básico [m³]								
Consumo residencial complementario básico [m³]								
Cargo fijo no residencial [mes]								
Consumo no residencial [m³]								
Subtotal								

(*) Corresponde a descuento de hasta el 15% del Promedio (12 m³ bimestrales). (**) Aparece sólo con usuarios 5, 6, especiales e industriales. (***) Subsidio, aplica para usuarios 1, 2 o 3. (****) La tarifa se muestra a partir de un consumo básico de 20 m³ que deberá pagar. Si recibe un subsidio, se descuenta en 5. Clica un aparte, Legal en 12.

3 Tasas ambientales

Estos valores, generan tasas incluidas en el consumo complementario básico y suntuario. Aplica solo Medellín

	Tasa Una (ambiental)	Tarifa Retributiva Volumétrica (Base)
Tarifa de cobro básico [$/m³]		
Tarifa consumo complementario básico [$/m³]		
Total por consumo facturado		

Subsidio Vital es un beneficio con el cual el Usuario de Vigencia recibe un descuento en hasta 6 m³ mensuales (12 m³ por cada período facturado) de los cargos facturados de los artículos 1 y 2.

4 Otros conceptos

Concepto	Valor
Otros conceptos	
Subtotal	

5 Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

6 Conceptos financieros

Concepto	Ra. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

7 Deudas en estudio

Concepto	Valor
Subtotal	

8 Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	

Pagos por la página, web, app y autoservicios

Red GIRO Convenio de recaudo y factura con cheques por ventanilla

Para pagos en línea con tarjetas débito y crédito

CUNE CABLECOM Factura como servicio público domiciliario

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar

$94.363

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.

Antes vence: Si no se cancela antes de esta fecha se cobrará el mes de mora

[415]7707200455271000[20]/[415]0584363[8020]0000000584363

20008

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS — CLIMATIZADORES MED. JURÍDICO DE REGISTRO [-]-XX-000-19 E46-ESP

4926

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSECUTIVO ESTERILIZACIONES 2024

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS
SUBA

HISTORIA CLÍNICA: HC-999-[illegible]
MICROCHIP: 990000013881815
FECHA: 03/04/2025
CÓDIGO EST: 4

DURANTE LA JORNADA: (PARQUE LA BOSA) Salon Comunal Guaymaro

SUPERVISOR: CHC ___ REC ___ CES ___ RIENDAS ___ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Sacha
COLOR: Negro - Beige
ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Mestizo EDAD: 5 años PESO: 4.3 kg RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VACUNACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___
OTRO: ___

EVIDENCIA DE POSIBLE MALTRATO: SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Elvia Maria Baez pico
DIRECCIÓN: cl 138 #125A 15 Pl 2
TELÉFONO: 3208607149
CÉDULA: 1052 389 561
SEXO: M ___ F X
NACIONALIDAD: Colombiano
CORREO ELECTRÓNICO: baezpicomari@gmail.com
NIVEL DE ESCOLARIDAD: tecnologo
TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO X FAMILIAR ___
TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X CUÁL? ___
BARRIO: la Gaitana
ESTRATO: 2
LOCALIDAD: SUBA
UPZ: 31 - Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: X SI ___ NO

ULT. CELO: Febrero 2025
ULT. DESPARASITACIÓN: Marzo 2025
ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X CANINOS: PARVO: ___ IDOXAVALENTE: ___ TRIPLE: ___ PENTAVALENTE: ___
FELINOS: TRIPLE FELINA: ___ LEUCEMIA: ___ RABIA: ___ PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: ___

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X
SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno
HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno.
CLASIFICACIÓN ASA: I. II. III. IV. V. VI. E.
CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

FC: 92 l/m
F. RESPIRATORIA: 32 r/m
TEMPERATURA: 38.1 °C
TLLC: 2 seg
MUCOSAS: Rosado
OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES	
PREANESTESIA	XILACINA	0.4 mL	2 mg/Kg IM [X]	1 mg/Kg IV [ ]
	KETAMINA	0.4 mL	5 mg/Kg IM [X]	5 mg/Kg IV [ ]
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	MIDAZOLAM	— mL	0.1 mg/Kg IV	
	PROPOFOL	0.8 mL	2 mg/Kg IV	
POST OPERATORIO	PENICILINA G.B.A.	0.4 mL	1'000.000 UI/Kg IM	
	MELOXICAM	0.18 mL	0.2 mg/Kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), mediante 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 (castración/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACIÓN X NEGATIVO ___ para la realización del procedimiento con sus respectivos procedimientos quirúrgicos.

NOMBRE(S) Y APELLIDOS DEL CIRUJANO:	DIEGO CASTELLANOS	FIRMA
TARJETA PROFESIONAL	09682	
NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO:	DIEGO ALVAREZ	FIRMA
TARJETA PROFESIONAL	36304	

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONVENIO 1577 DE 2024 SUBA

CPS 558 2024

BOGOTÁ ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

7. 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 Ovariohisterectomía/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: paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclaran los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lesiones, labores, 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 realización de exámenes pre-quirúrgicos** a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entiendo, 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; exonerando de toda responsabilidad a Impactos Sas y al equipo médico que realiza el procedimiento. 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 formato.

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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impactos sas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Elda Tania Baez Pico	1052389551

Yo, _____ Identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis Facultades Mentales, me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía RAZON:

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 21/04/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.062.369.551
BAEZ PICO

APELLIDOS
SELVIA MARIA

FIRMA
Selvia Maria Baez Pico





FECHA DE NACIMIENTO 22-DEC-1960
CHARALA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.56 B+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
16-ENE-2008 DUITAMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

4288

3439849-9

ELENA MUOZ
CL 138 NO 123 A 19 PI2
PI 2
BOGOTA, D.C. - LA GAITANA

98 705 4303 / 071-20586063





INFORMACIÓN DE LA CUENTA





PUNTOS DE ATENCIÓN AL PÚBLICO



FECHA GENERACIÓN
FECHA EXPEDICIÓN

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN INTEGRAL
CONSENTIDO ESTERILIZACIONES 2026
Fecha de la versión 31/01/2025

HISTORIA CLÍNICA: HC-089-E-D
SECRETARÍA: 990000013884806
FECHA: 03/04/2025
CÓDIGO: EST-4

LUGAR DE LA JORNADA: (PARROQUIA O BARRIO) Salón Comunal Guaymaral

TIPO DE TENEDOR: CIC ___ REC ___ CES ___ PERRAS ___ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: canela | SEXUAL: canela

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: Mestizo | EDAD: 5 años | PESO: Kg. 5.4 | RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VACUNACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___
OTRO: ___

SOSPECHA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: RS/NR ___
CASERO ___ CONCENTRADO ___ MIXTO X
OTRO ___

ORIGEN: RS/NR ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO ___ PUNTO DE CUATRA ___ OTRO Nacio en casa

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Elvia Maria Baez Pico
DIRECCIÓN: Cl 138 # 125A - 15 Pl 2
TELÉFONO: 320 860 7749
CÉDULA: 1052 389 561
SEXO: M ___ F X
NACIONALIDAD: colombiano
CORREO ELECTRÓNICO: baezpicomari@gmail.com
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Tecnologo
TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO X FAMILIAR ___
TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X ¿CUÁL? ___
UPZ: La Gaitana
ESTRATO: 2
LOCALIDAD: SUBA
UPZ: 71 - Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA FELINOS: SI ___ NO ___

ULT. CELO: Febrero 2025
ULT. DESPARASITACIÓN: Marzo - 2025
ULT. VACUNACIÓN: RS/NR: X CANINOS: PARVO: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: / HEXAVALENTE: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: /
FELINOS: TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA: / RABIA: /

4. EXAMEN CLÍNICO

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

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

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 96 lpm | F. RESPIRATORIA: 36 r/m | TEMPERATURA: 38.1 °C | TLLC: 2 seg | MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES	
PREANESTESIA	XILACINA	0.2 mL	2 mg/Kg IM ☐	2 mg/Kg IV X
	KETAMINA	0.2 mL	5 mg/Kg IM ☐	5 mg/Kg IV X
	MIDAZOLAM	— mL	0.8 mg/Kg IV	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1.0 mL	2 mg/kg IV	
POST QUIRÚRGICO	PENICILINA G.B.A.	0.5 mL	17 cm/Kg IM	
	METOXICAM	0.2 mL	0.2 mg/kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

NOMBRES Y APELLIDOS MV CIRUJANO: DIEGO CASTELLANOS
TARJETA PROFESIONAL: 09552
FIRMA:

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: DIEGO CASTELLANOS
TARJETA PROFESIONAL: 09552
FIRMA:

185

JORNADA CLINICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONSENTIMIENTO ESTERILIZACIONES 2024

CPS 999 2024

BOGOTÁ
ALCALDÍA LOCAL DE
SUBA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que el autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como shock, 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 identifiesta 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 realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa)** Adicionalmente se me han explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y su derecho a contravención alguna; exonerando de toda responsabilidad a los personas y al equipo médico que realice el procedimiento. 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 Medico 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impulsoras y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Elvis Manc. Baez Pico	1052389751

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

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificador:	

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 21/04/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:

4290

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

1.052.389.551

NUMERO
BAEZ PICO

APELLIDOS
ELVIA MARIA

NOMBRES
Elvia Maria Baez Pico

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 22-DIC-1989
CHARALA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.56 B+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
10-ENE-2008 DUITAMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-0707900-00077681-F-1052389551-20080924 0003872996A 1 27737532

4298

enel Bogotá

3489849-9

ELENA MUÑOZ



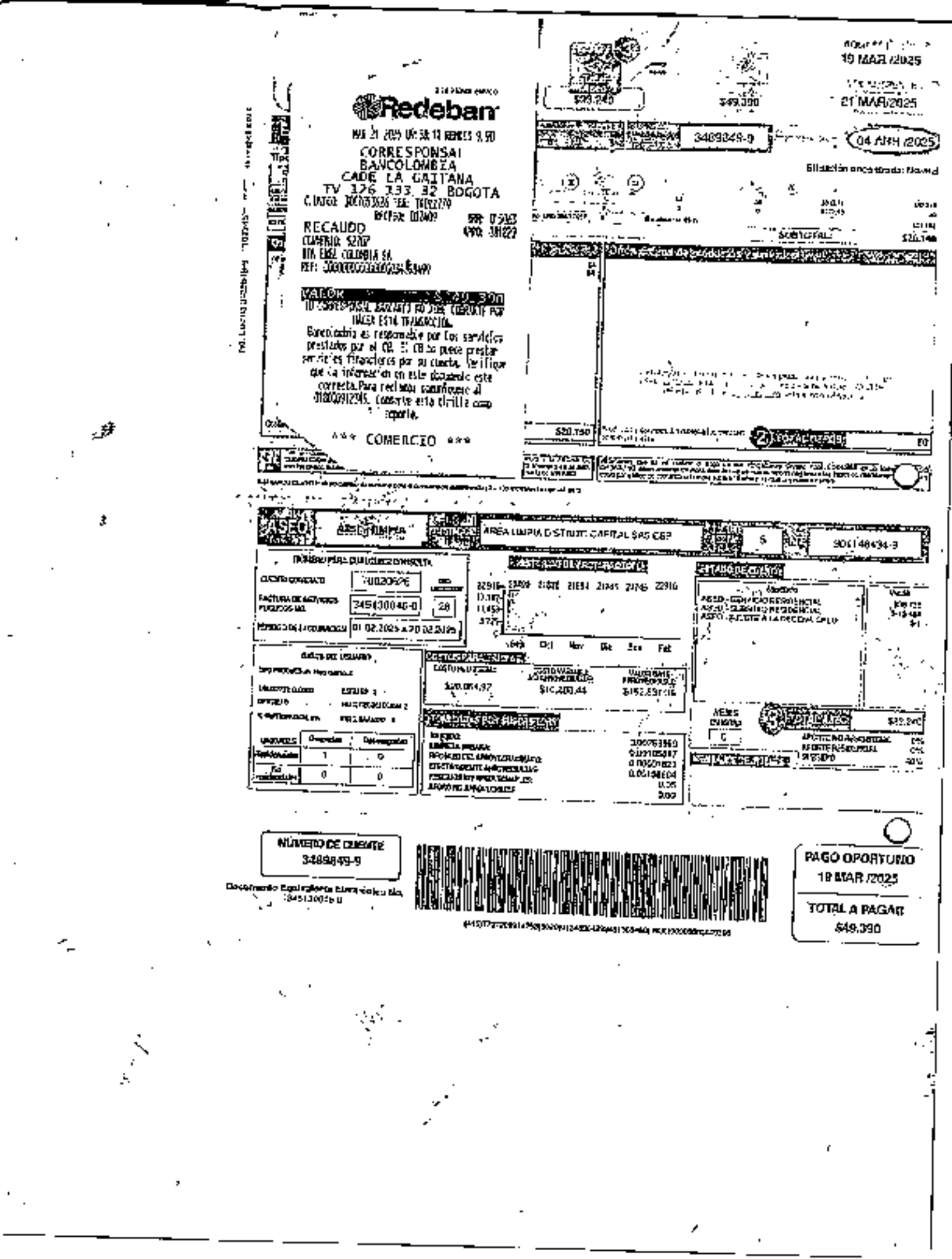


INFORMACIÓN DE LA CUENTA

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

enel





Redeban

CORRESPONSAL
BANCOLOMBIA
CADE LA GAITANA
TV 126 333 32 BOGOTA

RECAUDO
COMERCIO: 52707
BTA ENEL COLOMBIA SA

VALOR $49.390

Bancolombia es responsable por los servicios prestados por el CB. El CB no puede prestar servicios financieros por su cuenta. Verifique que la información en este documento esté correcta. Para reclamos comuníquese al 018000912345. Conserve este ticket como soporte.

*** COMERCIO ***

19 MAR /2025

21 MAR /2025

04 ABR /2025

3489849-9

$49.390

ASEO

AREA LIMPIA DISTRIT. CAPITAL $AS CSP

S

900148494-9

NÚMERO DE CLIENTE
3489849-9

PAGO OPORTUNO
19 MAR /2025

TOTAL A PAGAR
$49.390

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN FAMILIAR
CONSULTORIO ESTERILIZACIONES 2025
UPGD No. 1

BOGOTÁ ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
Fecha de la cirugía 03/04/2025

HISTORIA CLÍNICA: HC-999-E-0
MICROCHIP: SI 900256001732371
FECHA: 03/04/2025
CÓDIGO: EST-6

LUGAR DE LA JORNADA: (PARQUE LA BOTA) Salón Comunal Galarza

TIPO DE TENEDOR: CHC _ REC _ CES X RELEVO CONFIABILIDAD

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Piter
COLOR: Café Blanco
ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X
RAZA: Cruce pitbull
EDAD: 2 años
PESO: Kg 24
RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI X NO ___
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___
OTRO ___
EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X
TIPO DE ALIMENTACIÓN: 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: Ricardo Arturo Cordoba Diaz
DIRECCIÓN: Kr 147B BIS 139-31 BQ 13 N23
TELÉFONO: 3222068684
CÉDULA: 79 868 429
SEXO: M X F ___
NACIONALIDAD: Colombiano
CORREO ELECTRÓNICO: 3222068684@simcorreo.com
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria
TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO X FAMILIAR ___
TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X CUAL? ___
BARRIO: Berlin
ESTRATO: 2
LOCALIDAD: SUBA
UPZ: 71 - Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: X SI ___ NO

LIT. CELO: NO Aplica
LIT. DESPARASITACIÓN: No reporta
VAC. VACUNACIÓN: NS/NR: X CANINOS PARVO: / HEXAVALENTE: / TRIPLE: / TETRAVALENTE: / PANLEUCOPENIA Y BORDETELLA: /
FELINOS: TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA: / RABIA: /

4. EXAMEN CLÍNICO

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

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

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 96 l/m
F. RESPIRATORIA: 36 r/m
TEMPERATURA: 38.1 °C
PESO: 2 Kg
MUCOSAS: Rosado
OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1-2 ml	2 mg/kg IV ☐ 1 mg/kg IV ☒
	KETAMINA	1-2 ml	5 mg/kg IV ☐ 5 mg/kg IV ☒
	MIDAZOLAM	— ml	0.1 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	5-0 mL	2 mg/Kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G LA	2-4 ml	17 000 UI/Kg IM
	MELOXICAM	1.0 mL	0,2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cirujano p/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 con o sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE(S) DE(LOS) MV CIRUJANO(S): LIDA CARDENAS
TARJETA PROFESIONAL: 31429
FIRMA: [signature]

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: DIEGO ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 30454
FIRMA: [signature]

300

7. 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 Ovariohisterectomía/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 anestésicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclaran los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lesiones, 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 realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa)** Adicionalmente se me han explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en mi totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna; exonerando de toda responsabilidad a Inspectores y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen circunstancias 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Inspectores y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Ricardo Arturo Cordero Diaz	79868429

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

RAZÓN:

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 21/04/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN PERROS Y GATOS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CAMPAÑA ESTERILIZACIONES 2024

Fecha de la atención: 07/24/2025

HISTORIA CLÍNICA: NC-999-5-0
VACUNACIÓN: 900256001725015
FECHA: 07/24/2025
CONSECUTIVO: 5

LUGAR DE LA JORNADA: PARQUE LA GAITA Colegio Gimnasio Gaitana

TIPO DE TENEDOR: CIUC ___ DEC ___ CES X RESPAS ___ COMUNIDAD

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: NPND
RAZA: mestizo
EDAD: 2 años
PESO: Kg 13
RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X
ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X
COLOR: crema

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD
OTRO: ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ricardo Arturo cardozo Diaz
DIRECCIÓN: Cr 147B BIS 139-31 Mz 3 Bd 13
TELÉFONO: 322068684
CÉDULA: 79 868 429
SEXO: M X F ___
NACIONALIDAD: colombiano
CORREO ELECTRÓNICO: 322068684@sinoreo.com
NIVEL DE ESCOLARIDAD: primaria
TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO X FAMILIAR ___
TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X CUÁL? ___
BARRIO: Berlin
ESTRATO: 2
LOCALIDAD: SUBA
UPZ: 11 - Tibabuyes

3. ANAMNESIS:

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: SI X NO ___

ÚLT. CELO: NO Aplica
ÚLT. DESPARASITACIÓN: No Reporta
ÚLT. VACUNACIÓN: NS/NR ___ CANINOS: PARVO: ___ TRIPLE: ___ RENAVALENTE: ___ PANAMERICANA Y BORDETELLA: ___
FELINOS: TRIPLE FELINA: ___ RINOTRAQUEITIS: ___ RABIA: ___

4. EXAMEN CLÍNICO

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

CLASIFICACIÓN ASA: I. X II. ___ III. ___ IV. ___ V. ___ VI. ___ E. ___
CONDICIÓN CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 96 l/m
F. RESPIRATORIA: 40 r/m
TEMPERATURA: 38.1 °C
LLENADO CAPILAR: 2 seg
MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: ninguno

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES	
PREANESTESIA	XILACINA	0.6 ml.	2 mg/kg IM ☐	1 mg/kg IV ☒
	KETAMINA	0.6 ml.	5 mg/kg IM ☐	5 mg/kg IV ☒
	MIDAZOLAM	— ml.	0,1 mg/Kg IV	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	2.6 ml.	2 mg/Kg IV	
POST OPERATORIO	PENICILINA G B.A.	1.3 ml.	17.000 UI/Kg IM	
	MELOXICAM	0.5 ml.	0,2 mg/Kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: ninguno

En calidad de [Dueño y/o Acudiente/Código], acepto este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario-histerectomía/Orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACIÓN X RECHAZO ___ para la realización del procedimiento con o sin patologías preexistentes.

NOMBRE(S) DEL(OS) MV CIRUJANO(S): LIDA CARDONAS
TARJETA PROFESIONAL: 21428
FIRMA:

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: DIEGO ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 19454
FIRMA:

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION –

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/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 otros elementos 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 realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entiendo, 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; exonerando de toda responsabilidad a Impecos sas y al equipo médico que realiza el procedimiento. 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 registrada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, AUTORIZO al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervencion 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impecos sas y el equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Ricardo Arturo Cardozo C.	79868429

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

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

CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 21/04/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:

4294

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL

CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024

BOGOTÁ ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

Fecha de la cirugía: 31/03/2025

Expiry Date: 2025/05/15

HISTORIA CLÍNICA: HC-939-E-Q

MICROCHIP: 900255001732170

FECHA: 03/04/2025

CÓDIGO: ES1-4

LUGAR DE LA JORNADA: (PARQUE LA BOTA) Salud Comunal Bajtara

TIPO DE TENEDOR: CHC ILEC CPS X INTPAS COMUNIDAD

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Tatzon

COLOR: Canela

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X

RAZA: Cruce pitbull

EDAD: 2 años

PESO: Kg. 26

RAZA DE MAYOR RIESGO ESPECIAL: SI X NO ___

DURANTE LA VACUNACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI NO X

AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___

OTRO: ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: 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: Sandra Consuelo Yopasa Campos

DIRECCIÓN: KR 109A 133 A 09

TELÉFONO: 3105860893

CÉDULA: 52 344 959

SEXO: M ___ F X

NACIONALIDAD: Colombiana

CORREO ELECTRÓNICO: yopasa.campos@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Secundaria

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO X FAMILIAR ___

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X ¿Cuál?

BARRIO: Villa Maria

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71 - Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: SI NO

ÚLT. CELO: NO Aplica

ÚLT. DESPARASITACIÓN: No Reporta

VAC. VACUNACIÓN; NS/NR; CANINOS PARVO: ___ TRIPLE: ___ PENTAVALENTE: ___

HEPATITIS CANINA: ___ PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: ___

FELINOS; TRIPLE FELINA: ___ LEUCEMIA: ___ RABIA: Enero 2025

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS INTERESANTES: Ninguno

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

CONDICIÓN CORPORAL: 3 /5

5 CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 92 l/m

F. RESPIRATORIA: 32 c/m

TEMPERATURA: 38.1 °C

TLLC: 2 seg

MUCOSAS: Rosada

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES	
PREANESTESIA	XILACINA	1.3 ml	2 mg/Kg IM ☐	1 mg/Kg IV ☒
	KETAMINA	1.3 ml	5 mg/Kg IM ☐	5 mg/Kg IV ☒
	MIDAZOLAM	— ml	0,1 mg/kg IV	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	5.0 ml	1 mg/Kg IV	
POST QUIRÚRGICO	PENICILINA G.S.A.	2.6 ml	27.000 UI/Kg IM	
	METOCLOPRAMIDA	1.2 ml	0.2 mg/Kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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 a la realización del procedimiento con o sin exámenes pre quirúrgicos.

NOMBRE(S) DEL(OS) MV CIRUJANO(S): LIDA CARDENAS
TARJETA PROFESIONAL: 51628
FIRMA: [signature]

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: DIEGO ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 35604
FIRMA: [signature]

	JORNADA CLÍNICA DE ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS CONTRATO DE APORTACIONES 2024 CPS 998 2024	BOGOTÁ ALCALDÍA DE SUBA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclaran los riesgos que se pueden presentar. Se realiza antisepsia 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, telas, 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 realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entiendo, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, por este asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a ninguna reclamación alguna; exonerando de toda responsabilidad a impecos sas y al equipo médico que realiza el procedimiento. 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 pueden presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impecos sas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sobre.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación: 52424957

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 21/04/2025	HORA: 10:00 a.m.	

OBSERVACIONES:

4295

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.344.959
YOPASA CAMPOS

APELLIDOS
SANDRA CONSUELO

NOMBRES



FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 08-SEP-1975
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 ESTATURA
B+ G.S. RH
F SEXO

03-OCT-1993 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

4296

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTA

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

Para el reparto ZONA:1 CICLO: 11 RUTA:11320 BIMESTRAL

11261545	40701130813
Cuenta contrato Núm. de identificación de este predio	Número para pagos Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento de la factura equivalente

Periodo facturado	DIC/28/2024	FEB/28/2025

Pago oportuno MAR/11/2025 Suspensión abril/14/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
MAY/08/2025	FEB/27/2025 05:05:44	FEB/27/2025 13:43:58

¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambió
Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegas la nueva factura.

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

¡Hola!

Factura a nombre de
SANTOS ARMANDO VILLAMIL ROMERO

Dirección del predio
KR 108A 133A 09
Barrio: VILLA MARIA II Localidad: SUBA
(Dirección de correspondencia)

Datos adicionales del predio

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

Llámanos 116 Acueducto

Comuníquese a nuestra línea de Servicio al Ciudadano y obtenga información de los puntos de atención, costo de la factura y medios de pago a través de internet.

cadena

4297

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024

BOGOTÁ ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

Fecha de impresión: 01/04/2025

HISTORIA CLÍNICA: HC-090-E-0

MICROCHIP: Expiry Date: 2023/04/15 900260001732361

FECHA: 03/04/2025

CÓDIGO: 851-4

LUGAR DE LA JORNADA: (PARQUE LA META) Salón Comunal Gaitana

TIPO DE TENEDOR: CIC ___ RCC ___ CDS X RELPAS ___ COMUNIDAD ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Leonidas

COLOR: blanco 6ms

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 4m PESO: Kg. 7.2 RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO ___

DURANTE LA VACUNACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___
OTRO: ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR ___ CASERO ___ CONCENTRADO ___ AMBOS X OTRO: ___

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Sandra Consuelo Yopasa Campos

DIRECCIÓN: Kr 104 A 133 A 04

TELÉFONO: 3105860897

CÉDULA: 52 344 951

SEXO: F

NACIONALIDAD: Colombiano

CORREO ELECTRÓNICO: yopasacampo@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Secundaria

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO X FAMILIAR ___

TIENE MASCOTA ESTERILIZADA: SI ___ NO X ¿CUÁL? ___

BARRIO: Villa Mora

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71 - Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: SI ___ NO ___

ULCERAS: No Aplica

ULT. DESPARASITACIÓN: No Reporte

ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X CANINOS: PARVO: HEXAVALENTE / TRIPLE: / RENAVAINFLUENZA Y BORDETELLA: / RABIA: / FELINOS: TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA:

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: I. II. III. IV. V. VI. E.

CONDICIÓN CORPORAL: 3

CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 96 l/m

F. RESPIRATORIA: 36 r/m

TEMPERATURA: 38.1 °C

TLC: 1 seg

MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

5. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES	
PREANESTESIA	XILACINA	0.35 mL	2 mg/Kg IM ___	1 mg/kg IV X
	KETAMINA	0.75 mL	5 mg/Kg IM ___	5 mg/kg IV X
	MIDAZOLAM	— mL	0,1 mg/Kg IV	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1.4 mL	2 mg/Kg IV	
POST OPERATORIO	FENILBUTAZONA	0.7 mL	17.500 UI/Kg IM	
	MELOXICAM	0.1.8 mL	0,2 mg/Kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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 con o sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE(S) DE(LOS) MV CIRUJANOS: LIDA CARDENAS
TARJETA PROFESIONAL: 11628

FIRMA: [signature]

NOMBRE DEL MV ANESTESIOLOGO: DIEGO ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 39954

FIRMA: [signature]

205

	ESTOY DE CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS CONTRATACIÓN DIRECTA No. 2024 CPS 000 2024	BOGOTÁ ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

7. 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, cebo, 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 acepto el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO _X__ o RECHAZO _____ la declinación realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa)** Adicionalmente se me han explicado y entiendo, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, por esta razón asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna; exonerando de toda responsabilidad a implicados y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, la 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, funcionarios y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación: 52,449,859

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: Nro. Identificación:	Firma:

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 21/04/2025	HORA: 10:30 a.m.

OBSERVACIONES:

4298

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.344.959
YOPASA CAMPOS

APELLIDOS
SANDRA CONSUELO





FECHA DE NACIMIENTO 08-SEP-1975
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54
ESTATURA

B+
G.S. RH

F
SEXO

11-OCT-1994 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION



A 1500153-00201827 F 0000000052344959 20100430 M 0000000000

9209

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Vigilado Superintendencia Servicios Públicos Domiciliarios

Para el reparto ZONA:11 CICLO: 11 RUTA:111326 REGISTRAL

11261545
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

40701130813
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

Periodo facturado	DIC/28/2024	FEB/25/2025

Pago oportuno MAR/11/2025 Suspensión MAR/14/2025

Fecha aproximada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha límite de pago de esta factura
MAY/05/2025	FEB/27/2025 06:15:48	FEB/27/2025 13:43:55

¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambió
Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.

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

¡Hola!

Factura a nombre de
SANTOS ARMANDO VILLAMIL RODRIG

Dirección del predio
KR 109A 133A 09

Barrio VILLA MARIA II Localidad SUBA

Dirección de envío de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Estimado usuario, le informamos que a partir de la fecha no se enviará copia física de su factura. Puede consultar y descargar su factura electrónica ingresando a nuestra página web www.acueducto.com.co

Licencias 116 Acueducto

cadena

4300

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONVENIO ESTERILIZACIONES 2024
DISEÑO

BOGOTÁ
SUBA
Fecha de la sesión 09/04/2025

HISTORIA CLÍNICA: HC-999-E-D
MICROCHIP: 900256001725019
FECHA: 09/04/2025
CÓDIGO: EST-4

LUGAR DE LA JORNADA (BARRIO, LA BASE): Salón Comunal Gaitana.
TIPO DE TENEDOR: CIIC __ REC. CES X REUPOS __ COMUNIDAD __

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Zeus
COLOR: Blanco Amarillo
ESPECIE: CANINO X FELINO __ SEXO: HEMBRA __ MACHO X
RAZA: Pitbull
EDAD: 3 años
PESO: Kg. 30
RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI X NO __
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN EN: COMPORTAMIENTO: SI __ NO X; AGRESIVIDAD __ MIEDO __ ANSIEDAD __; OTRO: __
EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI __ NO X
TIPO DE ALIMENTACIÓN: 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: Rodrigo Doncel Varon
DIRECCIÓN: Cl 136 BIS 126A -47
TELÉFONO: 3104830044
CÉDULA: 79 940 284
EDAD: 41 A 7 F
NACIONALIDAD: Colombiano
CORREO ELECTRÓNICO: rodrigodoncel36@gmail.com
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller
TIPO DE VIVIENDA: PROPIA __ ARRIENDO __ FAMILIAR X
TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI __ NO X ¿CUÁL? __
BARRIO: La Gaitana
ESTRATO: 2
LOCALIDAD: SUBA
UPZ: 72 - Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: SI X NO __

ULT. CELO: No Aplica
ULT. DESPARASITACIÓN: No Reporte
ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X CUÁNTAS: PARVO: RENOVACIÓN FVDRP: TRIPLE: RENOVACIÓN: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA: FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA:

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI __ NO X
SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno
HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno
CLASIFICACIÓN ASA: I X II __ III __ IV __ V __ VI __ E __
CONDICIÓN CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 96 Lm
F. RESPIRATORIA: 36 r/m
TEMPERATURA: 38.1 °C
TLLC: 2 seg
MUCOSAS: Rosada
OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES	
PREANESTESIA	XILACINA	1.5 ml.	2 mg/Kg IM ☐	1 mg/Kg IV ☒
	KETAMINA	4.5 ml	5 mg/Kg IM ☐	5 mg/Kg IV ☒
	MIDAZOLAM	— mL	0.2 mg/Kg IV	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	5.5 mL	2 mg/kg IV	
POST OPERATORIO	PENICILINA G 1.0	3.0 mL	1 x 40000 UI/Kg IM	
	METOXICAM	1.2 mL	0.2 mg/Kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

NOMBRE(S) Y APELLIDOS MV CIRUJANO: LUISA CASTRO MD
TARJETA PROFESIONAL: 31478
FIRMA: [signature]

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: DIEGO ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 28954
FIRMA: [signature]

HERMES CLINICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024
CPS 900 2024

BOGOTÁ
ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que el autorizo 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 asume 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 lesiones, jabones, tatos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 3 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 realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía** (los cuales NO los cobra el programa) Adicionalmente se me han explicado y entiendo, 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; eximiendo de toda responsabilidad a Impecsas y al equipo médico que realiza el procedimiento. 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, eximiendo a la Alcaldía Local de Suba, Impecsas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:

Nro de identificación: 79'940.287

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

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

Firma:

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA | FECHA: 21/04/2025 | HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:

4301

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
79.940.287
NUMERO

DONCEL VARON
APELLIDOS

RODRIGO
NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 19-SEP-1975
GIRARDOT
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

27-DIC-1994 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL

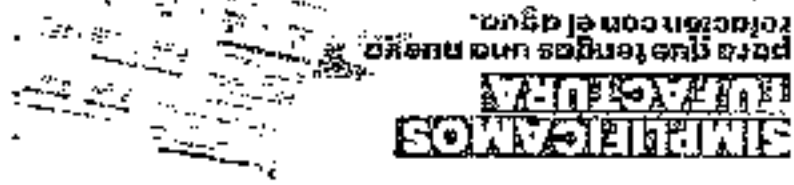
INDICE DERECHO

A-1500112-42130893-M-0079940287-20050518 01668 00136A 02 187844460

4302







acueducto

Para el reparto ZONA:1 CICLO: 1 RUTA:411373 BIMESTRAL

10768499
Cuenta contrato
Núm. de identificación de ese predio

43371595810
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico completo

Periodo facturado	NOV/05/2024	ENE/05/2025

Pago oportuno FEB/07/2025 Suspensión FEB/12/2025

Fecha máxima para próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
MAR/31/2025	ENE/25/2025 07:00:47	ENE/26/2025 18:38:41

¡Hola!

Factura a nombre de
DIOSELINA DE RODRIGUEZ

Dirección del predio
CL 136 BIS 126A 47
Barrio: LA GAITANA Localidad: SUBA

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambió
Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.

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

Envíe sus preguntas, quejas o reclamos en Servicios en Ciudadanía y obtenga información en los puntos de atención, consulte la factura y realice su pago a través de internet.

4309

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN PERROS CANINOS Y FELINOS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONTROL Y ESTERILIZACIÓN 2024
CPS

BOGOTÁ — ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

Fecha de la versión: 23/9/2022

HISTORIA CLÍNICA	MICROCHIP	FECHA	CÓDIGO
HC -999-E-0	990000013885358	03/04/2025	EST-4

LUGAR DE LA JORNADA: (PARQUE LA BOTA) Salon Comunal Suba.

TIPO DE TENEDOR: CIC ___ SEC ___ CES X RELPAS ___ COMUNIDAD ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE	COLOR	
Leon	Negro Amarillo	

ESPECIE: CANINO X FELINO ___	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA: mestizo	EDAD: 2 años	PESO: Kg 37	RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VACUNACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___
OTRO: ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS	DIRECCIÓN	TELÉFONO
Jose Raul Pono Muñoz	Kr 109 A No 133 A 31	3138417487

CÉDULA	SEXO: M X F ___	NACIONALIDAD	CORREO ELECTRÓNICO
79.050.302		Colombiano	3138417487@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD	TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO X FAMILIAR ___	TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X ¿CUÁL?
Primaria		

BARRIO	ESTRATO	LOCALIDAD: SUBA	UPZ
Villa Horta	2		21 - Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: SI X NO ___

ULT. CELO	ULT. DESPARASITACIÓN	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR ___ CANINOS PARVO: ___ HEXAVALENTE: ___	TRIPLE: ___ PENTAVALENTE: ___ PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: ___
NO Aplica	NO Reporta	FELINOS. TRIPLE FELINA: ___ LEUCEMIA: ___	RABIA: Sept 2024

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA	F. RESPIRATORIA	TEMPERATURA	TLLC	MUCOSAS
96 l/m	36 r/m	38.1 °C	2 seg	Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES	
PREANESTESIA	KETAMINA	1.6 mL	2 mg/Kg IM ☐	2 mg/Kg IV ☒
	XILACINA	1.6 mL	5 mg/Kg IM ☐	5 mg/Kg IV ☒
	MIDAZOLAM	— mL	0,3 mg/Kg IV	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	6.0 mL	2 mg/Kg IV	
POSTQUIRÚRGICO	PENICILINA G.S.	9.7 mL	17.000 UI/Kg IM	
	MELOXICAM	1.5 mL	0.2 mg/Kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

NOMBRE(S) DE LOS MV CIRUJANOS:	LISA CARDENAS	FIRMA
TARJETA PROFESIONAL	11628	
NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO:	DIEGO ALVAREZ	FIRMA
TARJETA PROFESIONAL	36954	

HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONVENIO ESTERILIZACIONES 2024
CTO 588 2024

BOGOTÁ
SUBA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/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: paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclaran los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en área por el uso posterior de fodones, febones, tatos, aplicación de antibióticos, 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 realización de examenes pre-quirúrgicos** a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entiendo, 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; exonerando de toda responsabilidad a Impecos sas y al equipo médico que realiza el procedimiento. También asumiendo 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impecos sas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
	79050205

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA SANTANA	FECHA: 23/04/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:

4304

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN DE CANINOS Y FELINOS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN A BAJO COSTO PARA ESTRATOS 1 Y 2

BOGOTÁ
ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
Fecha de la versión: 2/09/2020

HISTORIA CLÍNICA: 18C-999-E-0
MICROCHIP: 990000013885360
FECHA: 03/04/2025
CUPO: 6

LUGAR DE LA JORNADA: PARQUE LA BOTA Salón Comunal Bolivia

TIPO DE TENEDOR: CHC ___ ALC ___ CEA X REPAS ___ COMUNIDAD ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Nena
COLOR: Amarillo

ESPECIE: CANINO ___ FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X
RAZA: Mestizo
EDAD: 8 Meses
PESO: Kg. 6
RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VACUNACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___
OTRO:

DIDIMOS DE APARENTE CRIPTORQUIDIA: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: BS/XR ___
CASERO ___ CONCENTRADO ___ MIXTO X
OTRO: ___

ORIGEN: BS/XR ___ RESCATADO X COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ricardo Arturo Cordero Diaz
DIRECCIÓN: Kr 147 Bis 139 31 Mza 8 Int 3
TELÉFONO: 322 206 8684
CÉDULA: 79 868 429
SEXO: X
NACIONALIDAD: Colombiano
CORREO ELECTRÓNICO: 3222068684@hotmail.com
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria
TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO X FAMILIAR ___
TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X CUÁL? ___
LOCALIDAD: Suba
UPZ: 71 - Tibabuyes
BARRIO: Berlin
ESTRATO: 2

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: SI NO

ULT. CELO: No Aplica
ULT. DESPARASITACIÓN:
ESQUEMA DE VACUNACIÓN: BS/NR X CANINOS: DA/V: TRIPLE: PENTAVALENTE:
FELINOS: TRIPLE FELINA: RABIA: LEUCEMIA: RABIA: TRIVALENTE: RABIA/INFLUENZA Y BORDETELLA:

4. EXAMEN CLÍNICO

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

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

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA	F. RESPIRATORIA	TEMPERATURA	TLLC	MUCOSAS
96 l/m	36 r/m	38.1 °C	2 seg	Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES	
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 mL	2 mg/Kg IM ☐	1 mg/Kg IV ☒
	KETAMINA	0.3 mL	5 mg/Kg IM ☐	5 mg/Kg IV ☒
	MIDAZOLAM	— mL	0.1 mg/Kg IV	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1.2 mL	1 mg/Kg IV	
POST OPERATORIO	PENICILINA G.S.A.	0.6 mL	17.000 UI/Kg IM	
	MELOXICAM	0.24 mL	0.2 mg/Kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Dueño y/o Arrendatario) acepto este documento como constancia de haber sido informado/a 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 con o sin valoración pre-quirúrgica.

NOMBRE(S) DEL(OS) MV CIRUJANO(S): DIEGO CASTELLANOS
TARJETA PROFESIONAL: 09582
FIRMA:

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: DIEGO ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 35054
FIRMA:

212

HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINOS

CENSO/PPO ESTERILIZACIONES 2024

DPS ### 2024

BOGOTÁ
SUBA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO _X_ o RECHAZO ____ la declaración realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa)** Adicionalmente se me han explicado y entiendo, 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; exonerando de toda responsabilidad a impetrantes y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, de cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En consecuencia, 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 aseo 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, impetrantes y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda surtir.

Firma del Responsable/Tenedor:	No de Identificación:
Ricardo Arturo Cendrez Diaz	79868429

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 21/04/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:

4305

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONVENIO [illegible] DE 2024
SUBA
Fecha de la versión 22/01/2025

HISTORIA CLÍNICA: HC-999-E-0[illegible]
MICROCHIP: 990000013803910
FECHA: 03/04/2025
CÓDIGO: EST-0

LUGAR DE LA JORNADA (BARRIO LA VEREDA): Salón Comunal Gaitana
TIPO DE TENEDOR: CIC ___ REC ___ ETS ___ REFAS ___ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Max
COLOR: Negro Blanco
ESPECIE: CANINO X FELINO ___ HEMBRA ___ MACHO X
RAZA: Mestizo
EDAD: 2años
PESO: Kg 29
RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___
OTRO: ___
EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X
TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR ___
CASERO X CONCENTRADO ___ MIXTO ___
OTRO: ___
ORIGEN: NS/NR ___ RESCATADO X COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Kely Alisney Mahecha Cano
DIRECCIÓN: Av 114 139B 6
TELÉFONO: 314 484 92 41
CÉDULA: 52 834 184
SEXO: F X
NACIONALIDAD: Colombiano
CORREO ELECTRÓNICO: Kelimahecha11@gmail.com
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Técnico
TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO X FAMILIAR ___
TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X ¿CUÁL? ___
BARRIO: Aures del Sol
ESTRATO: 2
LOCALIDAD: SUBA
UPZ: 71 - Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: SI X NO ___

ULT. CELO: No Aplica
ULT. DESPARASITACIÓN: Diciembre 2024
ULT. VACUNACIÓN: NS/NR X CANINOS PARVO: ___ TRIPLE: ___ TETRAVALENTE: ___
RABIA: Junio 2024 PARAINFLUENZA Y HEPATITIS: ___
FELINOS: TRIPLE FELINA: ___ LEUCEMIA: ___ RABIA: ___

4. EXAMEN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 92 l/m
F. RESPIRATORIA: 32 r/m
TEMPERATURA: 38.1 °C
TLC: 2 seg
MUCOSAS: Rosadas
OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES	
PREANESTÉSICA	XILACINA	1.5 mL	2 mg/Kg IM ___	1 mg/kg IV X
	KETAMINA	1.5 mL	4 mg/Kg IM ___	5 mg/kg IV X
	MIDAZOLAM	___ mL	0.1 mg/Kg IV	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	6.0 mL	2 mg/kg IV	
POST OPERATORIO	PENICILINA G.S.A.	3.0 mL	17.000 UI/Kg IM	
	MELOXICAM	0.2 mL	0,2 mg/Kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cliente y/o Acreditado legal), 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 cirugía/ecografía (anestesia/sedación/contención) sobre la cual he consentido de manera libre y voluntaria su ACEPTACIÓN X RECHAZO ___, para la realización del procedimiento con el objeto mencionado pre-quirúrgico.

MÉDICO(S) DE(LOS) SERVICIO(S): SIDA CARECHAS
TARJETA PROFESIONAL: 21620

FIRMA:

MÉDICO ANESTESIÓLOGO: JUAN DAVID ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 38958

FIRMA:

2437

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclaran los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminan 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 realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa)** Adicionalmente se me han explicado y entiendo, 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; exonerando de toda responsabilidad a Impecos sas y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

Sin constarle, 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impecos sas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda surgir.

Firma del Responsable/Tenedor:	No de Identificación: 52834784 Bta

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

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
No. Identificación:	

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 23/04/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 52.834.184
MAHECHA CAÑON

APELLIDOS
KELI ALISNEY

NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 11-DIC-1980
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

17-DIC-1998 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION



Registrado

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

Escríbenos a [illegible], diligencia el formulario y empieza a recibir tu factura de manera digital.

Comunica:

Evita fraudes en línea al pagar tu factura.
Ingresa siempre digitando:

www.grupovanti.com

Mundo digital Vanti

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

Pagos electrónicos en otras entidades

Botón PSE

Botón Bancolombia

Puedes pagar tus facturas de una o varias cuentas contrato en una sola transacción

Escanea para pagar tu factura

*Para la solicitud vanta inscripción a estos establecimientos.

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Baloto
Corresponsales Grupo Aval
Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris
Giros en Supergiros:
Mensajería Exito

*Si cambia de municipio, verifique ser de gremios y suministro de Vanti S.A. ESP.

Eficiencia energética

Reducir nuestro consumo de energía se traduce en un aporte 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

Por favor doble y rasgue para abrir la factura

¡Hola!

ELVIRA ESCOBAR
KR 1J 47 38B 16 - PUERTA DEL SOL
BOGOTA

vanti
Más formas de crecer
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 3007107-322992

Lote: PEGN Ruta: 001156027430000005003 Código del Sector: 356

Cuenta o referencia de pago **61474427**

vanti

TU CUPO CRÉDITO ESTÁ APROBADO ES:

$ 4.800.000



Si tu Revisión Periódica Obligatoria de Gas se vence entre julio y diciembre de 2025

Agenda ahora y continúa a pagar después



Si te certificas en el mes de abril, mayo o junio,

Escanea el código QR para agendar tu Revisión

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

Línea gratuita 01 8000 942 794
Bogotá (601) 707 8121
Bucaramanga (607) 680 4755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

Mi Vanti en línea
https://miapp.vanti.com.co

Recuerda que puedes elegir la factura física para comunicarnos de acuerdo a la Ley 2300 de 2023

Marzo 2025

Referencia de pago 61474427

Fechas importantes

1 Pago oportuno 04 Abr. 2025 — 2 Fecha de suspensión 05 Abr. 2025 — 3 Periodo facturado Feb. - Mar. 2025 — 4 Emisión de tu factura 19 Mar. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	1393	195,11	0,00	93.341,92
VENDOS SUBSIDIO (41%)	1,00	-15.672,80	0,00	-15.672,80
AJUSTE DECENA	1,00	-2,29	0,00	-2,29
PERIODO 1 PERIODOS Descripción PERIOD.	0	9.035,00	0,00	9.035,00

1 – Total $92.500,00

Tus financiaciones

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

2 – Total $0,00

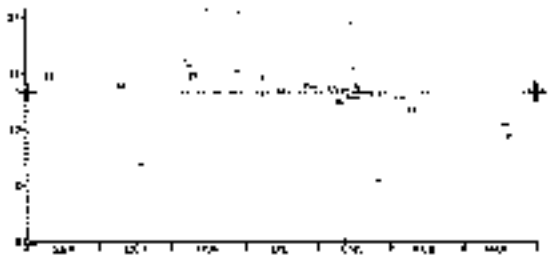
3 – Valor facturas vencidas $0,00

Total a pagar (1)+(2)+(3) $92.600,00

Pago por

Escanee el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial — Estrato Cinco — Días de consumo 28

Fecha	Lectura	Tipo
18 Feb. 2025	2376	REAL
18 Mar. 2025	2393	REAL

m³ consumidos 2393 - 2379 * Factor de corrección = 12

Tu próxima lectura será: Entre 12 y el 17 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 $70.286

Revisión Periódico Obligatorio

Vencimiento Revisión Periódico Obligatorio: 30 Nov. 2029

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

Su factura incluye subsidios por $2895.

Dic $2282 Ene. $2490 Feb. $2271

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

Componentes tarifarios

Cargo Gestión Comercialización	$ 2.479	Cargo Distribución	$ 1.161
Cargo Transmisión	$ 0	Cargo Restricciones	$ 0
Cargo Compras	$ 1.318	Cargo Pérdidas	$ 1.161
Cargo Generación	$ 45.475	Cargo Servicios Conexos	$ 0

Nivel de tensión: 1

Subsidio aplicado: 41%

Factor de corrección

Vm	12	Km	0,76437
Vc	13	Tm	1,1161
Pa	0,761	Pm	0,00%
Pc	0,761	Pm pc	1,0

Factor Aprobado: 0,7643

Indicadores de calidad

AIU	100	DES	0	ID	100
PR	100				





(415)7709998026025(8020)61474427(3900)0000003002500

4309

RECAUDA LOCAL ES SUBA
SECRETARIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN CANINA
CONSORCIO ESTERILIZACIÓN

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS
SUBA
Sede de la emisión: MÓVILES

HISTORIA CLÍNICA: HC -999-E-02
MICROCHIP: 990000013803911
FECHA: 03/04/2025
CONSECUTIVO: EST-4

LUGAR DE LA JORNADA (PARQUE LA UDIA) Color: Canino: Gato:

TIPO DE TENEDOR: CPC__ REC__ CES__ RELEAS__ CUMPLIDOS X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Poko
COLOR: Blanco Amarillo
ESPECIE: CANINO X FELINO__ SEXO: HEMBRA__ MACHO X
RAZA: mestizo
EDAD: 4 años
PESO: Kg 13.3
RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI__ NO X
AGRESIVIDAD__ MIEDO__ ANSIEDAD__
OTRO:
EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI__ NO X
TIPO DE ALIMENTACIÓN: 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: Jose Ignacio Sanchez
DIRECCIÓN: CL 140 118 52
TELÉFONO: 3143722798
CÉDULA: 19 059 581
SEXO: M X F
NACIONALIDAD: Colombiano
CORREO ELECTRÓNICO: 3143-122798 @ smarco.com
NIVEL DE ESCOLARIDAD: primaria
TIPO DE VIVIENDA: PROPIA X ARRIENDO__ FAMILIAR__
TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI__ NO X CUAL?
BARRIO: Sabana
ESTRATO: 2
LOCALIDAD: SUBA
TIPO: 31 - Bobuyes

3. ANAMNESIS

estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: ESTI NO

ULT. CELO: No Aplica
ULT. DESPARASITACIÓN: No Reporta
ULT. VACUNACIÓN: NS/NR X CANINOS PARVO: SEXAVALENTE: TRIPLE: PENTAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA
FELINOS. TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA:

4. EXAMEN CLÍNICO

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

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

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 96 lpm
F. RESPIRATORIA: 36 r/m
TEMPERATURA: 38 - 1 °C
TLLC: 2 seg
MUCOSAS: rosado
OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES	
PREANESTESIA	XILACINA	0,7 ml	2 mg/Kg IM ☐	1 mg/Kg IV ☒
	KETAMINA	0.7 ml	5 mg/Kg IM ☐	5 mg/Kg IV ☒
	MIDAZOLAM	— mL	0,1 mg/Kg IV	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	2.0 inf.	2 mg/Kg IV	
POST OPERATORIO	PENICILINA G.B.A.	1.4 ml.	17.000 UI/Kg IM	
	MELOXICAM	0.56 ml.	0,2 mg/Kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cliente y/o Acompañante), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable Veterinario, 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 con o sin exámenes pre quirúrgicos.

NOMBRE(S) DEL(OS) MV CIRUJANO(S):	LISA CARUSO	FIRMA
TARJETA PROFESIONAL	33848	
NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO:	DIEGO ALVAREZ	FIRMA
TARJETA PROFESIONAL	36954	

2116

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/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 realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y de derecho a controversia alguna, exonerando de toda responsabilidad a Bioseos sas y al equipo médico que realiza el procedimiento. 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 bravemente 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 imprevisión en la manipulación con mi animal de compañía, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impecos sas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	No de identificación: 1205953

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

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
No. Identificación:	

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALÓN COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 21/01/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 19.059.581
SANCHEZ
APELLIDOS
JOSE IGNACIO
NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 25-ENE-1936
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
02-DIC-1955 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

SIMPLIFICAMOS TU FACTURA
para que tengas una nueva relación con el agua.

- Moderna
- Fácil de leer
- Te ofrece datos para cuidar el agua

Ahorra tu consumo en litros para que lo comparando mejor

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Para el reparto ZONA: 1 CICLO: 01 RUTA:J11340A BIMESTRAL

10776188
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

10377583793
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Periodo facturado ENE/04/2025 MAR/04/2025

Pago oportuno ABR/07/2025 Suspensión ABR/16/2025

Fecha máxima pedirla factura | Fecha y hora de expedición factura | Fecha y hora de generación factura
MAY/31/2025 | MAR/22/2025 04:12:34 | MAR/22/2025 11:19:23

¡Hola!

Factura a nombre de
MARIA TOMASA LOPEZ
Dirección del predio
CL 140 118 52
Barrio: BABANA DE Localidad: SUBA
Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio
Clase de uso: Residencial
Estrato: 2
Unidades Habitacionales: 1
Unidades No Habitacionales: 0

¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambió
Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.

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

Llámanos 116 Acueducto

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

cadena

Pago Comprobante de Pago
Transacción:01618283,
Fecha:2025-04-01 08:36:37,
Producto:Facturas Gas y Energía
Número:3152551281
Monto:566,579
Respuesta:Pago Exitoso
Codigo autorización:721757
Banco:Colpatria
Codigo Convenio:38
Nombre Convenio:ACUEDUCTO BOGOTA
Referencia:10177563793
Terminal:3860
Reenviar SMS
Muchas Gracias

este período

medio de consumo fue 12

NOV-ENE	ÚLTIMO CONSUMO
17	13

Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

En este período 13.000 — Promedio al día 217

Para reducir tu consumo, recuerda:

- Ducharte en 3 minutos para reducir tu consumo
- Tener siempre un balde en la ducha para reusar el agua recogida
- Cerrar la llave al enjabonar los platos

período

Alcantarillado $34.582,93 + Otros cobros $25.333

= Total a pagar $566.579

Escanea y paga virtual

Acueducto — Alcantarillado

Cargo fijo residencial (mes)
Consumo residencial básico (m³)
Consumo residencial superior al básico (m³)
Cargo fijo no residencial (mes)
Consumo no residencial (m³)
Subtotal

Tasas ambientales

Tarifa consumo básico ($/m3)
Tarifa consumo superior a básico ($/m3)
Total por consumo facturado

Otros conceptos — Concepto / Valor — Subtotal

Saldos anteriores — Concepto / Valor — Subtotal

Conceptos financiados — Concepto / No. Cuota / Valor Cuota / Interés / Total / Saldo — Subtotal

Deudas en estudio — Concepto / Valor — Subtotal

Cobros a terceros — Concepto / Valor — Subtotal

Nequi · Claro · Punto de Pago · puntored · Movilred

Acueducto y Alcantarillado. Valor a pagar $566.579

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.

(415)7707200485271(8020)1033715372903(3900)00000000566579

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN MASIVA
CONSULTORIO ESTERILIZACIONES 2024

BOGOTÁ ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

Fecha de la versión 22/01/2025

HISTORIA CLÍNICA No.: HC-989-6-Q

MICROCHIP: 990000013803912

FECHA: 03/04/2025

CÓDIGO: ESF 4

LUGAR DE LA JORNADA/PARROQUIA/BOCA: Salón Comunal Guaymaral

TIPO DE TENEDOR: LHI: REC_ CES_ RELIVAS_ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Tommy

COLOR: amarillo

ESPECIE: CANINO X FELINO_ SEXO: HEMBRA_ MACHO X

RAZA: mestizo

EDAD: 2 años

PESO Kg: 6.4

RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI_ NO X

DURANTE LA VACUNACIÓN PRESENTÓ ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_ NO X
AGRESIVIDAD_ MIEDO_ ANSIEDAD_
OTRO:

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI_ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: HS/NR_
CASERO_ CONCENTRADO X MIXTO_
OTRO:

ORIGEN: NA/NR_ RESCATADO_ COMPRADO_ ADOPTADO_ REGALADO X PERRO DE CUADRA_ OTRO_

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Carmen Celina Ouejero

DIRECCIÓN: Cl 138 150 A 04 P1 2

TELÉFONO: 312 720 22 32

CÉDULA: 39 548 961

EDAD: 42 X

NACIONALIDAD: Colombiano

CORREO ELECTRÓNICO: celinaortiz 098 @gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Secundaria

TIPO DE VIVIENDA:
PROPIA X ARRIENDO_ FAMILIAR_

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI_ NO X (Cual)

BARRIO: San Pedro

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 11 - Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

ULT. CELO: No Aplica

ULT. DESPARASITACIÓN: Enero 2025

ULT. VACUNACIÓN: HS/NR: _ CANINOS PARVO:

FELINOS: TRIPLE FELINA:

RESTAURANTE: Oct 2024

LEUCEMIA:

APTO PARA CIRUGÍA: SI X NO

TIPO: PENTAVALENTE:

PARAINFLUENZA Y BORDETELLA:

RABIA: Febrero 2025

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI_ NO X

SISTEMA U SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 96 l/m

F. RESPIRATORIA: 40 r/m

TEMPERATURA: 38.1 °C

TLLC: 2 seg

MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.35 mL	2 mg/kg IM ☐ 1 mg/kg IV ☒
	KETAMINA	0.35 mL	5 mg/kg IM ☐ 5 mg/kg IV ☒
	MIDAZOLAM	— mL	0.1 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	ISOFLURO	1.2 mL	2 mg/kg IV
POSTOPERATORIO	PENICILINA G.S.A.	0.65 mL	17 000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.26 mL	0.2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de [Cirujano y/o Anestesiólogo], suscribo este documento como constancia de haber informado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la [ovariohisterectomía/orquiectomía/ectopicectomía/mastectomía], dados a mi entender de manera libre y voluntaria su ACEPTACIÓN X RECHAZO ___ para la realización del procedimiento con los medicamentos que anteriormente.

NOMBRE(S) DOCTOR(S) MV ORIGINALES: ELVA CARDENAS
TARJETA PROFESIONAL: 11678
FIRMA:

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: DIEGO ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 17951
FIRMA:

7. 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 Ovariohisterectomía/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 nefrológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclaran los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, cobos, 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 realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entiendo, 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; exonerando de toda responsabilidad a Impecos sas y al equipo médico que realiza el procedimiento. 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 prevención y cuidados 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impecos sas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de identificación:
Cecil Dugarte	39549961

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

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

ACTA DE REUNIÓN PREVIA

LUGAR: SALÓN COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 21/04/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 39.545.961
OVEJERO
APELLIDOS
CARMEN CELINA
NOMBRES

FIRMA

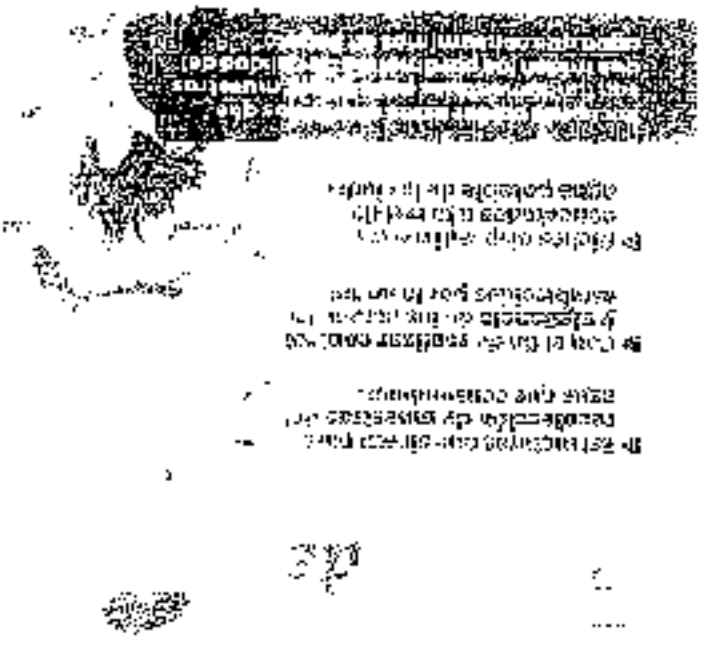




FECHA DE NACIMIENTO 17-JUL-1966
TAMARA
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
14-DIC-1987 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

4313





Para entregarte: ZONA: 1 CICLO: J1 RUTA: J11384 BIMESTRAL

12366151
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

42028361311
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga, descarga el documento electrónico equivalente

Periodo facturado	ENE/04/2025	MAR/04/2025

Pago oportuno **ABR/07/2025** Suspensión ABR/16/2025

Fecha Aproximada Próxima Factura	Fecha y hora de suspensión Servicio	Fecha y hora de generación factura
MAY/31/2025	MAR/22/2025 04:17:39	MAR/22/2025 11:26:01

¡Hola!

Factura a nombre de

RAFAEL ANTONIO RODRIGUEZ

Dirección del predio

CL 136 150B 04 PI 2-

Barrio: SAN PEDRO Localidad: SUBA

Dirección de correspondencia

¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambió
Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.

En este periodo **consumiste la misma cantidad de agua** que en el anterior.
Abre y descubre el detalle de tu pago y consumo.

Datos adicionales del predio

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

Entra a www.acueducto.com.co en el link de Servicio al cliente y obtén información sobre periodo de facturación, medio de lectura y realiza tu pago a través de internet.

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSENTIDO ESTERILIZACIONES 2024

BOGOTÁ ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

HISTORIA CLÍNICA	MICROCHIP	FECHA	CÓDIGO
HC-599-E-3	990000013884977	03/04/2025	3ST-3

LUGAR DE LA JORNADA: PARQUE LA ROTA Salón Comunal Tibabuyes.

TIPO DE TENEDOR: CHC__ REC__ OES__ RELPAS__ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Nacho	APELLIDO:	Blanco Haron.
ESPECIE: CANINO X / FELINO	SEXO: HEMBRA__ MACHO X	RAZA: mestizo	EDAD: 3 años
PESO: Kg. 13.2	RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X		

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI__ NO X
AGRESIVIDAD__ MIEDO__ ANSIEDAD__
OTRO: _____

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI__ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR__
CASERO__ CONCENTRADO X, MIXTO__
OTRO: _____

ORIGEN: NS/NR__ RESCATADO__ COMPRADO__ ADOPTADO__ REGALADO X PERRO DE GUARDA__ OTRO: _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCIÓN:	TELÉFONO
Maria Camila Gamez Numpaque.	AV 127 B bis No 139 94	3115457635

CÉDULA:	SEXO: M / F	NACIONALIDAD:	CORREO ELECTRÓNICO
1233 890 502	F	Colombiano	camilanumpaque@hotmail.es

NIVEL DE ESCOLARIDAD	TIPO DE VIVIENDA: PROPIA__ ARRIENDO X FAMILIAR__	TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI__ NO X ¿CUÁL?
Bachiller		

BARRIO:	ESTRATO:	LOCALIDAD: SUBA	UPZ
Sabana de Tibabuyes	2		71 - Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: SI X NO__

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: __ CANINOS: PARVO.__ TRIPLE.__ RENAVALENTE:__ BIEXAVALENTE: Feb 2025 PARAINFLUENZA Y BORDETELLA:__
No Aplica	Feb 2025	FELINOS: TRIPLE FELINA:__ LEUCEMIA:__ RABIA:__

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TRC:	MUCOSAS:
92 l/m	32 r/m	38.1 °C	2 seg	Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.7 mL	2 mg/kg IM ☐ 1 mg/kg IV ☒
	ESTAMINA	0.7 mL	5 mg/kg IM ☐ 5 mg/kg IV ☒
	METADORAM	— mL	0.1 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	2.6 mL	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G.B.	1.3 mL	27.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.5 mL	0.2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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 con o sin hallazgos anormales.

NOMBRE(S) DEL(OS) MVZ CIRUJANO(S) Y/O TARJETA PROFESIONAL	ESPECIALIDAD	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO Y/O TARJETA PROFESIONAL	ESPECIALIDAD	FIRMA

HISTORIA CLINICA DE INTERVENCIONES CANINAS Y FELINAS

CONSECUTIVO DE INTERVENCIONES 2025

CPS NRO 3254

BOGOTÁ
SUBA

7. 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 Ovariohisterectomía/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 realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa)** Adicionalmente se me han explicado y entendido, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contraprestación alguna; eximiendo de toda responsabilidad a Impecos sas y al equipo médico que realiza el procedimiento. 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, eximiendo a la Alcaldía Local de Suba, Impecos sas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Camila Gomez	1233890502

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

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

8. CITA DE RECORDE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 21/04/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.233.890.502
GAMEZ NUMPAQUE

APELLIDOS
MARIA CAMILA

NOMBRES

Camila Gamez

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 30-ABR-1997
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

05-MAY-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

I-1500150-01287135-F-1233890502-20211118 0076540082A 1 9017090813

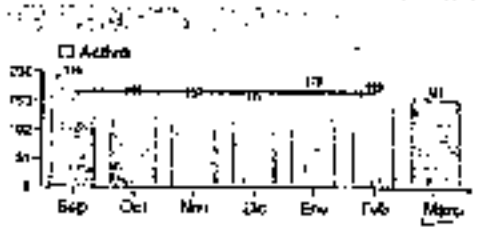
4316

enel | Bogotá

1394994-8

LUZ MARINA CALDERON
TV 127 D BIS NO 129 A - 04
MANZANA W 24
BOGOTA, D.C. - SABANA DE TIBABUYES





INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CONTÁCTANOS

PUNTOS DE ATENCIÓN ENEL

FECHA GENERACIÓN

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN CANINA
CONSULTORIO ESTERILIZACIÓN CANINA

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS
SUBA
FECHA DE LA VACUNA: 31/01/2025

HISTORIA CLÍNICA: HC-099-E-0
MICROCHIP: 990000013796881
FECHA: 03/04/2025
CÓDIGO: EST-4

LUGAR DE LA JORNADA (PARQUE LA 30TA): Salón Comunal Salitre
TIPO DE TENEDOR: CHC__ REC__ CES__ RELPAS__ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Toby
COLOR: Negro Amarillo
ESPECIE: CANINO X FELINO__ SEXO: HEMBRA SIGNO: X RAZA: mestizo EDAD: 4 AÑOS
PESO: Kg 21.4
RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VACUNACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI__ NO X
AGRESIVIDAD__ MIEDO__ ANSIEDAD__
OTRO:
EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI__ NO X
TIPO DE ALIMENTACIÓN: RS/RM__ CASERO__ CONCENTRADO__ MIXTO X OTRO
ORIGEN: RS/HL__ RESCATADO X COMPRADO__ ADOPTADO__ REGALADO__ PERRO DE GUARDA__ OTRO:

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Geraldine- Rodero Garzon
DIRECCIÓN: kr 151A No 125-03
TELÉFONO: 315 935 16 07
CÉDULA: 1015 456 082
EDAD: X
NACIONALIDAD: Colombiana
CORREO ELECTRÓNICO: soran1808@gmail.com
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller
TIPO DE VIVIENDA: PROPIA__ ARRIENDO__ FAMILIAR X
SI__ NO X ¿CUÁL?
TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD:
BARRIO: Lisboa
ESTRATO: 2
LOCALIDAD: SUBA
UPZ: 71 - Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: SI X NO

ULT. CELO: NO Aplica
ULT. DESPARASITACIÓN: Feb 2025
ULT. VACUNACIÓN: SI/NO__ CANINOS: PARVO: HEXAVALENTE:
FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA:
TRIPLE: PENTAVALENTE: Feb 2025
PARAINFLUENZA Y BORDETELLA:
RABIA:

4. EXAMEN CLÍNICO

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

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

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PRE QUIRÚRGICAS

F. CARDÍACA: 96 l/m
F. RESPIRATORIA: 40 r/m
TEMPERATURA: 38.1 °C
TLLC: 2 seg
MUCOSAS: Rosado
OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

FASE DEL PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN			DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1.2 mL	2 mg/kg IM ☐	1 mg/Kg IV ☒
	KETAMINA	1.2 mL	5 mg/Kg IM ☐	5 mg/Kg IV ☒
	MIDAZOLAM	— mL	0,1 mg/Kg IV	
LANTENOMIFALO ANESTÉSICO	PROPOFOL	4.0 mL	2 mg/Kg IV	
POST QUIRÚRGICO	DOXICILINA G.L.A.	2.1 mL	17 mg/Kg IM	
	MELOXICAM	0.8 mL	0,1 mg/Kg SC	
HALLAZGOS ANORMALES:	Ninguno			

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento luego cerciorarme de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente de los riesgos relacionados con la (anestesia/cirugía/ovariohisterectomía/castración), cuya ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACIÓN X NEGATIVO para la realización del procedimiento con o sin elementos psicoquirúrgicos.

NOMBRE(S) DEL(OS) MVZ QUIRÚRGICOS: LIDA CARDENAS
TARJETA PROFESIONAL: 21648
FIRMA: Lida

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: DIEGO ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 36964
FIRMA:

HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIONES CANINOS Y FELINOS

CONSENTIMIENTO ESTERILIZACIONES 2024
EPC 1997 2024

BOGOTÁ
ALCALDÍA LOCAL DE
SUBA

7. 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 Ovariohisterectomía/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 cardíacos, 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 perforación, además de posible infección en el área por el mal manejo de lesiones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminan 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 realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa)** Adicionalmente se me han explicado y entiendo, 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; exonerando de toda responsabilidad a impeconses y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen circunstancias 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impeconses y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
CELADONE ROJAS C.	1015460882

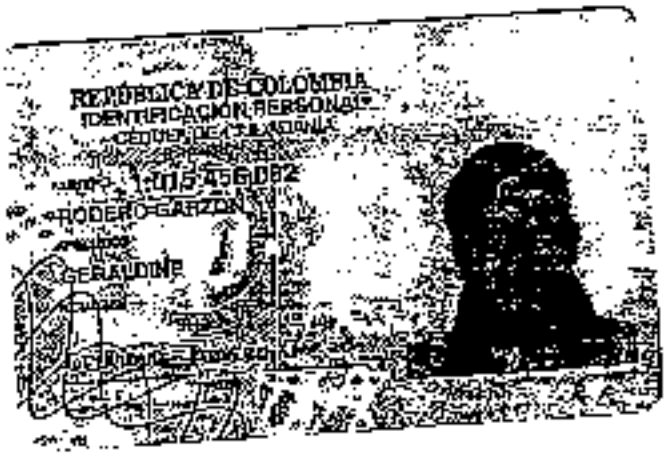
Yo, _____ identificado con CC No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía, RAZON: _____

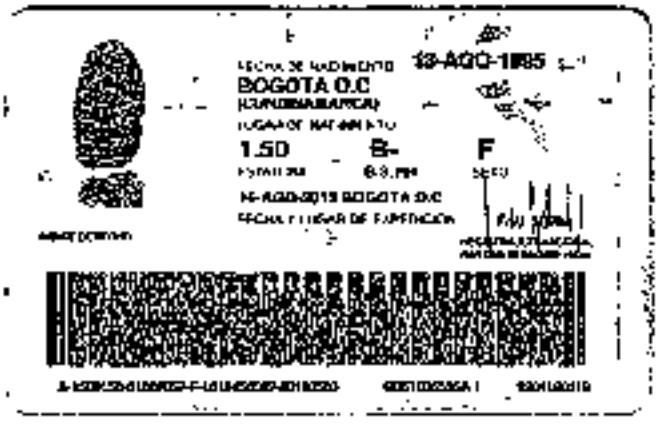
Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación:	

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 22/04/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
RODERO GARZON
GERALDINE


13-AGO-1985
BOGOTA O.C
1.50
B-
F
14-AGO-2015 BOGOTA D.C

4319

enel Bogotá

2165455-5

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 340012718-6

ELIZABETH VEGA
KR 151 A NO 135 10
BOGOTA, D.C. - USSOA

07 708 6158 / 057-1566667



VALOR MIN APLICADO
$9457.71

CONSUMO DIARIO:
10.28 kWh

VALOR DIARIO:
$3.581

PERIODO FACTURADO:
DE FEB 2025 A 05 MAR 2025

DIAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES
298 kWh



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:
ESTRATO:
CARGA kW:
FACTOR:
RUTA REPARTO:
RUTA LECTURA:
IMAGEN DE LECTURA:
MEDIDOR NO:
MEDIDOR NO:



Te invitamos a que apagues por completo todos los dispositivos cuando veas la cruz, si no se pueden apagar te recomendamos configurarlos en modo ahorro de energía



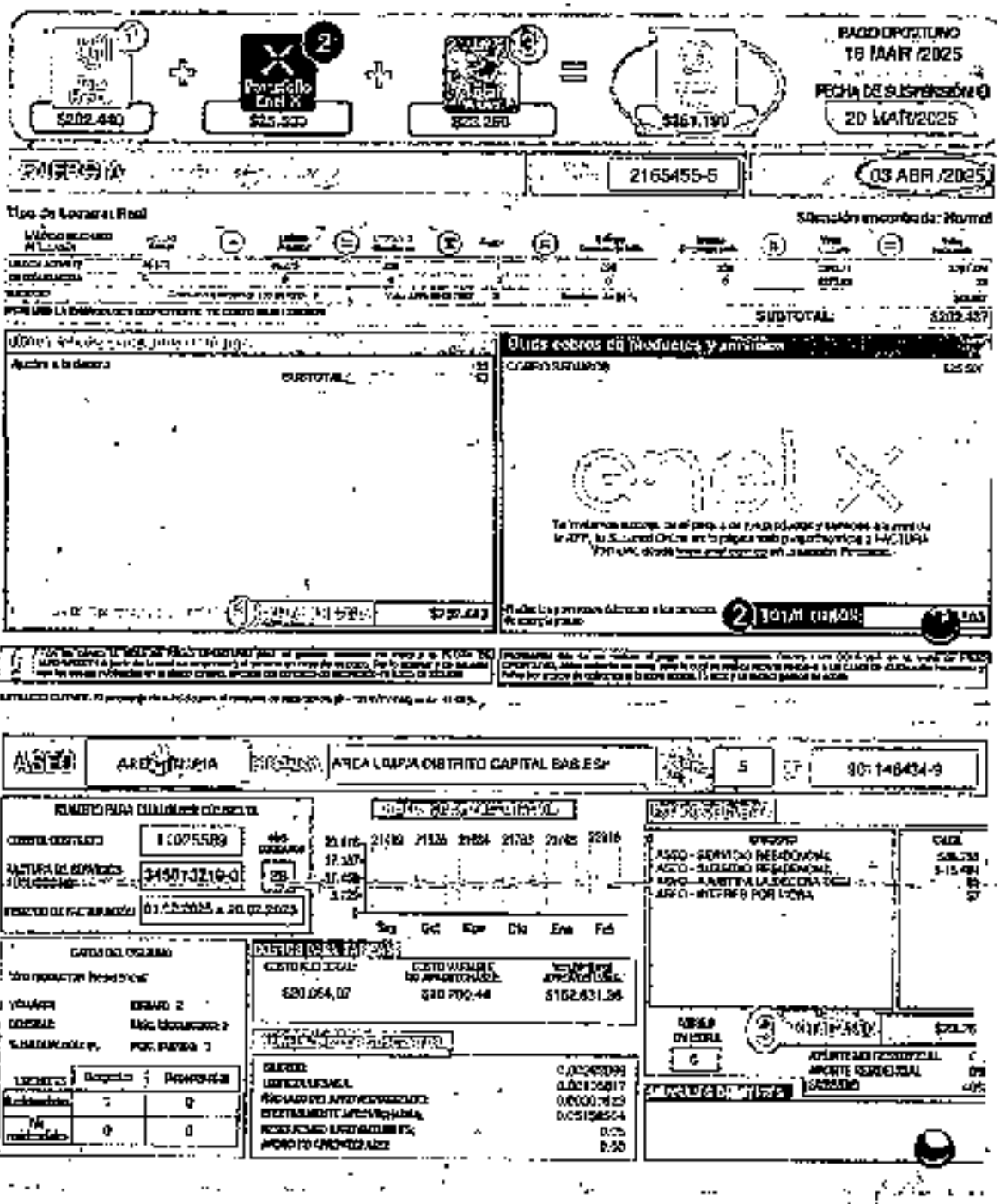
¿COMO PAGAR TU FACTURA?

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

Línea de servicio al cliente 115

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:

FECHA GENERACIÓN
08/03/2025 01:44:27
FECHA EXPEDICIÓN:
08/03/2025 10:31:49



PAGO OPORTUNO
18 MAR /2025

2165455-5

03 ABR /2025

Tipo de Lectura: Real

SUBTOTAL: $202.437

Otros cobros de Productos y servicios

ARCA LIMPIA DISTRITO CAPITAL BAS ESP

NÚMERO DE CLIENTE
2165455-5

Documento Equivalente Electrónico No.
3450137160

PAGO OPORTUNO
18 MAR /2025

TOTAL A PAGAR
$261.190

4329

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES Y CAMPAÑAS Y TERAPIAS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSULTORIO ESTERILIZACIONES 2024
BOGOTÁ D.C. SUBA
Fecha de la versión 15/01/2025

HISTORIA CLÍNICA: HC-999-E-0
MICROCHIP: 900000013885348
FECHA: 03/01/2025
CÓDIGO: EST-

LUGAR DE LA JORNADA (PARQUE LA BOITA): Salón Comunal Gaitana
TIPO DE TENEDOR: CHC __ REC __ CES __ RELPAS __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: DOKY
COLOR: Negro - Blanco
ESPECIE: CANINO X FELINO __ SEXO: HEMBRA __ MACHO X
RAZA: pitbull
EDAD: 5 años
PESO: kg 28
RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI X NO __
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI __ NO X
AGRESIVIDAD __ MIEDO __ ANSIEDAD __
OTRO:
EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI __ NO X
TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR __
CASERO __ CONCENTRADO __ MIXTO X
OTRO
ORIGEN: NS/NR __ RESCATADO X COMPRADO __ ADOPTADO __ REGALADO __ PERRO DE CUADRA __ OTRO

2. DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Norma Constanza Martinez Paez
DIRECCIÓN: Kr 127D 142C 42
TELEFONO: 300 6310415
CÉDULA: 52 094 018
SEXO: M __ F X
NACIONALIDAD: colombiano
CORREO ELECTRÓNICO: 3006310415@gmail.com
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Secundaria
TIPO DE VIVIENDA: PROPIA X ARRIENDO __ FAMILIAR __
TIENE PERSONA DISCAPACIDAD: SI __ NO X
BARRIO: Sabana de Tibabuyes
ESTRATO: 2
LOCALIDAD: SUBA
UPZ: 71 - Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: X SI NO

ÚLT. CELO: NO aplica
ÚLT. DESPARASITACIÓN: NO Reporta
ÚLT. VACUNACIÓN: NS/NR __ CANINOS PARVO:
HEXAVALENTE:
TRIPLE: PENTAVALENTE:
FELINOS TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA: / RABIA: Agosto 2024
PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: /

4. EXAMEN CLÍNICO

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

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

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 96 l/m
F. RESPIRATORIA: 40 r/m
TEMPERATURA: 38.1 °
TRC: 2 seg
MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1.4 mL	2 mg/Kg IM ☐ 1 mg/Kg IV ☒
	KETAMINA	1.4 mL	5 mg/Kg IM ☐ 5 mg/Kg IV ☒
	MIDAZOLAM	-- mL	0,1 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	5.0 ml	3 mg/kg IV
POST QUIRÚRGICO	PENICILINA G.B.A.	2.8 mL	22.000 UI/Kg IM
	MELOXICAM	1.1 ml	0,2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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 sobre los riesgos relacionados con la (Ovariohisterectomía/Orquiectomía) (esterilización/castración), que he manifestado de manera libre y voluntaria mi ACEPTACIÓN X RECHAZO ___ para la realización del procedimiento con o sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE(S) DE(LOS) MV CIRUJANO(S): LIDA CARDENAS
TARJETA PROFESIONAL: 13028
FIRMA:

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: DIEGO ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 56954
FIRMA:

	HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024 CPS 999 2024	BOGOTÁ ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento 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 cardíacos, hemorragias, reacciones anestésicas, 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 antibióticos, baños sucios 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 realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa)** Adicionalmente se me han explicado y entiendo, 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; exonerando de toda responsabilidad a Impecos sas y al equipo médico que realiza el procedimiento. 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impecos sas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Ximena Cardenas Martinez	52094018

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:	Firma:
Nro. Identificación:	

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 21/04/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **52.094.018**

MARTINEZ PAEZ

APELLIDOS

NORMA CONSTANZA

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **30-MAY-1976**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

20-JUN-1994 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00901271-F-0052094-018-20170531 0055550968A 1 9010015076

4322

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Roberto Ernesto García
Representante Legal

Para el reporte ZONA: 1 CICLO: 01 RUTA: 111290

BIMESTRAL

11141633	43385589718
Cuenta contrato Núm. de identificación de este predio	Número para pagos Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el mecanismo de pago que prefieras

Periodo facturado ENE/01/2025 MAR/01/2025

¡Hola!

Factura a nombre de
INDUSTRIA Y CONSTRUCCION JNOUS

Dirección del predio
KR 127D 142C-62 - -

Barrio: SABANA DE Localidad: SUBA

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Pago oportuno	Inmediato	Suspensión	Inmediato
Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura	
MAY/20/2025	MAR/19/2024 04:50:19	MAR/19/2025 10:39:09	

¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambió
Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.

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

Entra a www.acueducto.com.co en una sola clic en Servicios al Ciudadano - Agenda tu atención de los puntos de atención, cobro de la factura y realiza tu pago a través de internet.

Cartera

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN CANINA
CONVENIO ESTERILIZACIONES 2024

BOGOTÁ ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

Fecha de inventario 21/01/2025

HISTORIA CLÍNICA: HC-999-Esc.
MICROCHIP: 990000013885350
FECHA: 03/04/2025
CÓDIGO EST-8

LUGAR DE LA INTERVENCIÓN: (PARQUE LA DORA) Salon Comunal La Gaitana

TIPO DE TENEDOR: CHC __ REL 10% X RELPAS __ COMUNIDAD

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: ZEUS
COLOR: Negro cafe

ESPECIE: CANINO X FELINO __ SEXO: HEMBRA __ MACHO X
RAZA: Mestizo
EDAD: 6 meses
PESO: Kg. 18.8
RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI __ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI __ NO X
AGRESIVIDAD __ MIEDO __ ANSIEDAD __
OTRO: _____

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI __ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: RSNR __
CASERO __ CONCENTRADO X MIXTO __
OTRO: _____

ORIGEN: RSNR __ RESCATADO X __ DONADO __ ADOPTADO __ REGALADO __ PERRO DE CUADRA __ OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maire Alejandra Cerleno Buitrago
DIRECCIÓN: Kr 125 #132D-41
TELÉFONO: 3229094346
CÉDULA: 36297245
EDAD: 44 Y
NACIONALIDAD: venezolana
CORREO ELECTRÓNICO: 3229094346@sincorreo.com
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Secundaria
TIPO DE VIVIENDA: PROPIA __ ARRENDO X __ FAMILIAR __
TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI __ NO X CUAL? _____
BARRIO: la Gaitana
ESTRATO: 2
LOCALIDAD: SUBA
UPZ: 72 - Tibabuyes

3. EXAMINESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: SI X NO

ÚLT. CELO: NO aplica
ÚLT. DESPARASITACIÓN: Diciembre 2024
ÚLT. VACUNACIÓN: RSNR __ CANINOS: PARVO. / HEXAVALENTE: / TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA: / TRIPLE. / PENTAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / RABIA: Enero 2025

4. EXAMEN CLÍNICO

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

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

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 96 l/m
F. RESPIRATORIA: 36 r/m
TEMPERATURA: 38.1 °C
TLLC: 2 seg
MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN	DOSIS	DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.9 mL	2 mg/Kg IM ☐ 1 mg/Kg IV ☑
	KETAMINA	0.7 mL	5 mg/Kg IM ☐ 5 mg/Kg IV ☑
	MIDAZOLAM	— mL	0,1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	3.6 mL	2 mg/kg IV
POST QUIRÚRGICO	PENICILINA G.C.A.	1.9 mL	17000UI/Kg IM
	MELOXICAM	0.7C mL	0,2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), actualmente denominado como constancia de haber informado al responsable/o tenedor, la información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la cirugía (Ovariohisterectomía/Orquiectomía) (cesárea/castración), notar la manifestación de mi/mis libre y voluntaria su ACEPTACIÓN X RECHAZO ___ para la realización del procedimiento con anestesia pre-quirúrgicos.

NOMBRES Y APELLIDOS MV CIRUJANO: IDA CARDENAS
TARJETA PROFESIONAL: L1628
FIRMA: Ida

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: DIEGO ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 9858
FIRMA:

7. 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 Ovariohisterectomía/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 lesiones, labores, baños, 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 realizadido de estudiantes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa)** Adicionalmente se me han explicado y entiendo, 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; exonerando de toda responsabilidad a Impecos sas y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual ha sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, Se 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impecos sas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Yaizel Cortes	36297 745 Venezuela

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:	Firma:
Nro. Identificación:	

EL CRAC CENTRO DE PUESTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 21/04/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:

4324

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONVENIO ESTERILIZACIONES 2024
BOGOTÁ ALCALDÍA LOCAL SUBA

HISTORIA CLÍNICA: HC-000-E-01 | MICROCHIP: 990000013803920 | FECHA: 03/24/2025 | CÓDIGO EST 4 | Fecha de la cirugía 21/03/2025

LUGAR DE ESTERILIZACIÓN: (PARQUE LA BOTA) Salón Comunal Tabaria

TIPO DE TENEDOR: CIC ___ INST ___ ESP. SEGURAS ___ COMUNIDAD ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: GOOFY | COLOR: crema

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ | SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 2 años | PESO: kg. 10.6 | *RAZA DE MARTILLO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ APATÍA ___
OTRO: ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: 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: Sandra consuelo yopasa campos | DIRECCIÓN: Kr 104A #133A-04 | TELÉFONO: 3105860813
CÉDULA: 52 344 954 | SEXO: M ___ F X | NACIONALIDAD: colombiano | CORREO ELECTRÓNICO: yopasacampos@gmail.com
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Secundaria | TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRENDADO X FAMILIAR ___ | TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X ¿cuál? ___
BARRIO: Villa María II | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: SUBA | UPZ: 31 - Tibabuyes

3. ANAMNESIS: Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: SI X NO ___

ÚLT. CELO: NO aplica | ÚLT. DESPARASITACIÓN: Enero 2025 | ÚLT. VACUNACIÓN: NS/NR ___ CANINOS: RABIA: ___ TRIPLE: ___ HEXAVALENTE: ___ PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: ___ FELINOS: TRIPLE FELINA: ___ LEUCEMIA: ___ RABIA: Enero 2025

4. EXAMEN CLÍNICO

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

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

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 96 l/m | F. RESPIRATORIA: 36 r/m | TEMPERATURA: 38,1 °C | TLC: 2 seg | MUCOSAS: Rosado
OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.5 ml	2 mg/kg IM ☐ 1 mg/kg IV ☒
	KETAMINA	0.5 ml	5 mg/kg IM ☐ 5 mg/kg IV ☒
	MIDAZOLAM	— cc	0,1 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1.0 ml	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G.S.A.	1.0 ml	22.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.4 ml	0.2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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 fue manifestado de manera libre y voluntaria su: ACEPTACIÓN X RECHAZO ___ para la realización del procedimiento con o sin exámenes pre quirúrgicos.

NOMBRE(S) DEL(OS) MV CIRUJANOS: LIDA CARDENAS | FIRMA
TARJETA PROFESIONAL: 13626

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: DIEGO ALVAREZ | FIRMA
TARJETA PROFESIONAL: 30954

22

	HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024 CPS 599-2024	BOGOTÁ ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

3. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclaran los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el sitio 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 realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa)** Adicionalmente se me han explicado y entiendo, 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; exonerando de toda responsabilidad a Impecsas y al equipo médico que realiza el procedimiento. 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impecsas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Nombre del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
[illegible]	52344989

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

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

4. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 21/04/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:

4325

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONVENIO ESTERILIZACIONES 2024

BOGOTÁ Alcaldía de SUBA

HISTORIA CLÍNICA: HC-999-E-D

SIDP: 99000001380390 6

FECHA: 08/04/2025

CÓDIGO EST-4

LUGAR DE LA JORNADA (PARQUE LA BOTA): Tatan Cometa Galapago

TIPO DE TERCERO: DNC __ REC DES __ RELPAS __ CONVENIMD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Mailon

COLOR: Blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO __ SEXO: HEMBRA __ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 8 meses PESO: Kg. 9.7 RAZA DE RANGO ESPECIAL: SI __ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI __ NO X
AGRESIVIDAD __ MIEDO __ ANSIEDAD __
OTRO: _____

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI __ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR __
CASERO __ CONCENTRADO __ MIXTO X
OTRO: _____

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yeraldin Yelitza Sanchez Mirabal

DIRECCIÓN: Cl 132c #124D-21

TELÉFONO: 319 396 9946

CÉDULA: 52 420 240

SEXO: M __ F X

NACIONALIDAD: Colombiana

CORREO ELECTRÓNICO: 319396 9946@sincorreo.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Septimo

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA __ ARRENDO X FAMILIAR __

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI __ NO X CUÁL? _____

BARRIO: La Gaitana

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71 - Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: X SI __ NO

ULT. CELO: No aplica

ULT. DESPARASITACIÓN: Febrero 2025

ULT. VACUNACIÓN: NS/NR __ CANINOS: PARVO: / MOQUILLO: / HEPATITIS: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: /

RABIA: DIC-2024

TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: /

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI __ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: I X II III IV V VI E

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 96 l/m

F. RESPIRATORIA: 36 r/m

TEMPERATURA: 38.1 °C

TLC: 2 seg

MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DE	DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.5 mL	2 mg/Kg IM ☐	1 mg/Kg IV ☒
	KETAMINA	0.5 mL	5 mg/Kg IM ☐	5 mg/Kg IV ☒
	MIDAZOLAM	— mL	0.5 mg/Kg IV	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	2.0 mL	2 mg/Kg IV	
POST OPERATORIO	PENICILINA G.A.	1.0 cil	12.000 UI/Kg IM	
	METOXICAM	0.4 mL	0.2 mg/Kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

Yo, (el/la) (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa, sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Cirugía/Esterilización/Anestesia/Ecografía/Cesárea, quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su: ACEPTACIÓN X RECHAZO ___ para la realización del procedimiento con todo lo anteriormente descrito por quirúrgicos.

NOMBRE(S) DEL(OS) MV COMUNMOS: DIEGO CASTELLANOS
TARJETA PROFESIONAL: 09582
FIRMA:

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: DIEGO ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 35954
F. REM:

HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONVENIO ESTERILIZACIONES 2024
CPS 999-2024

BOGOTÁ
ALCALDÍA LOCAL DE
SUBA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclaran los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifieste 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 realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa)** Adicionalmente se me han explicado y 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; exonerando de toda responsabilidad a Impecos sas y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, la cual ha sido informada, 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 imprevistos en la manipulación con mi animal de compañía, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impecos sas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación: 52402640

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 21/04/2025	HORA: 10:00 a.m.

Observaciones:

4326

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.420.240
SANCHEZ MIRABAL

APELLIDOS
YERALDIN YELITZA

NOMBRES



FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 05-ABR-1976
PUERTO GALTAN
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

19-OCT-1995 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

4327

Bogotá

Para pagar y consultar tu número de cuenta es: 0734711-4

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 345102932-4

ARBARA MENDOZA
-132 C NO 124 D 21
OGOTA, D.C. - LA GAITANA



Activa

VALOR kWh APLICADO $883.71

CONSUMO DIARIO 1,79 kWh

VALOR DIARIO $637

ERIODO FACTURADO: 28/0 FACTURADOS: 28

CONSUMO MES 52 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

TATO:
NA VW:
TIO:
A REPARTO:
A LECTURA:
ANA DE LECTURA:
DOR No:
DOR No:

Es importante que apaguen por completo todos los dispositivos que no vas a usar, si no se apagan, apagar no necesariamente configura para no existir ahorro de energía

CONTÁCTANOS

Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 6 135 135

115

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

ESAMBLEMENTAL DISTRITO S.A. E.S.P.

ESEMO LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P. Avenida Rincón # 69 - 28

ASEO LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A. E.S.P. Calle 124 # 51 28 49 Local 102 103

Línea de servicio al cliente: 115



FECHA GENERACIÓN: 10/03/2025 01:32:36
FECHA EXPEDICIÓN: 18/03/2025 13:17:05

4328

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN MÓVIL
CONSULTA ESTERILIZACIONES 2024

BOGOTÁ ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
Fecha de Versión (D/M/AAAA) 23/01/2023

HISTORIA CLÍNICA: HC-SUBA-F-0
APROXIMIN: 990000013884810
FECHA: 03/04/2025
CÓDIGO EST-4

LUGAR DE LA JORNADA (PARQUE LA BOSA): Colegio General Santander.
TIPO DE TENENCIA: CHC__ PEC__ CES__ RELEVO__ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Terry
COLOR: Abarrilado
ESPECIE: CANINO X FELINO__ SEXO: HEMBRA__ MACHO X
RAZA: Pinscher
EDAD: 6 años
PESO: 2.2 Kg.
RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI__ NO X
AGRESIVIDAD__ MIEDO__ ANSIEDAD__
OTRO:
EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI__ NO X
TIPO DE ALIMENTACIÓN: 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: Una Marcela Lopez Guevara
DIRECCIÓN: Kr 124 No 128 C 24 P 12.
TELÉFONO: 323698 0712
CEDULA: 1015 436 884
SEXO: F X
NACIONALIDAD: Colombiana
CORREO ELECTRÓNICO: linalopez.1725@hotmail.com
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Secundaria
TIPO DE VIVIENDA: PROPIA__ ARRIENDO X FAMILIAR__
TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI__ NO X ¿CUÁL?
BARRIO: Tibabuyes
ESTRATO: 2
LOCALIDAD: SUBA
UPZ: 71 - Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: SI X NO

ULT. CELO: No. Aplica
ULT. DESPARASITACIÓN: Enero 2025
ULT. VACUNACIÓN: NS/NR CANINOS: PARVO: HEXAVALENTE: TRIPLE: PENTAVALENTE: ANTIINFLUENZA Y BORDETELLA: P
FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA: NOV 2024.

4. EXAMEN CLÍNICO

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

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

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 100 l/m
F. RESPIRATORIA: 40 r/m
TEMPERATURA: 38.3 °C
TRC: 2 seg
MUCOSAS: Rosada
OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

PASO DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES	
PREANESTESIA	XILACINA	0.2 ml	3 mg/Kg IM X	1 mg/Kg IV
	KETAMINA	0.2 ml	5 mg/Kg IM X	5 mg/Kg IV
	MIDAZOLAM	— ml	0.1 mg/Kg IV	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.4 ml	2 mg/Kg IV	
POST QUIRÚRGICO	PENICILINA G T.A.	0.25 ml	17.000 UI/Kg IM	
	MELOXICAM	0.1 ml	0.2 mg/Kg SC	

HALLAZGOS PREOPERATORIOS: Ninguno

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este Consentimiento como constancia de haber brindado al propietario o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la ovariohisterectomía/Orquiectomía (tachar lo que no aplica/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACIÓN / RECHAZO para la realización del procedimiento con o sin exámenes pre quirúrgicos.

NOMBRE(S) DEL(OS) MV CAUSANTE(S): SILVA CARDENAS
TARJETA PROFESIONAL: 118278
FIRMA: Hdo

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: DIEGO ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 38354
FIRMA:

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONSORCIO ESTERILIZACIONES SUBA
CPS 999-2024

BOGOTÁ ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/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 misma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y he valorado 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 factores, jabones, talcos, aplicación de antiguas, baños secos y en ambientes 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 realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a reclamación alguna; exonerando de toda responsabilidad a Impecas sas y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual ha sido informado, he comprendido y aceptado.

En consecuencia, 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impecas sas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del responsable/Tenedor:	No de identificación:
Lina Marcela Lopez G.	1015436884

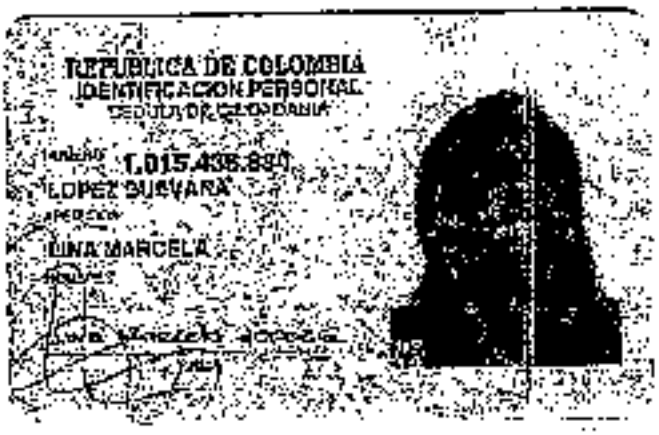
Yo, _____ Identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía.
RAZON:

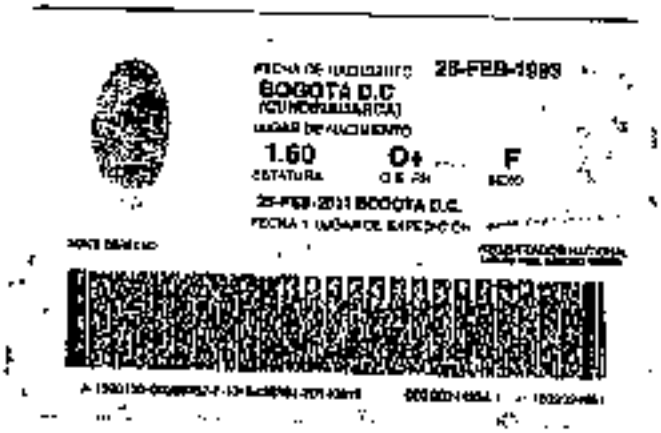
Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
No. Identificación:	

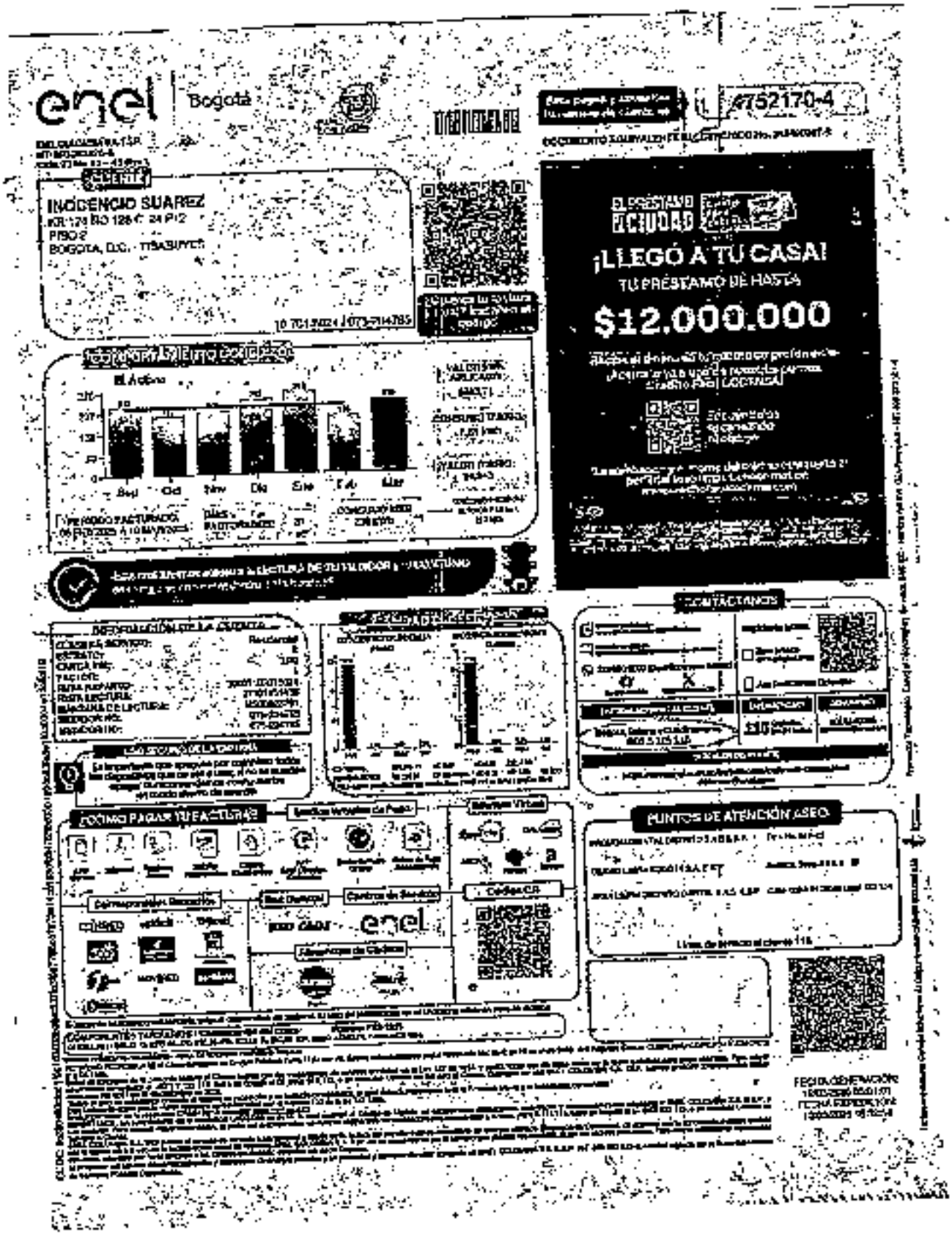
8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 23/04/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.015.436.890
LOPEZ SUSVARA
LINA MARCELA


FECHA DE NACIMIENTO 28-FEB-1993
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
28-FEB-2011 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL


enel
Bogotá
INOCENCIO SUAREZ
¡LLEGÓ A TU CASA!
TU PRÉSTAMO DE HASTA
$12.000.000
PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

4331

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONVENIO CONTRATO INTERADMINISTRATIVO 2025

BOGOTÁ
ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

Fecha de la versión 21/01/2025

HISTORIA CLÍNICA: HC-999-E-0
MICROCHIP: 990000013884803
FECHA: 03/04/2025
CONSULTA: PRE-E

LUGAR DE CAPTURA/BARRIO DE LA ZONA: Salón General Gaitana

TIPO DE TENEDOR: CHC ___ REC. 13% ___ RELPAS ___ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Polo
COLOR: Blanco Amarillo
ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X
RAZA: Cruce pitbull
EDAD: Otro
PESO: Kg 24
RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI X NO ___
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___
OTRO: ___
EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X
TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR ___
CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___
OTRO ___
ORIGEN: NS/NR ___ RESCATADO X COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERRO DE CIMARRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Astrid Yuranny Coronel
DIRECCIÓN: CL 131 C 126 72 CSB 01
TELÉFONO: 302 3983536
CÉDULA: 1000 464 287
SEXO: F X
NACIONALIDAD: Colombiana
CORREO ELECTRÓNICO: Yuranny coronel 04 @gmail.com
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller
TIPO DE VIVIENDA: PROPIA X ARRIENDO ___ FAMILIAR ___
TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X ¿CUÁL? ___
LOCALIDAD: Suba
UPZ: 31 - Tibabuyes
BARRIO: Tibabuyes
ESTRATO: 2

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

ÚLT. CELO: No aplico
ÚLT. DESPARASITACIÓN: NO Reporta
ÚLT. VACUNACIÓN: NS/NR: ___ CANINOS: PARVO: ___ TRIPLE: ___ PENTAVALENTE: ___ HEXAVALENTE: ___ PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: ___ FELINOS: TRIPLE FELINA: ___ LEUCEMIA: ___ RABIA: NOV 2024
APTO PARA CIRUGÍA: SI X NO ___

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X
SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno
HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno
CLASIFICACIÓN ASA: (I.) II. III. IV. V. VI. E.
CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 96 x/m
F. RESPIRATORIA: 36 x/m
TEMPERATURA: 38.1 °C
TLC: 2 seg
MUCOSAS: Rosado
OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES	
PREANESTESIA	XILACINA	1.2 ml	2 mg/Kg IM ☐	1 mg/Kg IV ☒
	KETAMINA	1.2 ml	5 mg/Kg IM ☐	5 mg/Kg IV ☒
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	MIDAZOLAM	___ ml	0.1 mg/Kg IV	
	PROPOFOL	4.2 ml	2 mg/Kg IV	
POST OPERATORIO	PENILEINA G.B.A.	2.4 ml	37.000 UI/Kg IM	
	MELOXICAM	1.2 ml	0.1 mg/Kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

NOMBRE(S) DE(LOS) MV CIRUJANO(S): DIEGO CASTELLANOS
TARJETA PROFESIONAL: 09582
FIRMA:

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: OTTO ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 16551
FIRMA:

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclaran los riesgos que se pueden presentar. Se resalta 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 factores, 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 realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa)** Adicionalmente se me han explicado y entiendo, 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; exonerando de toda responsabilidad a Inspectores y al equipo médico que realice el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

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

En calidad de tenedor o responsable del paciente, AUTORIZO al Médico Veterinario y/o Medico Veterinario Zootecnistas 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, eximiendo a la Alcaldía Local de Suba, Inspectores y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	No de Identificación:
Giovanny Fernando Coronel	1000466797

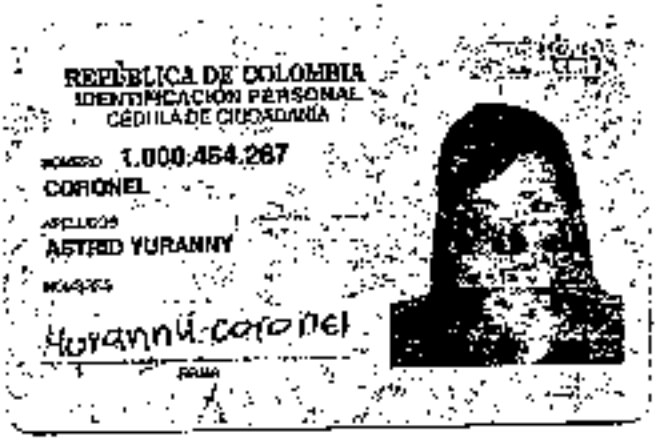
Yo, _____ identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. RAZON

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Doc. Identificación:	

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

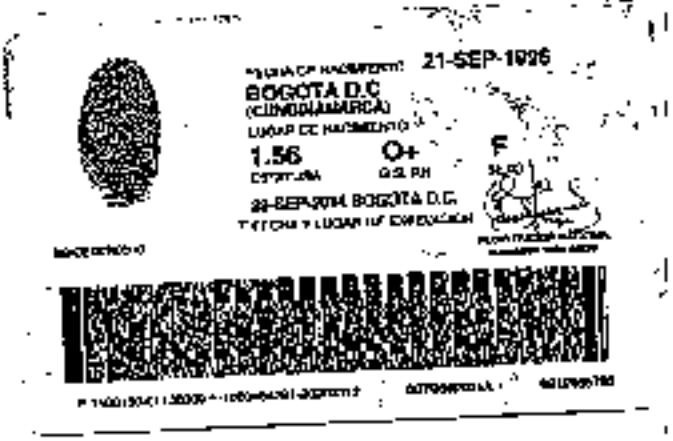
LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 21/04/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES.

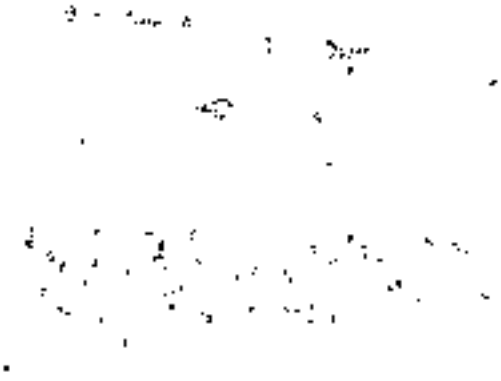


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.000.454.267
CORONEL
APELLIDOS
ASTRID YURANNY
NOMBRES
Yuranny Coronel
FIRMA

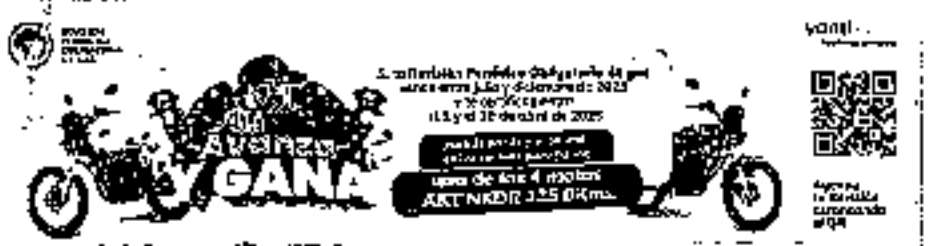


FECHA DE NACIMIENTO 21-SEP-1996
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.56 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
22-SEP-2014 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL



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

Escanea el código y 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/

Pagos electrónicos en otras entidades

Opción PSE

Botón Bancolombia

Recuerda que puedes pagar tu factura de gas a través de una sola transacción

Escanea para pagar tu factura

*Tenga en cuenta el tiempo de aplicación de cada medio de pago.

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 EFECTY
Banco GNB Sudameris

Grandes superficies:
Mayo, Junio, Julio

*El cheque 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.

¡Hola!

LUIS EVELIO CERQUERA
CL 131 C 136 72 CS3 00001 - TIBADUYES
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5067101-30899

Lote: P1aGN Ruta: 0011770780800005000 Código del Sector: 281

Cuenta o referencia de pago **61449478**

vanti Listo

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 4.400.000**



Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

Línea gratuita 01 8000 542 784
Bogotá (601) 307 8123
Bucaramanga (607) 655 4755

Atención Virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 426 4164
Mi Vanti en línea
https://mi.grupovanti.com/

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

Si la compensación no se ve reflejada en el cobro de esta factura, puede solicitar el reembolso a más tardar dentro de los 30 días calendario siguientes a la fecha de pago. Para más información, consulta el procedimiento de reembolso en nuestra página web www.grupovanti.com/pagos-en-linea/ o llama a nuestra línea telefónica 01 8000 919 052.

Factura de gas | Febrero 2025

Cuenta o referencia de pago 61449476 | BOGOTA

vanti

Más formas de avanzar

Fechas importantes

1 Pago oportuno 13 Mar. 2025

2 Fecha de suspensión 14 Mar. 2025

3 Periodo facturado Ene. - Feb. 2025

4 Emisión de tu factura 26 Feb. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Medida (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(AxB)+C
CONS.COM SUBSIDIO	8M3	3.742,40	0,00	29.939,84
MENOS Subsidio (50%)	1UN	-14.939,92	0,00	-14.939,92
AJUSTE DECENA	1UN	0,08	0,00	0,08
Vanti Mas Gas 2	1UN	11.294,12	2.145,88	13.440,00

1 - Total $28.410,00

Tus financiaciones

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

2 - Total $0,00

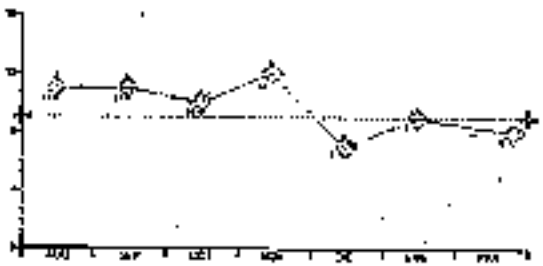
3 - Valor facturas vencidas: $0,00

Total a pagar ①+②+③: $28.410,00

Pago por pse

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial | Estrato/Categoría | Días de consumo 30

Fecha	Lectura	Tipo
24 Ene. 2025	6571	REAL
22 Feb. 2025	6582	REAL

m³ consumidos 6582 - 6571 * Factor de corrección = 0

Tu próxima lectura será: Entre 10 y el 23 de Marzo

Novedades de tu factura

Después de el fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $70.254

(415)7709889329625(8020)61449476(3900)000000028410

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria: **30 Jun. 2028**

Agenda en tu RSD aquí

Tarifas

Precio del m³ de gas este mes es de $3371

Nov. $2162 Dic. $2362 Ene. $2160

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

Componentes tarifarios

Dto: dH 46 Tte: 837.62 Dto 617.22 Grupo

JP 88.85 Cmt: 0.0 Cmt: 0.0 Cmt: 0.0

Lmt: 0.0 Fpm: 43.44 Dst/Fr: 0.0 UNLIMITED

Más: Tu consumo en m³ de gas equivale a: 0

Mes: El precio promedio del kWh es $128.85

Factor de corrección

Vol: 11 Pcr: 0.870.36 Pd: 0.000.00 Pb: 0.772.13

Vc: 8 Tm: 15.48 Tb: 15.56 Pc: 1.31.88

Pm: 0.852 Pm: 0.000 Pf: 0.0

Factor de corrección: 0.77[illegible]

Indicadores de calidad

PCS: 1000 DCS: 0.0 PS: 0.000 PPL: 1000





4334

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSULTORIO ESTERILIZACIONES 2024
CPSF

BOGOTÁ
ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
2024

Fecha de la cirugía
31/01/2025

HISTORIA CLÍNICA: HC-000-E-0
ASOCIACIÓN: 99000001388481 2
FECHA: 03/04/2025
CONSEC: EST-4

LUGAR DE LA JORNADA: PARQUE LA JOYA / Salón Comunal Gaitero.
TIPO DE TENEDOR: CPC __ AEC __ CES __ RECPAS __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Oreo
COLOR: Negro
ESPECIE: CANINO X FELINO __ SEXO: HEMBRA __ MACHO X
RAZA: Mestizo
EDAD: 5 años
PESO: 18.5 kg
RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI __ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI __ NO X
AGRESIVIDAD __ MIEDO __ ANSIEDAD __
OTROS:
EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI __ NO X
TIPO DE ALIMENTACIÓN: N/S/NR
CASERO __ CONCENTRADO __ MIXTO X
OTRO
ORIGEN: HS/HR __ RESCATADO __ COMPRADO __ ADOPTADO __ REGALADO X PERRO DE CUADRA __ OTRO

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Patricia Lopez Fajardo
DIRECCIÓN: Krr 124 #128B-10 Pi 3'
TELÉFONO: 3202875862
CÉDULA: 37 625 526
EDAD: M X F
NACIONALIDAD: colombiano
CORREO ELECTRÓNICO: 3202875862@stncorreo.com
NIVEL DE ESCOLARIDAD: primaria
TIPO DE VIVIENDA: PROPIA __ ARRIENDO __ FAMILIAR X
TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI __ NO X ¿CUÁL?
LOCALIDAD: Tibabuyes
ESTRATO: 2
LOCALIDAD: SUBA
UPZ: 71 - Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: X SI NO

ULT. CELO: NO Aplica
ULT. DESPARASITACIÓN: NO Reporta
ULT. VACUNACIÓN: N/S/NR __ CANINOS: PARVO: / HEXAVALENTE: /
TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA: /
TRIPLE: TETRAVALENTE: / PANLEUCOPENIA Y BORDETELLA: /
FECHA: Marzo - 2025

4. EXAMEN CLÍNICO

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

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

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PARACLÍNICAS

F. CARDIACA: 92 l/m
F. RESPIRATORIA: 32 r/m
TEMPERATURA: 38.1 °C
TRC: 2 seg
MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES	
PREANESTESIA	XILACINA	0.9 mL	2 mg/kg IM ☐	2 mg/kg IV ☒
	KETAMINA	0.9 mL	5 mg/kg IM ☐	5 mg/kg IV ☒
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	MIDAZOLAM	— mL	0.1 mg/kg IV	
	PROPOFOL	2.6 mL	2 mg/kg IV	
POST OPERATORIO	PENICILINA G.A.	1.8 mL	12.000 UI/Kg IM	
	MELOXICAM	0.7 mL	0.2 mg/kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Propietario/a Acompañante/Apoderado) suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomía/Orquiectomía (esterilización/castración), que he manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACIÓN X NO ACEPTO para la realización del mismo con o sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE(S) DE(LOS) MVZ INTERVINIENTE(S): DIEGO CASTELLANOS
TARJETA PROFESIONAL: 19961
FIRMA:

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: DIEGO ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 38954
FIRMA:

2/4

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONSENTIMIENTO ESTERILIZACIONES 2024

CPS 2024

BOGOTÁ

5.084

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

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclaran los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como foliculación 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 irritan y contaminan 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 realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entendido, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, por lo cual asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna; exonerando de toda responsabilidad a Impecos sas y al equipo médico que realiza el procedimiento. 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impecos sas y el equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del propietario/Tenedor:	Nro de identificación:
Patricia Forero	79655249

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

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

8. CITA DE ENTREGA DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 25/04/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
37.625.526
APELLIDOS
LOPEZ FAJARDO
NOMBRES
PATRICIA





FECHA DE NACIMIENTO 24-JUN-1972
PUENTE NACIONAL
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.53 O+ F
ESTATURA G.S. (RH) SEXO
18-ENE-1991 PUENTE NACIONAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

4336

enel Bogotá

3722522-3

PATRICIA LOPEZ
KR 124 NO 128 B 10 P13
PISO 1
BOGOTA, D.C. - TIMIZUYE

PRESTAMOS
LLEGO A TU CASA!
PRESTAMO DE
$12.000.000

El Activo

Oct Nov Dic Ene Feb Mar

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

ADICIONALES

PUNTOS DE ATENCIÓN ABIERTOS

Línea de servicio al cliente

4339

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN CANINA
CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024
IPS

BOGOTÁ Alcaldía Mayor SUBA

HISTORIA CLÍNICA: HC-999-E-0
ANEXO CHIP: 900255001782375
FECHA: 03/04/2025
CÓDIGO: EST-4
VERSIÓN: 31/01/2025

LUGAR DE LA JORNADA: (Enunciar la data) Salón Comunal Tibabuyes

TIPO DE ESTERILIZACIÓN: CAT ___ PERRO ___ GATO ___ RELPAS X COMUNIDAD

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Frida
COLOR: Pardo
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: mestizo EDAD: año PESO: kg 3.3 RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___ OTRO: ___
EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X
TIPO DE ALIMENTACIÓN: 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: Leidi Johana Ramirez Castañeda
DIRECCIÓN: Cl 128A #122C-28
TELÉFONO: 3057537325
CÉDULA: 52812359
SEXO: M ___ F X
NACIONALIDAD: Colombiana
CORREO ELECTRÓNICO: leimahen@gmail.com
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Tecnico
TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO ___ FAMILIAR X
TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X ¿CUÁL? ___
BARRIO: Tibabuyes
ESTRATO: 2
LOCALIDAD: SUBA
UPZ: 31 - Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: SI X NO ___

ÚLT. CELO: Marzo 2025
ÚLT. DESPARASITACIÓN: No Reporta
ÚLT. VACUNACIÓN: NS/NR ___ CANINOS: PARVO: ___ HEXAVALENTE: ___ TRIPLE: ___ PENTAVALENTE: ___ PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: ___
FELINOS: TRIPLE FELINA: MARZO 2025 LEUCEMIA: ___ RABIA: ___

4. EXAMEN CLÍNICO

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

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

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 120 l/m
F. RESPIRATORIA: 40 r/m
TEMPERATURA: 38.1 °C
TLLC: 2 seg
MUCOSAS: rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICAMENTO		DOSIS/OBSERVACIONES	
PREANESTESIA	XILACINA	0.33 ml	2 mg/kg IM ☒	1 mg/kg IV ☐
	KETAMINA	0.33 ml	5 mg/kg IM ☒	5 mg/kg IV ☐
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	BUTORGESIC	— mL	0,1 mg/kg IV	
	PROPOFOL	— ml	1 mg/kg IV	
POS-OPERATORIO	PENICILINA G.S.A.	0.35 ml	37.000 UI/kg IM	
	METOXICAM	0.15 ml	0.2 mg/kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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 con o sin todas las pruebas prequirúrgicas

NOMBRE(S) DE(LOS) MV CIRUJANO(S): LIGA CARDENAS
TARJETA PROFESIONAL: 31628
FIRMA: [signature]

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: DIEGO OLIVARES
TARJETA PROFESIONAL: 36954
FIRMA: [signature]

HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION PERROS Y GATOS

CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2025

CPS 999 2025

BOGOTÁ
ALCALDÍA LOCAL DE
SUBA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/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 anestésicas, complicaciones quirúrgicas 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 advierte los riesgos que se pueden presentar. Se realiza Anfadis 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, tacos, 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 realización de examenes pre-quirúrgicos** a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entiendo, 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; exonerando de toda responsabilidad a Bienestar ses y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entendiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, si estas son informadas, 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 el animal de compañía, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Inspectores y el equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	No de Identificación:
[signature]	52812359

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

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
No. Identificación:	

RUTA DE RETIRO de pacientes

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 21/04/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52812359

RAMIREZ CASTAÑEDA
APELLIDOS

LEIDI JOHANA
NOMBRES

LEIDI JOHANA Ramirez
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 15-SEP-1982

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

20-SEP-2000 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
VAL DUQUE ESCOBAR

INDICE DERECHO

P-1500112-42088528-F-0052812359-20010730 0007801207M01 097069441

enel | Bogotá

13756173

CUENTA

JOSE DEL CARMEN RAMIREZ MONTENEGRO
CL 178 A NO 122 C 29
LA CAIZA
BOGOTA D.C. - TRABUNES

19 701 4544 / 018-1917-428

CONSUMO MENSUAL DE ENERGÍA

Activa

Sep Oct Nov Dic Ene Feb Mar

EL PAGO A TIEMPO LLEGA A LA CIUDAD

¡LLEGO A TU CASA!

TU PRÉSTAMO

$12.000.000

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:
ESTRATO:
CARGA INSTALADA:
FACTOR:
RUTA REPARTO:
RUTA LECTURA:
MODALIDAD DE LECTURA:
MEDIDOR NO.
MEDIDOR NO.

HISTORIAL DE FACTURACIÓN

CONTÁCTANOS

Pagos Bancos y Corresponsales $10.815.125

116

PUNTOS DE ATENCIÓN AMEO

FECHA EXPEDICIÓN

4337

4340

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSOLIDO ESTERILIZACIONES 2025

BOGOTÁ ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

HISTORIA CLINICA: HC-559-ES-0
MICROCHIP: 900256001732364
FECHA: 08/04/2025
CODIGO: EST-4

LUGAR DE LA JORNADA (PARQUE LA BOYA): Salon Comunal Guaymaral

TIPO DE TENEDOR: CHC __ REL __ CES X PETPAS __ COMUNIDAD __

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: HONG
COLOR: Blanco Negro Amarillo
ESPECIE: CANINO __ FELINO X
SEXO: HEMBRA X MACHO __
RAZA: mestizo
EDAD: 8 años
PESO: Kg. 3.8
RAZA DE ANIMALES ESPECIAL: SI __ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI __ NO X
AGRESIVIDAD __ MIEDO __ ANSIEDAD __
OTRO:
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: Yinett Hantik
DIRECCION: el 139 F # 119 21
TELEFONO: 3015668817
CEDULA: 51 898 734
SEXO: M __ F X
NACIONALIDAD: Colombiana
CORREO ELECTRONICO: yinet.123@gmail.com
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Tecnico
TIPO DE VIVIENDA: PROPIA __ ARRIENDO X FAMILIAR __
SISBEN: SI __ NO X /CUAL
ESTRATO: 2
LOCALIDAD: SUBA
UPZ: 71 - Tibabuyes
BARRIO: Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGIA: SI X NO

ULT. CELO: Enero 2025
ULT. DESPARASITACION: No reporte
ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS: PARVO: HEXAVALENTE: TRIPLE: PENTAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA:
FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA:

4. EXAMEN CLÍNICO

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

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRURGICAS

F. CARDIACA: 120 l/m
F. RESPIRATORIA: 40 r/m
TEMPERATURA: 38.1 °C
TLC: 2 seg
MUCOSAS: Rosad.
OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES	
PREANESTESIA	XILACINA	0.38 ml.	2 mg/Kg IM X	2 mg/Kg IV
	KETAMINA	0.38 ml.	5 mg/Kg IM X	5 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	MIDAZOLAM	— ml.	0,1 mg/Kg IV	
	PROPOFOL	— mL	2 mg/Kg IV	
POST QUIRURGICO	PENICILINA G.B.	0.4 ml.	17.000 UI/Kg SC	
	MELOXICAM	0.06 ml.	0,2 mg/kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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), misma que ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACIÓN X RECHAZO para la realización del procedimiento con o sin exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE(S) DEL(OS) MV CIRUJANO(S): DIEGO CASTELLANOS
TARJETA PROFESIONAL: 09582
FIRMA:

NOMBRE DEL MV ANESTESIOLOGO: DIEGO ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 39958
FIRMA:

2/8

HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONSENTIMIENTO ESTERILIZACIONES 2024
CPS-491 2024

BOGOTÁ
SUBA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/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, hemorragia, 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 aclaró los riesgos que se puedan presentar. Se resalta 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 ant pulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

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

Además soy consciente y **ACEPTO _X__ o RECHAZO _____ la declinación realización de examenes pre-quirúrgicos** a mi animal de compañía [los cuales NO los cubre el programa] Adicionalmente se me han explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y su derecho a contravención alguna; exonerando de toda responsabilidad a impresos sas y al equipo médico que realiza el procedimiento. 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, así mismo he sido aclarado 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 imprevisión en la manipulación con mi animal de compañía, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, impresos sas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Nombre del Responsable/Tenedor:	N°de Identificación:
[illegible]	[illegible]

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 21/04/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSORCIO SATÉLITE ESTERILIZACIONES 2024

BOGOTÁ ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
Software Versión: 21/01/2025
CÓDIGO: ESI-4

HISTORIA CLÍNICA: HC-956-5-0
MICROCHIP: 990000013885349
FECHA: 03/04/2025
LUGAR DE LA JORNADA (PARQUE O DIGITA): Salón Comunal Gaitana

TIPO DE TENEDOR: CIAC ___ REC ___ CES X ___ RETMS ___ COMUNIDAD ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Lulu
COLOR: Pardo
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X
SEXO: HEMBRA X MACHO
RAZA: Mestizo
EDAD: 6 Meses
PESO: kg 2.5
RAYA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X
DURANTE LA VACUNACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___
OTRO: ___
EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X
TIPO DE ALIMENTACIÓN: RS/NR ___
CASERO ___ CONCENTRADO ___ AMBOS X
OTRO: ___
ORIGEN: RS/NR ___ RESCATADO X CONSEGUIDO ___ ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: María Dilsa Mayorga Naranjo
DIRECCIÓN: Cl 133 124 B 29
TELÉFONO: 321 789 6093
CÉDULA: 21 116 629
SEXO: M ___ F X
NACIONALIDAD: colombiano
CORREO ELECTRÓNICO: mayorgamc@gmail.com
NIVEL DE ESCOLARIDAD: primaria
TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO X FAMILIAR ___
TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X CUÁL? ___
BARRIO: La Gaitana
ESTRATO: 2
LOCALIDAD: SUBA
UPZ: 21 - Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

ÚLT. CELO: No Reporta
ÚLT. DESPARASITACIÓN: No Reporta
ÚLT. VACUNACIÓN: RA/NR ___ CANINA: RABIA ___ TRIPLE ___ PARVOVALENTE ___ LEUCEMIA ___ TRIPLES: TRIPLE FELINA ___
APTO PARA DROGA: SI ___ NO ___
PENTAMENTE: ___
PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: ___
RABIA: Marzo 2025

4. EXAMEN CLÍNICO

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

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

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 120 l/m
F. RESPIRATORIA: 40 r/m
TEMPERATURA: 38 °
TRC: 2 seg
MUCOSAS: Rosado
OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN			DOSIS/Observaciones
PREANESTESIA	BUTAPROMAZINA	0.25 mL	2 mg/Kg IM ☒	1 mg/Kg IV ☐
	KETAMINA	0.25 mL	5 mg/Kg IM ☒	5 mg/Kg IV ☐
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	MIDAZOLAM	— mL	0,1 mg/Kg IV	
	PROPOFOL	— mL	2 mg/Kg IV	
POST OPERATORIO	PENICILINA G.P.A.	0.25 mL	17.000 UI/Kg IM	
	MELOXICAM	0.1 mL	0,2 mg/Kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cirujano V/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 con o sin colaterales por quirúrgicos.

NOMBRE(S) DEL(OS) MV CIRUJANO: DIEGO CASTELLANOS
TARJETA PROFESIONAL: 09510
FIRMA:

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: DIEGO ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 56964
FIRMA:

HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONVENIO ESTERILIZACIONES 2024
CPS 999 2024

BOGOTÁ
SECRETARÍA DE SALUD

7. 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 Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será intervenido mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son paros respiratorios o cardíacos, 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 resalta 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 antipegas, 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, lealmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO _X_ o RECHAZO _____ la declinación realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa)** Adicionalmente se me han explicado y entiendo, 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; eximiendo de toda responsabilidad a Impecorsas y al equipo médico que realiza el procedimiento. 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 prevención 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 descuido en la manipulación con mi animal de compañía, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impecorsas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Maira Pilso	21716629

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

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

CITA DE REVISIÓN DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 21/04/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:

4342

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 21.116.629
MAYORGA NARANJO

APELLIDOS
MARIA DILSA

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 23-MAY-1957
VIOTA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

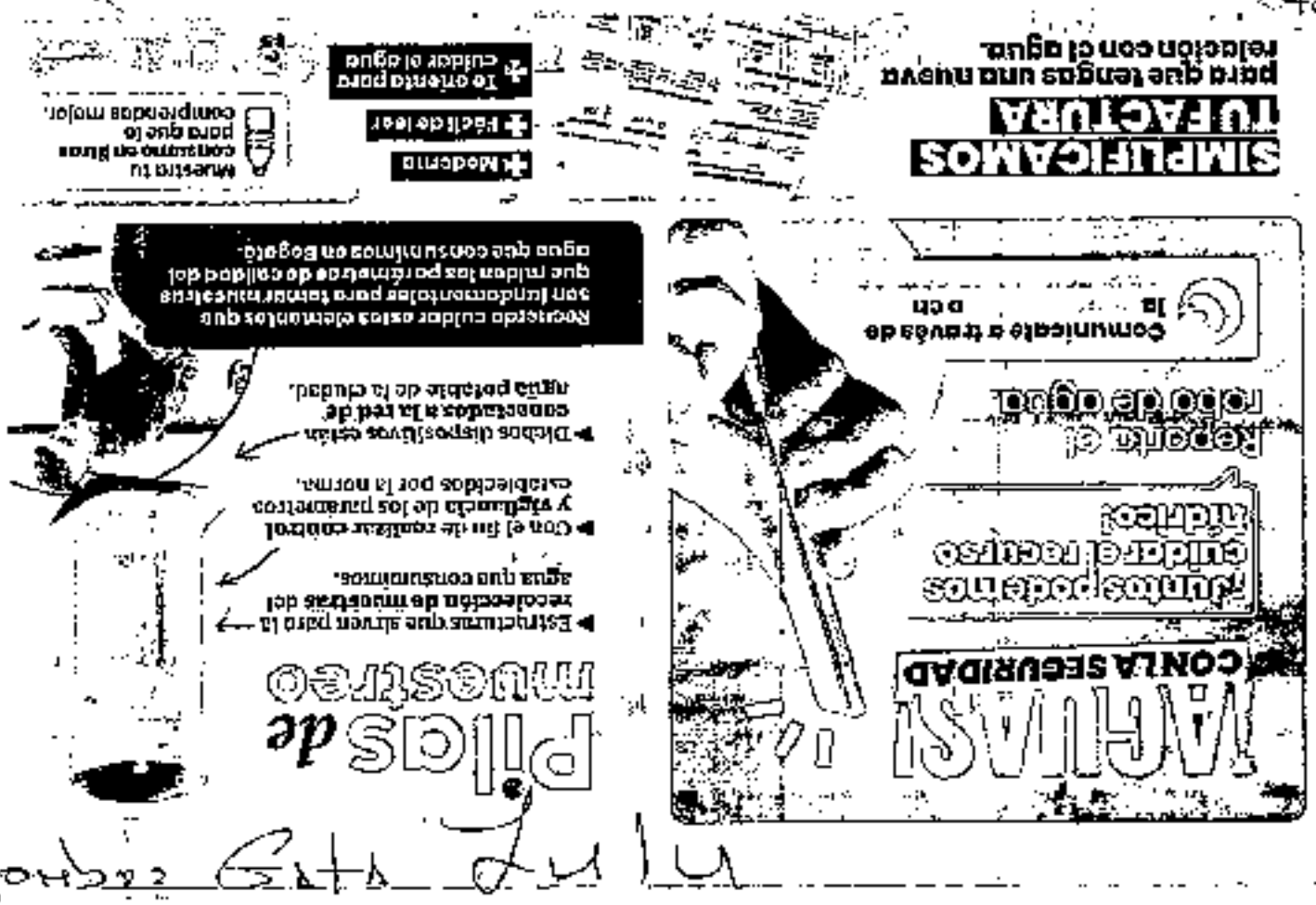
17-ENE-1975 VIOTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL





4343



Nombre Esta Aquí

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Número Acreditación Grande
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 1 CICLO: J1 RUTA: J11372

BIMESTRAL

10568783
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

40042160313
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento en otros equivalentes

Periodo facturado ENE/04/2025 MAR/04/2025

Pago oportuno ABR/07/2025 Suspensión ABR/10/2025

Fecha próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
MAY/31/2025	MAR/22/2025 04:11:02	MAR/22/2025 11:06:34

¡Hola!

Factura a nombre de
ANA B RUIZ P

Dirección del predio
CL 133 124B 29
Barrio: LA GAITANA Localidad: SUBA
Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambió
Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.

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

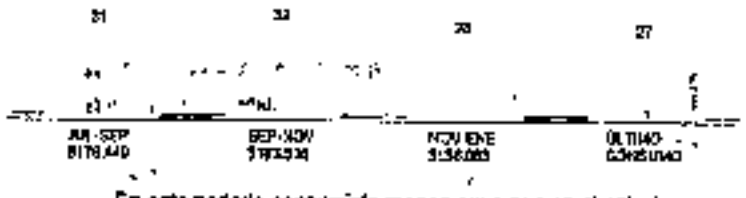
Llámanos 116 Acueducto

Entra a www.acueducto.com.co/wps/portal/ con Servicios al Ciudadano y obtén información de los puntos de atención, copia de la factura y realiza tu pago a través de internet.

cadena

Tu consumo en este período

En los períodos anteriores tu promedio de consumo fue 30



Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

En este período

27.000

Promedio al día

450

En este período consumiste menos agua que en el anterior.

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período 397
Lectura anterior 380
Tu consumo en este período 17

Facturado con Consumo Promedio
Base promedio
Debes agua fuente alterna 0

Datos de tu medidor

Marca CONTROLADA
Serie 21497172

Tipo VELOCIMÉTRICO
Diámetro pulgadas ¾

Para reducir tu consumo, recuerda:

Ducharte en 3 minutos para reducir tu consumo

Tener siempre un balde en la ducha para reusar el agua recogida

Cerrar la llave al enjabonar los platos

Tu cobro en este período

Acueducto
$75.081,12
1

+

Alcantarillado
$73.701,27
2

+

Otros cobros
$25.269-
3 4 5 6

Consulta el detalle de estos cobros en los capítulos siguientes de esta factura

Escanea y paga virtual

Conoce nuevos medios de pago virtuales o presenciales al final de esta página

Fecha límite de pago
Valores que facturamos a partir de este período (FAU)

= **Total a pagar**
$123.513

CÓDIGO | Código Único de Descuentos Estudiantiles: [illegible]

Detalle de tu consumo este bimestre

1 Acueducto

Concepto	Cant.	Valor unitario	%	Subsidio/Contribución	Tarifa	Total Acueducto
Cargo fijo por medición (mes)	2	[illegible]	0	[illegible]	Medidor	[illegible]
Consumo residencial básico (m³)	15	[illegible]	40	[illegible]	Básico	[illegible]
Consumo residencial suntuario (m³)	2	[illegible]	40	[illegible]	Suntuario	[illegible]
Cargo fijo para mejoramiento (mes)						
Consumo no residencial (m³)						
Subtotal				[illegible]		[illegible]

2 Alcantarillado

Concepto	Cant.	Valor unitario	%	Subsidio/Contribución	Tarifa	Total Alcantarillado
Cargo fijo por medición (mes)	2	[illegible]	0	[illegible]	Medidor	[illegible]
Consumo residencial básico (m³)	15	[illegible]	40	[illegible]	Básico	[illegible]
Consumo residencial suntuario (m³)	2	[illegible]	40	[illegible]	Suntuario	[illegible]
Cargo fijo para mejoramiento (mes)						
Consumo no residencial (m³)						
Subtotal				[illegible]		[illegible]

* Corresponde a consumos de hasta 17 m³ facturados. ** (a) Aplica para consumos de 0 a 17 m³ facturados. (b) Aplica para todos los consumos de 0 a 17 m³ facturados.
*** La tarifa se determina a partir del valor unitario de cargo fijo por suntuario, el cargo por básico, el básico (b) y el básico (a) para consumos de 0 a 17 m³.

Tarifa residencial

Estos valores se usan de referencia en el consumo residencial básico y superior a básico, según el caso

	Para hasta [illegible]	Para más [illegible]
Tarifa consumo básico (1)(a)(b)	[illegible]	[illegible]
Tarifa consumo superior a básico (1)(a)(b)	[illegible]	[illegible]
Total por metro cúbico facturado	[illegible]	[illegible]

[illegible]

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]
Subtotal	[illegible]

4 Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

5 Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

Deudas en estudio

Concepto	Valor
[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]
Subtotal	[illegible]

Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	[illegible]

Puntos autorizados para pagar en efectivo y con tarjeta débito

Nequi · Claro Pay · Virtuales · Efecty · Corresponsales Bancolombia

Puntos autorizados para pagar en efectivo

Punto de Pago · puntored · Farmatodo

Red CODI: Consulta tus cuentas y transacciones en www.bancos.com.co/bancos.html

El RUT es el único canal autorizado por Emserpa para recibir pagos de facturas. Cobro Social, Tasa Ocasional, Otros Cobros, Saldo Anterior y Otros Conceptos

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar

$123.513

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO DE [illegible]

Este espacio lo debe diligenciar el cajero con los datos que aparecen en el comprobante recibido del Acueducto. Debe asegurarse que estén correctos los valores y fecha del pago, así como el número de la cuenta para el cual se realizó el pago.

(415)7707230458271(8020)4924100313(3900)000000123513

11649

VIGILADO POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS NO. LIMPIO DE REGIS [illegible]

4344

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ
SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN NACIONAL
CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024
CPS:

BOGOTÁ Gobierno de la ciudad
SUBA
Fecha de la versión 21/01/2024

HISTORIA CLÍNICA: HC-0994-5
MICROCHIP: 900000013885341
FECHA: 03/04/2025
CÓDIGO: ESI-4

LUGAR Y FECHA DE JORNADA (PARQUE LA BOTA): Salón General Gaitana.

TIPO DE TEJIDOS: CHC ___ REC ___ LES ___ HERIDAS X COMUNIDAD ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Mapelo
COLOR: Blanco Amarillo Negro
ESPECIE CANINO: PERRO X SEXO: HEMBRA X MACHO
RAZA: Mestizo
EDAD: 10 meses
PESO: Kg. 3.4
RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X
DURANTE LA VACUNACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___
OTRO: ___
EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X
TIPO DE ALIMENTACIÓN: 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: Mabel Nino Vargas
DIRECCIÓN: Cl 130 12A 85
TELÉFONO: 3114128317
CÉDULA: 1019 027 457
SEXO: M ___ F X
NACIONALIDAD: Colombiana
CORREO ELECTRÓNICO: mabelillo.88@gmail.com
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria
TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO ___ FAMILIAR X
¿ALGUIEN CON DISCAPACIDAD? SI ___ NO X ¿CUÁL?
LOCALIDAD: Tibabuyes
ESTRATO: 2
BARRIO: Tibabuyes
OBSERVACIONES: Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: SI ___ NO ___

ÚLT. CELO: Marzo 2025
ÚLT. DESPARASITACIÓN: Enero 2025
ÚLT. VACUNACIÓN: NS/NR ___ CANINO: RABIA ___ TRIPLE: ___ PENTAVALENTE: ___ ANTIRRÁBICA: ___ PARAINFLUENZA: ___ BORDETELLA: ___
FELINOS: TRIPLE FELINA: ___ LEUCEMIA: ___ RABIA: 16/11/2024

3. EXAMEN CLÍNICO

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

4. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDÍACA: 124 l/m
F. RESPIRATORIA: 40 r/m
TEMPERATURA: 38.1 °C
TLLC: 2" seg
MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

5. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES		
PREANESTESIA	XILACINA	0.34 mL	2 mg/Kg IM	X	1 mg/Kg IV
	KETAMINA	0.34 mL	5 mg/Kg IM	X	5 mg/Kg IV
	MIDAZOLAM	— mL	0.1 mg/Kg IV		
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— mL	2 mg/Kg IV		
POST OPERATORIO	PENICILINA G.A.	0.85 mL	12.000 UI/Kg IM		
	METOXICAM	0.15 mL	0.2 mg/Kg SC		

HALLAZGOS RELEVANTES: Ninguno

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

NOMBRE(S) DEL(OS) MV CIRUJANOS.	DIEGO CASTELLANOS	FIRMA
TARJETA PROFESIONAL	09582	
NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO:	DIEGO ALVAREZ	FIRMA:
TARJETA PROFESIONAL	30954	

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONSECUTIVO ESTERILIZACIONES 2026
CPS-999-2026

BOGOTÁ ALCALDÍA DE LA SUBA

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

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclaran los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños sucios 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 acepto el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO _X__ o RECHAZO _____ la declinación realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa)** Adicionalmente se me han explicado y 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; exonerando de toda responsabilidad a Impecos sas y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual ha sido informado, he comprendido y aceptado.

En consecuencia, he dado una información veraz y oportuna sobre el estado de salud de mi animal de compañía, las 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impecos sas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Tipo de Identificación:
[illegible]	[illegible]

Yo, _____ identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquidectomía (esterilización) y extracción del microchip de mi animal de compañía.
RAZÓN:

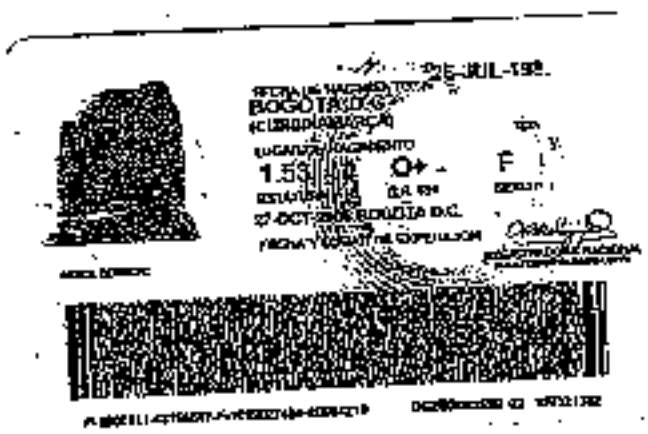
Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación:	

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALÓN COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 21/04/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:

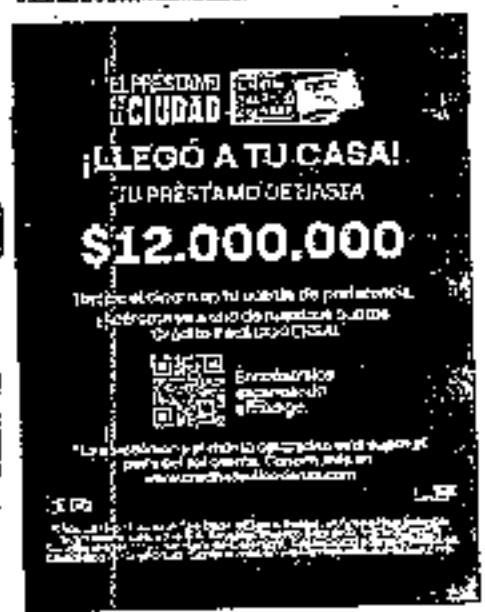

REPUBLICA DE COLOMBIA
NINO ARIAS
MABEL

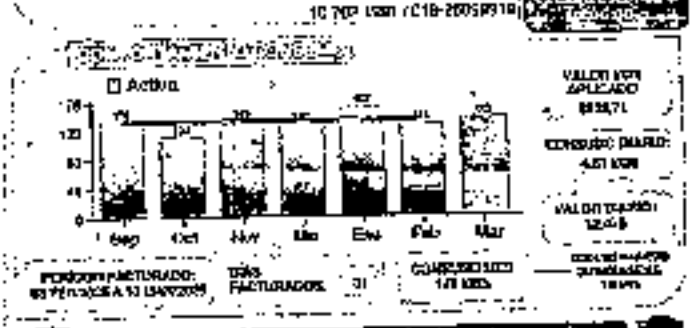

BOGOTA D.C.
1.53
O+
F

Redeban.

1318272-0

LUCINIO NN
CL 136 NO 124 35
BOGOTA, D.C. - TABEUYES





INFORMACIÓN DE LA CUENTA

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

FECHA DE EXPEDICIÓN
13/03/2025 04:59:45
FECHA EXPIRACIÓN
12/03/2025 14:57:12

434

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINOS Y FELINOS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN MÓVIL
SUPERVISIÓN ESTERILIZACIONES 2020

Bogotá Alcaldía Local de Suba
Versión de la ficha: 20/03/2018

HISTORIA CLÍNICA: HC -999-E-0
NÚMERO TIQUETE: 99000001388534 6
FECHA: 03/04/2020
CÓDIGO EST-4

LUGAR DE LA JORNADA: PARQUE LA BIOLA Salón Comunal Exteriores

TIPO DE ATENCIÓN: CHC _ ROC _ CES X JAULAS _ COMUNIDAD

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Nala

COLOR: Gris

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Mestizo EDAD: 7 meses PESO: Kg. 2.5 RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___
OTRO: ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

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

ORIGEN: NS/NR ___ CAPTURADO X CALLEJIZADO ___ ADOPTADO ___ RESCATADO ___ PERRO DE CACERÍA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Elsa Gladys Vargas Aponte
DIRECCIÓN: KR 107 B # 132 B - 12
TELÉFONO: 3217173165
CÉDULA: 52 036 183
SEXO: M ___ F X
NACIONALIDAD: Colombiano
CORREO ELECTRÓNICO: vargasgladys1270@gmail.com
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Secundaria
TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO X FAMILIAR ___
TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X ¿CUÁL? ___
BARRIO: Villa María
ESTRATO: 2
LOCALIDAD: SUBA
UPZ: 71 - Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: X SI ___ NO

ÚLT. CELO: No reporta
ÚLT. DESPARASITACIÓN: No reporte
ÚLT. VACUNACIÓN: NS/NR ___ CANINOS: PARVO: ___ TRIPLE: ___ DHPPI/VANGUARD: ___
FELINOS: TRIPLE FELINA: ___ LEUCEMIA: ___ RABIA: ___

4. EXAMEN CLÍNICO

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

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

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDÍACA: 128 l/m
F. RESPIRATORIA: 44 r/m
TEMPERATURA: 38.1 °C TLLC: 2 seg
MUCOSAS: Rosada
OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/VÍA/FRECUENCIA	
PREMEDICACIÓN	XILACINA	0.25 ml.	2 mg/Kg IM [X]	1 mg/Kg IV [ ]
	KETAMINA	0.25 ml.	5 mg/Kg IM [X]	5 mg/Kg IV [ ]
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	MIDAZOLAM	— ml.	0,1 mg/Kg IV	
	PROFOFOL	— ml.	2 mg/Kg IV	
POST OPERATORIO	PENICILINA G.T.A.	0.25 ml.	17.000 UI/Kg IM	
	MELOXICAM	0.1 ml.	0,2 mg/Kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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 (castración/castración), autorizo la manifestación de voluntad libre y voluntaria su ACEPTACIÓN X RECHAZO ___ para la realización del procedimiento con o sin opciones pre quirúrgicas.

NOMBRE(S) DEL(OS) MVs CIRUJANO(S): LINA CARDENAS
TARJETA PROFESIONAL: 21628
FIRMA:

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: DIEGO ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 16954
FIRMA:

HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION HEMBRAS CANINAS Y FELINAS

CONSENTIDO ESTERILIZACIONES 2024

CPS 2024

BOGOTÁ
SUBA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En plena y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/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 acepta 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 lesiones, 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 decisión de realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entiendo, 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; exonerando de toda responsabilidad a Impecos sas y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En consecuencia, 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impecos sas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier clase de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Dra. Andrea Vargas	52036183

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

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

CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAICANA	FECHA: 21/04/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:

4348

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 52 036 183



VARGAS APONTE

ELSA GLADYS

COL A+ 1.60 F

12 ENE 1970

GAMACA (BOYACA)

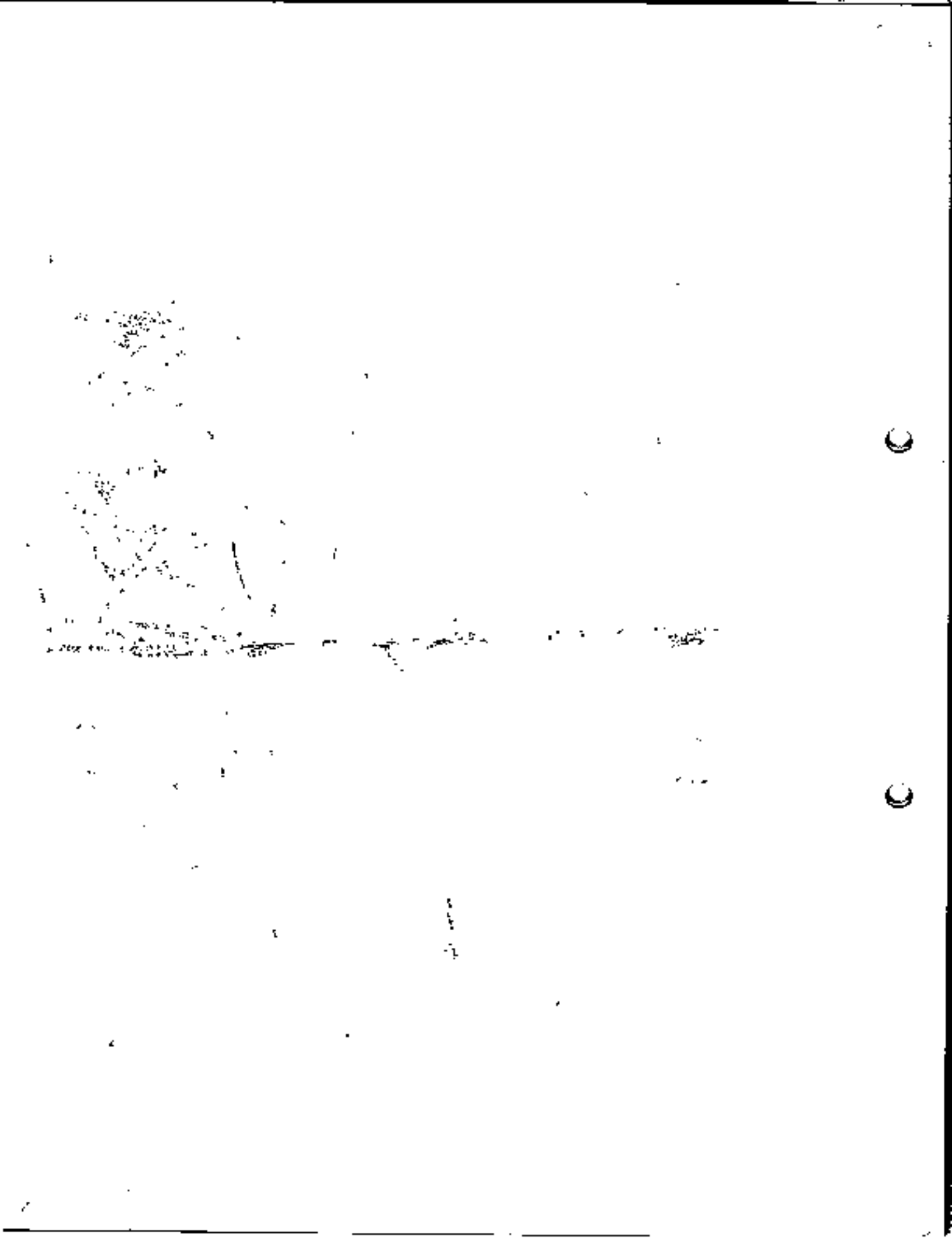
20 AGO 1988 BOGOTA D.C.

28 AUG 2023

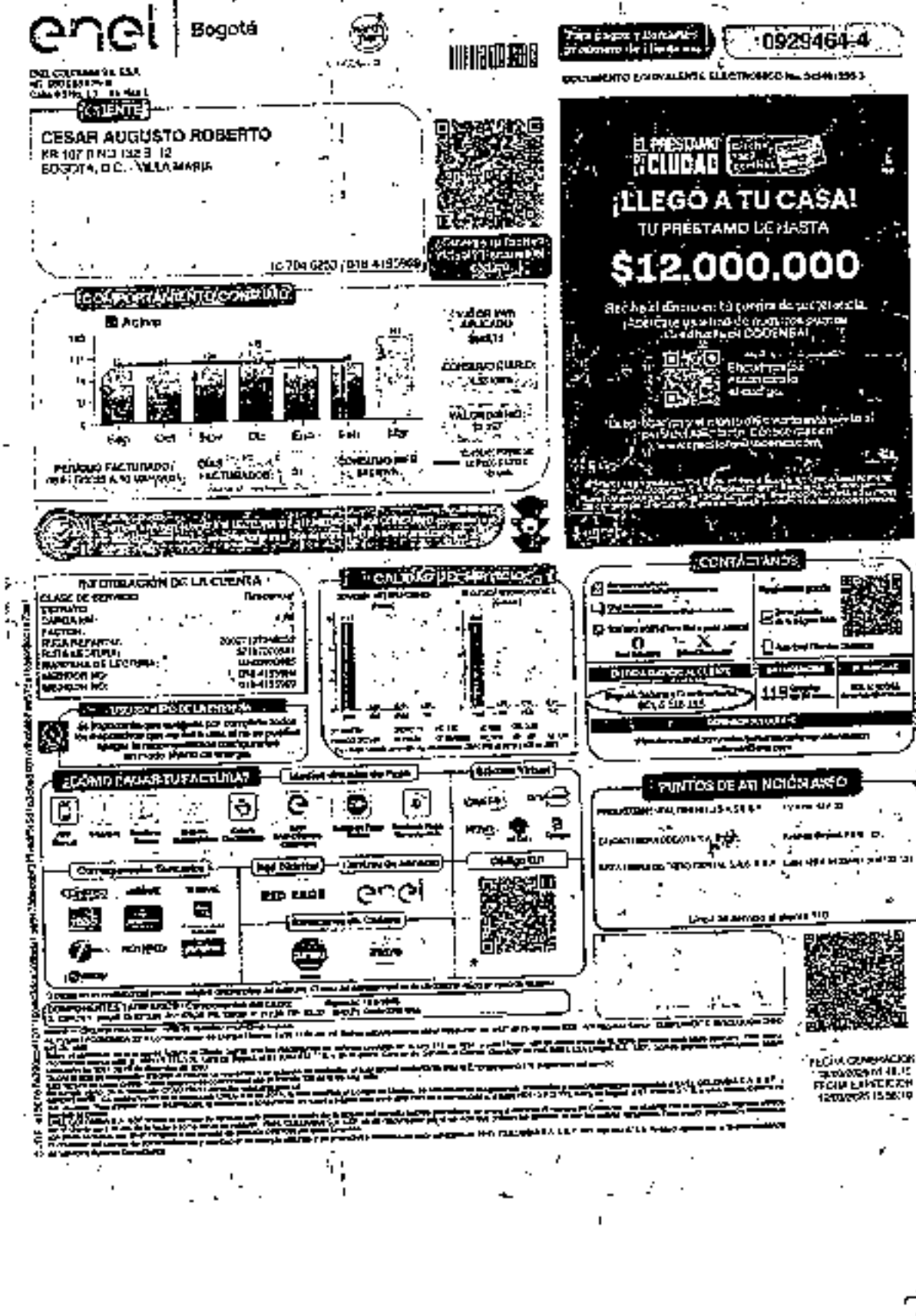




IDCOL026759995015001<<<<<<<<<<<
7001121F3307261COL52036183<<<1
VARGAS<APONTE<<ELSA<GLADYS<<<<



9349


enel | Bogotá
0929464-4
CESAR AUGUSTO ROBERTO
¡LLEGÓ A TU CASA!
TU PRÉSTAMO DE HASTA
$12.000.000
CONTÁCTANOS
PUNTOS DE ATENCIÓN

4350

FACULTAD DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA
HISTORIA CLÍNICA SISTEMATIZACIÓN CANINOS Y FELINOS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSULTORIO ESTERILIZACIÓN

BOGOTÁ MARIA MOBILIDAD
SUBA

Fecha de la versión: 21/07/2025

HISTORIA CLÍNICA: HC-999-E-0
MICROCHIP: 990000013885353
FECHA: 03/04/2025
CONSULTA: ESTE

LUGAR DE LA ANIMADA: PARQUE LA BOTA Salon (brigada) Soldados

TIPO DE TENEDOR: CHC ___ HEC ___ CES X PETPAS ___ COMUNIDAD ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Bonny | APELLIDOS: Blanco Pardo

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: mestizo | EDAD: 3 meses | PESO: kg. 2.5 | RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VACUNACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ AUTOFOBIA ___
OTRO: ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: HS/HA ___ 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: Olga lucia Torres Torres
DIRECCIÓN: Kr 152 c 138 d 27
TELEFONO: 3124921707
CEDULA: 52 805 987
SEXO: H ___ X
NACIONALIDAD: Colombiano
CORREO ELECTRÓNICO: olga1981torres@gmail.com
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Tecnico
TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO ___ FAMILIAR X
TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X ¿CUAL? ___
BARRIO: Santa Rita
ESTRATO: 2
LOCALIDAD: SUBA
UPZ: 71 - Tibabuyes

3. ANTECEDENTES

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: (X) SI ( ) NO

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACIÓN: M/MV:	CANISTER PARVO:	HEXAVALENTE:	DHPP:	PENTAVALENTE:
Marzo 2025	Feb 2025	FELINOS: TRIPLE FELINA		LEUCEMIA:	PARAINFLUENZA + BORDETELLA:	RABIA:

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENDOCRINOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	128	Lpm	F. RESPIRATORIA:	40	r/m	TEMPERATURA:	38.1	°c	TLLC	2	seg	MUCOSAS:	pegada

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES	
PREANESTESIA	ACEPROMACINA	0.25 ml	2 mg/kg IM [X]	2 mg/kg IV [ ]
	KETAMINA	0.25 ml	5 mg/kg IM [X]	5 mg/kg IV [ ]
	MIDAZOLAM	-- ml	0.1 mg/kg IV	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.3 ml	2 mg/kg IV	
POS OPERATORIO	PENICILINA G.T.A.	0.25 ml	12.000 UI/kg SC	
	MELOXICAM	0.1 ml	0.2 mg/kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de [Cirujano y/o Anestesiólogo], suscribo este documento donde constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente de 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 con o sin exámenes pre quirúrgicos.

NOMBRE(S) DEL(OS) MV CIRUJANO(S): LIDA CARDENAS
TARJETA PROFESIONAL: 11628
FIRMA: [signature]

NOMBRE DEL MV ANESTESIOLOGO: DIEGO ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 38054
FIRMA: [signature]

HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONSENTIMIENTO ESTERILIZACIONES 2024

CPS 999-2024

BOGOTÁ HUMANO ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

7. 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 Ovariohisterectomía/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 cardíacos, 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 puntion, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, epilación 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 realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cobra el programa)** Adicionalmente se me han explicado y 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; exonerando de toda responsabilidad a Impecos sas y al equipo médico que realiza el procedimiento. 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impecos sas y el equipo Médico Veterinario prestador de servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	No de Identificación:
Olga Torres	52805789

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

RAZON:

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

RUTA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA CAITANA	FECHA: 21/04/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
PERIODO DE ESTERILIZACIÓN ANUAL
CONSECUTIVO ESTERILIZACIONES 2025

Bogotá Alcaldía Local de Suba

Fecha de Esterilización: 21/04/2025

HISTORIA CLÍNICA: NO-999-F-0

MICROCHIP: 990000013885342

FECHA: 0.1/04/2025

CÓDIGO EST-1

LUGAR DE LA ESTERILIZACIÓN: PARQUE LA BOTA Salón Comunal Tabaquez

TIPO DE TENENCIA: CIC ___ REL ___ CES ___ REUBIS ___ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Cielo

COLOR: Blanco Amarillo Negro

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 6meses PESO: Kg. 2.6 RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___
CUAL: ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jennifer del Carmen Cogeres Bayidas

DIRECCIÓN: Dg 150 142. 40 T02 AP913

TELÉFONO: 300 117 64 51

CÉDULA: 1129168 42

SEXO: X

NACIONALIDAD: Venezolana

CORREO ELECTRÓNICO: jcecogeres29@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO X FAMILIAR ___

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X ¿cuál? ___

BARRIO: Tibabuyes

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: (X) SI ( ) NO

ÚLT. CELO: No Reporta

ÚLT. ESPARASITACIÓN: No Reporta

ÚLT. VACUNACIÓN: NS/NR: X CANINOS: PARVO: HEXAVALENTE: TRIPLE: PENTAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA:

FELINOS: RHINOTRAQUEITIS: CALICIVIRUS: PANLEUCOPENIA: LEUCEMIA: RABIA:

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: (I) II III IV V VI E

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 120 Vo F. RESPIRATORIA: 40 r/m TEMPERATURA: 38,1 °C TEC: 2. SEG MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

BASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN			DOSIS/VÍA/VIA DE APLICACIÓN
PREANESTESIA	XILACINA	0.26 mL	2 mg/Kg IM [X]	1 mg/Kg IV [ ]
	KETAMINA	0.26 mL	5 mg/Kg IM [X]	5 mg/Kg IV [ ]
	MIDAZOLAM	-- mL	0,1 mg/Kg IV	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.3 mL	2 mg/Kg IV	
POSTOPERATORIO	BUPRENORFINA G.L.A	0.26 mL	12,000 UI/Kg IM	
	MELOXICAM	0.1 mL	0.2 mg/Kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Dueño y/o Anestesiólogo), acepto 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 otorgado de manera libre y voluntaria su ACEPTACIÓN X RECHAZO para la realización del procedimiento con o sin complicaciones quirúrgicas.

NOMBRES Y APELLIDOS MV CIRUJANO: Laura Cardenas
TARJETA PROFESIONAL: 11978
FIRMA:

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: DIEGO ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 38958
FIRMA:

HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CPS 2024

BOGOTÁ
ALCALDÍA LOCAL DE
SUBA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se exime 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, ademas de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, telas, aplicación de antipurgas, 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 dedicación realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y 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; exonerando de toda responsabilidad a Impecos sas y al equipo medico que realiza el procedimiento. 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impecos sas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Dorian Cáceres	1129168492

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 21/04/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

PASAPORTE / PASSPORT

Tipo / Type: P

País Emisor / Issuing State: VEN

Número / Number: 112916842

Apellidos / Surname: CASERES BASTIDAS

Nombres / Given names: JENNIFER DEL CARMEN

Nacionalidad / Nationality: VENEZOLANA

Cédula de identidad / Personal No.: 24017707

Fecha de Nacimiento / Date of birth: 29 / Nov / Nov / 1993

Sexo / Sex: F

29-11-93

Fecha de Emisión / Date of issue: 28 / Ene / Jan / 2015

Lugar de Nacimiento / Place of birth: GUANARE VEN

Fecha de Vencimiento / Date of expiry: 27 / Ene / Jan / 2020

Autoridad / Authority:

Firma / Signature:



P<VENCASERES<BASTIDAS<<JENNIFER<DEL<CARMEN<<

112916842 4VEN9311295F2001274 24017707<<<<<<28

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Nelson Fernando Garcia
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 1 CICLO: 131 RUTA: H113178 BIMESTRAL

12631629
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

41351585413
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

Periodo facturado	ENE/01/2025	MAR/01/2025
Pago oportuno	ABR/04/2025	Suspensión - ABR/05/2025

Fecha aproximada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
MAY/29/2025	MAR/19/2025 04:34:19	MAR/18/2025 10:40:49

¡Hola!

Factura a nombre de

MORADOR DEL PARQUE FIDUCIARIA

Dirección del predio

DG 150 142 40 TO 2 AP 501

Barrio: TIBABUYES II Localidad: SUBA

Dirección de correo electrónico

Datos adicionales del predio

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

¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambió
Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.

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

Llámanos **116** Acueducto

Entra a www.acueducto.com.co/wps/portal/Personas/es/Canales-de-Atencion y obtén información de los puntos de atención, cupos de la factura y recibo tu pago a través de internet.

cadena

9852

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
ESTERILIZACIONES 2024

BOGOTÁ ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

VERSIÓN DE LA VERSIÓN 21/01/2025

HISTORIA CLÍNICA: HC-999-1-0

MICROCHIP: 990000013803913

FECHA: 09/04/2025

CÓDIGO: TST 4

LUGAR DE LA JORNADA (MARQUE LA BOTA): Salón Comunal Tibabuyes

TIPO DE TENEDOR: CHC __ REC __ CES X REUPAS __ COMUNIDAD __

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Tara

COLOR: Blanco Gris

ESPECIE: CANINO __ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO __ | RAZA: Heshzo | EDAD: 2 año | PESO: Kg 3 | RAZA DE MAYOR IMPACTO (ESPECIAL): SI __ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI __ NO X
AGRESIVIDAD __ MIEDO __ ANSIEDAD __
OTRO: 1

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI __ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR __
CASERO __ CONCENTRADO __ MIXTO X
OTRO: _____

ORIGEN: NS/NR __ RESCATADO X COMPRADO __ ADOPTADO __ REGALADO __ PERRO DE CALLE/FINCA __ OTRO __

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Diando Arturo Cadoto Diaz

DIRECCIÓN: Cr 147B Bis 139 31 Mz 3 Bg 13

TELÉFONO: 322 206 86 84

CÉDULA: 79 868 929

SEXO: M X F __

MUNICIPALIDAD: Bolivariano

CORREO ELECTRÓNICO: 322 206 86 84 @hotmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA __ ARRIENDO X FAMILIAR __

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI __ NO X cuál? _____

OC: Berlin

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71 - Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: SI NO

ULT. CELO: No Reporta

ULT. DESPARASITACIÓN: No Reporta

ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: CANINOS: PARVO: HEXAVALENTE: TRIPLE: PENTAVALENTE: RABIA: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA:

FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA:

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 120 l/m	F. RESPIRATORIA: 40 r/m	TEMPERATURA: 38.1 °C	TLC: 2 seg	MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 mL	2 mg/kg IM X / 1 mg/kg IV
	KETAMINA	0.7 mL	5 mg/kg IM X / 5 mg/kg IV
	MIDAZOLAM	— mL	0,1 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— mL	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G B.A.	0.3 mL	17.000 UI/Kg IM
	MELOXICAM	0.12 mL	0,1 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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), que he manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACIÓN X RECHAZO __ para la realización del procedimiento con o sin exámenes pre-quirúrgicos

NOMBRE(S) DEL(LOS) MV CIRUJANO(S): DIEGO CASTELLANOS
TARJETA PROFESIONAL: 09582
FIRMA:

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: DIEGO ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 30954
FIRMA:

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclaran los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de laderas, jaiones, collar, aplicación de antimigas, 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 realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cobre el programa)** Adicionalmente se me han explicado y entiendo, 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; exonerando de toda responsabilidad a Impecos sas y al equipo médico que realiza el procedimiento. 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impecos sas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Ricardo Arturo Cordoba Dios	79868429

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:	Firma:
Nro. Identificación:	

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 31/01/2025	HORA: 11:00 a.m.

OBSERVACIONES:

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN CANINAS Y FELINAS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSORCIO ESTERILIZADORES SOA

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS
SUBA

Fecha de inventario 21/08/2025

HISTORIA CLÍNICA: HC-999-F-D

MICROCHIP: 990000013803918

FECHA: 01/04/2025

CÓDIGO: EST-4

CARGO DE LA JORNADA (PORQUE LA BOTA): Cabo General Galeano

TIPO DE TENEDOR: CHC _ REC _ CES/ALBERGUES COMUNIDAD

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Princesa

COLOR: Blanco Negro Amarillo

ESPECIE: CANINO ✓ FELINO _ SEXO: HEMBRA ✓ MACHO _ RAZA: Mestizo EDAD: 6 m

PESO: Kg 3

RAZA MASCOTA ESPECIAL: SI _ NO ✓

DURANTE LA VACUNACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI _ NO ✓
AGRESIVIDAD _ MIEDO _ ANSIEDAD _
OTRO: _____

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI _ NO ✓

TIPO DE ALIMENTACIÓN: sis/mx _
CASERO _ CONCENTRADO _ MIXTO ✓
OTRO _____

ORIGEN: NS/NR _ RESCATADO ✓ COMPRADO _ ADOPTADO _ REGALADO _ PERRO DE GUARDA _ OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ricardo Arturo Cordero Diaz

DIRECCIÓN: Kr 147B Bis 139 31 Bl 23

TELÉFONO: 322 206 86 84

CÉDULA: 79 868 429

SEXO: M ✓ F _

NACIONALIDAD: Colombiano

CORREO ELECTRÓNICO: 322 206 86 84 @hotmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA _ ARRIENDO ✓ FAMILIAR _ SI _ NO ✓ CUÁL? _____

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: _____

UPZ: Berlín

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71 - Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: ESI ✓ NO

ULT. CELO: No reporta

ULT. DESPARASITACIÓN: No reporta

ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: ✓ CANINA: PARVO: HEXAVALENTE: TRIPLE: PENTAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA:

FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA:

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA	F. RESPIRATORIA	TEMPERATURA	TRC	MUCOSAS
120 l/m	40 r/m	38.1 °C	2 seg	Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO		MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES	
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 ml	2 mg/kg IM ✓	1 mg/Kg IV	
	KETAMINA	0.3 ml	5 mg/kg IM ✓	4 mg/Kg IV	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	MIDAZOLAM	— ml	0.1 mg/Kg IV		
	PROPOFOL	— ml	2 mg/Kg IV		
POST QUIRÚRGICO	PENICILINA G.S.A.	0.3 ml	15.000 UI/kg IM		
	METOCICAM	0.12 ml	0.2 mg/Kg SC		

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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 ✓ RECHAZO _ para la realización del procedimiento con o sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE(S) DEL(OS) MV CIRUJANO(S): DIEGO CASTELLANOS
TARJETA PROFESIONAL: 09582
FIRMA:

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: DIEGO ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 30954
FIRMA:

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
SUBA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/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: 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 junción, 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 realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y 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; exonerando de toda responsabilidad a Inpromascotas y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En consecuencia, 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 contenida 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Inpromascotas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Ricardo Arturo Cortez Diaz	2486447

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 21/08/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA PARA ESTERILIZACIÓN CANINAS Y FELINAS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSULTORIO ESTERILIZACIONES 2025

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS
SUBA

Fecha de la vacunación: 03/04/2025

436

HISTORIA CLÍNICA: HC - 000-F-0

MICROCHIP: 990000013803917

FECHA: 03/04/2025

CONSEC. EST-0

LUGAR DE LA JORNADA: (PARQUE LA 30TA) Salon Comunal Guiguno

TIPO DE TENENCIA: CIC ___ RUC ___ CRS ___ ASOPAS ___ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Kenchito

COLOR: Blanco Amarillo Negro

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___

RAZA: Mestizo

EDAD: 2 años

PESO: 3 kg

RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VACUNACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___
OTRO: ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: N/A/R
CASERO ___ CONCENTRADO X PASTO ___
OTRO: ___

ORIGEN: N/A/R ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO X PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: 1 Juan Elvio Moreno Romero

DIRECCIÓN: TV 127e Bis 139 B- 22

TELÉFONO: 310 791 6324

CÉDULA: 1019 056 326

SEXO: M X F ___

NACIONALIDAD: Colombiano

CORREO ELECTRÓNICO: yostaiuan@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Profesional

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRENDO X FAMILIAR ___

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X ¿CUÁL? ___

UPZ: Tibabuyes

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 11 - Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: SI X NO ___

ULT. CELO: Marzo 2025

ULT. DESPARASITACIÓN: Noviembre - 2025

ULT. VACUNACIÓN: M/R: X CANINOS: PARVO: TRIPLE: SEXTAVALENTE:
FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA: RINOTRAQUEITIS: CALICIVIRUS: PANLEUCOPENIA:

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMA O ENFERMEDAD AFECTADO: Ninguno

OTROS HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: I II III IV V VI E

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDÍACA: 120 l/m

F. RESPIRATORIA: 44 r/m

TEMPERATURA: 38 °C

TRC: 2 seg

MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO		MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES	
PREMEDICACIÓN	XILACINA	0.3 mL	2 mg/kg IM X	1 mg/kg IV ___	
	KETAMINA	0.7 mL	5 mg/Kg IM X	5 mg/Kg IV ___	
	MIDAZOLAM	— mL	0.1 mg/Kg IV		
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.4 mL	2 mg/Kg IV		
POST QUIRÚRGICO	PENICILINA G.B.A.	0.3 mL	10.000 UI/Kg IM		
	MELOXICAM	0.12 mL	0.2 mg/kg SC		

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

NOMBRE(S) DEL(OS) MV CIRUJANO(S): DIEGO CASTELLANOS
TARJETA PROFESIONAL: 09582
FIRMA:

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: DIEGO ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 30934
FIRMA:

10

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONVENIO ESTERILIZACIÓN JUNTOS 2024
CPS-599-2024

BOGOTÁ
ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

7. 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 Ovariohisterectomía/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 sangrados respiratorios o cardíacos, 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 lesiones, 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 realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entiendo, 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: exonerando de toda responsabilidad a Impecsas y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual ha sido informado, he comprendido y aceptado.

En consecuencia, 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 contenida 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impecsas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
[signature]	1019056326

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 21/04/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:

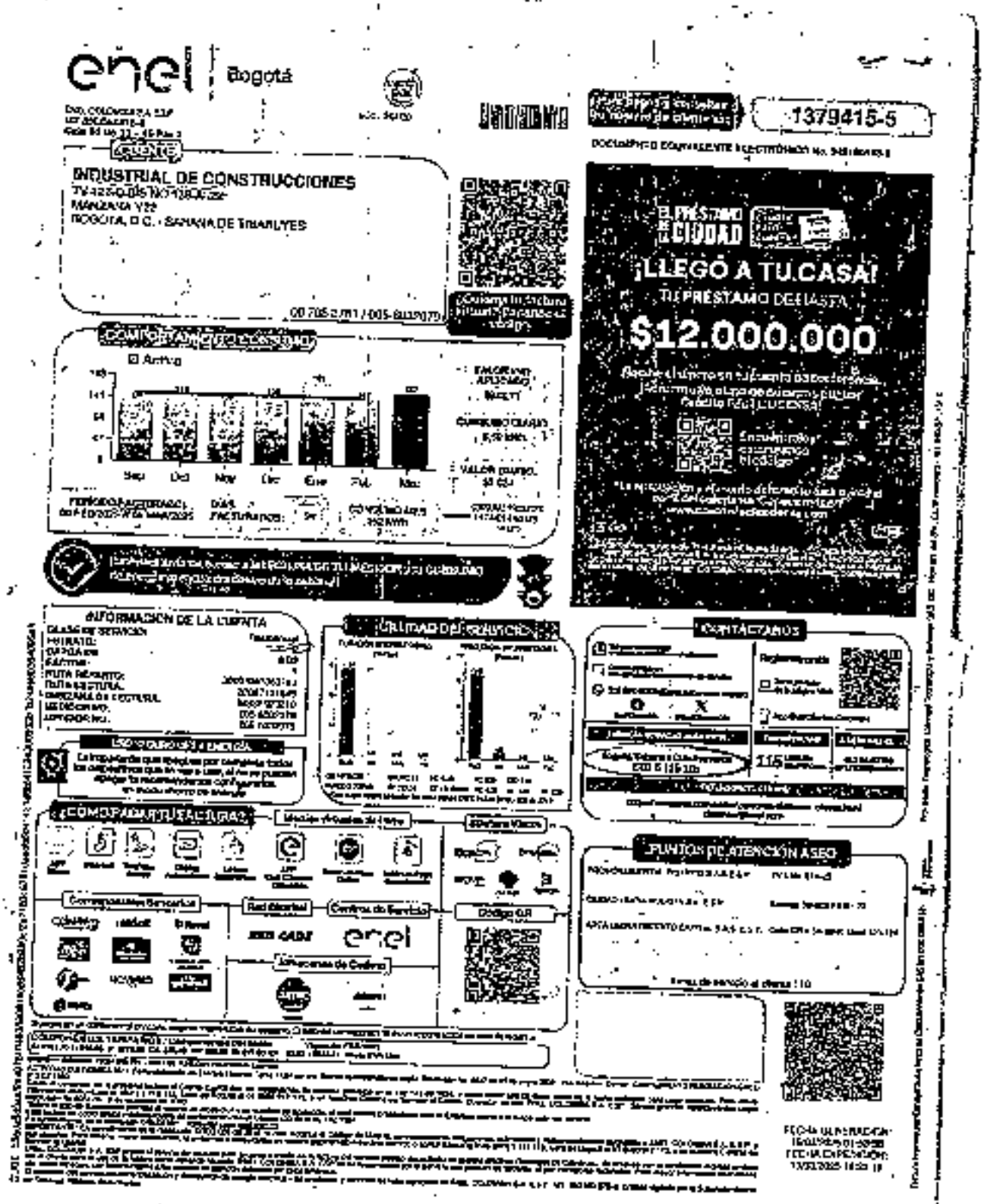
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.019.056.326
MORENO ROMERO
APELLIDOS
IVAN DARIO
NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 11-DIC-1980
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.71 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
23-ENE-2029 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION


enel
Bogotá
1379415-5
INDUSTRIAL DE CONSTRUCCIONES
MANZANA Y22
BOGOTA, D.C. - SANTA LUCIA DE TIMIRUYES
¡LLEGÓ A TU CASA!
TE PRESTAMO DE HASTA
$12.000.000
INFORMACIÓN DE LA CUENTA
ÚLTIMOS PQR
PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

4359

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSECUTIVO ESTERILIZACIONES

BOGOTÁ HUMANA 2024-2027 SUBA

FECHA DE INTERVENCIÓN: 03/01/2025

HISTORIA CLÍNICA: HC-958-FC

MICROCHIP: 990000013803916

FECHA: 03/01/2025

CÓDIGO: RST-4

LUGAR DE LA JORNADA: (MARQUE LA SOLA) Salón Comunal Gaitana

TIPO DE TENENCIA: DHC ___ RES ___ RELIVA ___ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Caste

COLOR: Pardo

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: mestizo EDAD: 1 año

PESO: Kg 3.6

RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___
OTRO: ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: 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: Frank Monsalve Rondon

DIRECCIÓN: Kr 128 139A 13

TELÉFONO: 3142682320

CÉDULA: 2384106

SEXO: M X

NACIONALIDAD: Venezuela

CORREO ELECTRÓNICO: frankmonsalve589@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA X ARRIENDO ___ FAMILIAR ___

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X ¿cuál? ___

BARRIO: Ribabuyes

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71 - Ribabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: SI X NO ___

ÚLT. CELO: Enero 2025

ÚLT. DESPARASITACIÓN: No reporta

VET. VACUNACIÓN: NS/NR X CANINOS: PARVO: ___ HEXAVALENTE: ___ TRIPLE: ___ PENTAVALENTE: ___ PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: ___

FELINOS: TRIPLE FELINA: ___ LEUCEMIA: ___ RABIA: ___

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: I II III IV V VI E

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDÍACA: 120 Lpm | F. RESPIRATORIA: 40 r/m | TEMPERATURA: 38.1 °C | TLLC: 2 seg | MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

TIPO DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN			DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	KETACINA	0.36 mL	2 mg/Kg IM [X]	5 mg/Kg IV [ ]
	KETAMINA	0.36 mL	5 mg/Kg IM [X]	5 mg/Kg IV [ ]
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	MIDAZOLAM	— mL	0,1 mg/Kg IV	
	PROPOFOL	— mL	2 mg/Kg IV	
POST OPERATORIO	PENICILINA G.C.A.	0.36 mL	17.000UI/Kg IM	
	MELOXICAM	0.15 mL	0,2 mg/Kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), atestiguo expresamente doy constancia de haber brindado asesoría y/o tratado. (Información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la anestesia/sedación/analgesia/tranquilización/contención), quien la suministrado de manera libre y voluntaria su: ACEPTACIÓN X RECHAZO ___ para la realización del procedimiento con sus respectivos pro cuidados

NOMBRE(S) DEL(OS) MV CIRUJANO(S): LIDA CADENAS
TARJETA PROFESIONAL: 31438

FIRMA: [signature]

NOMBRE DEL MV/ANESTESIÓLOGO: DIEGO ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 35954

FIRMA: [signature]

268

HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONVENIO ESTERILIZACIONES 2024
CPS 999 2024

BOGOTÁ
ALCALDÍA LOCAL DE
SUBA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/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, laringoespasmo, 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 advierte 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 realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa)** Adicionalmente se me han explicado y entiendo, 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; eximiendo de toda responsabilidad a Impecos sas y al equipo médico que realiza el procedimiento. 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, eximiendo a la Alcaldía Local de Suba, Impecos sas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación: pn 2884906

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

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

CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 21/04/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MIGRACIÓN

No. 2384106

COL



MIGRACIÓN

IPCOL2384106<<4<<<<<<<<<<<<<<<
9005271M3105308VENE1736761<<<1
MONSALVE<RONDON<<FRANK<<<<<<<<

Recibe tu factura de manera digital

tu factura de manera digital

Ingresa al formulario y empieza a recibir tu factura de manera digital.



Modo digital Vanti

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

Pagos electrónicos en otros aplicativos

Botón PSE

Botón Bancolombia

Recuerda que puedes pagar tus facturas de luz a varios meses vencidos en una sola transacción

Entérate aquí de cómo hacerlo

Bancolombia · Davivienda · BBVA · Nequi · Bancolombia · Banco de Occidente · Banco Popular · Banco Agrario · Banco Caja Social · Nequi · Efecty · Gana · Baloto · dale!

*Forma exclusivamente inscripción pagos automático

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Servientrega Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red Efecty
Banco GNB Sudameris

Supertiendas Superfarmacias
Makro, Jumbo, Éxito

*Se cancelan con efectivo, cheque de mismo ganado y a nombre de Vanti S.A. ESP.

Eficiencia energética

Reducir nuestro consumo de energía es invertir 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 preferencial
Ingresa a www.grupovanti.com y conoce los pasos para agendar tu cita.

¡Hola!

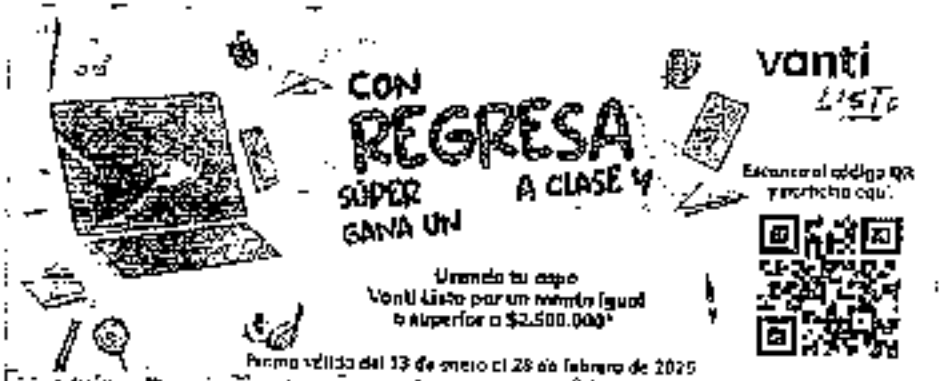
MARIA EUGENIA GARZON
KR 126 139A 13 - TIBABUYES
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 0087101-35099

Lote: P15GN Ruta: 001V7007573005000 Código del Sector: 25

Cuenta o referencia de pago 61452900





Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP. Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gas Natural de Oriente S.A. ESP y Gases del Norte del Sur S.A. ESP. Cupos sujetos a aprobación crediticia. Consulta términos y condiciones en www.grupovanti.com. Vanti Listo no es una tarjeta de crédito ni financiación bancaria, es un cupo de crédito para tu Cupo Vanti. Aplican condiciones y restricciones. La opción de financiación está sujeta a aprobación crediticia y a términos y condiciones de la compañía financiadora. Promoción válida desde el 13 de enero hasta el 28 de febrero de 2025 o hasta agotar existencias. Aplica para facturas de gas natural. Aplica para clientes con cupo Vanti Listo aprobado. Aplica para compras mínimas de $2.500.000 en una o varias facturas. Aplica para compras en cuotas. Aplica para compras en cuotas. Aplica para compras en cuotas.

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) 633 4795

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

Acuerdo de garantías elegir la canal de preferencia para consumos residenciales de la Ley 2300 de 2023.

DOCUMENTO SIN VALOR COMERCIAL

Febrero 2025

Cuenta o referencia de pago **61452900**

vanti

Fechas importantes

1 — Pago oportuno: 13 Mar. 2025

2 — Fecha de suspensión: 14 Mar. 2025

3 — Periodo facturado: Ene. - Feb. 2025

4 — Emisión de tu factura: 28 Feb. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. Gas SUBSIDIO	4143	3.570,00	0,00	19.433,12
CONS. CON SUBSIDIO	20743	3.747,48	0,00	77.719,00
MENOS SUBSIDIO (50%)	10,93	-37.424,80	0,00	-37.424,80
AJUSTE DECENA	1,00	2,54	0,00	2,54
REINTEGRO TERCEROS Cosepark Prov.	0	41.554,00	0,00	41.554,00
RECAUDO TERCEROS Seguro Vida Deudo	0	1.402,50	0,00	2.805,00
INTERESES FINANCIAMIENTO - 40 Cuota	1,00	21.970,40	0,00	21.970,40
Unidades Monetarias Base Energía	1,04	35,25	0,00	36,25

1 — Total — $119.323,51

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota Nº	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A+B
1,00 % V-Electro Hogar Vivili	10/60	10.436,49	21.970,40	10.436,49

2 — Total — $10.436,49

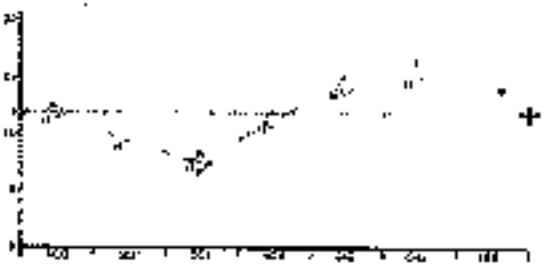
3 — Valor facturas vencidas: **$0,00**

Total a pagar (1+2+3): **$129.760,00**

Pago por

Escanea el código QR

Tus últimas consumos



Datos de medición

Uso Residencial — Estrato/Cód-Dos — Días de consumo 30

Fecha	Lectura	Tipo
24 Ene. 2025	7078	REAL
22 Feb. 2025	7809	REAL

m³ corregidos = 7109 - 7078 * Factor de corrección = 84

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 $70.254

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

28 Feb. 2026

Agenda ya tu RPO aquí

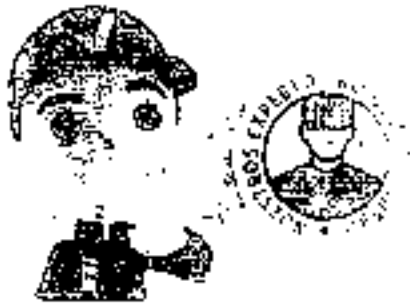
Tarifas

Nov. $2362 Dic. $2362 Ene. $2490

Componentes tarifarios

Factor de corrección

Indicadores de calidad



(415)7709990026025(8020)514629000(3900)0000000128760

4362

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN MASIVA
CONSULTA ESTERILIZACIONES 2025

BOGOTÁ — ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

Fecha de la cirugía: 01/09/2025

HISTORIA CLÍNICA: HC-999-[illegible]
MICROCHIP: 990000013803914
FECHA: 28/08/2025
CONSULTA: EST-4

LUGAR DE LA JORNADA: (PARQUE LA DICHA) Suba Rincon Chiguaro

TIPO DE TENEDOR: CHC __ REC __ CES __ RECPAS __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: TRUPO
COLOR: Tigre anaranjado
ESPECIE: CANINO __ FELINO X SEXO: HEMBRA __ MACHO X
RAZA: Mestizo
EDAD: 2 años
PESO: Kg. 2.4
RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI __ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI __ NO X
AGRESIVIDAD __ MIEDO __ ANSIEDAD __
OTRO: __
EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI __ NO X
TIPO DE ALIMENTACIÓN: 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: Carmen Celina Ovejero
DIRECCIÓN: CL 138 150B 04 PI 2
TELÉFONO: 3127022232
CÉDULA: 39 548 961
SEXO: H __ F X
NACIONALIDAD: Colombiana
CORREO ELECTRÓNICO: celmaortiz098@gmail.com
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Secundaria
TIPO DE VIVIENDA: PROPIA X ARRIENDO __ FAMILIAR __
TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI __ NO X CUAL: __
BARRIO: San Pedro
ESTRATO: 2
LOCALIDAD: SUBA
UPZ: 71 - Tibabuyes

3. ASEMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA TERAPIA: SI X NO __

ULT. CELO: NO Reporte
ULT. DESPARASITACIÓN: NO Reporta
ULT. VACUNACIÓN: NS/NR X CANINOS: PARVO: __ HEXAVALENTE: __ TRIPLE: __ PENTAVALENTE: __ PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: __
FELINOS: TRIPLE FELINA: __ LEUCEMIA: __ RABIA: __

4. EXAMEN CLÍNICO

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

CLASIFICACIÓN ASA: (I) II III IV V VI
CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PRECIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 120 l/m
F. RESPIRATORIA: 40 r/m
TEMPERATURA: 38.1 °C
TLLC: 2 seg
MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

CONTRAINDICACIONES:

TIPO DE PROCEDIMIENTO	MEDICAMENTO		DOSIS/OBSERVACIONES	
PREANESTESIA	XILACINA	0.25 mL	2 mg/Kg IM [X]	1 mg/Kg IV [ ]
	KETAMINA	0.25 mL	5 mg/Kg IM [X]	2 mg/Kg IV [ ]
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	MIDAZOLAM	— mL	0.1 mg/Kg IV	
	PROPOFOL	— mL	2 mg/Kg IV	
POST OPERATORIO	PENICILINA G.S.A.	0.25 mL	22.000 UI/Kg IM	
	MELOXICAM	0.1 mL	0.2 mg/Kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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 con o sin actos no pertinentes

NOMBRE(S) DE(LOS) MV QUIRÚRGICOS: DIDA PARDEMAS
TARJETA PROFESIONAL: 31628
FIRMA: [signature]

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: CARLOS ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 38953
FIRMA: [signature]

20

HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONSECUTIVO ESTERILIZACIONES 2024
CPS 059-2024

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/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 coherente la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclaran los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden encontrar 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 al manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y ACEPTO _X__ o RECHAZO _____ la declinación realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entiendo, 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; exonerando de toda responsabilidad a Impevos sas y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En consecuencia, 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 Consentimiento.

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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impevos sas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
	39.548.961

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

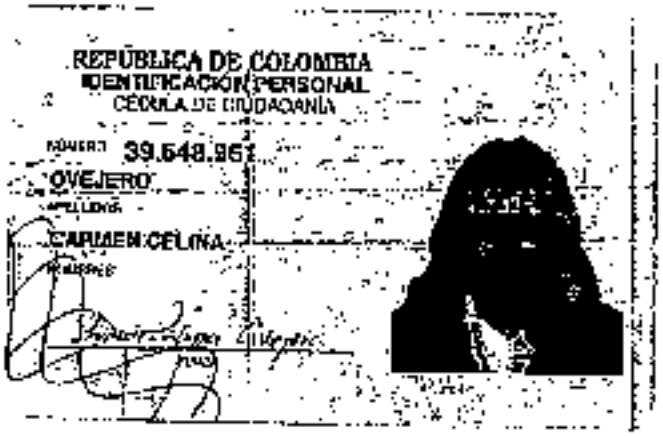
_____

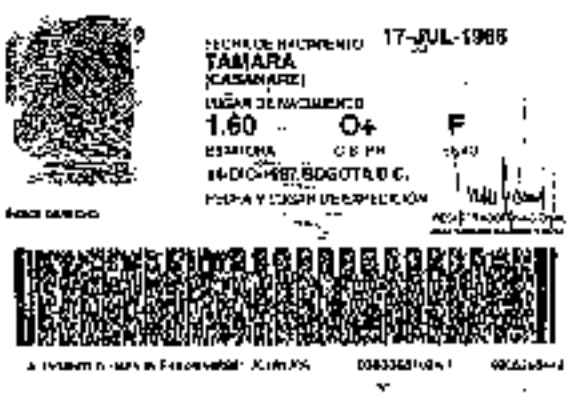
Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación:	

CITA DE RETIRO DE PUNTOS

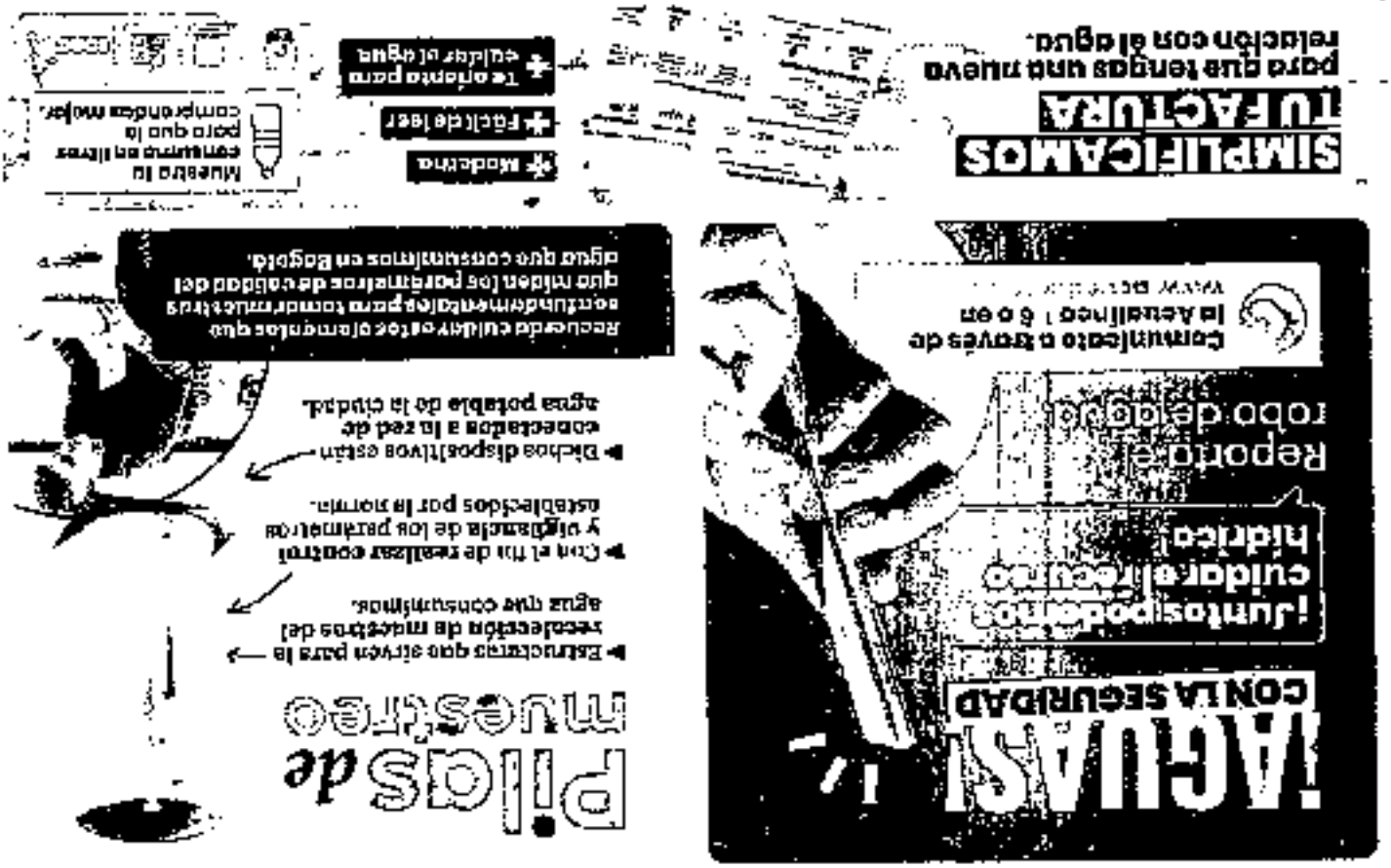
LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 21/01/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 39.648.961
OVEJERO
CARMEN CELINA


FECHA DE NACIMIENTO 17-JUL-1965
TAMARA
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
REGISTRADOR BOGOTA, D. C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

4364



acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá ESP
NIT 899.699.094 - 1

Factura Electrónica de Venta
Régimen Común

Para el reporte ZONA:1 CICLO: 01 RUTA:J11084 BIMESTRAL

12366151	42028361311
Cuenta contrato Num. de identificación de este predio	**Número para pagos** Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

Periodo facturado	ENE/01/2025	MAR/31/2025

Pago oportuno ABR/07/2025 Suspensión ABR/10/2025

Fecha expedición de esta factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
MAY/21/2025	MAR/22/2025 06:17:38	MAR/22/2025 11:25:01

¡Hola!

Factura a nombre de

RAFAEL ANTONIO RODRIGUEZ

Dirección del predio

CL 139 150B 04 PI 2

Barrio: SAN PEDRO Localidad: SUBA

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambió
Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.

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/tic 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

24108

4365

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN CANINAS Y FELINOS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSENTIMIENTO INFORMADO

BOGOTÁ — ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

Fecha de atención: 03/04/2025

HISTORIA CLÍNICA: HC-999-E-0 | MICROCHIP: 990000013884961 | FECHA: 03/04/2025 | CÓDIGO: CST-4

LUGAR DE LA JORNADA: (PARQUE CABOTA) Salón Comunal Gaitana

TIPO DE TENEDOR: DIC_ HOG_ CES_ REFAS_ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: COCOA | COLOR: Negro Amarillo

ESPECIE: CANINO __ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO __ | RAZA: mestizo | CONDORO | PESO: Kg. 2.5 | RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI __ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI __ NO X
AGRESIVIDAD __ MIEDO __ ANSIEDAD __
OTRO: _____

TENDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI __ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR __
CASERO __ CONCENTRADO X MIXTO __
OTRO _____ cmc

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria Angela Chaves Rojas | DIRECCIÓN: CL 136 No 124 D 27 AP 200 | CELULAR: 3132699855

CÉDULA: 41 606 290 | SEXO: M __ F X | NACIONALIDAD: Colombiana | CORREO ELECTRÓNICO: 3132699855@gmcorreo.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: primaria

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA X ARRIENDO __ FAMILIAR __

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI __ NO X CUÁL? _____

BARRIO: La Gaitana | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: SUBA | UPZ: Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: SI X NO __

ÚLT. CELO	ÚLT. DESPARASITACIÓN	ÚLT. VACUNACIÓN: NS/NR __ CANINOS: PARVO __ TRIPLE __ PENTAVALENTE __ HEXAVALENTE __ PARAINFLUENZA Y BORDETELLA __ RABIA __ FELINOS: TRIPLE FELINA __ LEUCEMIA __ RABIA: Nov 2024
Marzo 2025	Enero 2025	

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: I X II. III. IV. V. VI. E. | CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PRE-QUIRÚRGICAS

F. CARDIACA	F. RESPIRATORIA	TEMPERATURA	TLLC	MUCOSAS
120 l/m	44 r/m	38.1 °C	2 seg	Rosada

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.25 mL	2 mg/kg IM X / 1 mg/kg IV
	ACEPROMAZINA	0.25 mL	0.5 mg/kg IM X / 0.5 mg/kg IV
	MIDAZOLAM	— mL	0.1 mg/kg IV
INDUCCIÓN/MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— mL	2 mg/kg IV
POST-OPERATORIO	PENICILINA G LA	0.25 mL	27.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.1 mL	0.2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de [Dueño y/o Acudiente/Responsable], suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y esterilizante con los riesgos relacionados con la Cirugía/Intervención/Tratamiento [esterilización/castración], para lo cual he manifestado de manera libre y voluntaria mi ACEPTACIÓN X RECHAZO _____ para la realización del procedimiento con mi mascota [caninos y felinos].

NOMBRE(S) DE(LOS) MVZ CIRUJANO(S): | TARJETA PROFESIONAL: | FIRMA:
ITZA CARRERAS | 83628 |

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO: | TARJETA PROFESIONAL: | FIRMA:
DIEGO ALVAREZ | 36904 |

2x0

HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONSENTIMIENTO ESTERILIZACIONES 2024

VPS 999 2024

BOGOTÁ
ALCALDÍA LOCAL DE
SUBA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/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 mal posterior de lesiones, 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, finalmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO** _X__ o **RECHAZO** _____ **la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa)** Adicionalmente se me han explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contraprestación alguna; exonerando de toda responsabilidad a Impecos sas y al equipo médico que realice el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual ha sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he recibido 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impecos sas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Claudia Cruz	41506290

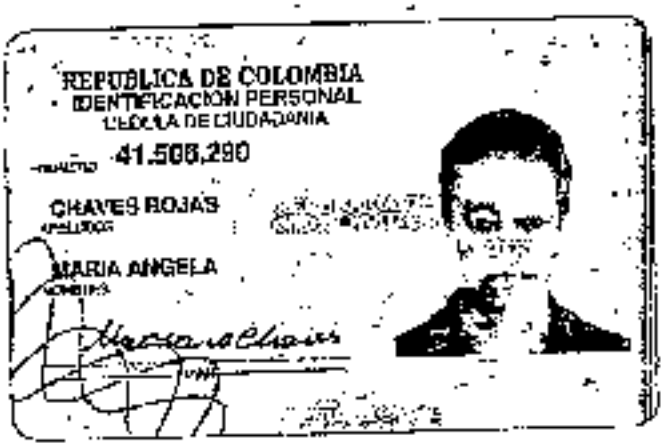
Yo, _____ identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía.
RAZON:

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

8. TOMA DE NUMERO DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 25/04/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 41.566.290

CHAVES ROJAS
APELLIDOS

MARIA ANGELA
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 08-MAR-1951

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.48
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

4367

enel | Bogotá

2002160-2

MARIA A CHAVEZ
CC 36 460 124 D 27 AP 200
BOGOTA, D.C. - LA GAITANA

Entiende tu factura de energía

Activa

Agn Sep Oct Nov Dic Ene Feb

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

Medios de Pago

Canales Virtuales

PUNTOS DE ATENCIÓN Y ASEO

Línea de servicio al cliente 115

$93.430 + $38.850 + $22.920 = $156.200

PAGO OPORTUNO
19 FEB /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN
21 FEB/2025

2002160-2

06 MAR /2025

Tipo de Lectura: Real

SUBTOTAL: $93.430

Otros saldos de productos y servicios

CUERPO BOMBEROS $22.920
$16.500

TOTAL CARGOS $156.200

ASEO | ASEO LIMPIA | SUJETO: AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL SAS ESP | ESTRATO: 5 | NIT: 901146434-8

FACTURA DE REFERENCIA
Factura de Referencia: 341744007-9

PERIODO DE FACTURACIÓN: 01 JUL 2025 a 31 JUL 2025

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$93.186
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$15.277
ASEO - AJUSTE PEAJE DE CENA CELIA	$4

Descripción	Descargados
Residenciales	0
No residenciales	0

APORTE SOLIDARIDAD	0%
APORTE RESIDENCIAL	0%
SUBSIDIO	40%

NÚMERO DE CUENTA
2002160-2

Documento Equivalente Electrónico No. 341744007-9

PAGO OPORTUNO
19 FEB /2025

TOTAL A PAGAR
$156.200

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN CANINA
CONVENIO ESTERILIZACIONES 2024

BOGOTÁ — SUBA

HISTORIA CLÍNICA: HC-999-5-C
AMLOXIT: 990000013884968
FECHA: 03/04/2025
CÓDIGO: EST-4

LUGAR DE LA JORNADA: PARQUE LA BOTA / Colón Amarilla Gerlano
TIPO DE TENEDOR: IDIC ___ RPC ___ CES ___ RELPAS ___ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Mila
COLOR: Blanco Amarillo
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X — SEXO: HEMBRA X MACHO ___ — RAZA: mestizo — EDAD: Adulto
PESO: 3.2 kg — RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___ OTRO: ___
EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X
TIPO DE ALIMENTACIÓN: HS/NH — CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___
ORIGEN: HS/NH ___ RESCATADO X COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERRO DE GUARDA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Elsa Marlen Velasquez Suarez
DIRECCIÓN: Cl 132 C No 124 C 21
TELÉFONO: 313 330 4838
CÉDULA: 1057 214 311
SEXO: M ___ F X
NACIONALIDAD: colombiano
CORREO ELECTRÓNICO: benglitson 202346 @gmail.com
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller
TIPO DE VIVIENDA: PROPIA X ARRIENDO ___ FAMILIAR ___
TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X ¿CUÁL? ___
BARRIO: La Gaitana
ESTRATO: 2
LOCALIDAD: SUBA
UPZ: 11 - Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: SI X NO ___

RUT. CTEO: Marzo 1 2025
ULT. DESPARASITACIÓN: No reporta
ULT. VACUNACIÓN: HS/NH: ___ CANINOS: PARVO: ___ TRIPLE: ___ PENTAVALENTE: ___ HEXAVALENTE: ___ PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: ___
FELINOS: TRIPLE FELINA: ___ LEUCEMIA: ___ RABIA: Nov 2024

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD AVASCULAR: SI ___ NO X
SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno
HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno
CLASIFICACIÓN ASA: I II III IV V VI E
CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDÍACA: 178 l/m
F. RESPIRATORIA: 44 r/m
TEMPERATURA: 38.1 °C
TLLC: 2 seg
MUCOSAS: Rosado.
OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES	
PREMEDICACIÓN	XILACINA	0.3 mL	2 mg/Kg IM [X]	1 mg/Kg IV [ ]
	KETAMINA	0.7 mL	5 mg/Kg IM [X]	5 mg/Kg IV [ ]
	MIDAZOLAM	— mL	0.3 mg/Kg IV	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— mL	2 mg/Kg IV	
POSTOPERATORIO	PENICILINA G B A	0.7 mL	37.000 UI/Kg IM	
	MELOXICAM	0.12 mL	0.2 mg/Kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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 (resaltado/contratación), razón la manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACIÓN X RECHAZO ___ para la realización del procedimiento con mi(s) mascota(s) por quirúrgicos.

NOMBRE(S) DEL(OS) MV-CIRUJANO(S): LIDA CARDENAS
TARJETA PROFESIONAL: 31623
FIRMA: [signature]

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: DIEGO ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 35654
FIRMA: [signature]

HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONSENTIMIENTO ESTERILIZACIONES 2026

CPS 000 2024

BOGOTÁ
ALCALDÍA LOCAL DE
SUBA

7. 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 Ovariohisterectomía/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: reparos 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 realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa)** Adicionalmente se me han explicado y entiendo, 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; exonerando de toda responsabilidad a Impecos sas y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, le explicaría sobre lo 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 realizarle 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impecos sas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
	52 38.6.463

Yo, _____ Identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía/esterilizacion y castración/ de mi animal de compañía.
RAZON:

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

SALA DE SEGUIMIENTO PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 21/04/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.057.214.311
VELASQUEZ SUAREZ

APELLIDOS
ELSA MARLEN

NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 23-JUL-1987
SUTAMARCHAN
APELLIDOS
NOMBRES
1.64 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
23-AGO-2006 SUTAMARCHAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL



4370

enel Bogotá

0734711-4

BARBARA MENDOZA
CL 152 GNO 126D 27
BOGOTÁ D.C. - LA GAITANA

¡LLEGÓ A TU CASA!

$12.000.000

Activa

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

Puntos de atención

4371

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSECUTIVO ESTERILIZACIONES 2025
GPS

SUBA

HISTORIA CLINICA: HC-999-E-D
MICROCHIP: 990000013803901
FECHA: 03/04/2025
CODIGO: ES1-A

LUGAR DE LA INTERVENCIÓN (BARRIO / LA ROTA): Salón Comunal Gilmar

TIPO DE TENENCIA: CRIA ___ REC ___ CALL ___ RECOGIDA ___ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Piquis
COLOR: Negro Blanco
ESPECIE: CANINO ___ FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___
RAZA: mestizo
EDAD: 3 meses
PESO: Kg 2.3
RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___
OTRO: ___
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: Claudia Marcela Prieto Capera
DIRECCION: CL 130 132A 15
TELEFONO: 3135353958
CEDULA: 1026558637
SEXO: F X
NACIONALIDAD: Colombiana
CORREO ELECTRONICO: Claudiamarcelaprieto1@gmail.com
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller
TIPO DE VIVIENDA: PROPIA X ARRIENDO ___ FAMILIAR ___
TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X ¿CUAL? ___
EN: Tibabuyes
ESTRATO: 2
LOCALIDAD: SUBA
UPZ: 71 - Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGIA: SI X NO ___

ULT. CELO: NO Reporta
ULT. DESPARASITACION: NO Reporta
ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS: PARVO; / TRIPLE FELINA: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / RABIA: / LEUCEMIA: / TRIVALENTE: /

4. EXAMEN CLINICO

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: 120 l/m
F. RESPIRATORIA: 40 r/m
TEMPERATURA: 38.1 Fr
TRC: 2 seg
MUCOSAS: Rosadas
OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.12 ml	2 mg/Kg IM ☐ 1 mg/Kg IV ☒
	KETAMINA	0.12 ml	5 mg/Kg IM ☐ 5 mg/Kg IV ☒
	MIDAZOLAM	— ml	0,1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml	2 mg/Kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G.L.A.	0.2.1 ml	8.4.000 UI/Kg IM
	MELOXICAM	0.08 mL	0.2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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 con o sin estímulos pre-quirúrgicos.

NOMBRE(S) DEL(OS) MV CIRUJANO(S): DIEGO CASTELLANOS
TARJETA PROFESIONAL: 09582
FIRMA:

NOMBRE DEL MV ANESTESIOLOGO: DIEGO ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 36054
FIRMA:

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/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, pero... 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 los días posteriores de lactancia, jaconas, tatos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

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

Además soy consciente y **ACEPTO _X_** o **RECHAZO _____ la declinación realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa)** voluntariamente se me han explicado y entendido, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por este asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a controversión alguna; exonerando de toda responsabilidad a terceros sas y al equipo médico que realiza el procedimiento. 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 acorde 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impetus sas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de identificación:
	1026518637

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 21/01/2025	HORA: 11:00 a.m.

OBSERVACIONES:

4372

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.026.558.637**

PRIETO CAPERA

APELLIDOS

CLAUDIA MARCELA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-NOV-1988**

GUAMO
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

14-DIC-2008 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500184 00760030-F-1026558637-20151925 0046021 6A01A 1 1203462955

4373



acueducto
EMPRESA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá ESP
NIT. 899.699.053-1

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA:1 CICLO: J1 RUTA:J11380

BIMESTRAL

10984974
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

42706603513
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de
JOSELIN BECERRA

Dirección del predio
CL 139 132A 15

Barrio: **TIBABUYES** Localidad: **SUBA**

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Periodo facturado	ENE/04/2025	MAR/04/2025
Pago oportuno	ABR/07/2025	Suspensión ABR/10/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
MAY/31/2025	MAR/22/2025 04:13:29	MAR/22/2025 11:24:15

¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambió
Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.

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

Llámanos 116

Envía 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.

20442

20419 18905 1/

4374

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CAMPAÑA ESTERILIZACIONES 2024

Bogotá ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

HISTORIA CLÍNICA: 20C-999-E-0

ARCHIVO N°: 990000013884966

FECHA: 03/04/2025

CÓDIGO: ESM-4

LUGAR DE LA JORNADA (PARQUE LA BOTA): Salón Comunal Equitania

TIPO DE ESTERILIZACIÓN: CHC ___ REC ___ CES ___ RELPAS ___ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Tara

COLOR: Gris

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: Mestizo | EDAD: 2 años | PESO: Kg 2.8 | RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___
OTRO: ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: 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: Luz Arminda Enciso Hernandez

DIRECCIÓN: KR 113D #145-38 AP 301

TELÉFONO: 323 232 8877

CÉDULA: 52 331 727

SEXO: M ___ F X

NACIONALIDAD: colombiano

CORREO ELECTRÓNICO: luze7216@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Noveno

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO X FAMILIAR ___

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X ¿CUÁL?

BARRIO: Tibabuyes

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71-Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: SI X NO ___

ÚLTIMO CELO: Marzo 2025

ÚLT. ESPARCIFICACIÓN: No Reporta

ÚLT. VACUNACIÓN: NS/NR X CANINOS: PARVO. / HEXAVALENTE: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: /

FELINOS: TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA: / RABIA: /

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: I. X II. III. IV. V. VI. E.

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PRE-QUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 120 l/m | F. RESPIRATORIA: 40 r/m | TEMPERATURA: 38.1 °C | TLC: 2 SEG | MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN			DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.13 ml.	2 mg/Kg IM X	1 mg/Kg IV ☐
	KETAMINA	0.28 ml.	5 mg/Kg IM X	3 mg/Kg IV ☐
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	MIDAZOLAM	— ml.	0.2 mg/Kg IV	
	PROPOFOL	— ml	2 mg/Kg IV	
POST OPERATORIO	PENICILINA G.B.A.	0.28 ml	17.000 U/Kg IM	
	MELOXICAM	0.1 ml	0.2 mg/Kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber informado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente a 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 con o sin soporte pos quirúrgico.

NOMBRE(S) DE (LOS) MV CIRUJANO(S): LIDA CARDONA
TARJETA PROFESIONAL: 31608
FIRMA: Lida

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: DIEGO ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 35854
FIRMA:

782

HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONSENTIMIENTO ESTERILIZACIONES 2024
CPS 3501 2024

BOGOTÁ
ALCALDÍA LOCAL DE
SUBA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/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, anestesicos anafilácticos, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclaran los riesgos que se pueden presentar, se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de unción, además de posible infección en el área por el uso posterior de cadenas, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irritan 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 realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entiendo, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna; exonerando de toda responsabilidad a Impecos sas y al equipo médico que realiza el procedimiento. 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, las 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impecos sas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir

Firma del Responsable/Tenedor:	No de Identificación:
JUZ. AZHIRDA EUCISO HERNANDEZ	52831727

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

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

ACTA DE REGISTRO DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 21/04/2024	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.331.727

ENCISO HERNANDEZ
APELLIDOS

LUZ ARMINDA
NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 23-DIC-1972
CHITA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

19-SEP-1990 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

enel Bogotá

1546568-1

MARGARITA MUNAR CASTRO
CL 120 D NO 145 38 AP 501
APTO 501
BOGOTA, D.C. - TIBABUYES



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

4372

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONVENIO ESTERILIZACIONES 2024

SUBA

fecha de la versión 21/01/2024

HISTORIA CLINICA: HC-965-24

MICROCHIP: 900000013796888

FECHA: 03/04/2025

CODIGO: ESC-4

LUGAR DE LA JORNADA: PARQUE LA BOTA Salón Comunal Gilmar

TIPO DE TENEDOR: DTC ___ ADC ___ CES ___ FELINAS ___ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Molly

COLOR: Blanco Gris

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Mestizo EDAD: 2 años PESO: Kg. 3 RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___
OTRO: ___

PRESENTA SIGNOS 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: Luz Armida Enciso Hernandez

DIRECCION: Kr 113 D 71-45-38 AP 301

TELEFONO: 333 232 8877

CEDULA: 52 331 727

SEXO: H ___ M X

NACIONALIDAD: colombiano

CORREO ELECTRONICO: luze7246@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: NOVENO

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO X FAMILIAR ___

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X CUAL: ___

BARRIO: Tibabuyes

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71 - Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGIA: SI NO

ULT. CELO: Marzo 2025

ULT. DESPARASITACION: NO Reporta

ULT. VACUNACIONES/TIPO: CANINO: PARVO: HEXAVALENTE: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: /

FELINOS: TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA: / RABIA: /

4. EXAMEN CLINICO

PRESENTA 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
120 l/m	40 r/m	38.4 °C	2 seg	Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.15 ml.	2 mg/kg IM ☐ 1 mg/kg IV ☒
	KETAMINA	0.15 ml.	5 mg/kg IM ☐ 5 mg/kg IV ☒
	MIDAZOLAM	— ml.	0.2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.3 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G.L.A.	0.3 ml.	17.000 UI/Kg IM
	MELOXICAM	0.15 ml.	0.2 mg/kg SC

OTROS EVENTOS ADVERSALES: Ninguno

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 Cirugía/Intervención/Procedimiento [esterilización/castración], quien lo manifestado de manera libre y voluntaria: ACEPTACIÓN X RECHAZO ___ para la realización del procedimiento con o sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE(S) DEL(OS) MVZ CIRUJANO(S): DIEGO CASTELLANOS
TARJETA PROFESIONAL: 09583

FIRMA:

NOMBRE DEL MV ANESTESIOLOGO: DIEGO ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 38554

FIRMA:

HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION CANINOS Y FELINOS

CONSECUTIVO ESTERILIZACIONES 2024

CPS 044-2024

BOGOTÁ
ALCALDÍA LOCAL DE
SUBA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquifectomía 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 metabólicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclaran los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se puedan evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lesiones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irritan y contaminan 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 realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa)** Adicionalmente se me han explicado y entiendo, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a controversion alguna; exonerando de toda responsabilidad a Impecos sas y el equipo médico que realice el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual ha sido informado, he comprendido y aceptado.

En consecuencia, habiendo sido 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impecos sas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Nombre del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
JUZ MELINDA ERASO H	52331727

Yo, _____ identificado con C.C. No. _____ En plenos y normal uso de mis facultades mentales, me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquifectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía.
RAZON:

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 21/04/2025	HORA: 0000 a.m.

OBSERVACIONES.

4378

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.331.727

ENCISO HERNANDEZ

LUZ ARMINDA





FECHA DE NACIMIENTO 23-DIC-1972
CHITA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
10-SEP-1991 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

enel Bogotá

1546566-1

MARGARITA MUNAR CASTRO

Entiende tu factura de energía

COMPORTAMIENTO CONSUMO

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

PUNTO DE ATENCIÓN ASESORADO

4380

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSULTORIO ESTERILIZACIÓN CANINA

BOGOTÁ ALCALDÍA DE SUBA

Fecha de Ingreso: 31/01/2025

HISTORIA CLÍNICA: HC-999-E-0

MICROCHIP: 990000013796892

FECHA: 03/04/2025

FOLIO: ESTE

LUGAR DE LA JORNADA (MARQUE LA DUDA): Suba Guaymaral Gaitana

TIPO DE TENEDOR: CHC ___ HEC ___ CAS ___ RECRIAS ___ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Hitens

COLOR: blanco Negro

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: mestizo EDAD: 1 años

PESO: Kg. 3.3

RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VACUNACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE: COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___ OTRO ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: BS/NH CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ CUAL ___

ORIGEN: BS/NH ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO X PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Santiago Esteban Daza Enciso

DIRECCIÓN: Kr 113D #145-38 AP 301

TELÉFONO: 333 2328877

CÉDULA: 1000 463 455

SEXO: M X F ___

NACIONALIDAD: Colombiano

CORREO ELECTRÓNICO: dazo7102@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRENDO X FAMILIAR ___

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X CUAL? ___

BARRIO: Tibabuyes

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71 - Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: X SI ___ NO

ULT. CELO:	DIST. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: MS/MR: X CANINOS: PARVO:	TRIPLE:	PENTAVALENTE:
Marzo 2025	No Reporta	FELINOS: TRIPLE FELINA:	RINOTRAQUEITIS: TRICENTRIO:	PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: I X II III IV V VI E

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 120 l/m — F. RESPIRATORIA: 40 r/a — TEMPERATURA: 38.1 °C — TLL: 2 seg — MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES	
PREANESTESIA	XILACINA	0.33 ml.	2 mg/Kg IM X	1 mg/Kg IV
	KETAMINA	0.03 ml.	5 mg/Kg IM X	5 mg/Kg IV
	MIDAZOLAM	— ml.	0,1 mg/Kg IV	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml.	2 mg/Kg IV	
PROFILÁCTICOS	PENICILINA G.S.A.	0.34 ml.	12.000 UI/Kg IM	
	MELOXICAM	0.12 ml.	0,1 mg/Kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber informado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la cirugía/anestesia/procedimiento (enfermedades/condición), quien ha comprendido de manera libre y voluntaria su ACEPTACIÓN X ___ para la realización del procedimiento con o sin complicaciones pre-quirúrgicas.

NOMBRE(S) DEL(OS) MV CIRUJANO(S): DIEGO CASTELLANOS
TARJETA PROFESIONAL: 19982

FIRMA:

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: DIEGO ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 20044

FIRMA:

HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINOS

CONVOCATORIA ESTERILIZACIONES 2025
CPS 2025 2024

BOGOTÁ
ALCALDÍA LOCAL DE
SUBA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/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 mal posterior de lesiones, jalones, tokos, 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 realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa)** Adicionalmente se me han explicado y 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 contravenciones alguna; exonerando de toda responsabilidad a Impecos sas y el equipo médico que realiza el procedimiento. 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 prevención 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impecos sas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Tipo de Identificación: 1000463455

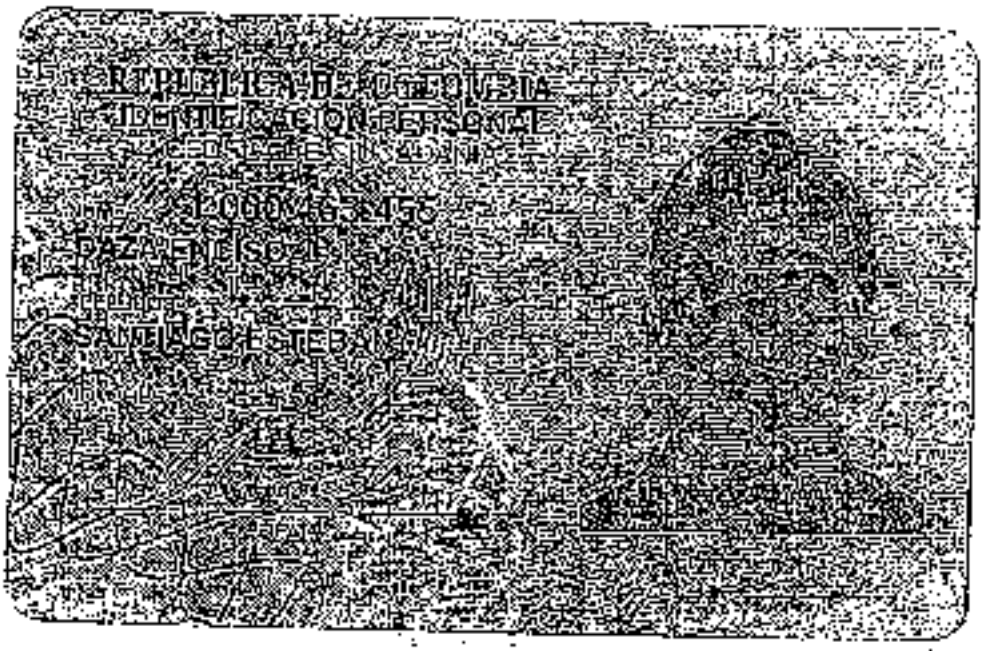
Yo, _____ identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

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

8. CITA DE RETIRO DE CANINOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 21/04/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
1.000.465.456
PAZ ENRIQUE
SANTIAGO


FECHA DE NACIMIENTO 02-SEP-2003
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.69
A+
M
ESTATURA
G.S. RH
SEXO
06-SEP-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL

enel Bogotá

1546568-1

MARGARITA MUNAR CASTRO
KR 113 D 147 145 38 AP 301
APTO 301
BOGOTA, D.C. - TIBABUYES

Entiende tu factura de energía

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

PUNTOS DE ATENCIÓN

enel

4383

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
INSTITUTO CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSULTORIO ESTERILIZACIONES

BOGOTÁ HUMANITARIA SUBA

Versión de la versión 21/01/2025

HISTORIA CLÍNICA No. 999-8-0

MICROCHIP: 990000013796889

FECHA: 03/04/2025

CÓDIGO EST-4

LUGAR DE LA JORNADA (PARQUE, LA ESCUELA, SALÓN COMUNAL, ETC.): Salon Comunal Santa Rosa

TIPO DE TENEDOR: CIUC ___ REC ___ CES ___ RELPAS ___ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Candy

COLOR: Blanco - Negro

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Mestizo EDAD: 2 años PESO: Kg 3,2 RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VACUNACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___
OTRO ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Lino Marcela Lopez Guevara

DIRECCIÓN: Kr 124 #128c-24 Pi 2

TELÉFONO: 323 698 0712

CÉDULA: 1015 436 884

SEXO: M ___ F X

NACIONALIDAD: Colombiano

CORREO ELECTRÓNICO: linolopez.1725@hotmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Noveno

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRENDO X FAMILIAR ___

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X ¿CUÁL? ___

BARRIO: Tibabuyes ESTRATO: 2 LOCALIDAD: SUBA UPZ: 71 - Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: SÍ X NO ___

ULT. CELO: Marzo 2025

ULT. DESPARASITACIÓN: NO Reporta

ULT. VACUNACIÓN: NS/NR ___ CANINOS: PARVO: RABIA: TRIPLE FELINA: PENTAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: 1

FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA: Enero 2025

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PRE-QUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 128 l/m F. RESPIRATORIA: 44 r/m TEMPERATURA: 38.1 °C TLLC: 2 seg MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES	
PREANESTESIA	XILACINA	0.32 mL	2 mg/Kg IM X	3 mg/Kg IV ☐
	KETAMINA	0.32 mL	5 mg/Kg IM X	5 mg/Kg IV ☐
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	MIDAZOLAM	— mL	0.1 mg/Kg IV	
	PROPOFOL	— mL	2 mg/Kg IV	
POST-OPERATORIO	PENICILINA G P.A.	0.32 mL	17.000 UI/Kg IM	
	MELOXICAM	0.16 mL	0.2 mg/Kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Dueño y/o Acompañante) acepto este documento previo conocimiento de haber leído el responsable o tenedor, la información completa sobre el procedimiento quirúrgico y especialmente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomía/Orquiectomía (esterilización/castración), que la manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACIÓN X RECHAZO ___ para la realización del procedimiento que se mencionan pre quirúrgicos.

NOMBRE(S) DEL(OS) MV CIRUJANO(S): LOA CARDENAS
TARJETA PROFESIONAL: 11628
FIRMA:

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: DIEGO ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 36954
FIRMA:

291

HISTORIAS CLÍNICAS ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024

CPS-999-2024

BOGOTÁ
ALCALDÍA LOCAL DE
SUBA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclaran los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el no posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños pesos y otras sustancias que irriten y entumbren 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 realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entiendo, 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; exonerando de toda responsabilidad a Impecos sas y al equipo médico que realiza el procedimiento. 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 el presente 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 cumplir 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impecos sas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Luna Marcela Jaez G	1015426384

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

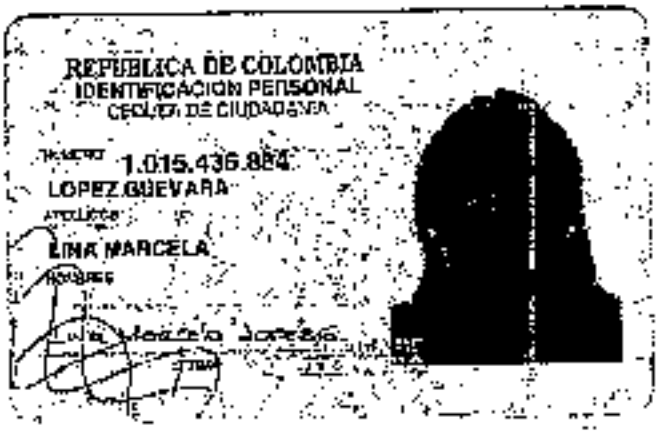
Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación:	

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 21/04/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:

4384



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

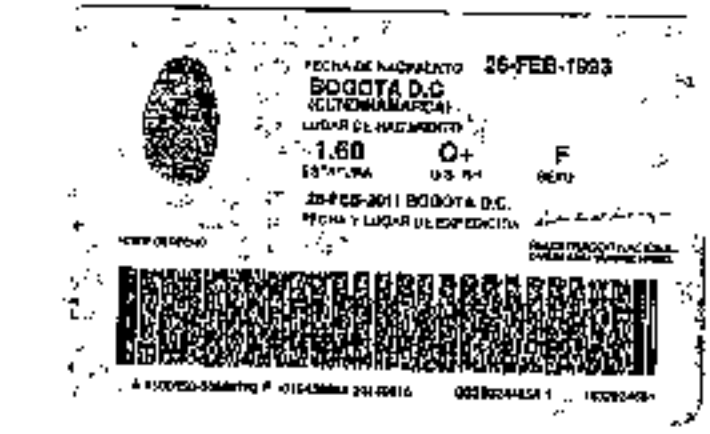
NUMERO 1.015.436.884

LOPEZ GUEVARA

APELLIDOS

LINA MARCELA

NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 26-FEB-1993

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

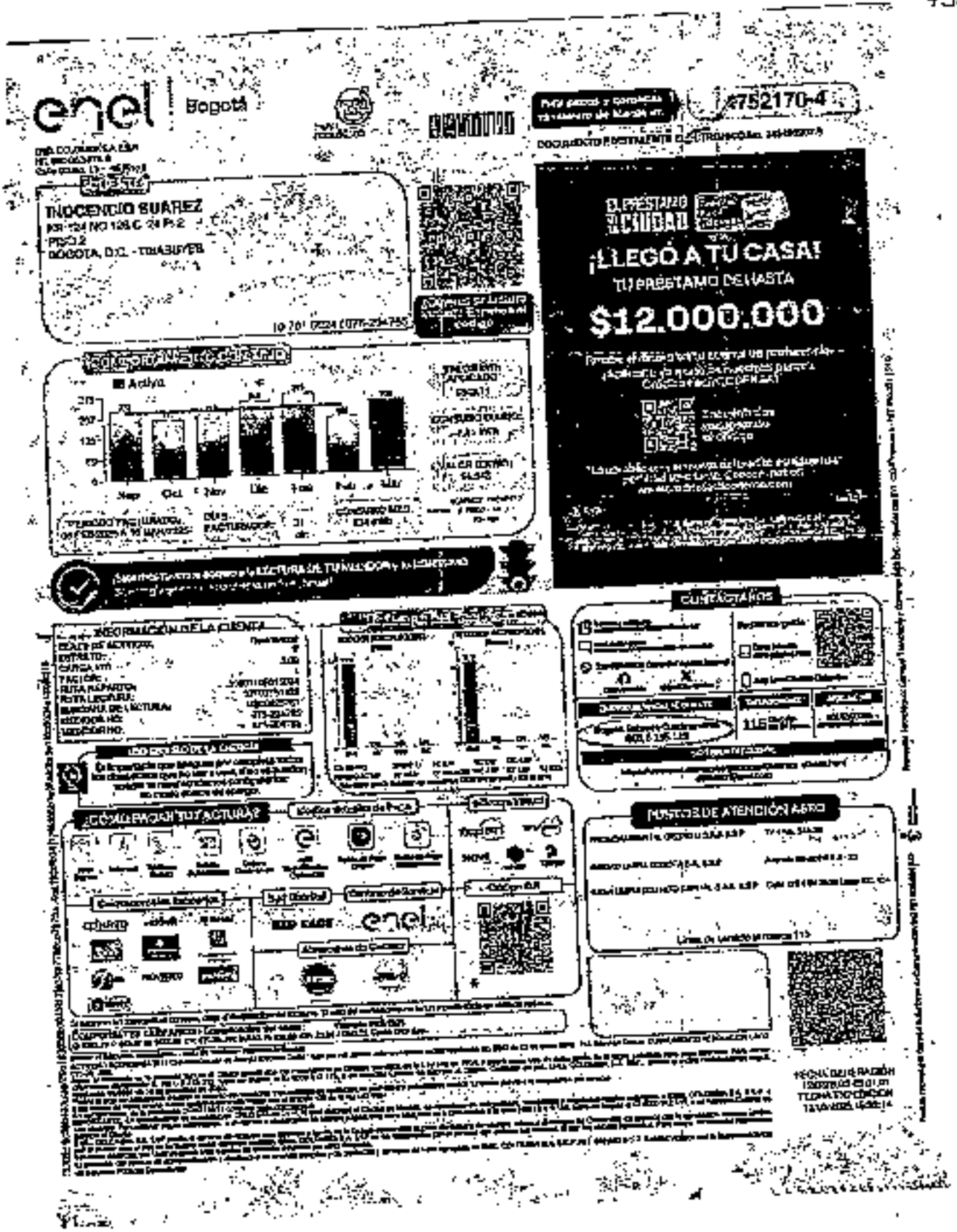
1.60 O+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

26-FEB-2011 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION




enel
Bogotá
INOCENCIO SUAREZ
BOGOTA, D.C. - TEUSAQUEN
¡LLEGÓ A TU CASA!
TU PRÉSTAMO DE HASTA
$12.000.000
¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?
PUNTOS DE ATENCIÓN ABRO

4386

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONVENIO CELEBRADO EN 2024

BOGOTÁ — SUBA

Fecha de la versión: 21/01/2025

HISTORIA CLÍNICA: HC-999-50

MICROCHIP: 990000013796891

FECHA: 02/04/2025

CÓDIGO: EST-4

LUGAR DE LA JORNADA (BARQUE LA BOTA): Salón Comunal La Gaitana

TIPO DE TENEDOR: CHC __ REC __ CPS __ RECRÁS __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Kitty

COLOR: Negro Amarillo

ESPECIE: CANINO __ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO __

RAZA: Mestizo

EDAD: 2 meses

PESO: kg 2.5

RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI __ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI __ NO X
AGRESIVIDAD __ MIEDO __ ANSIEDAD __
OTRO: ____

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: Ualo Barrero Olvar

DIRECCIÓN: CL 134 A No 124 C 14

TELÉFONO: 3114481602

CÉDULA: 52.096.657

EDAD: 34 años

NACIONALIDAD: Colombiana

CORREO ELECTRÓNICO: 3114481602@sincorreo.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: primaria

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA X ARRIENDO __ FAMILIAR __ SI __ NO X ¿CUÁL? ____

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: ____

BARRIO: La Gaitana

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71 – Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: SI X NO __

ÚLT. CELO: Marzo 2025

ÚLT. DESPARASITACIÓN: Enero 2025

ÚLT. VACUNACIÓN: NS/NR: __ CANINO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA:

FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA: enero 2025

4. EXAMEN CLÍNICO

SIGNOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI __ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: (I) II III IV V VI E

CONDICIÓN CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 120 l/m

F. RESPIRATORIA: 40 r/m

TEMPERATURA: 38.1 °C

TLC: 2 seg

MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

BASE DE PROTOCOLO	MEDICACIÓN		DOSIS/VÍAS/APLICACIONES	
PREANESTESIA	KETAMINA	0.25 mL	2 mg/Kg IM X	5 mg/Kg IV
	KETAMINA	0.25 mL	5 mg/Kg IM	5 mg/Kg IV
	MIDAZOLAM	— mL	0.1 mg/Kg IV	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— mL	1 mg/Kg IV	
POST OPERATORIO	PENICILINA G.A.	0.25 mL	17.000 UI/Kg IM	
	MELOXICAM	0.1 mL	0.1 mg/Kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), escribe este documento como constancia de haber: a) dado 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 con estos anteriores preanestésicos.

NOMBRES Y APELLIDOS DEL(OS) MV CIRUJANO(S): DIEGO CASTELLANOS
TARJETA PROFESIONAL: 79584

FIRMA

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: DIEGO ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 96954

FIRMA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/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: partos regulares o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclaran los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifieste como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de fondones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irritan 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 consiente y ACEPTO _X__ o RECHAZO _____ la declinación realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y 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; exonerando de toda responsabilidad a Impecos sas y al equipo médico que realiza el procedimiento. 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. DI

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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impecos sas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
	52.096.637

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 21/04/2025	HORA: 10:00 a.m

OBSERVACIONES:

4387

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
52.096.657

BARRERO OLIVAR

LIGIA



FECHA DE NACIMIENTO 28-SEP-1967
ESPINAL
(TOLIMA)
1.51 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
11-DIC-1989 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

4300

Bogotá

Para pagos y consultas Gráficamente de clientes 1571788-4

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 830059644-9

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 0451804284

CLIENTE

JORGE E MARTINEZ
CL 134 A NO 124 C 14
BOGOTA, D.C. - LA GAITANA

08 710 6385 / 057-850528

EL PRÉSTAMO DE LA CIUDAD

¡LLEGÓ A TU CASA!

TU PRÉSTAMO DE PAGA

$12.000.000

Crédito sujeto a condiciones

Electrónico disponible en Google Play

www.creditosdelaciudad.com

CRÉDITOS DE CONSUMO

COMPORTAMIENTO CONSUMO

El Activo

VALOR kWh APLICADO $843,71

CONSUMO DIARIO: 4,67 kWh

VALOR DIARIO: $3.500

Sep Oct Nov Dic Ene Feb Mar

PERÍODO FACTURADO: de FEBRERO 6 a DE MARZO 05

DÍAS FACTURADOS: 28

CONSUMO MES 144 kWh

INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	6,58
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	600078P0136135
RUTA LECTURA:	0108P1N0135
MANZANA DE LECTURA:	MB0059T1033
MEDIDOR 1Ø:	057-850528
MEDIDOR MD:	057-850528

CALIDAD DEL SERVICIO

DURACIÓN (minutos) — FRECUENCIA (Veces)

CONTÁCTANOS

Pagos en línea aquí

Zona privada en Enel Colombia Virtual

App Enel Clientes Colombia

Bogotá, Soledad y Cundinamarca 601 5 115 115

Whatsapp 115 Opción 3 Nueva

Página Web

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Telefónico Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Digital

Centros de Servicio

Código QR

Almacenes de Cadena

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S. E.S.P. — Cra 4 No. 61A-75

CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P. — Avenida Domingo [illegible]

JUAN CAMPA DISTRITO CAPITAL, S.A.S. E.S.P. — Calle 129 # 54 [illegible] Local 03-185

Línea de servicio al cliente 115

FECHA GENERACIÓN: 10/03/2025 01:54:25
FECHA EXPEDICIÓN: 10/03/2025 17:08:11

Proveedor Tecnológico: Unisys Procesos y Servicios UNI S.A. - Nit 800.251.440-6

122777

Redeban

CORRESPONSAL BANCOLOMBIA - CADE LA GAITANA
TV 126 133 32 BOGOTA

RECAUDO

$69.720

$142.230

PAGO OPORTUNO
19 MAR /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN
21 MAR/2025

1571788-4

04 ABR /2025

Situación encontrada: Normal

SUBTOTAL: $72.507

Bancolombia es responsable por los servicios prestados por el CB. El CB no puede prestar servicios financieros por su cuenta. Verifique que la información en este documento esté correcta. Para reclamos comuníquese al CIBOGOTA26S. Conserve este recibo como soporte.

COMERCIO

Otros cobros de productos y servicios

TOTAL REFERENCIA $72.510

TOTAL OTROS: $0

ASEO

AREA LIMPIA

SUSCRIPTOR: AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL SAS ESP

CICLO: 5

RUTA: BD1146494-9

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

CUENTA CONTRATO: 10786497

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No.: 345150429-0

PERIODO DE FACTURACIÓN: 01.02.2025 a 28.02.2025

DÍAS LIQUIDADOS: 28

HISTÓRICO DE CONSUMO

Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb
64437	64878	65457	65290	65238	69748

ESTADO DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$118.004
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-48.481
ASEO - AJUSTE A LA DECENA CREC	$-3

DATOS DEL USUARIO

USO:	Residencial
ESTRATO:	2
SUSCRIPTOR:	AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL SAS ESP
DIRECCIÓN:	CL 134 BIS 58 A 20

USUARIOS	Suspendidos	Desconectados
Residenciales	3	0
No residenciales	0	0

COSTOS DE LA PRESTACIÓN

COSTO PUD TOTAL	COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE	VOLÚMENES APROVECHABLES
$80.104,01	$30.601,32	$167.837,38

TOTALES FACTURACIÓN SUBSIDIOS

BARRIDO:	0.00263099
LIMPIEZA URBANA:	0.00105817
RECAUDO DEL APROVECHAMIENTO:	0.00001623
EFECTIVAMENTE APROVECHADAS:	0.25158824
RESIDUOS NO APROVECHABLES:	0.05
APORTE NO APROVECHABLE:	0.00

MEDIA GARANTÍA: 0

TOTAL ASEO: $69.720

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

MENSAJES DE INTERÉS

NÚMERO DE CLIENTE
1571788-4

Documento Equivalente Electrónico No. 345150429-0

(415)7707209014449850700(8157178845450(3900)142230(96)20250319

PAGO OPORTUNO
19 MAR /2025

TOTAL A PAGAR
$142.230

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES FELINAS Y CANINAS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024

BOGOTÁ MODERNA CON TODA
SUBA
4589

HISTORIA CLÍNICA: HC-993-F-D
MICROCHIP: 990000013796893
FECHA: 03/04/2024
CÓDIGO: EST 4

LUGAR DE LA JORNADA: (PARQUE LA SOTA) Salon Comunal Tabaco
TIPO DE TENENCIA: PAC ___ HEC ___ CES ___ RESCATE ___ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Heidy
COLOR: Blanco- Negro
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X
SEXO: HEMBRA X MACHO ___
RAZA: Mestizo
EDAD: 10 meses
PESO: Kg 3.3
RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___
OTRO: ___
EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X
TIPO DE ALIMENTACIÓN: 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: Lorena Lucero Lemus Garzon
DIRECCIÓN: Dg 150 142 40 T02 Ap 913
TELÉFONO: 3015575711
CÉDULA: 1023 888 339
SEXO: M ___ F X
NACIONALIDAD: colombiano
CORREO ELECTRÓNICO: lorenalemus1404@gmail.com
NIVEL DE ESCOLARIDAD: secundaria
TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO X FAMILIAR ___
TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X CUAL? ___
BARRIO: Tibabuyes II
ESTRATO: 2
LOCALIDAD: SUBA
UPZ: 71 - Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: X SI ☐ NO

ÚLT. CELO: DIC 2024
ÚLT. DESPARASITACIÓN: NO Reporto
ÚLT. VACUNACIÓN: NS/NR X CANINOS: PARVO: / HEXAVALENTE: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: /
FELINOS: TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / RABIA: /

4. EXAMEN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PRE-QUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 120 l/m
F. RESPIRATORIA: 40 r/m
TEMPERATURA: 38.1 °c
TLLC: 2 seg
MUCOSAS: Rosado
OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO		MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES	
PREANESTESIA	XILACINA	0.3	mL	2 mg/Kg IM X	2 mg/Kg IV ☐
	KETAMINA	0.3	mL	5 mg/Kg IM X	5 mg/Kg IV ☐
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	MIDAZOLAM	—	mL	0,1 mg/Kg IV	
	PROPOFOL	—	mL	2 mg/Kg IV	
POST QUIRÚRGICO	PENICILINA G.B.	0.35	mL	30.000 UI/Kg IM	
	MELOXICAM	0.15	mL	0,2 mg/Kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), prescribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y especificamente los riesgos asociados con la Ovariohisterectomía/Orquiectomía (esterilización/castración), quien he cumplimentado de manera libre y voluntaria su ACEPTACIÓN X RECHAZO para la realización del procedimiento con o sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE(S) DEL(OS) MV CIRUJANO(S): DIEGO CASTELLANOS
TARJETA PROFESIONAL: 0082
FIRMA:

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: DIEGO ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 26954
FIRMA:

RESOLUCIÓN CLÍNICA DE ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONSENTIMIENTO ESTERILIZACIONES 2014
CPS No 2014

BOGOTÁ ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO** _X_ o **RECHAZO** _____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y 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; eximiendo de toda responsabilidad a terceros sea y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En consecuencia, 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impecos sas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:

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.	Firma:
Nro. Identificación:	

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 21/04/2015	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.023.888.339
LEMUS GARZON

APELLIDOS
LORENA LUCERO

FIRMA





HUELLA DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-MAY-1989
TOCANCIPA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

21-SEP-2007 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-1500150-01008911-F-1023888339-20191001 00679 0579A 2 9610337431

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Para el reparto ZONA:1 CICLO: H1 RUTA:H1S3175 BIMESTRAL

12631629	41351585413
Cuenta contrato Núm. de identificación de este predio	**Número para pagos** Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico aquí

Período facturado ENE/01/2025 MAR/01/2025

Pago oportuno ABR/04/2025 | Suspensión ABR/09/2025

Fecha estimada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
MAY/28/2025	MAR/19/2025 04:54:19	MAR/19/2025 10:40:49

¡Hola!

Factura a nombre de
MIRADOR DEL PARQUE FIDUCIARIA

Dirección del predio
DG 150 143 40 TO 2 AP 913

Barrio: TERRUYES II Localidad: SUBA

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambió
Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.

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

Bogotá 116 Acueducto

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

cadena

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSULTORIO ESTERILIZACIONES 2025

BOGOTÁ — SUBA

4397

HISTORIA CLÍNICA: HC-999-[illegible]

MICROCHIP: 990000013796900

FECHA: 03/04/2025

CÓDIGO: [illegible]

LUGAR DE LA JORNADA (PARQUE LA BOTA): Salón Comunal Guaymaral

TIPO DE TENEDOR: CHC __ IUC __ CES __ PEUPAS COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Molly

COLOR: Negro

ESPECIE: CANINO __ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO __ | RAZA: mestizo | EDAD: Otro | PESO: 3 kg | RAZA DE AGARRE ESPECIAL: SI __ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE: COMPORTAMIENTO: SI __ NO X; AGRESIVIDAD __ MIEDO __ ANSIEDAD __; OTRO: _____

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI __ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: CASERO __ CONCENTRADO X MIXTO __ OTRO __

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Claudia Patricia Romero Garzon

DIRECCIÓN: CL 132A 158 16

TELÉFONO: 3209131935

CÉDULA: 52 411 749

SEXO: M __ F X

NACIONALIDAD: Colombiana

CORREO ELECTRÓNICO: 3209131935@hotmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Secundaria

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA __ ARRIENDO X BASULAR __

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI __ NO X ¿cuál? _____

BARRIO: Santa Cecilia

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 31 - Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

ÚLT. CELO: Abril 2025

ÚLT. DESPARASITACIÓN: No reporta

ÚLT. VACUNACIÓN: RS/NR __ CANTIDAD PARVO: __ HEXAVALENTE: __ TRIPLE: __ TRIVALENTE: __ PARAINFLUENZA Y HEPATITIS: __ FELINOS: TRIPLE FELINA __ LEUCEMIA: __ RABIA: Marzo 2025.

APTO PARA CIRUGÍA: SI X NO __

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI __ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: I X II III IV V VI E

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 120 l/m | F. RESPIRATORIA: 40 r/m | TEMPERATURA: 38.1 °C | TLLC: 2 seg | MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES	
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 mL	2 mg/Kg IM X	1 mg/Kg IV __
	KETAMINA	0.3 mL	5 mg/Kg IM X	5 mg/Kg IV __
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	MIDAZOLAM	— mL	0,1 mg/Kg IV	
	PROPOFOL	— mL	2 mg/Kg IV	
POST OPERATORIO	PENICILINA G LA.	0.3 mL	37.000 UI/Kg IM	
	MELOXICAM	0.12 mL	0,2 mg/Kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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 Ovario histerectomía/Orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACIÓN/__ RECHAZO ___ para la realización del procedimiento con el alcance descrito anteriormente.

NOMBRE(S) DEL(OS) MV CIRUJANO(S): DIEGO CASTELLANOS
TARJETA PROFESIONAL: 39987
FIRMA:

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: DIEGO ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 39954
FIRMA:

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONVENIO ESTERILIZACIONES 2024
1214-999-2024

BOGOTÁ
ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
SUBA

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

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar, Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se puedan evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uno posterior de lesiones, jalones, talcos, aplicación de antipulgas, baños salvo 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 implementación 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 realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa)** Adicionalmente se me han explicado y entiendo, 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; exonerando de toda responsabilidad a Impecos sas y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual ha sido informado, he comprendido y aceptado.

En consecuencia, 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 presente, **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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impecos sas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Claudia P Romero	CC 52 411 744

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALÓN COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 21/04/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:

4393

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.411.749
ROMERO GARZON
APELLIDOS

CLAUDIA PATRICIA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-FEB-1976
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

20-JUN-1994 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00409245-F-0052411749 20121101 0031566952A 2 1972093669

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá - ESP
NIT. 899999094-1

Número Autorización derecho Reglamentación Legal

Para el reparto ZONA:11 CICLO: 04 RUTA:J11377A BIMESTRAL

11957267
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

41352876514
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de
MARIA CONSUELO ROMERO GARZON

Dirección del predio
CL 139A 158 16

Barrio: SANTA Localidad: SUBA

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Periodo facturado	ENE/04/2025	MAR/04/2025
Pago oportuno	ABR/07/2025	Suspensión ABR/16/2025
Fecha esperada proxima lectura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
MAY/01/2025	MAR/22/2025 04:16:09	MAR/22/2025 11:14:29

¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambió
Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.

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

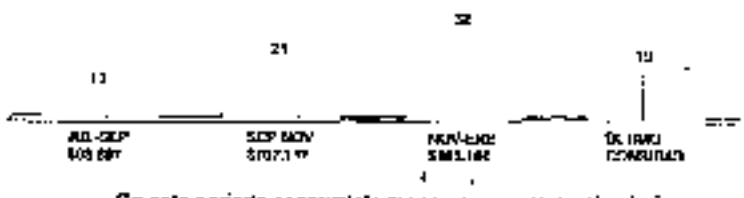
Llámanos **116** Acueducto

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

Cadena

Tu consumo en este período

En los períodos anteriores tu promedio de consumo fue 21



Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

En este período	Promedio al día
19.000	317

En este período consumiste menos agua que en el anterior.

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período 2155 — Facturado con Consumo promedio
Lectura anterior 2148 — Clase: prepago
Tu consumo este período 7 — Descargas fuente alterna 0

Datos de tu medidor

Marca: WATERTECH ITALIA — Tipo: VELOCIMETRO
Serie 11-328804 — Diámetro pulgadas 3/4

Para reducir tu consumo, recuerda:

- Ducharte en 3 minutos para cuidar tu consumo
- Tener siempre un balde en la ducha para reutilizar el agua recogida
- Cerrar la llave al enjabonarse las manos

Tu cobro en este período

Acueducto	+ Alcantarillado	+ Otros cobros	Escanea y paga virtual
$51.150,96	$48.123,79	$25.333-	

Consulta el detalle de estos cobros en las tablas numeradas de abajo

Total ingresos del período — = Total a pagar — $73.943

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

Detalle de tu consumo este bimestre

1 Acueducto

	Cant.	Valor unitario	%	Tarifa	Total
Cargo fijo residencial (mes)					
Consumo residencial básico (m³)					
Consumo residencial suntuario básico (m³)					
Cargo fijo no residencial (mes)					
Consumo no residencial (m³)					
Subtotal					

2 Alcantarillado

	Cant.	Valor unitario	%	Tarifa	Total
Subtotal					

Tarifa Vital (Acueducto) — Tarifa Plena (Alcantarillado)

Si tienes Tarifa Vital en tu hogar (estrato 1 o 2) y pagas puntual en este período, recuerda que el mes siguiente podrás pedir por única vez (solicitud) el diferido sin intereses de cargo fijo y consumo básico (ítems 1 y 2).

Tarifa subsidiada

Cupo básico (Consumo básico (3 m3))
Tarifa consumo básico
Tarifa consumo superior a básico (3 m3)
Tarifa consumo suntuario

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
Subtotal	

4 Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

5 Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

6 Deudas en estudio

Concepto	Valor
Subtotal	

7 Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	

Paga en la página web, app o oficinas

Nequi · Claro pay · Daviplata · Efecty · Puntos Colombia · puntored · Almacenes

Para opciones de débito automático y otros medios de pago

Ver CAUE CSP en las oficinas comerciales de Acueducto Bogotá, Soacha, Girardot, Ricaurte, Mosquera, Madrid, Funza, Cota, Chía, Sopó, Tocancipá, Gachancipá, Zipaquirá, Cajicá, Tabio, Tenjo, Subachoque y El Rosal

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$73.943

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No

(415)7707200485271(8020)H13588789140132000000000007164.1

16741

31484 15491 2

4395

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN CANINAS Y FELINOS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN CANINA
CENSO Y CARACTERIZACIÓN CANINA

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS
SUBA
Fecha de elaboración 21/01/2025

HISTORIA CLÍNICA: HC-SS91-0
MICROCHIP: 990000013796896
FECHA: 03/04/2025
CODIGO: EST-4

LUGAR DE LA JORNADA: (PARQUE LA BOTA) Salón Comunal Tibabuyes

TIPO DE TENEDOR: CHC __ RDC __ CPS __ RELPAS __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: LILO
COLOR: Negro
ESPECIE: CANINO __ FELINO X
SEXO: HEMBRA X MACHO __
RAZA: Mestizo
EDAD: 2 años
PESO: Kg. 3
RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI __ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI __ NO X
AGRESIVIDAD __ MIEDO __ ANSIEDAD __
OTRO: _____

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI __ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: BS/HR __
CASERO __ CONCENTRADO __ MIXTO X
OTRO: _____

ORIGEN: N/N __ RESCATADO __ COMPRADO __ ADOPTADO __ REGALADO X PERRO DE CUADRA __ OTRO __

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Johhan Orlando Herrera Moreno
DIRECCIÓN: TV 126D 132B-8
TELÉFONO: 318 421 0425
CÉDULA: 1073 233 033
EDAD: 24
NACIONALIDAD: colombiano
CORREO ELECTRÓNICO: johhan-8888@hotmail.com
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Secundaria
TIPO DE VIVIENDA: PROPIA __ ARRIENDO X FAMILIAR __
SUFRE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI __ NO X ¿CUÁL? _____
BARRIO: Tibabuyes
ESTRATO: 2
LOCALIDAD: SUBA
UPZ: 71 - Tibabuyes

3. HALLAZGOS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: X SI NO

ULT. CELO: DIC - 2024
ULT. DESPARASITACIÓN: NO Reporta
ULT. VACUNACIÓN: ENS/RA Y CANINOS PARVO: / HEXAVALENTE: / TRIPLE: / TETRAVALENTE:
FELINOS TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / RABIA: /

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI __ NO X
SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno
HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno
CLASIFICACIÓN ASA: (I) II III IV V VI E
CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 128 l/m
F. RESPIRATORIA: 40 r/m
TEMPERATURA: 38.1 °C
TLLC: 2 seg
MUCOSAS: Rosado
OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES	
PREANESTESIA	XILACINA	0.15 mL	2 mg/Kg IM ☐	2 mg/Kg IV ☒
	KETAMINA	0.15 mL	5 mg/Kg IM ☐	5 mg/Kg IV ☒
	MIDAZOLAM	— ml	0,1 mg/kg IV	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.4 ml	2 mg/kg IV	
POST OPERATORIO	PENICILINA G.S.A.	0.3 mL	22.000 UI/Kg SC	
	MELOXICAM	0.12 mL	0,2 mg/Kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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 Cirugía/Ovariectomía/Orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACIÓN X RECHAZO ___ para la realización del mismo con o sin protocolos pre quirúrgicos.

NOMBRE(S) DE(LOS) SUPERVISOR(ES): LIDA CARDENAS
TARJETA PROFESIONAL: 31648
FIRMA: [signature]

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: DIEGO ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 36954
FIRMA: [signature]

ESTERILIZACIÓN CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024

CPS 389 2024

BOGOTÁ
ALCALDÍA LOCAL DE
SUBA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/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 metabólicas e incluso la muerte.

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO _X__ o RECHAZO ____**, la declinación **realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía** (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entendido, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de lo cirugía y sin derecho a contravención alguna; exonerando de toda responsabilidad a Impecsas y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, la cual es 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 contenida en este documento.

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación: 1083 233033

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

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

8. HOJA DE REGISTRO DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 27/04/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:

4396

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.073.233.033
HERRERA MORENO
APELLIDOS
JOHNAN ORLANDO
NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 16-AGO-1996
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
24-AGO-2014 NOGUERA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION



Por favor doble 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.

Solicita tu factura en línea y págala a través del botón Bancolombia o PSE

Tan fácil tenerla, tan fácil y seguro que es pagarla.

Solicita tu factura en línea aquí



Mundo digital Vanti

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

Pagos electrónicos en otras entidades

Botón PSE · Banca Bancolombia

Escanea para pagar tu factura

Descarga la app para pagar tus facturas de una o varias cuentas contratos en una sola transacción

Redeban · Baloto · Bancolombia · BBVA · Davivienda · Banco de Occidente · Banco Popular · Banco Caja Social · Bancolombia · Nequi · Grupo Éxito · Carulla · Carulla · dale

*Puede aplicar costo de transacción débito o crédito.

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

Puntos Presenciales

Corresponsal Banco BBVA
Corresponsal Bancolombia Colpatria
Corresponsales Grupo Vanti

Corresponsales Banco Davivienda
Red GANA
Puntos GANA autorizados

Cajeros Superfinales
Red Multicolor

*Si cuentas con chequera, debe ser de gerencia y a nombre de Vanti S.A. ESP.

Eficiencia energética

Reducir el consumo contribuye a 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
Fija: 01 8000 919 052 Móvil: 164

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

Por favor doble y rasga para abrir la factura

¡Hola!

15.600

13- febrero

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

ANA CECILIA ROA
TV-[illegible]328 B 00001 - TEABUYES
BOGOTA

Medidor Gas No. 5007189-141112

Lote: P10GN Ruta: 3011770541 I20056010 Código del Sector: 281

Cuenta o referencia de pago **60975117**

vanti listo

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:



CON REGRESA A CLASE Y SÚPER ! GANA UN

Escanea el código QR y participa aquí

Usando tu cupo Vanti Listo por un monto igual o superior a $3.500.000*

Promo vigente del 13 de enero al 28 de febrero de 2025

Paga a cuotas a través de tu factura de gas natural

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gases de la Guajira S.A. ESP. Concurso válido para personas naturales mayores de edad, residentes en Colombia, que cuenten con el servicio de gas natural prestado por el Grupo Vanti. Aplican condiciones y restricciones de la política de Financiación, consultarla en grupovanti.com/tratamiento-de-datos/. Compra válida entre los días [illegible] de enero hasta el 28 de febrero de 2025 a través de [illegible] y participación, se entregarán en total 20 bonos regalo.

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

Atención telefónica
Lunes a viernes 7 a.m. a 5 p.m.
Sábado 7 a.m. a 1 p.m.

Línea gratuita 01 8000 942 794
Bogotá (601) 307 6121
Bucaramanga (607) 685 4755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164
Mi Vanti en línea
https://migruposurti.com/

Recuerda que puedes elegir el canal de preferencia para comunicarte conforme a la Ley 2300 de 2023.

Practi
Comprobante de Pago
Id de
Transaccion:[00693575 4;
Fecha:2025-02-14
09:56:57,
Producto:Facturas Gas y
Energia
Numero:3046705257
Monto:$46,600
Respuesta:Pago Exitoso
Codigo
autorizacion:091153
Nota:
Banco:Colpatria
Codigo Convenio:258
Nombre
Convenio:VANTI SA-
GAS NATURAL
NUEVO
Referencia:60975117
terminal:3860
Url:https://dw.praxbiz.we
b=2da0b21e871e36b7
Reenviar SMS
Vuelva Pronto! Gracias.

Factura de gas

Enero 2025

60975117

energía

vantiv.

Más formas de vivir mejor

3

Periodo facturado
Dic. - Ene. 2024

4

Emisión de tu factura
28 Ene. 2025

Cantidad facturada [A]	Valor unitario [B]	IVA [C]	Subtotal [A]x[B]+C
2143	2.470,05	0,00	4.350,00
37003	2.815,49	0,00	00.308,00
1.000	-28.154,00	0,00	-28.154,00
1.000	-3,86	0,00	-3,50
1.000	1.350,14	2.153,48	13.443,00

1 – Total $46.600,00

Cuota N°	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A

2 – Total $0,00

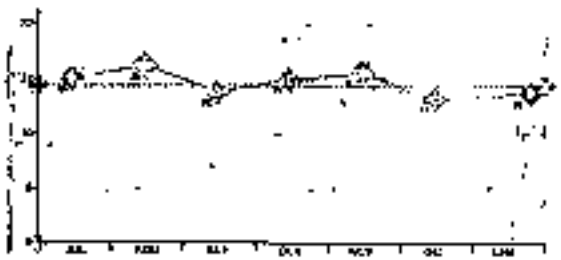
3 – Valor facturas vencidas
$0,00

Total a pagar $46.600,00

Pagá por

Escanee el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Lectura actual		Lectura anterior		Días de consumo
Fecha		Lectura	Tipo	
23 Dic. 2024		3709	REAL	
24 Ene. 2025		3737	REAL	

m³ consumidos: 3737 - 3709 * Factor de corrección = 22

Tu próximo factura será

Entre 18 y el 23 de Febrero

Novedades de tu factura

Observaciones

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $60.350

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria
31 Mar. 2028

Agenda tu revisión aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $2400.

Oct. $2250 Nov. $2362 Dic. $2362

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

Componentes tarifarios

Comercialización	Transporte $1400	Almacenamiento	Distribución
Restricciones	Confiabilidad	Gestión	Variación
Compra de Gas	Ajuste $2475	Subsidio	Contribución

Nota: El consumo en kWh de gas equivale a 10

Valor promedio del kWh en el mes: $241

Factor de corrección

Alturas	Presión	Temperatura	Factor
Volumen	Presión	Temperatura	Factor
Altura	Presión	Factor	

Factor de corrección

Indicadores de calidad

SAIDI 1000 SAIFI 0,00 ICC 1000 UNE 1000





(415)7709998025025(8220)60975117(3900)0000000000(96)000



4395

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN CANINA
CONSECUTIVO ESTERILIZACIONES 2024

BOGOTÁ ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

Fecha de la versión: 23/01/2023

HISTORIA CLÍNICA: HC-990-5-0 | MICROCHIP: 990000013796894 | FECHA: 05/01/2025 | CÓDIGO: ES1-4

LUGAR DE LA JORNADA (PARQUE LA BOTA): Salón Comunal Suba

TIPO DE INTERVENCIÓN: CHC __ REC __ CES __ RELEVA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Luna | COLOR: Pardo

ESPECIE: CANINO __ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO __ | RAZA: Mestizo | EDAD: 7 meses | PESO: Kg. 24 | RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI __ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI __ NO X
AGRESIVIDAD __ MIEDO __ ANSIEDAD __
OTRO: _____

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI __ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: 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: Gloria Gonzalez Borjo | DIRECCIÓN: Cl 127 No 119B 17 ap 202 | TELEFONO: 3202918242

CÉDULA: 31963123 | SEXO: H __ F X | NACIONALIDAD: colombiano | CORREO ELECTRÓNICO: 3202918242@stricorreo.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: primaria | TIPO DE VIVIENDA: PROPIA __ ARRIENDO X FAMILIAR __ | TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI __ NO X ¿cuál? _____

BARRIO: La Carolina | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: SUBA | UPZ: 71 - Tibabuyes

3. EXAMENES

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: SI X NO __

ULT. CELO: Marzo 2025 | ANTIDESPARASITACIÓN: No Reporta | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR X CANINOS: PARVO: | HEPATITIS: TRIPLE FELINA: | LEUCEMIA: | TRIPLE: | PENTAVALENTE: | PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: | RABIA:

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS RELEVANTES: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 120 l/m | F. RESPIRATORIA: 40 r/m | TEMPERATURA: 38.1 °C | TLLC: 2 seg | MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

BASE DE PROCEDIMIENTO		APLICACIÓN	DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.25 mL	2 mg/Kg IM X — 2 mg/Kg IV ☐
	KETAMINA	0.25 mL	5 mg/Kg IM X — 5 mg/Kg IV ☐
	MORITILAM	— mL	0.1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— mL	2 mg/Kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G.L.A.	0.25 mL	1 x 10^5 UI/Kg IM
	MELOXICAM	0.1 mL	0.2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de [Dueño y/o Acudiente/Otro], suscribo este documento como constancia de haber leído al responsable o tenedor, la información completa entre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomía/Orquiectomía [esterilización/castración], que he manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACIÓN X RECHAZO ___ para la realización del procedimiento con sus respectivos pre-quirúrgicos.

NOMBRE(S) DEL(OS) MV CIRUJANOS: DIEGO CASTELLANOS | FIRMA
TARJETA PROFESIONAL: 05282

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: DIEGO ALVAREZ | FIRMA
TARJETA PROFESIONAL: 36954

209

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINOS Y FELINOS

CONSENTIMIENTO ESTERILIZACIÓN 2024

CPS 949 2024

BOGOTÁ
ALCALDÍA LOCAL DE
SUBA

7. 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 Ovariohisterectomía/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: partos hospitalarios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclaran los riesgos que se pueden presentar. Se realiza Análisis 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 ungüentos, baños, pelos y otras sustancias que irritan 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 realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía** (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entiendo, 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; exonerando de toda responsabilidad a terceros ajenos y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual ha sido informado, he comprendido y aceptado.

En consecuencia, 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 contenida 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 inevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía, después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia e imperidia en la manipulación con mi animal de compañía, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, impecos ses y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sobrar.

Nombre del Responsable/Tenedor:	No. de Identificación:
[illegible]	C.C. 3196312

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 21/04/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:

4399

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSULTORIO ESTERILIZACIONES 2024
CMS #

BOGOTÁ ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

FECHA DE CREACIÓN: 21/01/2025

HISTORIA CLÍNICA: HC -999-E-0

MICROCHIP: 900256001732379

FECHA: 03/04/2025

CÓDIGO: EST-4

LUGAR DE LA JORNADA: PARQUE LA BOTA (Colin Ramiro Salazar)

TIPO DE CAPTACIÓN: PMC __ REC __ CES X RELPAS __ COMUNIDAD

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Elody

COLOR: Blanco- Negro- Amarillo

ESPECIE: CANINO __ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO __ RAZA: Mestizo EDAD: 1 año PESO: Kg. 3 RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI __ NO X

DURANTE LA VACUNACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI __ NO X
AGRESIVIDAD __ MIEDO __ ANSIEDAD __
OTRO: __

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI __ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: 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: Ricardo Arturo Cordozo Diaz

DIRECCIÓN: Kr 147B Bis 134-31 MZ 3 BQ 13

TELÉFONO: 322 206 8684

CÉDULA: 79868429

SEXO: M X F __

NACIONALIDAD: Colombiano

CORREO ELECTRÓNICO: 322 206 8684 @gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA __ ARRIENDO X FAMILIAR __

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI __ NO X ¿CUÁL? __

BARRIO: Berlin

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 31 - Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: SI X NO __

ULT. CELO: Marzo 2025

ULT. DESPARASITACIÓN: Marzo 2025

ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X CANINOS (MVM): RABIA: TRIPLE: PENTAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA:

FELINOS: TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA: / RABIA: /

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PERIQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 120 l/m F. RESPIRATORIA: 40 r/m TEMPERATURA: 38-1 °c TEC: 2 seg MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES	
PREANESTESIA	KETAMINA	0.3 mL	3 mg/Kg IM X	3 mg/Kg IV
	XILACINA	0.3 mL	5 mg/Kg IM X	5 mg/Kg IV
	MIDAZOLAM	— mL	0.1 mg/Kg IV	
INDUCCIÓN/MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— mL	2 mg/Kg IV	
PROFILAXIS	PENICILINA G.S.A	0.3 mL	17.000 Ui/Kg IM	
	MELOXICAM	0.12 mL	0.2 mg/Kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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 Ovario Histerectomía/Orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACIÓN X RECHAZO __ para la realización del mismo con el fin anteriormente mencionado.

NOMBRES Y APELLIDOS MVZ QUIRÚRGICOS:	LINA CARDENAS	FIRMA
TARJETA PROFESIONAL	31638	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO:	DIEGO ALVAREZ	FIRMA
TARJETA PROFESIONAL	36954	

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/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 cardiorrespiratorios o arrítmicos, 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 exponen los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se puedan evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

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

Además soy consciente y **ACEPTO _X__ o RECHAZO _____ la declinación realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía** (los cuales **NO** los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entiendo, 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; exonerando de toda responsabilidad a Impacsas y al equipo médico que realiza el procedimiento. 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 imprudencia en la manipulación con mi animal de compañía, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impacsas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Ricardo Arturo Cordero Dias	79868429

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 22/04/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:

4505

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANUAL
CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024
CPS:

RED CANINO Y FELINO LOCALIDAD SUBA
Fecha de inscripción DÍA/2025

HISTORIA CLÍNICA: HC -999-C-0
MICROCHIP: 900255001732377
FECHA: 03/04/2025
CÓDIGO: EST -1

LUGAR DE LA JORNADA: (PARQUE LA BOSA) Salón Comunal Bolivia

TIPO DE TENEDOR: CHC __ REC_ CESA_ RESPAS_ COMUNIDAD __

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Luna
COLOR: Blanco
ESPECIE: CANINO __ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO __
RAZA: Mestizo
EDAD: 10 meses
PESO: kg. 3
RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI __ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI __ NO X
AGRESIVIDAD __ MIEDO __ ANSIEDAD __
OTRO: __
EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI __ NO X
TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR __
CASERO __ CONCENTRADO __ MIXTO X
OTRO: __
ORIGEN: NS/NR __ RESCATADO X COMPRADO __ ADOPTADO __ REGALADO __ PERRO DE GUARDA __ OTRO __

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ricardo Arturo Cordoza Diaz
DIRECCIÓN: Kr 148 Bis 139-31 Mz 3 Bg 13
TELÉFONO: 322 206 8684
CÉDULA: 79 868 429
SEXO: M X / __
NACIONALIDAD: colombiano
CORREO ELECTRÓNICO: 322 206 8684 @sincorreo.com
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primario
TIPO DE VIVIENDA: PROPIA __ ARRIENDO X FAMILIAR __ SI: __ NO X ¿CUÁL? __
SUFRE ALGUNA DISCAPACIDAD:
LOCALIDAD: Berlin
ESTRATO: 2
LOCALIDAD DE SUBA: 31 - Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: SI X NO __

ÚLT. CELO: Febrero 2025
ÚLT. DESPARASITACIÓN: NO Reporta
ÚLT. VACUNACIÓN: NS/NR X CANINOS: PARVO: RABIA: TRIPLE: TETRAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA:
FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA:

4. EXAMEN FÍSICO

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

CLASIFICACIÓN ASA: I X II III IV V VI E
CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 124 l/m
F. RESPIRATORIA: 40 r/m
TEMPERATURA: 38.1 °C
TLLC: 2 seg
MUCOSAS: Rosado
OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

Fase de procedimiento	Medicación		Dosis/observaciones	
PREANESTESIA	BUTALINA	0.3 mL	2 mg/Kg IM X	1 mg/Kg IV
	KETAMINA	0.3 mL	5 mg/Kg IM X	5 mg/Kg IV
	MIDAZOLAM	— mL	0,1 mg/Kg IV	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.6 mL	1 mg/Kg IV	
POST QUIRÚRGICO	PENICILINA G.S.A.	0.3 mL	17 000 UI/Kg SC	
	MELOXICAM	0.12 mL	0,2 mg/Kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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 consentido de manera libre y voluntaria su ACEPTACIÓN X RECHAZO __ para la realización del procedimiento con sus anexos pre-quirúrgicos

NOMBRE(S) DE(LOS) MV CIRUJANO/S: DIEGO CASTELLANOS
TARJETA PROFESIONAL: 00582
FIRMA:

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: DIEGO ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 00582
FIRMA:

HISTORIA CLÍNICA, ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO
CPS 998 2024

BOGOTÁ
ALCALDÍA LOCAL DE
SUBA

7. 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 Ovariohisterectomía/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 hemológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y comprensa 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 manifieste como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lesiones, fallones, 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 realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa)** Adicionalmente se me han explicado y entendido, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía sin derecho a controversión alguna; exonerando de toda responsabilidad a Impecos sas y al equipo médico que realiza el procedimiento. 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impecos sas y el equipo Médico Veterinario arrededor del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	No de Identificación:
Ricardo Antonio Cardozo Dios	79868429

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 01/04/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:

4901

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HOSPITAL CLÍNICA ESPECIALIZACIONES CANINAS Y FELINAS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONVOCATORIA ESTERILIZACIONES 2024
SDS

BOGOTÁ ALCALDÍA DE SUBA

HISTORIA CLÍNICA: HC-999-[illegible]
MICROCHIP: 900255001732374
FECHA: 03/04/2025
CONSEC EST-0

LUGAR DE LA CIRUGÍA: (PARQUE DE BOTA) Bolsa Cultural Aguitania
TIPO DE VEHÍCULO: CIC __ REC __ CES X RECPAS __ CONSECUTIVO

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Teresa
COLOR: Blanco Negro
ESPECIE: CANINO __ FELINO X
SEXO: HEMBRA X MACHO __
RAZA: Mestizo
EDAD: 2 años
PESO: KG. 2.7
RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI __ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI __ NO X
AGRESIVIDAD __ MIEDO __ ANSIEDAD __
OTRO: _____
EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI __ NO X
TIPO DE ALIMENTACIÓN: SECO/HÚMEDO __ CASERO __ CONCENTRADO __ MIXTO X OTRO: _____
ORIGEN: RESCATADO X COMPRADO __ ADOPTADO __ REGALADO __ PERRO DE CUADRA __ OTRO: _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ricardo Arturo Cardozo Díaz
DIRECCIÓN: Kr 147B Bis 139-31 MZ 3 BQ 13
TELEFONO: 3222068684
CEDULA: 79 868 424
SEXO: M X F __
NACIONALIDAD: colombiano
CORREO ELECTRÓNICO: 3222068684@simcorreo.com
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primario
TIPO DE VIVIENDA: PROPIA __ ARRIENDO X FAMILIAR __
TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI __ NO X ¿CUÁL? _____
BARRIO: Berlin
ESTRATO: 2
LOCALIDAD: SUBA
UPZ: 71 - Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: SI NO

ULT. CELO: Enero 2025
ULT. DESPARASITACIÓN: NO Reporta
ULT. VACUNACIÓN: MS/HR: Y. CANINOS PARVO: HEXAVALENTE: TRIPLE: PENTAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA:
FOLINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA:

4. EXAMEN CLÍNICO

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

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

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PRE-QUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 120 l/m
F. RESPIRATORIA: 40 r/m
TEMPERATURA: 38.1 °C
TRC: 2 seg
MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES	
PREANESTESIA	XILACINA	0.15 ml.	2 mg/Kg IM ☐	1 mg/Kg IV ☒
	KETAMINA	0.15 ml.	5 mg/Kg IM ☐	3 mg/Kg IV ☒
	MIDAZOLAM	— ml.	0.2 mg/Kg IV	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.5 ml.	2 mg/Kg IV	
POST OPERATORIO	PENICILINA G.B.	0.3 ml.	17.000 UI/Kg IM	
	MELOXICAM	0.12 ml	0.2 mg/Kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

NOMBRE(S) DEL(OS) MV CIRUJANOS: LIDIA CARDENAS
TARJETA PROFESIONAL: 13028
FIRMA: Lidia

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: DIEGO ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 10954
FIRMA:

HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION PERROS Y GATOS

CONVENIO ESTERILIZACIONES 2024
CPS 948 2024

BOGOTÁ
ALCALDÍA LOCAL DE
SUBA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/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 anestésicas, 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 informa los riesgos que se pueden presentar. Se resalta énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se puedan evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el no posterior de lociones, jabones, aceites, 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 realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa)** Adicionalmente se me han explicado y 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; eximiendo de toda responsabilidad a impositiva y al equipo médico que realiza el procedimiento. 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, terceros civiles y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Huella Indexada:
Ricardo Arturo Cadena Diaz	79.868.429

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 23/04/2025	HORA: 10:00 a.m

OBSERVACIONES:

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA DE OBSERVACIONES CANINAS Y FELINAS
JORNADA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024

Bogotá Alcaldía de Suba
Fecha de la versión 21/01/2025

HISTORIA CLÍNICA: HC-999-3-0 | MICROCHIP: 900255001732365 | FECHA: 03/03/2025 | CONSULTA: JEST 4

LUGAR DE LA JORNADA: PARQUE LA BOTA Salón Comunal Gratamira

TIPO DE TENENCIA: CHC: REC: RES: X REFAS: COMUNIDAD:

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Manchas | COLOR: Blanco Negro.

ESPECIE: CANINO: ___ FELINO: X | SEXO: HEMBRA: X MACHO: ___ | RAZA: Mestizo | EDAD: 8 meses | PESO: 2.5 Kg | RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI: ___ NO: X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI: ___ NO: X
AGRESIVIDAD: ___ MIEDO: ___ ANSIEDAD: ___
OTRO: ___

HISTORIA DE APARENTE MALTRATO: SI: ___ NO: X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR: ___
CASERA: ___ CONCENTRADO: ___ MIXTO: X
OTRO: ___

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ricardo Arturo Cordoba Diaz | DIRECCIÓN: Kr 147b Bis 134-31 M3-3 B013 | TELÉFONO: 322 2068684

CÉDULA: 79868429 | SEXO: M | NACIONALIDAD: Colombiano | CORREO ELECTRÓNICO: 3222068684@sincorreo.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria | TIPO DE VIVIENDA: PROPIA: ___ ARRIENDO: X FAMILIAR: ___ | TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI: ___ NO: X ¿CUÁL?: ___

BARRIO: Berlin | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: SUBA | UPZ: 71-Tibabuyes

2. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: SI: X NO: ___

ULT. CELO: NO Reporta | ULT. DESPARASITACIÓN: NO Reporta | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: ___ CANINOS: PARVO: ___ HEXAVALENTE: ___ TRIPLE: ___ PENTAVALENTE: ___ RABIA: ___ INFLUENZA Y BORDETELLA: ___ FELINOS: TRIPLE FELINA: ___ LEUCEMIA: ___ RABIA: ___

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 120 X/m | F. RESPIRATORIA: 40 x/m | TEMPERATURA: 38.1 °C | TEC: 2 seg | MUCOSAS: Rosado

OTRAS VALORACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES	
PREANESTESIA	XILACINA	0.25 ml	2 mg/Kg IM: X	1 mg/Kg IV: ___
	KETAMINA	0.25 ml	5 mg/Kg IM: X	5 mg/Kg IV: ___
	MIDAZOLAM	— ml	0.1 mg/Kg IV	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml	1 mg/Kg IV	
POSTOPERATORIO	PENICILINA G.S.A.	0.25 ml	27.000 UI/Kg IM	
	KETOPROFENO	0.1 ml	0.2 mg/Kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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 (eutanasia/castración), quien la manifestación de manera libre y voluntaria su ACEPTACIÓN: X RECHAZO: ___ para la realización del procedimiento con o sin anexos pre establecidos.

NOMBRE(S) DE(LOS) MV CIRUJANOS: DIEGO CASTELLANOS | FIRMA:
TARJETA PROFESIONAL: 08582

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: DIEGO ALVAREZ | FIRMA:
TARJETA PROFESIONAL: 36954

	JORNADA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS CONVENIO ESTERILIZACIONES 2024 EPS 900 7004	BOGOTÁ ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION.

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/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 asumen 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 dedinación realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa)** Adicionalmente se me han explicado y entiendo, 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; exonerando de toda responsabilidad a Empresa xxx y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen circunstancias extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En consecuencia, se 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 Zoonosis 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 prevención 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impresos xxx y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Tipo de Identificación:
Ricardo Arturo Cardeño Diaz	79868420

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

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

RUTA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 22/04/2025	HORA: 10:00 a.m.	
OBSERVACIONES:			

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
HOSPITAL PÚBLICO ESPECIALIZADO DE CANINOS Y FELINOS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ASEQUIBLE
CONSULTORIO ESTERILIZACIONES 2024

SUBA

Fecha de prevención: 29/01/2025

HISTORIA CLÍNICA: HC-999-E-D

MICROCHIP: 900250001732372

FECHA: 03/04/2025

CONSU EST

LUGAR DE LA JORNADA (PARQUE/ZONA ROSA): Salón Comunal Gaitana

TIPO DE TENEDOR: CHC ___ REC ___ CES X RELPAS ___ COMUNIDAD

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: MILU

COLOR: Pardo

ESPECIE: CANINO ___ FELINO Y SEXO: HEMBRA X MACHO ___

RAZA: Mestizo

EDAD: 10 meses

PESO: Kg. 3

RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___
OTRO: ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: 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: Jenny patricia Rico Barrera

DIRECCIÓN: Dg 150 # 142-40 TD 2 AP 913

TELÉFONO: 3006365279

CÉDULA: 1019067937

EDAD: M ___ F X

NACIONALIDAD: colombiano

CORREO ELECTRÓNICO: jennyrico@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Profesional

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO X FAMILIAR ___

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X ¿CUÁL? ___

BARRIO: Tibabuyes

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: SI ☐ NO ☐

ÚLT. CELO: NO Reporta

ÚLT. DESPARASITACIÓN: NO Reporta

ÚLT. VACUNACIÓN: NS/NR X CANINOS: PARVO: / HEXAVALENTE: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: /

FELINOS: TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA: / RABIA: / —

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

SIGNOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: (I) II III IV V VI E

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDÍACA: 120 x/m

F. RESPIRATORIA: 40 x/m

TEMPERATURA: 38,1 °C

TLLC: 2 seg

MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICADOR			DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 mL	2 mg/Kg IM ☒	1 mg/Kg IV ☐
	KETAMINA	0,3 mL	5 mg/Kg IM ☒	5 mg/Kg IV ☐
	MIDAZOLAM	— mL	0,2 mg/Kg IV	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— mL	2 mg/Kg IV	
POSOPERATORIO	PENICILINA G.S.A.	0,3 mL	27.000 UI/Kg IM	
	METOCLOPRAMIDA	0,12 mL	0,2 mg/Kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

NOMBRE(S) DEL(OS) MV CIRUJANO(S): Lilia Cardenas
TARJETA PROFESIONAL: 13626
FIRMA: [signature]

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: DIEGO ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 39554
FIRMA: [signature]

831

	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024 CPS-599-2024	BOGOTÁ ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

7. 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 intervenir 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 realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entiendo, 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, exonerando de toda responsabilidad a Empeces sas y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual ha sido informado, he comprendido y aceptado.

En consecuencia, 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 asepsia 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 fallas que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impecs sas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor: Jenny Pulido	Nro de Identificación: 1019069937

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:	Firma:
Nro. Identificación:	

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 21/04/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:

4408

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CAMPAÑA ESTERILIZACIONES 2024

Convenio

SUBA

Fecha de la versión 12/01/2024

HISTORIA CLÍNICA: HC - 999-E-O

MICROCHIP: 990000013885357

FECHA: 03/04/2025

CÓDIGO: EST-4

LUGAR DE LA JORNADA: PARQUE LA BOTA Bobo Barrera Gaitana

TIPO DE TENENCIA: CHC ___ HTC ___ CFS X REFUGIO ___ COMUNIDAD ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Kitty

COLOR: Blanco Negro

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___

RAZA: MESTIZO

EDAD: 6 meses

PESO: 2.5 Kg.

RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___
OTRO: ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jenny Patricia Rico Barrera

DIRECCIÓN: DG 150 TT142-40 TO 2 AP 903

TELÉFONO: 3006365279

CÉDULA: 1019067937

EDAD: 27

NACIONALIDAD: Colombiano

CORREO ELECTRÓNICO: jennyrico@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Profesional

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO X FAMILIAR ___

¿ES ALGUNA DISCAPACIDAD? SI ___ NO X ¿CUÁL? ___

BARRIO: Tibabuyes

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71 - Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: X SI ___ NO

ÚLT. CELO: NO Reporta

ÚLT. DESPARASITACIÓN: NO Reporta

ÚLT. VACUNACIÓN: NS/NR ___ CUÁNTAS? ___ / ___

TRIPLE: / RENOVALENTE: /

FELINOS: TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA: / RABIA: /

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: I. II. III. IV. V. VI. E.

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES BIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDÍACA: 120 X/m

F. RESPIRATORIA: 40 r/m

TEMPERATURA: 38.1 °C

TLC: 2 seg

MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

BASE DE PREMEDICAMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES	
PREANESTESIA	XILACINA	0.25 ml.	2 mg/Kg IM ☒	1 mg/Kg IV ☐
	KETAMINA	0.25 ml.	5 mg/Kg IM ☒	5 mg/Kg IV ☐
	MIDAZOLAM	— ml.	0.1 mg/Kg IV	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml.	2 mg/Kg IV	
POSQUIRÚRGICO	PENICILINA G.S.A.	0.25 ml.	17.000 UI/Kg. IM	
	MELOXICAM	0.1 ml.	0.2 mg/Kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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 con o sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE(S) DE(LOS) MV CIRUJANO(S): LIDA CARDENAS
TARJETA PROFESIONAL: 11628
FIRMA: Lidre

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: DIEGO ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 30954
FIRMA:

9:12

HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONSULTORIO ESTERILIZACIONES 2024
CPS 999 2024

BOGOTÁ
ALCALDÍA LOCAL DE
SUBA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION.

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/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 identificación del microchip y se aclaran los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de factores, febores, talcos, aplicación de antiquilas, 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 realizada de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa)** Adicionalmente se me han explicado y entiendo, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna; eximiendo de toda responsabilidad a Saipecos sas y al equipo médico que realice el procedimiento. 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, eximiendo a la Alcaldía Local de Suba, Impecos sas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Propietario/Tenedor:	Nro de Identificación:
Jenny Rico	1019063937

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

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro Identificación:	

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 21/04/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:

4405

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN FELINOS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSULTORIO ESTERILIZACIONES 2024
BOGOTÁ mejor para todos
SUBA
Fecha de la Versión 01/01/2024

HISTORIA CLÍNICA: HC-000-E-0
MICROCHIP: 990000013885359
FECHA: 03/04/2025
CONSECUTIVO: EST-4

LUGAR DE LA JORNADA: (PARQUE LA BOTA) Salón Comunal Guaymaral
TIPO DE TENEDOR: CIIC ___ REC ___ CES X ___ SEPAS ___ OTRO: ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: 20e
COLOR: Blanco Gris
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X
SEXO: HEMBRA X MACHO ___
RAZA: Mestizo
EDAD: 1 año
PESO: kg. 3
RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___
OTRO: ___
EVIDENCIA DE ABANDONO/MALTRATO: SI ___ NO X
TIPO DE ALIMENTACIÓN: BS/NH ___
CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___
OTRO ___
ORIGEN: BS/NH ___ RESCATADO X COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERMISO DE CIUDADA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Diani Juliet Cervera Marin
DIRECCIÓN: cl 136 #149-25
TELÉFONO: 3243927633
CÉDULA: 1233904540
SEXO: M ___ F X
NACIONALIDAD: colombiano
CORREO ELECTRÓNICO: cerdiani@gmail.com
NIVEL DE ESCOLARIDAD: secundaria
TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO X FAMILIAR ___
TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X ¿CUÁL? ___
BARRIO: San Pedro
ESTRATO: 2
LOCALIDAD: SUBA
UPZ: 71 - Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: SI X NO ___

ÚLT. CELO: Marzo 2025
ÚLT. DESPARASITACIÓN: NO Reporta
ÚLT. VACUNACIÓN: HS/NH: X CANINOS: PARVO: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: / RABIA: / FELINOS: TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA: / RINOTRAQUEITIS: / PANLEUCOPENIA Y BORDETELLA: / RABIA: /

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X
SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno
HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno
CLASIFICACIÓN ASA: I. II. III. IV. V. VI. E.
CLASIFICACIÓN CONFIDENCIAL: 3A
CONSIDERACIONES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 120 l/m
F. RESPIRATORIA: 40 r/m
TEMPERATURA: 38.1 °C
TLLC: 2 seg
MUCOSAS: Rosado
OBSERVACIONES: Ninguno

5. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS	DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 mL	2 mg/Kg IM ☒	1 mg/Kg IV ☐
	KETAMINA	0.3 mL	5 mg/Kg IM ☒	5 mg/Kg IV ☐
	MIDAZOLAM	— mL	0,1 mg/Kg IV	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— mL	2 mg/Kg IV	
POST OPERATORIO	PENICILINA G SAL	0.3 mL	17.000 UI/Kg IM	
	MELOXICAM	0,12 mL	0,2 mg/Kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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 con o sin exámenes pre quirúrgicos.

NOMBRE(S) DE(LOS) MV ORIENTADOS: LIDA CARDENAS
TARJETA PROFESIONAL: 11528
FIRMA: [signature]

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: DIEGO ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 36954
FIRMA: [signature]

9 1 B

JORNADA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONSULTORIO ESTERILIZACIONES 2024

BOGOTÁ
ALCALDÍA LOCAL DE
SUBA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomía/Orquiectomía en el cual será intervenido 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 clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis qué 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 ludinas, 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 **dedinación /realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa)** Adicionalmente se me han explicado y entiendo, 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; exonerando de toda responsabilidad a Inocecos sas y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo qúe 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, funcionarios y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación: 1239044340.

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:	Firma:
Nro Identificación:	

8. CITA DE ENTREGA DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 28/04/2025	HORA: 10:00 a.m

OBSERVACIONES:

4486

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANUAL
CONSULTAS PRIVADAS 2024

Bogotá Alcaldía Local de Suba

Fecha de elaboración 31/01/2025

HISTORIA CLÍNICA: HC-999-0-0
MICROCHIP: 990000013803919
FECHA: 03/04/2025
CÓDIGO: EST-14

LUGAR DE LA TOMADA: (PARQUE LA BOSA) Salon Comunal Tabaco

TIPO DE TENEDOR: CIU. ___ RED ___ ONGS ___ UNIDAS ___ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Leona
COLOR: Manposa
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X
SEXO: HEMBRA X MACHO ___
RAZA: Mestizo
EDAD: 1 año
PESO: Kg. 3
RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___
OTRO: ___
EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X
TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR ___ CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___
ORIGEN: NS/NR ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO X PERRERA CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: claudia patricia lopez mendez
DIRECCIÓN: Kr 124c # 135A-10 AP 200
TELÉFONO: 312 8679774
CÉDULA: 1019 003 413
SEXO: M ___ F X
NACIONALIDAD: colombiano
CORREO ELECTRÓNICO: claudialopez8@gmail.com
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Secundaria
TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRENDADO X FAMILIAR ___
TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X CUÁL ___
ESTRATO: 2
LOCALIDAD: SUBA
UPZ: 71 - Tibabuyes
BARRIO: La Gaitana

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: SI ☐ NO ☐

ÚLT. CELO: Marzo 2025
DES. DESPARASITACIÓN: NO Reporta
ÚLT. VACUNACIÓN: NS/NR ___ CANINOS: RABIA: ___ HEXAVALENTE: ___
FELINOS: TRIPLE FELINA: ___ LEUCEMIA: ___
TRIPLE: ___ PENTAVALENTE: ___
PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: ___
RABIA: Febrero-2025

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X
SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno
HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno
CLASIFICACIÓN ASA: (I.) II. III. IV. V. VI. E.
CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 120 l/m
F. RESPIRATORIA: 40 r/m
TEMPERATURA: 38.1 °C
TEC: 2 seg
MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES	
PREANESTESIA	XILACINA	0.15 mL	1 mg/Kg IM ☐	1 mg/Kg IV ☒
	KETAMINA	0.15 mL	5 mg/Kg IM ☐	5 mg/Kg IV ☒
	MIDAZOLAM	— mL	0.1 mg/Kg IV	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.6 ml	2 mg/Kg IV	
POST QUIRÚRGICO	PENICILINA G.B.A	0.3 mL	40.000 UI/Kg IM	
	MELOXICAM	0.12 ml	0.2 mg/Kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), asesoro este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor(a), 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 con o sin suplementos por quirúrgicos.

NOMBRE(S) DEL(OS) MV CIRUJANO(S): DIEGO CASTELLANOS
TARJETA PROFESIONAL: 05512
FIRMA:

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: DIEGO SUAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 36954
FIRMA:

C/14

HISTORIA CLINICA de ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024
CPS 999-2024

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS
SURA

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información veraz del procedimiento Ovariohisterectomía/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: paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO** _X__ o **RECHAZO** _____ **la declinación realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa)** Adicionalmente se me han explicado y 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; exonerando de toda responsabilidad a Impecsas y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, la cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En consecuencia, 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impecsas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Claudia López	1019603413

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

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

3. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 21/04/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:

4407

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.019.003.413

LOPEZ MENDEZ

APELLIDOS

CLAUDIA PATRICIA

NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 11-MAR-1986
NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.53 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
26-MAR-2004 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

A-1500150-00848706-F-1019003413-20150914 0051089314A 1 1204019103

815

FORMATO ABORDAJE A COLABORADORES - HUMANIZACIÓN

CÓDIGO: [illegible]

VERSIÓN: 3

PÁGINA: 1 DE 1

FECHA: [illegible]

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
GESTIÓN DE CALIDAD

Hora de intervención	Observación de intervención/actividad	Cargo o perfil del colaborador	Sexo	Intervención realizada						Firma de colaborador
				AD	AT	ER	DI	LA	AC	

ACTIVIDAD REALIZADA: Indicar con X la actividad realizada

AD: Acompañamiento en duelo | DI: Educación al cuidador | AC: Comunicación agresiva | AT: Asesoría psicosocial a equipo tratante

ER: Escucha reflexiva | RA: Resolución de conflictos | AS: Acompañamiento

*NOTA ACLARATORIA: [illegible]

4408

112870

enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 860.063.875-6
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **2579702-8**

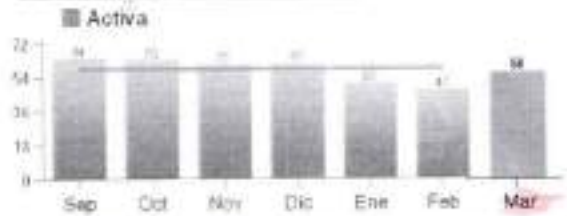
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 345140787-2

CLIENTE

MARIO OLAYA
KR 124 C NO 135 A - 10 AP 200
0
BOGOTA, D.C. - LA GAITANA

08 710 6369 / 075-210435

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $843,71

CONSUMO DIARIO: 1,93 kWh

VALOR DIARIO: $902

PERÍODO FACTURADO: 06 FEB/2025 A 06 MAR/2025

DÍAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES 56 kWh

EL PRÉSTAMO DE LA CIUDAD

¡LLEGÓ A TU CASA!

TU **PRÉSTAMO** DE HASTA

$12.000.000

Recibe el dinero en tu cuenta de preferencia
¡Acércate ya a uno de nuestros puntos **Crédito Fácil CODENSA!**

Encuéntralos escaneando el código.

*La aprobación y el monto del crédito está sujeto al perfil del solicitante. Conoce más en www.creditofacilcodensa.com

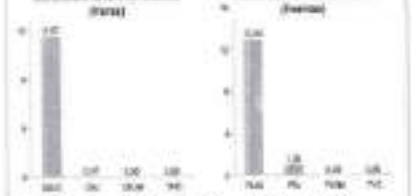
Marca registrada de The Bank of Nova Scotia, utilizada bajo licencia en Sociedad Colombiana S.A. Establecimiento Bancario, vigilado por la Superintendencia Financiera de Colombia. Aprobación sujeta a políticas de crédito de la entidad. Conoce más en www.creditofacilcodensa.com

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

INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	2,37
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	100370871094369
RUTA LECTURA:	375871715166
MANZANA DE LECTURA:	MSC0921666
MEDIDOR NO:	075-210435
MEDIDOR NO:	075-210435

CALIDAD DEL SERVICIO



Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 030 de 2018

USO SEGURO DE LA ENERGÍA

Es importante que apagues por completo todos los dispositivos que no vas a usar, si no se pueden apagar te recomendamos configurarlos en modo ahorro de energía.

CONTÁCTANOS

Escríbenos y adjunta tus documentos en nuestro canal de atención virtual

Chat de servicio en www.enel.com.co/es/personas/chat-de-clientes.html

320 660 6000 Claro Soy Cliente Asesor

Enel Colombia @EnelColombiaCO

Regístrate en la Oficina Virtual

Ubícanos en la página Web

App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA: SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	SERVICIOS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas	601 5140000 servicios@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

Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Distrital

Centros de Servicio

Código QR

Almacenes de Cadena

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P.	TV 4 No. 51A-25
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P.	Avenida Boyacá # 6 S - 30
AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 129 # 54-38/40 Local 103-134

Línea de servicio al cliente 110

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: 1-FEB/2025
G: $901,75 T: $48,80 D: $273,88 CV: $78,39 PR: $65,00 R: $12,50 CT: $0,06 / $843,71 Costo kWh Mes

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0047 de 09 de enero 2020. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN 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 ellos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, Sede de Bogotá o 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 0001 de 10 de diciembre de 2025.

"Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa dentro de la suspensión del servicio."

Esta factura se cobró presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994.

En cumplimiento de la resolución CREG 015 de 2018 la cual modifica el Código de Medida, las actualizaciones obligaciones, actividades y responsabilidades que hacen a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, te invitamos a consultarlas en nuestra página web: www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, Sede de Bogotá o al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modifica el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades que hacen a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, te invitamos a consultarlas en nuestra página web: www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, Sede de Bogotá o al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

Enel, COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Energía de Comercial), de acuerdo con la autorización expresa emitida por el usuario para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor diríjanos a los canales de atención definidos por cada Empresa.

El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y los productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT 860.063.875-6 vigilado por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN 10/03/2025 01:57:14
FECHA EXPEDICIÓN 10/03/2025 16:32:47

CUDE: 3b0b982a6fc6c8e2e73b0346d63b3c7b4e70a35d911f0c6e9f7778e8d7f0a8d35c4b1a143b2c05b2bac3e9e4c1f1b0d1a9a

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios BAS.W.C. Nombre del WW: CDNFactura - NIT 800.321.111-9

216

FORMATO ABORDAJES A COLABORADORES - HUMANIZACIÓN

CÓDIGO: [illegible]

VERSIÓN: 2

PÁGINA: 1 DE 1

FECHA: 06/12/2025

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
GESTIÓN DE CALIDAD

TIPO DE INTERVENCIÓN	DESCRIPCIÓN DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO	LUGAR O PROCESO DEL COLABORADOR	SOFA	OBSERVACIONES (ANALGESIA)						NOMBRE DEL COLABORADOR
				AD	AC	Ret	DH	Ans	Ax	

ACTIVIDAD REALIZADA: MARCAR CON "X" LA ACTIVIDAD REALIZADA

AC: Acompañamiento en duelo | SH: Sensibilización hospitalaria | GA: Gestionador agradable | AE: Acompañamiento emocional a [illegible]
Intervención en crisis | SH: Sensibilización hospitalaria | RT: Remisión a terapia

*NOTA ACLARATORIA: El registro de [illegible] y fecha de cada una de las actividades, por medio de [illegible] en este formato es voluntario.

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSORCIO ESTERILIZACIÓN SUBA
CAL 47

BOGOTÁ ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

Formato la versión 12/01/2015

HISTORIA CLÍNICA: HC-SBB-E-0

MICROCHIP: 990000013884970

FECHA: 05/04/2025

CÓDIGO: EST-4

LUGAR DE LA JORNADA: (PARQUE LA BOTA) Salón Comunal Equitono

TIPO DE TENENCIA: DAC __ REC_ CES __ FÉLIDAS __ CONSUMIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Mia

COLOR: Arena

ESPECIE: CANINO __ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO __ RAZA: persa EDAD: 1 año PESO: 2.6 kg RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI __ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI __ NO X
AGRESIVIDAD __ MIEDO __ ANSIEDAD __
OTRO: _____

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI __ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR __ CASERO __ CONCENTRADO __ MIXTO X OTRO _____

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Blanca Myriam Ramirez Gonzalez

DIRECCIÓN: Cl 143 #127F 06 Int 3 Ap 501

TELÉFONO: 320 223 4538

CÉDULA: 39 522 703

SEXO: M __ F X

NACIONALIDAD: colombiano

CORREO ELECTRÓNICO: 320223 4538@slmcorreo.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: secundaria

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA __ ARRIENDO X FAMILIAR __

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI __ NO X cuál? _____

Tibabuyes

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71 - Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: SI NO

ULT. DESP.: Marzo 2025

ULT. DESPARASITACIÓN: Marzo 2025

ULT. VACUNACIÓN: NS/NR __ CANINOS: PARVO: 1 HEXAVALENTE: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: /

FELINOS: TRIPLE FELINA: Marzo 2025 LEUCEMIA: / RABIA: Marzo 2025

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDÍACA: 120 l/m F. RESPIRATORIA: 40 r/m TEMPERATURA: 38.1 °c TLC: 2 seg MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN	DOSIS	OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.13 mL	2 mg/Kg IM ☐ 2 mg/Kg IV ☒
	KETAMINA	0.13 mL	5 mg/Kg IM ☐ 5 mg/Kg IV ☑
	MIDAZOLAM	— mL	0.1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.5 mL	2 mg/Kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G.B.A	0.26 mL	12.000 UI/Kg IM
	MELOXICAM	0.1 mL	0.2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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), que fue manifestado de manera libre y voluntaria. ACEPTACIÓN X RECHAZO ___ para la realización del procedimiento con o sin exámenes pre-quirúrgicos

NOMBRE(S) DEL(OS) MV CIRUJANO(S): DIEGO CASTELLANOS
TARJETA PROFESIONAL: 09582
FIRMA:

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: DIEGO ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 30858
FIRMA:

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES & CANINAS Y FELINAS

CONSECUTIVO ESTERILIZACIONES 2024
CPS-SAN 2024

BOGOTÁ
ALCALDÍA LOCAL DE
SUBA

7. 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 Ovariohisterectomía/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; paro 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.

Acompaño y consiente y **ACEPTO _X__ o RECHAZO _____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa)** Ad clementemente se me han explicado y entiendo, 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; exonerando de toda responsabilidad a Impecos sas y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, la cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

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

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

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

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía, después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impecos sas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
	39522403

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALÓN COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 21/04/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:

4440

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 39.522.703
RAMIREZ GONZALEZ
APELLIDOS
BLANCA MYRIAM
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 10-ABR-1959
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.42 O+ F
ESTATURA G.S.(RH) SEXO
19-NOV-1976 ENGATIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

A-1500150-00095331 F-0000000396-20151229 0047201106A 1 1010429547

44 11



acueducto
EMPRESA DE ACUEDUCTO DE BOGOTÁ

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

Natalia Avendaño Garcia
Representante Legal

Para el reparto ZONA:1 CICLO: H1 RUTA:H11307 BIMESTRAL

10979346
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

42705605212
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

Periodo facturado ENE/01/2025 MAR/01/2025

Pago oportuno ABR/04/2025 Suspensión ABR/09/2025

Fecha aproxi. próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
MAY/29/2025	MAR/19/2025 04:49:48	MAR/19/2025 10:32:59

¡Hola!

Factura a nombre de

RAUL ALEJANDRO GONZALEZ PINEDA

Dirección del predio

CL 143 127F 06 IN 3 AP 501

Barrio: Localidad:

Dirección de correspondencia

CL 19 7 48

Datos adicionales del predio

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

¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambió
Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.

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

Llámanos 116 Acueducto

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

cadena 8141

Tu consumo en este período

En los periodos anteriores tu promedio de consumo fue 29

29	28	32	28
JUN-SEP $201.284	OCT-NOV $101.439	NOVIEMBRE $242.959	ÚLTIMO CONSUMO
	49		

En este período consumiste menos agua que en el anterior.

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

En este período

28.000

Promedio al día

467

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período 1877
Lectura anterior 1849
Tu consumo este período 28

Facturación con Consumo Mensual
Recibo proveniente
Descargue desde la sucursal 24

Datos de tu medidor

Marca ZENITH/ACTA
Serie 0145372

Tipo VELOCIDAD
Diámetro pulgadas ½

Para reducir tu consumo, recuerda:

Ducharte en 3 minutos para reducir tu consumo

Tener siempre un balde en la ducha para reusar el agua recogida

Cerrar la llave al enjabonar los platos

Tu cobro en este período

Acueducto		Alcantarillado		Otros cobros
$102.652,14	+	$100.335,58	+	$2
1		2		3 4 5 6

Consumo el doble de estos 60 m3 en los 4 días nuevos de abril

Escanea y paga virtual

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

Total ingresos del período

= Total a pagar $202.890

Fecha límite de pago: [illegible]

1 Acueducto

Concepto	Cant.	Valor unitario	Aportes (+) o Subsidios (-) %	Aportes (+) o Subsidios (-) Valor	Tarifa***	Total
Consumo básico (m3)	20	$1.467,79	-46	$15.796	$34.342,67	$34.342,67
Consumo residencial básico (m3)	20	$2.645,33	-46	$28.478,11	$28.478,11	$57.956,22
Consumo residencial básico adicional (m3)	8	$3.971,93	0	$0,00	$31.775,44	$31.775,44
Cargo fijo de medición (mes)	1					
Contribución solidaridad (m3)	1					
Subtotal				$44.274,11	$94.596,22	$138.870,33

2 Alcantarillado

Concepto	Cant.	Valor unitario	Aportes (+) o Subsidios (-) %	Aportes (+) o Subsidios (-) Valor	Tarifa***	Total
Cargo fijo	1	$1.467,79	-46	$792,61	$1.722,98	$1.722,98
Consumo básico (m3)	20	$2.645,33	-46	$28.478,11	$28.478,11	$57.956,22
Consumo residencial básico adicional (m3)	8	$3.971,93	0	$0,00	$31.775,44	$31.775,44
Subtotal				$29.270,72	$61.976,53	$91.454,64

* Corresponde a consumos de hasta 20 m3 mensuales (22 m3 bimensuales). ** Aplica solo para estratos 1, 2 y 3 conectados a la red. *** Tarifa que se aplica a partir del valor del Límite de Consumo. Si supera este límite se factura a la tarifa de estrato 4.

Datos ambientales

Tarifa consumo básico ($/m3)
Tarifa consumo suprabásico ($/m3)
Factor por aprovechamiento

Otros conceptos

Concepto	Valor
	$2
Subtotal	$2

Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

Deudas en estudio

Concepto	Valor
Subtotal	$0

Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	$0

Paga por la página web, app y bóvedas en

Puntos de Pago, Efecty, puntored, Baloto

Red EAAB: Cuentas bancarias y bóvedas de atención en [illegible]

LE CASTIGO: Puede hacer valer sus derechos ante [illegible]

Acueducto y Alcantarillado Valor a pagar

$202.890

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.

Para cobro: Si en la siguiente fecha no hemos recibido su pago, el valor de reconexión, reinstalación o reinstalación será [illegible]

(415)7707200485271(8020)4270560521(3900)202890

VIGILADO POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS

DOCUMENTO AUXILIAR NO VÁLIDO COMO FACTURA

8567

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL

CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024

BOGOTÁ D.C. SUBA

Bienestar de la gente

HISTORIA CLÍNICA: HC-999-E-D

VACUNACIÓN: 990000013884974

FECHA: dd/mm/aaaa

CÓDIGO: EST-4

LUGAR DE LA JORNADA: (PARQUE LA BOTA) Jardín Comunal Gaitana

TIPO DE TENEDOR: CIC__ REC__ CES__ RELIAS__ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Bulma

COLOR: pardo

ESPECIE: CANINO__ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO__

RAZA: Mestizo EDAD: 8 meses

PESO: Kg. 3

RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X

DURANTE LA VACUNACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI__ NO X
AGRESIVIDAD__ MIEDO__ ANSIEDAD__
OTRO: _____

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI__ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: 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: Diana Marcela Pinto Rodriguez

DIRECCIÓN: cl 138 # 118 - 29

TELÉFONO: 3509497398

CÉDULA: 1233 898 708

EDAD: X

NACIONALIDAD: colombiano

CORREO ELECTRÓNICO: dianompr54@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: técnico

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA__ ARRIENDO X FAMILIAR__

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI__ NO X ¿CUÁL? _____

LOCALIDAD: Suba

BARRIO: La Gaitana

ESTRATO: 2

UPZ: 71 - Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: SÍ X NO__

ÚLT. CELO: NO Reporta

ÚLT. DESPARASITACIÓN: Febrero 2025

ÚLT. VACUNACIÓN: NS/NR__ CANINOS: PARVO: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: /

FELINOS: TRIPLE / LEUCEMIA: / RABIA: Marzo 2025

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI__ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS EXCONTINUACIÓN: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: (I) II III IV V VI E

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PRECIRÚRGICAS

F. CARDÍACA: 120 lpm

F. RESPIRATORIA: 40 r/m

TEMPERATURA: 38.1 °C

TLC: 2 seg

MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

BASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES	
PREANESTESIA	XILACINA	0.15 mL	2 mg/Kg IM ☐	1 mg/Kg IV ☑
	KETAMINA	0.43 mL	5 mg/Kg IM ☐	5 mg/Kg IV ☑
	MIDAZOLAM	— mL	0.1 mg/Kg IV	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	ISOFLURO	— mL	2 mg/Kg IV	
POSTOPERATORIO	KETOFEN S.C.	0.3 mL	1/1.000 Ug/Kg SC	
	MELOXICAM	0.12 mL	0.2 mg/Kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Dueño y/o Acompañante), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y especificamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomía/Orquiectomía (esterilización/castración), que he entendido de manera libre y voluntaria su ACEPTACIÓN X RECHAZO para la realización del procedimiento con estos protocolos pre-quirúrgicos.

NOMBRE(S) DEL(OS) MVC QUE LO(S) ATIENDE: DIEGO CASTELLANOS
TARJETA PROFESIONAL: 09812

FIRMA

NOMBRE DEL MVC ANESTESIÓLOGO: DIEGO ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 35054

FIRMA

210

HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONSECUTIVO ESTERILIZACIONES 2024

CPS 999 2024

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

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

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO _X__ o RECHAZO _____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía** [los cuales NO los cubre el programa] Adicionalmente se me han explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por ello asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna; exonerando de toda responsabilidad a implementos y al equipo médico que realiza el procedimiento. 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, más 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Implementos y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier clase de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Diana Marcela Pinto Pinzón	1233818208

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 21/04/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:

448

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.233.698.708

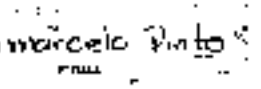
PINTO RODRIGUZZ

APELLIDOS

DIANA MARCELA

NOMBRES





FIRMA



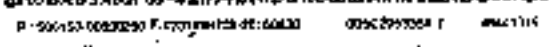
FECHA DE NACIMIENTO 23-MAY-1998

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

23-MAY-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION



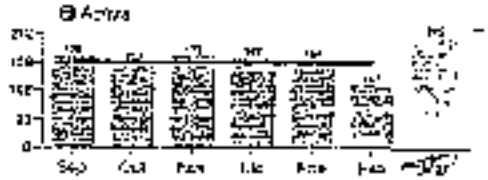


enel | Bogotá

0885694-8

ANA LUCILA LOMELIN
CL 139 NO 110 28
BOGOTA, D.C. - LA GAITANA





INFORMACIÓN DE LA CUENTA

4445

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN GRATUITA
CONSOLIDADO ESTERILIZACIONES 2025

BOGOTÁ ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

FECHA DE ATENCIÓN: 23/04/2025

HISTORIA CLÍNICA: HC-999-E-D

MICROCHIP: 990000013884976

FECHA: 23/04/2025

CÓDIGO EST: 4

LUGAR DE LA JORNADA: (PARQUE LA BOTA) Salón Comunal (Calle/Carrera)

TIPO DE TENEDOR: CAC__ REC__ CES__ RELPAS__ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: NINA

COLOR: Blanco- Amarilla

ESPECIE: CANINO__ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO__ RAZA: MESTIZO EDAD: 9 meses PESO Kg: 2.6 RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI__ NO X

DURANTE LA VACUNACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI__ NO X
AGRESIVIDAD__ MIEDO__ ANSIEDAD__
OTRO:

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI__ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: RS/NR__ CASERO__ CONCENTRADO__ MIXTO X
OTRO:

ORIGEN: RS/NR__ RESCATADO__ COMPRADO__ ADOPTADO__ REGALADO X PERRO DE CUADRA__ OTRO

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Juana Isabel Achury Quintero

DIRECCIÓN: cl 131 #96-02

TELÉFONO: 3007560019

CÉDULA: 34-640 407

EDAD: M__ F X

NACIONALIDAD: colombiano

CORREO ELECTRÓNICO: 3007560019@Sincorreo.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Técnico

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA X ARRIENDO__ FAMILIAR__

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI__ NO X CUÁL:

BARRIO: Tres de Colombia

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71 Tibabuyes

3. ANTECEDENTES

Estado - general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: SI NO

ÚLT. CELO: Marzo 2025

ÚLT. DESPARASITACIÓN: NO Reporta

ÚLT. VACUNACIÓN: RS/NR__ CANINOS: PARVO: / HEXAVALENTE: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: /

FELINOS: TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA: / RABIA: NOV-2024

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI__ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: I II III IV V VI E

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 120 l/m

F. RESPIRATORIA: 40 c/m

TEMPERATURA: 38.1 °C

TLLC: 2 seg

MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN Y TALLA

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICAMENTO		DOSIS/OBSERVACIONES	
PREANESTESIA	XILACINA	0.26 ml	2 mg/Kg IM ☑	2 mg/Kg IV ☐
	KETAMINA	0.26 ml	5 mg/Kg IM ☑	5 mg/Kg IV ☐
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	MIDAZOLAM	— ml	0.1 mg/Kg IV	
	PROPOFOL	— ml	2 mg/Kg IV	
POST OPERATORIO	PENICILINA G.A.	0.76 mL	37.000 UI/Kg IM	
	MELOXICAM	0.1 ml	0.2 mg/Kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de [Dueño y/o Acudiente(s)], suscribo este documento como constancia de haber atendido al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y sus posibles complicaciones, 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 con o sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE(S) DE(LOS) MV CIRUJANO(S): LINA CARDENAS
TARJETA PROFESIONAL: 13628
FIRMA: [signature]

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: DIEGO ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 36854
FIRMA: [signature]

823

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024
CPS 008-2024

BOGOTÁ
ALCALDÍA LOCAL DE
SUBA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO** _X__ o **RECHAZO** _____ la declinación **realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa)** Adicionalmente se me han explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contraprestación alguna; exonerando de toda responsabilidad a Impecos sas y al equipo médico que realice el procedimiento. También sufriendo 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impecos sas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
	39620407

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 21/06/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 39.640.407
ACHURY QUINTERO
APELLIDOS
JUANA ISABEL
NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 31-OCT-1964
BOGOTA,D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
02-OCT-1983 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL

A-1500150-00612340-F-0039640407-20160412 0048204651A 1 1480060749

4417

Bogotá

2273168-7

JUANA ISABEL AGHURY QUINTERO







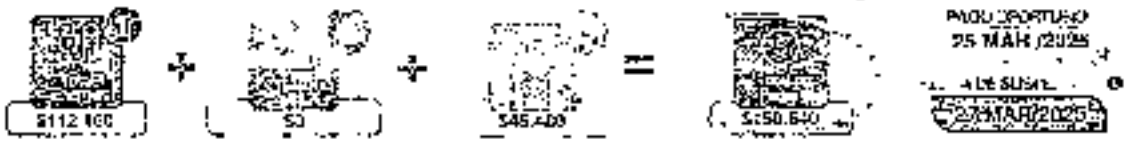








825



ENERGÍA | 2273168 7 | 09 ABR /2025

Tipo de Empresa: Regal

Situación encontrada: Normal

SUBTOTAL: $112.100

SUBTOTAL: $0

$112,100

$0

$46.440

NÚMERO DE CLIENTE
2273168-7

PAGO OPORTUNO
25 MAR /2025

TOTAL A PAGAR
$158.640

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN CANINAS Y FELINAS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSORCIO ESTERILIZACIÓN 2024

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS
SUBA

Fecha de Vencimiento: 31/12/2025

HISTORIA CLÍNICA: HC-999-E-D

VACUNACIÓN: 990000013884967

FECHA: 03/04/2025

CÓDIGO: EST-4

LUGAR DE LA JORNADA: PARQUE LA BOYA Colon Occidental Bolivia

TIPO DE TENEDOR: PIC ___ RSC ___ CDS ___ DELPAS ___ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: paris

COLOR: Blanco - Negro

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Mestizo EDAD: 8 meses PESO: 3.5 Kg RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VACUNACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___
OTRO: ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: NO/NS ___
CASERO ___ CONCENTRADO ___ MIXTO X
OTRO ___

ORIGEN: NO/NS ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO ___ NACIDO X EN PREDIO DE CIMOBA LLENO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Tania Stefanny castro castro

DIRECCIÓN: Kr 151 143 12

TELÉFONO: 314 306 3247

CÉDULA: 1233 900 585

SEXO: M ___ F X

NACIONALIDAD: colombiano

CORREO ELECTRÓNICO: 314 306 3247 @sincorreo.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: tecnologo

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO X FAMILIAR ___

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X ¿CUÁL? ___

BARRIO: bilbao

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71 - tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: SI ___ NO ___

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR X CANINOS: PARVO:	TRIPLE:	PENTAVALENTE:
MARZO 2025	NO Reporta	RABIA: / TRIPLE FELINA: /	RABIA: / TRIPLE FELINA:	PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / RABIA: /

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS Y OBSERVACIONES: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLC:	MUCOSAS:
120 l/m	40 r/m	38.1 °C	2 seg	Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES	
PREANESTESIA	XILACINA	0.35 mL	2 mg/Kg IV ☑	1 mg/Kg IV ☐
	KETAMINA	0.35 mL	5 mg/Kg IM ☑	5 mg/Kg IV ☐
	MIDAZOLAM	— mL	0.1 mg/Kg IV	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— mL	2 mg/Kg IV	
POST QUIRÚRGICO	PENICILINA G.S.A.	0.35 mL	17,000 UI/Kg IM	
	MELOXICAM	0.15 mL	0.2 mg/Kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cliente y/o Acudiente) suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la (in)viabilidad reproductiva/fisiológica/hormonal (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACIÓN X RECHAZO ___ para la realización del procedimiento con o sin estudios pre-quirúrgicos.

NOMBRE(S) DEL(OS) MV CIRUJANO(S): DIEGO CASTELLANOS
TARJETA PROFESIONAL: 28570
FIRMA:

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: DIEGO ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 26554
FIRMA:

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/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: paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anestésicas, 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 sucios y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, durante los 5 días posteriores a la implantación.

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

Además soy consciente y **ACEPTO** _X_ o **RECHAZO** _____ la **declaración realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa)** Adicionalmente se me han explicado y entiendo, 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; exonerando de toda responsabilidad a Impecos sas y al equipo médico que realice el procedimiento. 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, desisto de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impecos sas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	No. de Identificación:
Stefanie Castro	1233900587

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

RAZON:

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 23/04/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.233.900.585**

CASTRO CASTRO

APELLIDOS

TANIA STEFANNY

NOMBRES

STEFANIA CASTRO

FIRMA



Escaneado con CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO **11-AGO-1998**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

16-AGO-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-1500150-01017274-F-1233900585-20160626 0061709521A 1 9904698968

Escaneado con CamScanner

Cuenta/Referencia de pago
62271309

Cliente: MARIA VERGELINA CASTRO
NIT/Cédula: 3654582
Dirección de servicio: KR 181 143 12
Municipio: Bogotá D.C.

Factura electrónica de [redacted] F15B30852735
Fecha y Hora de Generación: 2025/3/26 04:03
Fecha y Hora de Expedición: 2025/03/26 9:07
Forma de pago: Crédito 15 días

CUFE: [redacted]

(1) Código	Conceptos de consumo	Unid	Cantidad	Valor unitario	Subtotal	IVA 19%	Total
[redacted]							

Subtotal $5.880,00

(2) Código	Conceptos financieros	Unid	Cantidad	Valor unitario	Subtotal	IVA 19%	Total

Subtotal 0,0

Total Items: 3 Subtotal 85.880,00

NA: 0,00

Total factura electrónica (1) + (2) 85.880,00



vanti

VANTI S.A ESP NIT: 890.007.813-5

(3) Código	Conceptos financieros	Unid	Cantidad	Valor unitario	Subtotal	IVA 19%	Total

Subtotal 0,00

(3) Saldo deudor 0,00

(4) Plan de Pago o Pólizas — Saldo | Cuota | Interes | Capital

Subtotal 0,00

(5) Recaudo de terceros — Total

Subtotal 0,00

Total a Pagar (1) + (3) + (4) + (5) 85.880,00

Vencimiento Revisión Obligatoria	Fecha de Suspensión	Pago Oportuno
>> 31/10/2025	2025-04-11	11-abr-2025

Factura - Transferencia S.A. Nit 900.002.199-4 V. 30.04.21

4428

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
SECRETARÍA DISTRITAL DE GOBIERNO
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024

BOGOTÁ mejor para todos
SUBA

Versión del formato 29/11/2023

HISTORIA CLÍNICA: HC-999-E-0

MICROCHIP: 990000013796885

FECHA: 09/04/2025

CÓDIGO: EST-1

LUGAR DE LA INTERVENCIÓN (MARQUE CON UNA X): Salón Comunal Bilbao

TIPO DE TENENCIA: CHE ___ TEC ___ CES ___ REMPAS ___ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Chispas

COLOR: Negro amarillo

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: Mestizo | EDAD: 5 meses | PESO Kg: 2.3 | RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___
OTRO: ___

CADUCIDAD DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Marta Cecilia Solano Garcia

DIRECCIÓN: Cl 142c 141B - 60 CA 22

TELÉFONO: 323 2247517

CÉDULA: 46 362 228

SEXO: M X

NACIONALIDAD: Colombiano

CORREO ELECTRÓNICO: merlha1000@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO X FAMILIAR ___

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X ¿CUÁL? ___

BARRIO: Bilbao

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71 - Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: SI X NO ___

ULT. CELO: NO Reporta

ULT. DESPARASITACIÓN: NO Reporta

ULT. VACUNACIÓN: NS/NR X CANINOS: PARVO: / HEXAVALENTE: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: /

FELINOS: TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA: / RABIA: /

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: (I) II III IV V VI E

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS FISIOPATOLÓGICAS

F. CARDIACA: 120 l/m | F. RESPIRATORIA: 44 r/m | TEMPERATURA: 38.1 °C | TLLC: 2 seg | MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES	
PREANESTESIA	XILACINA	0.23 mL	2 mg/kg IM ☒	1 mg/kg IV ☐
	KETAMINA	0.23 mL	5 mg/kg IM ☒	5 mg/kg IV ☐
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	MIDAZOLAM	— mL	0.1 mg/kg IV	
	PROPOFOL	— mL	2 mg/kg IV	
POST OPERATORIO	PENICILINA G.S.A.	0.23 mL	17 000 UI/Kg IM	
	MELOXICAM	0.05 mL	0.1 mg/kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de [Médico Veterinario/Zootecnista], escribo este documento para constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/Orquiectomía [esterilización/castración], que he manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACIÓN X RECHAZO para la realización del procedimiento con o sin tratamientos pre-quirúrgicos.

NOMBRE(S) Y APELLIDOS MV CIRUJANO: DARUTA PROFESIONAL	LIDA CARDENAS 13826	FIRMA:
NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: TARJETA PROFESIONAL	DIEGO ALVAREZ 19054	FIRMA:

879

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/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 señala 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 realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa)** Adicionalmente se me han explicado y entiendo, 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; eximiendo de toda responsabilidad a Bioparques sas y al equipo médico que realiza el procedimiento. 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, exonerando a la Alcaldía local de Suba, Bioparques sas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Martha Salazar	1.136.2.2.2.5

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 25/04/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:

4402

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 46.362.228
SOLANO GARCIA
APELLIDOS
MARTA CECILIA
NOMBRES



FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 10-OCT-1956
SOGAMOSO
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

FECHA Y CLASE DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

4423

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá ESP
NIT. 899999094 - 1

IAG
Iván Augusto García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 1 CICLO: H1 RUTA: H113128 BIMESTRAL

11614803
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

41351458314
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento a otros dispositivos

Periodo facturado	ENE/01/2025	MAR/01/2025

Pago oportuno	ABR/04/2025	Suspensión	ABR/08/2025

Fecha máxima próxima lectura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
MAY/29/2025	MAR/19/2025 04:51:58	MAR/19/2025 10:42:21

¡Hola!

Factura a nombre de
GAFAS CAFAM

Dirección del predio
CL 125 18B 40 CA 22

barrio: DILEAO estrato: SIETE

Dirección de envío de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambió
Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.

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

Litros 116 Acueducto

Entra a www.acueducto.com.co haz clic en Servicios al Ciudadano y opción Mis facturas de acueducto, copia la factura y realiza tu pago a través de internet.

cadena.

931

1.590
1.590
3.550
3.990
10.720

Avena
leche
uvas pasas

44M3Y

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSECUTIVO ESTERILIZACIONES 2024

BOGOTÁ — ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

Fecha de la versión: 28/01/2025

HISTORIA CLÍNICA: HC-999-E-D
MICROCHIP: 900000013796890
FECHA: 05/06/2025
CÓDIGO: EST-4

LUGAR DE LA JORNADA (PARQUE LA BOTA): Selga Control Epilepsia

TIPO DE TENEDOR: CHC ___ IDC ___ CDS ___ RELPAS ___ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Yeyi
COLOR: Negro amarillo
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X ___ SEXO: HEMBRA X ___ MACHO ___
RAZA: mestizo
EDAD: 2 años
PESO: Kg. 24
RAZA DE ASENTAMIENTO ESPECIAL: SI ___ NO ___
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___
OTROS: ___
EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X
TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR ___ CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___
ORIGEN: NS/NR ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO X PERRO DE GUARDIA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Samuel Moises Cuello Gamana
DIRECCIÓN: Kr 160 No 133 24
TELÉFONO: 3186540303
CÉDULA: 1000 462 508
EPS: X
MUNICIPIO/DEPARTAMENTO: Colombiano
CORREO ELECTRÓNICO: samuelcuellog@gmail.com
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Tecnólogo
TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO ___ FAMILIAR X
TIENE MASCOTA DESAPARECIDA: SI ___ NO X ¿Cuál?
BARRIO: Santa Cecilia
ESTRATO: 2
LOCALIDAD: SUBA
UPZ: 71 - Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: SI X SI ☐ NO

ÚLT. CELO: Oct 2024
ÚLT. DESPARASITACIÓN: No reporta
ÚLT. VACUNACIÓN: NS/NR: ___ CANINOS: PARVO: ___ HEXAVALENTE: ___ LEUCEMIA: ___ TRIPLE: ___ PENTAVALENTE: ___ PARVOINFLUENZA Y BORDETELLA: ___ RABIA: ___
FECHAS: TRIPLE: ___ RABIA: ___

4. EXAMEN CLÍNICO

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

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

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDÍACA: 124 x/m
F. RESPIRATORIA: 40 x/m
TEMPERATURA: 38.1 °C
TLLC: 2 seg
MUCOSAS: Rosado
OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0-2.4 mL	2 mg/Kg IM ☐ 1 mg/Kg IV ☐
	KETAMINA	0-2.4 mL	5 mg/Kg IM ☒ 5 mg/Kg IV ☐
	MIDAZOLAM	— mL	0.1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— mL	2 mg/Kg IV
POSTOPERATORIO	PENICILINA G.S.	0-2.4 mL	37.000 UI/Kg IM
	METOCLAM	0.1 mL	0.2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

(NOMBRE(S) DEL(OS) MV CIRUJANO(S): LIDA CÁRDENAS
TARJETA PROFESIONAL: 23536
FIRMA:

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: DIEGO ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 38454
FIRMA:

93

	HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS CONVENIO ESTERILIZACIONES 2024 CAL 999 2024	BOGOTÁ ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/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; pero no limitados a: cardiacos, hemorragia, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas y hasta la muerte.

Así mismo manifiesto que fue 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, talco, aplicación de antipolgas, 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 implantacion 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 realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa)** Adicionalmente se me han explicado y entendido, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la droga y sin derecho a contravención alguna; exonerando de toda responsabilidad a Imperes ses y al equipo médico que realiza el procedimiento. 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 prevención 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 imperide en la manipulación con mi animal de compañía, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Imperes tas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del responsable/Tenedor:	Nro de identificación: 1.000.767.508

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

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. identificación:	Firma:

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA CAITANA	FECHA: 21/04/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:

445

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.000.462.508



CUELLO GAMARRA

Nombres
SAMUEL MOISES

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.67	M

Fecha de nacimiento — G.S.
13 MAYO 2003 — O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
25 JUN 2021, BOGOTA D.C

Firma
SamuelCG

Fecha de expiración
13 FEB 2034

IDCOL

0381716 79

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

IDCOL0381716798150O1<<<<<<<<<<<
0305130M3402133COL1000462508<5
CUELLO<GAMARRA<<SAMUEL<MOISES<

333

ن

ب

4478

Bogotá

2665147-9

EUSAVA ELENA GAMARRA RICO

BOGOTA D.C. - SANTA CECILIA



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CAMPAÑA DE ESTERILIZACIONES 2024

BOGOTÁ ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

Fecha de la revisión: 27/04/2025

HISTORIA CLÍNICA: HC-999-502

MICROCHIP: 990000013796897

FECHA: 03/04/2025

CÓDIGO: EST-4

4479

LUGAR DE LA JORNADA (MARQUE LA BOLA): Salón Comunal Gaitana

TIPO DE TENEDOR: OFIC ___ ADC ___ CES ___ SEMPAS ___ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Olivia

RAZA: Mestizo

EDAD: 8 meses

COLOR: Negro

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X

SEXO: HEMBRA X MACHO ___

PESO: Kg. 3.1

RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___
OTRO: ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: RN/NR ___
CASERO ___ CONCENTRADO ___ MIXTO X
OTRO ___

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: María Alejandra Carvajal García

DIRECCIÓN: Cl 134 # 88 - 23

TELÉFONO: 319 680 3206

CÉDULA: 1001 058 406

SEXO: M. ___ F. X

NACIONALIDAD: Colombiano

CORREO ELECTRÓNICO: makju042311@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Profesional

TIPO DE VIVIENDA: Propia ___ ARRIENDO ___ FAMILIAR X

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X ¿Cuál? ___

UPZ: Altos de Chozica

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71 - Tibabuyes

3. OBSERVACIONES

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: X SI ___ NO

ÚLT. CELO: Marzo 2025

ÚLT. DESPARASITACIÓN: Marzo-2025

ÚLT. VACUNACIÓN: NS/NR ___ CANINOS: PARVO: / HEXAVALENTE: /

TRIPLE FELINA: Marzo 2025 LEUCEMIA: /

TRIPLE FELINA: PENTAVALENTE: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: /

RABIA: Marzo 2025

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 120 l/m

F. RESPIRATORIA: 40 r/m

TEMPERATURA: 38.1 °C

TLLC: 2 seg

MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES	
PREANESTESIA	XILACINA	0.1 ml.	2 mg/Kg IM X	1 mg/Kg IV
	KETAMINA	0.2 ml.	5 mg/Kg IM X	5 mg/Kg IV
	MIDAZOLAM	— ml.	0.1 mg/Kg IV	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml.	2 mg/Kg IV	
POST OPERATORIO	PENICILINA G.B.A.	0.3 ml.	37.000 UI/Kg IM	
	MELOXICAM	0.12 ml.	0.2 mg/Kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber informado 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 con mi colaboración pre-quirúrgica.

NOMBRE(S) DEL(OS) MV CIRUJANO(S): DIEGO CASTELLANOS
TARJETA PROFESIONAL: 69563

FIRMA

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: INGRID ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 51454

FIRMA

835

JORNADA UNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

Calendario Esterilizaciones 2024

CPS 999 2024

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/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 acepta los riesgos que se pueden presentar, Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden encontrar 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, desde 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.

SI NO

Además soy consciente y **ACEPTO** _X__ o **RECHAZO** _____ la **determinación realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cobra el programa)** Adicionalmente se me han explicado y 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; eximiendo de toda responsabilidad a Inpecos sas y al equipo médico que realiza el procedimiento. 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, eximiendo a la Alcaldía Local de Suba, Inpecos sas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	No de Identificación:
La aspidia Colonial	C.C. 1001052403

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

RAZON:

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 21/04/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:

4429

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.001.058.406
CARVAJAL GARCIA

APELLIDOS
MARIA ALEJANDRA

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 23-SEP-2001
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

07-OCT-2019 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

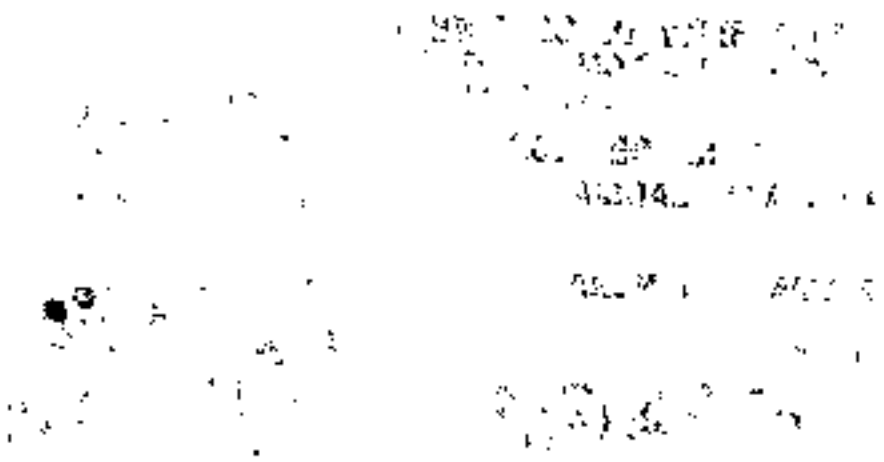
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

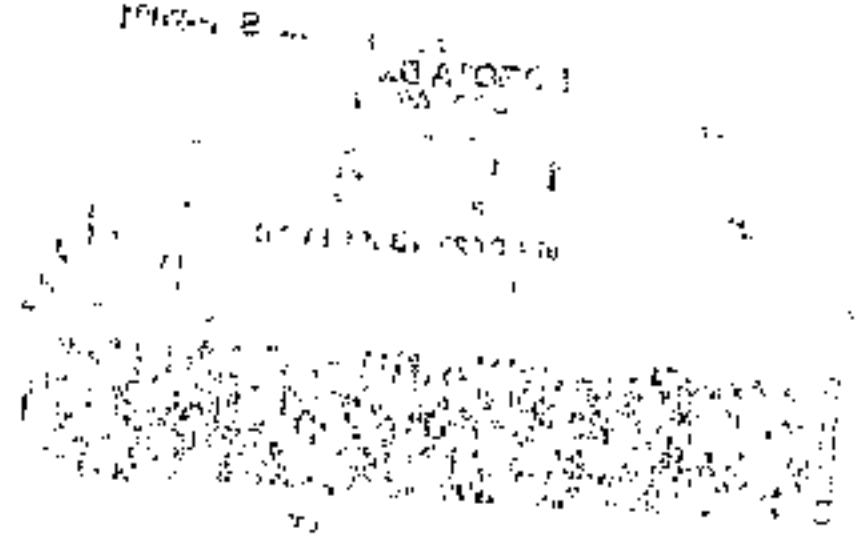
INDICE DERECHO



V-1500150-01103589-I-1001058406-20191110 0053971150A 2 8500003817

836





137035 4429 137035

enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT. 860.063.875-8

Para pagar y consultar su número de cliente es: **0738269-5**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No.

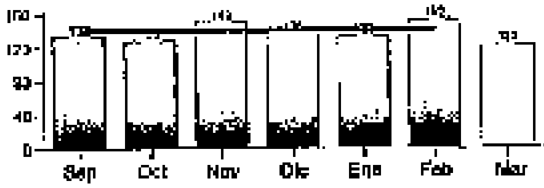
CLIENTE

ALVARO ALEXANDER CARVAJAL OLAYA
CL 159 NO 80 73
CONT NRB 25
BOGOTA D.C. - ALTOS DE CHOZICA

02 711 1042 / 019-5624/064

EL PRÉSTAMO DE LA CIUDAD
¡LLEGÓ A TU CASA!
TU PRÉSTAMO DE HASTA
$12.000.000
Recibe el dinero en la cuenta de preferencia.
¡Acércate ya a uno de nuestros puntos Crédito Fácil CODENSA!
Encuéntralos escaneando el código.
*La aprobación y el monto del crédito están sujetos al perfil del solicitante. Conoce más en www.creditofacilcodensa.com

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO
CONSUMO DIARIO: 4,21 kWh
VALOR DIARIO:

PERÍODO FACTURADO: 28 ENE/2025 A 26 FEB/2025
DÍAS FACTURADOS: 29
CONSUMO MES: 122 kWh

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

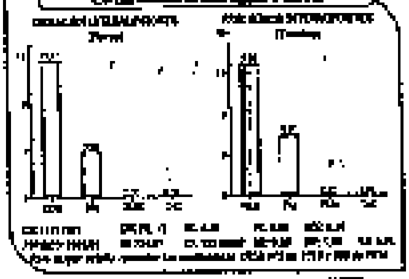
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	5
CATEGORÍA:	
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	
RUTA LECTURA:	
NÚMERO DE LECTURA:	
MEDIDOR NO:	019-56247064
MEDIDOR NO:	019-56247064

USO SEGURO DE LA ENERGÍA

Es importante que apagues por completo todos los dispositivos que no estés usando, ya que se podrían seguir consumiendo energía. Sigue las recomendaciones como un modo de ahorro de energía.

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Línea Bogotá, Cobranza y Cundinamarca 601 5 115 115

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios Virtuales de Pago · Billetera Virtual · Corresponsales Bancarios · Red Bancaria · Centros de Servicio · Código QR · Almacenes de Cadena

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P.
AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.

Línea de servicio al cliente 110

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:

FECHA GENERACIÓN: 03/03/2025
FECHA EXPEDICIÓN: 03/03/2025

Página 1 de 2

837

1 Total Energía $38.550 + 2 Portafolio Enel X 60 + 3 Total Aseo $36.240 = Total a Pagar $124.790

PAGO OPORTUNO 12 MAR /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN 14 MAR/2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 0738269-5

PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 27 MAR /2025

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	(-)	Lectura Anterior	(=)	Diferencia de Lecturas	(X)	Factor	(=)	Energía Consumida kWh	Energía Facturada kWh	(X)	Valor Unitario	(=)	Valor Facturado
ENERGÍA ACTIVA	53816		53816		0		1		0	172		$450,00		$77.400
ENERGÍA REACTIVA	0		0		0		1		0	0		$0,00		$0
SUBSIDIO	Consumo subsidiado 150,00 kWh				Valor kWh subsidiado				Descuento 15,00 %					-$38.850
ENTE MEDIA LA ENERGÍA del Ordenamiento, TIP CUOTO $1494 DURROS												SUBTOTAL:		$38.550

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena

SUBTOTAL: $0

Energía + Otros cobros asociados a energía (1) TOTAL ENERGÍA: $38.550

Otros cobros de productos y servicios

enel X

Te invitamos a consultar el detalle de los productos y servicios a través de la APP, si Sucursal Virtual en la página web o inscribiéndote a FACTURA VIRTUAL dando click en la sección Promos.

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

¡ Tuviste [illegible] PAGO OPORTUNO para no generar intereses. Además de evitar [illegible] SUSPENSIÓN a partir de la cual el operador del servicio no cobrará [illegible] pago. Para evitar [illegible] cobro [illegible] en la página [illegible], el cobro por concepto de reconexión [illegible] $48.804

Importante: [illegible] de no realizar el pago de sus obligaciones. Debes Pagar OPORTUNO en la fecha de PAGO OPORTUNO. Además evitarás [illegible] cobro de reconexión [illegible] $48.804 cobro por gestión de cobro [illegible] días y la [illegible] prestación del servicio.

ESTIMADO CLIENTE: El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (0 – 130 kWh mes) es de 15,00 %

ASEO

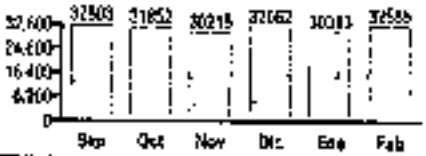
ÁREA LIMPIA

PRESTADOR: ÁREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL SAS ESP | ASEO No. 5 | NIT: 901146434-9

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

CUENTA CONTRATO	10550741	
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No.	344131729-5	31
PERIODO DE FACTURACIÓN	27/01/2025 A 26/02/2025	

HISTÓRICO DE FACTURACIÓN



ESTADO DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$43.434
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-6.285
ASEO - AJUSTE A LA DECENA 2025	$1

DATOS DEL USUARIO

TIPO PRODUCTO: Residencial

ESTRATO		PREST. ASEO	
DENSIDAD		PREST. ALUMBRADO	
% ENCERRADO		PREST. MATADERO	

ENTIDADES	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	1	0
No residenciales	0	0

COSTOS PARA TARIFAS

COSTO FIJO LOCAL	COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE	VALOR BASE APROVECHABLE
$21.831,37	-$11.575,52	$152.831,35

TONELADAS POR SUSCRIPTOR

BARRIDO:	0.0026358O
LIMPIEZA LATERAL:	0.0010567
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO:	0.0000162
EQUIVALENTE APROVECHABLE:	0.0615804
RESIDUOS NO APROVECHABLES:	0.05
AHORRO NO APROVECHABLE	0.00

MESES ENVEJA: 0

(3) TOTAL ASEO: $36.240

APORTE NO RESIDENCIAL	0%
APORTE RESIDENCIAL	0%
SUBSIDIO:	15%

AJUSTES DE ANTES

NÚMERO DE CUENTE 0738269-5

Documento Equivalente Electrónico No. 344131729-5

PAGO OPORTUNO 12 MAR /2025

TOTAL A PAGAR $124.790

3.672 • Página 2 de 2

No. Cuenta 0738269-5 137035

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSULTORIO [illegible]

BOGOTÁ — ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

Fecha de la versión: 31/Oct/2023

HISTORIA CLÍNICA: HC-999-E-0

MICROCHIP: 990000013796886

FECHA: 15/04/2025

CONSEC EST: 4

LUGAR DE LA JORNADA: (MARQUE LA BOTA) Colina Campestre Bolivia

TIPO DE TENENCIA: HC __ REC __ CES __ RELPAS __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Ciffi

COLOR: Blanco Pardo

ESPECIE: CANINO __ FELINO X

SEXO: HEMBRA X MACHO __

RAZA: Mestizo

EDAD: 2 años

PESO: Kg 2.5

BAJA DE MANEJO ESPECIAL: SI __ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI __ NO X
AGRESIVIDAD __ MIEDO __ ANSIEDAD __
OTRO: ____

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI __ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: 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: Esteban Rosero Fajardo

DIRECCIÓN: Kr 155 No 138 B 04

TELÉFONO: 3170951154

CÉDULA: 1018 495 378

SEXO: M __ F X

NACIONALIDAD: Colombiana

CORREO ELECTRÓNICO: Tifani2030@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA __ ARRIENDO X FAMILIAR __

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI __ NO X ¿CUÁL? ____

BARRIO: Santa rita de suba

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71 - Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

ÚLT. CELO: Marzo 2025

ÚLT. DESPARASITACIÓN: No reporta

ÚLT. VACUNACIÓN: NS/NR: X CANINOS: PARVO: HEXAVALENTE: RUPIE: PENTAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: LEUCEMIA: RABIA:

FELINOS: TRIPLE FELINA:

APTO PARA CIRUGÍA: SI X NO __

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI __ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: I II III IV V VI E

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDÍACA: 120 x/m

F. RESPIRATORIA: 40 x/m

TEMPERATURA: 38.1 °C

TLLC: 2 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN			DOSIS/OBSERVACIONES
ANESTESIA	XILACINA	0.25 mL	2 mg/kg IM X	5 mg/kg IV
	KETAMINA	0.2 mL	5 mg/kg IM X	5 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	MIDAZOLAM	— mL	0.1 mg/kg IV	
	PROPOFOL	— mL	3 mg/kg IV	
POST OPERATORIO	PENICILINA G.S.A.	0.25 mL	17.000 UI/Kg IM	
	MELOXICAM	0.1 mL	0.2 mg/kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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 con o sin anexos pre-quirúrgicos

NOMBRE(S) DEL(OS) MV CIRUJANO(S): DIEGO CASTELLANOS
TARJETA PROFESIONAL: 05067
FIRMA:

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: DIEGO ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 36554
FIRMA:

4.50

83

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONSENTIMIENTO ESTERILIZACIONES 2024
CPS 998 2024

BOGOTÁ
LA MEJOR ES
SUBA

7. 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 Ovariohisterectomía/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: sangrados, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

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

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

Además soy consciente y ACEPTO _X__ o RECHAZO _____ la declaración realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entiendo, 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; exonerando de toda responsabilidad a Impecos sas y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En consecuencia, 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impecos sas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Estefania Rosero F	1010849378

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

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

8. HOJA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALÓN COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 21/04/2025	HORA: 10:00 a.m.

Observaciones:

4437

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.018.495.378**

ROSERO FAJARDO

APELLIDOS

ESTEFANIA

NOMBRES

Estefania Rosero

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-JUN-1997**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

10-JUL-2015 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

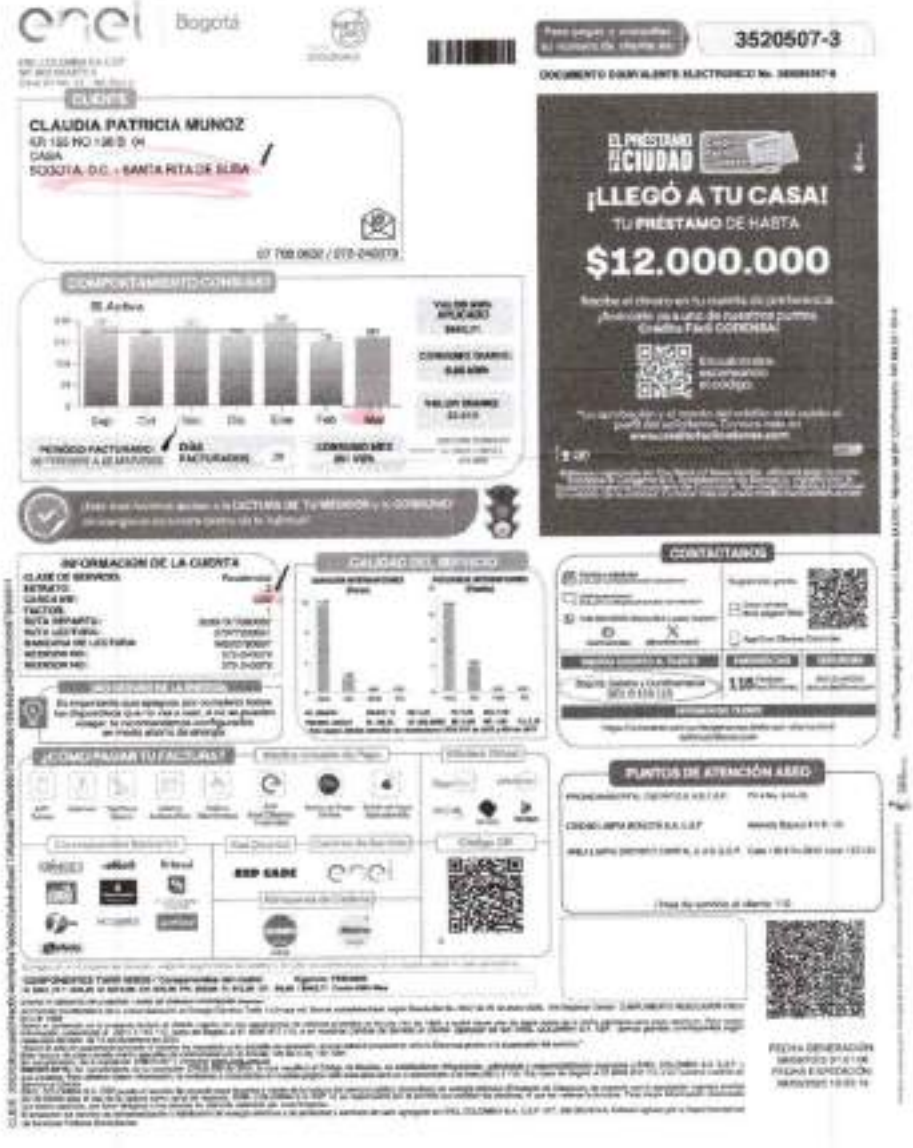
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



I-1500450 01141402-F-1018495378-20200612 0070906449A 1 9810106366

839

4432


enel Bogotá
3520507-3
CLIENTE
CLAUDIA PATRICIA MUNOZ
CASA
SOGOTA, D.C. - SANTA RITA DE SUBA
COMPORTAMIENTO CONSUMO
¡LLEGÓ A TU CASA!
TU PRÉSTAMO DE HABTA
$12.000.000
INFORMACIÓN DE LA CUENTA
CALIDAD DEL SERVICIO
CONTÁCTANOS
¿COMO PAGAR TU FACTURA?
PUNTOS DE ATENCIÓN ABEO

940

4433

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANUAL
CONSULTA ESTERILIZACIONES 2025

BOGOTÁ ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
Fecha de la versión 21/05/2025

HISTORIA CLÍNICA: HC-999-E-0
MICROCHIP: 990000013884814
FECHA: 01/04/2025
CÓDIGO EST-4

LUGAR DE LA JORNADA/PARQUE LA BOLA: Salón Comunal Gaitana

TIPO DE TENEDOR: CHC ___ HEC ___ CES ___ FELPAS ___ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: paquita
COLOR: Pardo
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Mestizo EDAD: 2 años
PESO: Kg. 2.1
RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___
OTROS: ___
EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X
TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR ___ CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO: ___
ORIGEN: NS/NR ___ CAPTADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO X PERRO DE CRIADERO ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Patricia Lopez Fajardo
DIRECCIÓN: Kr 124 #128B-10 Pi 3
TELÉFONO: 3202855862
CÉDULA: 37 625 526
SEXO: H ___ F X
NACIONALIDAD: colombiano
CORREO ELECTRÓNICO: 3202855862 @sincorreo.com
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria
TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO ___ FAMILIAR X
TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X ¿CUÁL? ___
BARRIO: Tibabuyes
ESTRATO: 2
LOCALIDAD: SUBA
UPZ: 71 - Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: X SI ___ NO

CICLO: Enero 2025
DES. DESPARASITACIÓN: NO Reporta
ULT. VACUNACIÓN: NS/NR X CANINOS: PARVO: / MOQUILLO: / HEPATITIS: / RABIA: /
FELINOS: TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA: / PANLEUCOPENIA Y RINOTRAQUEITIS: /

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X
SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno
HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno
CLASIFICACIÓN ASA: I. II. III. IV. V. VI. E.
CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 128 l/m
F. RESPIRATORIA: 40 r/m
TEMPERATURA: 38.1 °C
TRC: 2 seg
MUCOSAS: Rosado
OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN			DOSIS/OBSERVACIONES	
PREANESTESIA	XILACINA	0.2 mL	2 mg/Kg IM	X	1 mg/Kg IV
	KETAMINA	0.2 mL	5 mg/Kg IM	X	5 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	MIDAZOLAM	— mL	0,3 mg/Kg IV		
	PROPOFOL	— mL	2 mg/Kg IV		
POSTOPERATORIO	TRAMADOL G.L.A.	0.2 mL	1/100 UI/Kg IM		
	MELOXICAM	0.08 mL	0,2 mg/Kg SC		

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber suministrado 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 con o sin exámenes preliminares.

NOMBRE(S) DOCTOR(S) MV CIRUJANO(S): LIDA CANTERMAS
TARJETA PROFESIONAL: 33658
FIRMA: Lida

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: DIEGO ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 36954
FIRMA:

941

	JEFATURA CLINICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS CONTRATO ESTERILIZACIONES 2024 OPS 888-2024	BOGOTÁ ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomia/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, teniendo en cuenta 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 antibióticos, 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 realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía** (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entiendo, 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, exonerando de toda responsabilidad a Empresas sas y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual ha sido informado, he comprendido y aceptado.

En consecuencia, he dado toda 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 y impericia en la manipulación con mi animal de compañía, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Empresas sas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro Identificación:

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

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

8. TOMA DE DATOS DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA | FECHA: 21/01/2025 | HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:

4434

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
37.625.526

LOPEZ FAJARDO

PATRICIA



FECHA DE NACIMIENTO 24-JUN-1972
PUENTE NACIONAL
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.53 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
16-ENE-1991 PUENTE NACIONAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

847

4435

enel Bogotá

3722522-3

PATRICIA LOPEZ

$12.000.000

953

4436

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN CANINAS Y FELINAS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSECUTIVO ESTERILIZACIONES 2024

BOGOTÁ mejor para todos
SUBA
Fecha de la atención: 21/07/2024

HISTORIA CLÍNICA: IBC-999-E-0
VACUNACIÓN: 990000013884802
EDICIÓN: 08/08/2024
CÓDIGO: EST-4

LUGAR DE LA JORNADA (PARQUE LA BOTA): Salón Comunal Gaitana

TIPO DE TENEDOR: CIC__ REC__ CES:__ RELIAS__ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Mía | COLOR: Blanco- Gris

ESPECIE: CANINO__ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO__ | RAZA: Mestizo | EDAD: 1 año | PESO: Kg. 3,5 | RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X

DURANTE LA VACUNACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI__ NO X
AGRESIVIDAD__ MIEDO__ ANSIEDAD__
OTRO:__

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI__ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: 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: Sebastián Gil Navas
DIRECCIÓN: Cl 137 A # 125A-49 AP 360
TELEFONO: 3002974725
CEDULA: 1031 641 204
SEXO: M X
FACEBOOK/INSTAGRAM: colombiano
CORREO ELECTRÓNICO: sebas14azgil@gmail.com
NIVEL DE ESCOLARIDAD: tecnologo
TIPO DE VIVIENDA: PROPIA__ ARRENDO__ FAMILIAR X
TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI__ NO X CUAL?__
BARRIO: la gaitana
ESTRATO: 2
LOCALIDAD: SUBA
UPZ: 71 - Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGIA: X SI__ NO

U.C.C. CICLO: Marzo 2025
U.T. DESPARASITACIÓN: NO Reporta
ULT. VACUNACIÓN: NS/NR__ CANINOS: PARVO: / HEXAVALENTE: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: /
FELINOS: TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA: / RABIA: Marzo - 2025

4. EXAMEN CLÍNICO

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

CLASIFICACIÓN ASA: (I) II III IV V VI E
CONDICIÓN CORPORAL: 3A

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA	F. RESPIRATORIA	TEMPERATURA	TRC	MUCOSAS
120 l/m	40 r/m	38.1 °C	2 seg	Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES	
PREANESTESIA	KETAMINA	0.75 mL	7 mg/Kg IM [bl]	1 mg/Kg IV [ ]
	XILACINA	0.75 mL	5 mg/Kg IM [bl]	5 mg/Kg IV [ ]
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	MIDAZOLAM	— mL	0,1 mg/Kg IV	
	PROPOFOL	— mL	2 mg/Kg IV	
POST OPERATORIO	PENICILINA G.B.A.	0.35 mL	27.000 UI/Kg IM	
	MELOXICAM	0.15 mL	0.2 mg/Kg IV	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Propietario/a o Acudiente/Responsable) suscribo este documento como constancia de haber brindado el 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 descrito en esta historia pre-quirúrgica.

NOMBRE(S) DEL(OS) MV CIRUJANO(S): DIEGO CASTELLANOS
TARJETA PROFESIONAL: 09542
FIRMA:

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: DIEGO ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 38954
FIRMA:

344

JORNADA CLINICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONVENIO ESTERILIZACIONES 2024
CPS 346 2024

BOGOTÁ
ALCALDÍA DE
SUBA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomia/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 manifieste 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 realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa)** Adicionalmente se me han explicado y entiendo, 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; exonerando de toda responsabilidad a Inspecsas y al equipo médico que realice el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, lo comprendido y aceptado.

En constancia, se 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Inspecsas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
	1031641204

Yo, _____ Identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi Animal de compañía.
RAZON:

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

8. HOJA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 21/04/2025	HORA: 10:00 a.m.
OBSERVACIONES:		

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.031.641.204**

GIL NAVAS

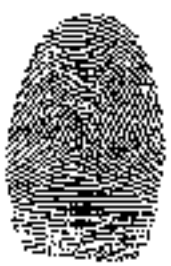
APELLIDOS

SEBASTIAN

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **14-FEB-2004**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

14-FEB-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDRA VEGA HOYOS

INDICE DERECHO



I-1500150-01294440-M-1031641204-20220505 0078055669A 7 8504128927

4438

enel | Bogotá

1954883-9

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 340138245-0

JULIO NAVAS
CL 137 A NO 135 A 42 APTO 200
PISO 2
BOGOTA, D.C. - LA GAITANA





VALOR KWH APLICADO
$663,71

CONSUMO (KWH)
130 kWh

VALOR (KWH)
$ 0,44

PERIODO FACTURADO
DE 17 FEBRERO A 20 MARZO DE

DIAS FACTURADOS: 33

CONSUMO MES
329 kWh

Ayúdenos a tomar acceso a la LECTURA DE SU MEDIDOR y CONSUMO de energía en el momento y periodo de su facturación

INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA KW:	0,83
FACTOR:	1
RUTA ESTRATO:	[illegible]
RUTA LECTURA:	[illegible]
MANZANA DE LECTURA:	[illegible]
MEDIDOR RG:	657-12758107
MEDIDOR RG:	657-12758107

Es importante no se apliquen por completo todos los dispositivos que no usa a usted, si no se quedan apagar no consideramos configurar la en modo ahorro de energía

CONSUMO (KWH) DE LOS ULTIMOS 12 MESES

CONTACTANOS

Bogotá, Soacha y Cundinamarca
601 3 135 115

115

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

Línea de servicio al cliente 110

RED CADE

FECHA GENERACION
15/09/2025 21:39:05
FECHA EXPEDICION
10/09/2025 17:25:16

346

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024

Bogotá Mejor para todos
SUBA

4439

Fecha de la atención: 31/03/2025

HISTORIA CLÍNICA: HC-999-E-D

MICROCHIP: 990000013884817

FECHA: 03/04/2025

CÓDIGO: EST-4

LUGAR DE LA JORNADA: (BARRIO/LOCALIDAD) Santa Rosa del Bolsillo

TIPO DE TENENCIA: CIC. _ REC. CES _ RELIVAS _ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Candy

COLOR: Negro anaranjado

ESPECIE: CANINO _ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO _

RAZA: Mestizo

EDAD: 6 meses

PESO: Kg 2.5

RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI _ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI _ NO X
AGRESIVIDAD _ MIEDO _ ANSIEDAD _
OTRO: _____

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI _ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: hS/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: Miguel Angel Rodriguez Rodriguez

DIRECCIÓN: CL 136 151 A 27

TELÉFONO: 3114837133

CÉDULA: 79 472 137

SEXO: M

NACIONALIDAD: Colombiano

CORREO ELECTRÓNICO: rodriguez.miguelangel2016@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA X ARRIENDO _ FAMILIAR _

TIENE ALGÚN DISCAPACIDAD: SI _ NO _ ¿CUÁL? _____

BARRIO: Usaquén

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

71 - Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: SI NO

ULT. CELO: NO Reporta

ULT. DESPARASITACIÓN: Marzo 2025

ULT. VACUNACIÓN: hS/nR: _ CANINOS: PARVO: _ TRIPLE: _ PENTAVALENTE: _ HEXAVALENTE: _ RABIA/influenza y Bordetella: _

FELINOS: TRIPLE FELINA: _ LEUCEMIA: _ RABIA: Marzo 2025

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI _ NO X

SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 128 Lat

F. RESPIRATORIA: 44 r/m

TEMPERATURA: 38.1 °C

TLLC: 2 seg

MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

BASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	BUTAZINA	0.25 mL	2 mg/Kg IM X / 1 mg/Kg IV
	KETAMINA	0.25 mL	5 mg/Kg IM X / 5 mg/Kg IV
	MELOXICAM	— mL	0.1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— mL	2 mg/Kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G.S.A.	0.25 mL	87.000 UI/Kg IM
	MELOXICAM	0.1 mL	0.2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), acepto este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y especialmente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomía/Orquiectomía (esterilización/castración), que he recibido de manera libre y voluntaria su ACEPTACIÓN X RECHAZO para la realización del procedimiento con todos sus componentes anestésicos y quirúrgicos.

NOMBRE(S) DR(A)(S) MV CIRUJANOS: DIEGO CASTELLANOS
TARJETA PROFESIONAL: 09542

FIRMA:

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: DIEGO ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 38954

FIRMA:

847

HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONSECUTIVO ESTERILIZACIONES 2024

OPS### 2024

BOGOTÁ ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

7. 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 droga como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO _X__ o RECHAZO _____ la declinación realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa)** Adicionalmente se me han explicado y entendido, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la droga y su derecho a contravenderla; exonerando de toda responsabilidad a Imperios ses y al equipo médico que realiza el procedimiento. 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, eximiendo a la Alcaldía Local de Suba, Imperios ses y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro. de Identificación:
	79-472-137

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:	Firma:
Nro. Identificación:	

8. HOJA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA CAITANA	FECHA: 21/04/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:

4490

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.472.137
RODRIGUEZ RODRIGUEZ
APELLIDOS
MIGUEL ANGEL
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 02-SEP-1965
ICONONZO
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.73 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO
16-MAR-1987 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A 1500160-00014201-M-00794721 37-20060317 0000607980A 1 1250000622

8/8

4441



acueducto
EMPRESA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá - ESP
NIT. 899.699.001 - 1

Natalia Ángel Cabo
Representante Legal

Para el reparto ZONA:1 CICLO: J1 RUTA:J11389 BIMESTRAL

11253174	41352778819
Cuenta contrato Núm. de identificación de este predio	**Número para pagos** Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

Período facturado	ENE/04/2025	MAR/04/2025

Pago oportuno ABR/07/2025 Suspensión ABR/18/2025

Fecha aproximada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
MAY/31/2025	MAR/22/2025 04:15:07	MAR/22/2025 11:16:10

¡Hola!

Factura a nombre de

MIGUEL ANGEL RODRIGUEZ

Dirección del predio

CL 136 151A 27

Barrio: LISBOA Localidad: SUBA

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambió
Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.

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

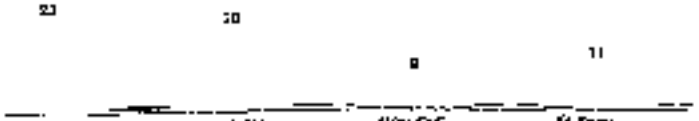
Entra a www.acueducto.com.co haz clic en Servicios al Ciudadano y ve más información de los puntos de interés, copia de la factura y realiza tu pago a través de internet.

Gracias

949

Tu consumo en este período

En los períodos anteriores tu promedio de consumo fue 17



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

En este período

11.000

Promedio al día

183

En este período consumiste más agua que en el anterior

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura en el período actual
Lectura anterior (el 15
Tu consumo en el período fue

Facturación con Consumo Normal
Base promedio
Descargue tu última factura

Datos de tu medidor

Marca
Serie

Tipo
Diámetro del predio

Para reducir tu consumo, recuerda:

Ducharte en 3 minutos para reducir tu consumo

Tener siempre un balde en la ducha para reusar el agua recogida

Cerrar la llave al enjabonar los platos

Tu cobro en este período

Acueducto	+	Alcantarillado	+	Otros cobros	Escanea y paga virtual
$34.259,80		$30.069,31		$23.197-	

Consulta el detalle de cobros y descuentos en la factura electrónica de tu predio

Total ingresos del período
Importe que ya fue descontado de tu factura por pagos anticipados

= Total a pagar $41.134

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

Detalle de tu consumo
esta bimestre

1 Acueducto

Cant.	Valor unitario	%	Valor	Tarifa	Total
Cargo fijo residencial (mes)					
Consumo residencial básico (m³)					
Consumo residencial complementario básico (m³)					
Cargo fijo no residencial (mes)					
Consumo no residencial (m³)					
Subtotal					

2 Alcantarillado

Cant.	Valor unitario	%	Valor	Tarifa	Total

Tarifa consumo básico (m³)
Tarifa aplicada anterior a básico (m³)
Total gas consumido facturado

Total Acueducto | Total Alcantarillado

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
Subtotal	

4 Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

5 Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

6 Deudas en estudio

Concepto	Valor
Subtotal	

7 Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	

Puntos de pago y canales virtuales

Nequi · Claro pay · Daviplata · Punto de Pago · punto red · Efecty

Para evitar suspensiones del servicio, acércate a nuestros puntos de atención

Red Especial: Consulta ubicaciones y horarios de atención en: www.aguasdecartagena.com

Las EAAB-ESP solo tiene convenios con los siguientes bancos: Davivienda, Corpbanca, Colpatria, Caja Social, Bbva, Occidente, Av Villas, Bogotá, Scotiabank y Itaú

Recaudo y Alcantarillado
Valor a pagar
$41.134

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.

[415]7707200485271[8020]4130277358197[3900]0000000041134

51584 25379 22

44?

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN PERROS Y GATOS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONVENIO ESTERILIZACIÓN CANES 2024

BOGOTÁ — ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

CRUE

MICROCHIP: 990000013884807

FECHA: 05/04/2025

CÓDIGO: CST-6

HISTORIA CLÍNICA: HC-004-8-0

LUGAR DE LA JORNADA: PARQUE LA ACOSTA Sobre Carretera Gallano

TIPO DE TENEDOR: CHC ___ RET. ___ CES ___ RELPAS ___ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Michi

COLOR: Negro

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Mestizo EDAD: 1 año

PESO: 2.3 Kg.

RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VACUNACIÓN PRESENTÓ ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___
OTRO: ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: 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: Rosa Torres Tamara

DIRECCIÓN: Cl 135 Bis 124C-60

TELÉFONO: 3107211091

CÉDULA: 36641 099

EDAD: 41

NACIONALIDAD: Colombiano

CORREO ELECTRÓNICO: rosa1999-@hotmail.es

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Secundaria

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO X FAMILIAR ___

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X ¿CUÁL? ___

BARRIO: Tibabuyes

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71 - Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: SI X NO ___

ÚLT. CELO: Marzo 2025

ÚLT. DESPARASITACIÓN: Marzo 2025

DIF. VACUNACIÓN: SI/NR: ___ CANINOS: PARVO: ___ MOQUILLO: ___ HEPATITIS: ___ LEPTOSPIRA: ___ FELINOS: TRIPLE FELINA: ___ RABIA: ___

TRIPLE: ___ TETRAVALENTE: PANLEUCOPENIA Y RINOTRAQUEITIS

RABIA: Febrero-2025

4. EXAMEN CLÍNICO

SIGNOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: I X II III IV V VI E

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 120 l/m

F. RESPIRATORIA: 40 r/m

TEMPERATURA: 38.1 °C

TLC: 2 seg

MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN			DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTÉSICA	KETALINA	0.23 mL	3 mg/Kg IM ☑	1 mg/Kg IV ☐
	XILACINA	0.23 mL	5 mg/Kg IM ☑	5 mg/Kg IV ☐
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	BENZODIAM	— mL	0,1 mg/Kg IV	
	PROPOFOL	— mL	2 mg/Kg IV	
POST OPERATORIO	PENICILINA G.S.A.	0.23 mL	27.000 UI/Kg IM	
	MELOXICAN	0.06 mL	0.2 mg/Kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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 con o sin sedación pre-quirúrgica.

NOMBRE(S) Y APELLIDOS SUMINISTRANTES: LIDA CADENAS
TARJETA PROFESIONAL: 31628
FIRMA: Lida

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: DIEGO ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 38954
FIRMA:

050

HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONSENTIMIENTO ESTERILIZACIONES 2024
CPS 999 2024

BOGOTÁ
ALCALDÍA LOCAL DE
SUBA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/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 aceites, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminan 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 realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y 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; exonerando de toda responsabilidad a Impecables y al equipo médico que realiza el procedimiento, 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impecables y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Num de Identificación:
Rosa Rojas Tamayo	36411099

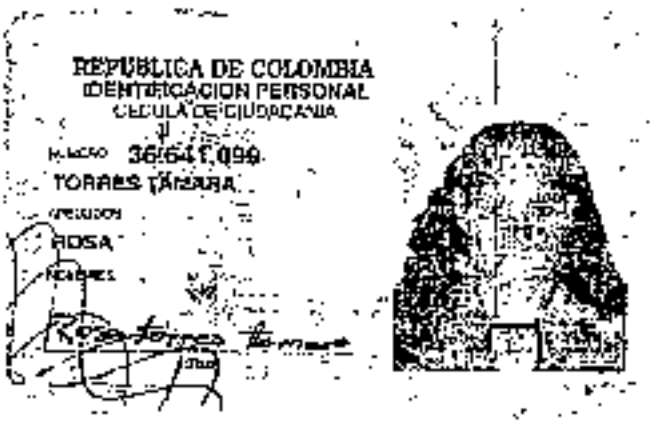
Yo, _____ Identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía.
RAZON:

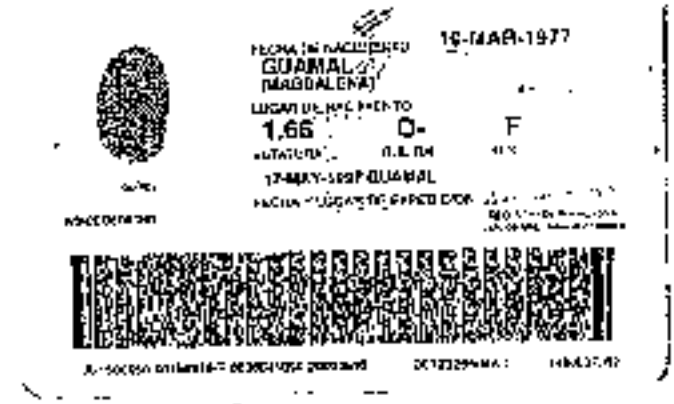
Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación:	

8. CITA DE RETIRO DE PACIENTE

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 21/04/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 36.641.099
TORRES TAMARA
APELLIDOS
ROSA
NOMBRES


FECHA DE NACIMIENTO 19-MAR-1977
GUAMAL
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.66
O-
F
17-MAY-1995 GUAMAL

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

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.

Grupo Vanti **Comunica:**

Evita fraudes en línea al pagar tu factura.
Ingresa siempre digitando:

www.grupovanti.com

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Comprimido S.A. ESP, Gasoriente S.A. ESP, Gasnacer S.A. ESP

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otros entidades

Redeban · Banca de las Oportunidades · Bancolombia · BBVA · Banco AV Villas · Banco Caja Social · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Nequi · Davivienda · Efecty · Baloto · 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: 01 8000 919 052 Móvil: 164

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

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.094.813-8

¡Hola!

ILBERTA MORENO DE LAWSON
CL 135 BIS 124C 60 - TIBABUYES
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5167199-61040

Lote: P18GN **Ruta:** 001177002274000S000 **Código del Sector:** 281

Cuenta o referencia de pago 64300756

vanti LisTo

Compra televisores, celulares o gas, esto y mucho más, a pagar a cuotas a través de su factura de gas.

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:

001177002274000S000 52159 C1



Si tu **Revisión Periódica Obligatoria de Gas** se vence entre julio y diciembre de 2025

¡Agenda ahora y comienza a pagar en el mes de tu vencimiento!

Actividad válida del 17 enero al 30 de junio de 2025 para usuarios residenciales de las empresas del Grupo Vanti. Aplica técnicos y condiciones. También podrás realizar la revisión con cualquier organismo de inspección acreditado por el ONAC sin participar en la Actividad. Más información en grupovanti.com



Si te certificas en el mes de abril, mayo o junio,

podrás participar en el sorteo de:

una de las 4 motos AKT NKD R 125 0Kms.

Actividad válida del 14 de enero al 30 de junio de 2025 para usuarios residenciales de las empresas del Grupo Vanti. Sujeto a términos y condiciones. Aplica técnicos y condiciones, más información en grupovanti.com

Escanea el código QR para agendar tu Revisión

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 8171
Bucaramanga (607) 685 4755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

Factura de gas

Marzo 2025

Cuenta o referencia de pago: 64300755

BOGOTÁ

CUENTA EN MORA

NIT: 899.007.613-5
Vanti S.A. ESP.
www.gasnaturalvanti.com

vanti
Más formas de disfrutar

Fechas importantes

1 — Pago oportuno: PAGA INMEDIATO

2 — Fecha de suspensión: INMEDIATO

3 — Periodo facturado: Feb. - Mar. 2025

4 — Emisión de tu factura: 27 Mar. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario ($)	IVA ($) (C)	Subtotal ($) (A*B)+C
CONS. SIN SUBSIDIO	40M3	2.825,81	0,00	113.032,40
CONS. CON SUBSIDIO	2M3	3.165,11	0,00	80.032,80
MENOS SUBSIDIO (41%)	1UN	-28.123,92	0,00	-28.123,92
AJUSTE DECENA	1UN	3,20	0,00	3,20
Interes Moratorio Bno Riesgo	1UN	701,39	0,00	701,20

① Total $151.520,00

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota N°	Capital ($)	Interes ($)	Subtotal Cuo.

② Total $0,00

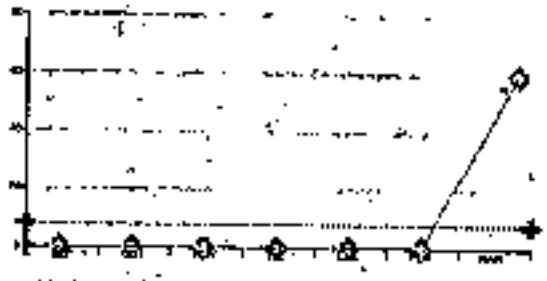
③ Valor facturas vencidas: $180.567,00

Total a pagar ①+②+③: $332.087,00

Pagá por PSE

Escaneá el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
22 Feb. 2025	044	REAL
22 Mar. 2025	922	REAL

m³ facturados: 922 - 844 * Factor de corrección = 60

Tu próxima lectura será: Entre 20 y el 25 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 $70.256

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria: **30 Nov. 2026**

Agendá tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas está mes es de: $2828

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

Componentes tarifarios

Factor de corrección

Indicadores de calidad





(415)7709998020325(8020)64300755(3900)0000000332087

44445

Alcaldía Mayor de Bogotá
Secretaría Distrital de Salud
Hospital Clínica Estelar Cincuentenario y Pequeños
Programa de Esterilización Canina
Consultorio Esterilizadores 2024

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS
SIRA
Versión de la versión
2.450.005

HISTORIA CLÍNICA: HC-999-0-0 ___
ADICIONAL: 9900001388480 9
FECHA: 03/04/2025
CÓDIGO: EST-4

LUGAR DE LA JORNADA: (PARQUE LA BOTA) Salón Comunal Red Lima
TIPO DE TENEDOR: CIC ___ REC ___ CES ___ RELPAS ___ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Mina
COLOR: Blanco Negro Amarillo
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___
RAZA: mestizo
EDAD: año
PESO: kg. 3.3
RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X
DURANTE LA VACUNACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___
OTRO: ___
EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X
TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR ___ CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___
ORIGEN: NS/NR ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO X PERRO DE GUARDA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Everladis María Fontalvo Martínez
DIRECCIÓN: KV 111 No 135 B 07 AP 200
TELÉFONO: 3185246604
CÉDULA: 33 208 644
SEXO: M ___ F X
NACIONALIDAD: Colombiana
CORREO ELECTRÓNICO: radiatriz5@gmail.com
NIVEL DE ESCOLARIDAD: primaria
TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO X FAMILIAR ___
TIENE ALGUNA OBSERVACIÓN: SI ___ NO X CUÁL? ___
BARRIO: Villa María
ESTRATO: 2
LOCALIDAD: SUBA
UPZ: 71 - Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: X SI ☐ NO

ULT. CELO: Feb 2025
ULT. DESPARASITACIÓN: No Reporta
ULT. VACUNACIÓN: NS/NR ___ CANINOS: RABIA ___ TRIPLE ___ PENTAVALENTE ___ SEXAVALENTE ___ PARVOVIRUS Y MOQUILLO ___
FELINOS: TRIPLE FELINA ___ LEUCEMIA ___ RABIA: Enero 2025

4. EXAMEN CLÍNICO

SIGNOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X
SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno
HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno
CLASIFICACIÓN ASA: I II III IV V VI E
CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 120 l/m
F. RESPIRATORIA: 40 r/m
TEMPERATURA: 38.1 °C
TLLC: 2 seg
MUCOSAS: Rosado
OTROS: Ninguno

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	KETAMINA	0.34 mL	2 mg/Kg IM X / 1 mg/Kg IV ☐
	XILACINA	0.34 mL	5 mg/Kg IM X / 5 mg/Kg IV ☐
	MIDAZOLAM	— mL	0.1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— mL	2 mg/Kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G B.A.	0.34 mL	37.000 UI/Kg IM
	MELOXICAM	0.12 mL	0.2 mg/Kg SC

OTROS HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento en constancia de haber brindado al responsable terminal, 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 ACEPTACIÓN X RECHAZO para la realización del procedimiento con sus alcances pre-quirúrgicos.

NOMBRE(S) DEL(OS) MV CIRUJANO(S): DIEGO CASTELLANOS
TARJETA PROFESIONAL: 20950
FIRMA:

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: DIEGO ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 20954
FIRMA:

953

HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONVENIO ESTERILIZACIONES 2024
CPS 996-2024

BOGOTÁ
ALCALDÍA LOCAL DE
SUBA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIONES

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

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclaran los riesgos que se pueden presentar, Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antibióticos, 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 destinación realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa)** Adicionalmente se me han explicado y entendido, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, por esto asumo mi total responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna; exonerando de toda responsabilidad a Impacsas y al equipo médico que realiza el procedimiento. 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impacsas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Nombre del Responsable/Tenedor:	Nro. de Identificación:
Eu Rhodis Fonseca	3320864

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PERROS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 21/04/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 33.208.544
FONTALVO MARTINEZ
APELLIDOS
EVERLADIS MARIA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 15-NOV-1958
SUCRE
(SUCRE)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

05-AGO-1980 MAGANGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

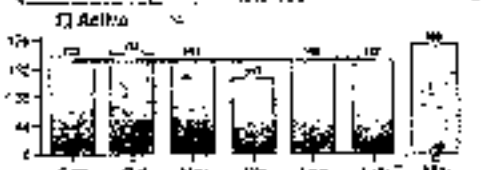
A-2100000-00108729-F-0033208544-20080731 0010258472A 1 5231400

enel Bogotá

1970135-4

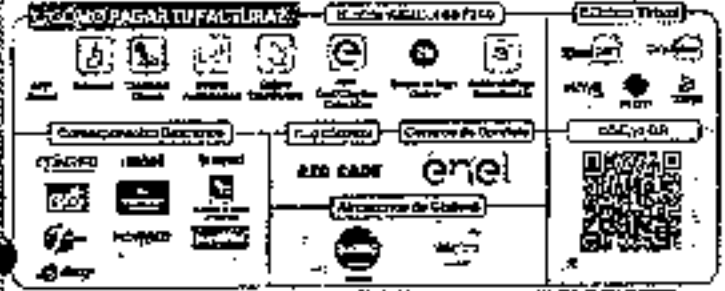
ANASABEL RUEDA FONSECA
KR 111 NO 136 B 28 AP 202
SEGUNDO PISO
BOGOTÁ, D.C. - VILLA MARIA













PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO



$93.500 + $13.500 + $23.250 = $130.750

PAGO OPORTUNO
19 MAR /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN ©
21 MAR/2025

ENERGÍA | 1970135-4 | 04 ABR /2025

Tipo de Tarifa: Real

Situación económica: Normal

SUBTOTAL: $93.500

Otros cobros de productos y servicios

Asistencia Programada Luminaria $13.500

SUBTOTAL $13.500

TOTAL OTROS $13.500

ÁREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL SAS ESP | 5 | 901140434-9

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

CUENTA CONTRATO 1079561D

FACTURA DE SERVICIO PÚBLICO 3451752601-4

DÍAS FACTURADOS 29

PERIODO DE FACTURACIÓN 01/02/2025 a 28/02/2025

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO ASEO ORDINAL	$88.725
ASEO - SUBSIDIO ASEO ORDINAL	$-18.438
ASEO - AJUSTE PLAN DE CUENTAS ASEO	$2
ASEO - DIFERENCIA POR UTILI	$1

CONCEPTO	Diagnóstico	Diagnóstico
Residencial	1	0
No residencial	0	0

$23.250

NÚMERO DE CUENTA
1970135-4

Documento Equivalente Electrónico No. 3451752601-4

PAGO OPORTUNO
19 MAR /2025

TOTAL A PAGAR
$130.750

4152448

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HOSPITAL CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSULTORIO ESTERILIZACIONES SUBA

BOGOTÁ ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
Fecha de elaboración: 03/04/2025

HISTORIA CLÍNICA: HC-839-E-D
SECRETARÍA: 99000013884811
FECHA: 03/04/2025
CÓDIGO: EST-4

LUGAR DE LA JORNADA: PARQUE LA BOSTA Salón Comunal Gaitana

TIPO DE INTERVENCIÓN: ENC ___ REC ___ CES X RECPAS ___ COMUNIDAD

1. DATOS DEL PACIENTE:

NOMBRE: Miringa | COLOR: Pardo

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: Mestizo | EDAD: 1 año | PESO: Kg. 3.8 | RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___
OTRO: ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: NO/NR ___
CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___
OTRO ___

ORIGEN: NO/NR ___ RESCATADO X COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERRO DE GUARDA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ricardo Delgado vargos
DIRECCIÓN: cl 132c #118-48
TELÉFONO: 3058125988
CÉDULA: 18968530
SEXO: M X
NACIONALIDAD: colombiano
CORREO ELECTRÓNICO: 3058125988@sincorreo.com
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Secundaria
TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO X FAMILIAR ___
TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X ¿CUÁL? ___
BARRIO: villa María
ESTRATO: 2
LOCALIDAD: SUBA
UPZ: 21 - Rincón

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: SI ___ NO ___

ULT. CELO: Marzo 2025
DES. DESPARASITACIÓN: NO Reporta
ULT. VACUNACIÓN: NO/NR X CANINOS: PARVO. / HEXAVALENTE: / TRIPLE: / PERIA VALENTE: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: /
FEUROS: ÚLTIMA FECHA: / LEUCEMIA: / RABIA: /

4. EXAMEN CLÍNICO

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

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

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 120 l/m | F. RESPIRATORIA: 40 r/m | TEMPERATURA: 38.1 °c | TRC: 2 "seg | MUCOSAS: Rosado
OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.15 mL	1 mg/Kg IM ☐ 1 mg/Kg IV ☑
	KETAMINA	0.15 mL	5 mg/Kg IM ☐ 5 mg/Kg IV ☒
	BENZODIACAM	— mL	0.1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.5 mL	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G.S.	0.28 mL	22.000 U/Kg IM
	MELOXICAM	0.16 mL	0.2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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 con o sin exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE(S) DEL(OS) MV CIRUJANO(S): DIEGO CASTELLANOS
TARJETA PROFESIONAL: 195832
FIRMA:

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: DIEGO ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 36954
FIRMA:

856

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION:

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquifectomía 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 termologicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclaran los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis, que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de fricciones, labores, tatoos, 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 realización de examenes pre-quirúrgicos** a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entiendo, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna; exonerando de toda responsabilidad a Impecos sas y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, la cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En consecuencia, 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 juiciosamente las recomendaciones y a tomar las medidas de prevención 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impecos sas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Hora de identificación:

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

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

ACTA DE REGISTRO DE ASISTENTES

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 21/04/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:

4744

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
UNIDAD MÓVIL CLÍNICA ESTERILIZACIÓN DE CANINAS Y FELINOS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONVENIO ESTERILIZACIONES 2025

SUBA

Versión de versión 03/01/2025

HISTORIA CLÍNICA No. HC-999-5-0

Family-Date:2025/4/15
900255001725020

FECHA: 03/04/2025

CÓDIGO EST-4

LUGAR DE LA JORNADA: (PARQUE LA ROTA) Salón Comunal Guiluna

TIPO DE TENENCIA: ETC ___ REC. CES X RELOJ ___ COMUNIDAD ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Michin

COLOR: Blanco - Negro

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA ___ MACHO X

RAZA: Mestizo

EDAD: 2 años

PESO: 4.8 Kg.

RAZA DE APARIENTE ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___
OTRO: ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maryuri Sirley Carvajal Agudelo

DIRECCIÓN: Kr 121 # 128B - 52

TELÉFONO: 320 994 1754

CÉDULA: 32355907

SEXO: M ___ F X

NACIONALIDAD: colombiano

CORREO ELECTRÓNICO: agudelo3126315238@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Técnico

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO X FAMILIAR ___

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X ¿CUÁL?

BARRIO: Villa María

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71 - Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: SI X NO

ÚLT. CELO: NO Aplica

ÚLT. DESPARASITACIÓN: Marzo 2025

ÚLT. VACUNACIÓN: NS/NR ___ CANINOS: PARVO: / DIGAVALENTE / TRIPLE FELINOS: / TRIFELINA / TRIPLE: ___ PENTAVALENTE: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / RABIA: Junio 2024

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

ANORMALIDADES ENCONTRADAS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: (I) II III IV V VI E

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 120 l/m

F. RESPIRATORIA: 40 r/m

TEMPERATURA: 38.1 °c

TRC: 2 seg

MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES	
PREANESTESIA	XILACINA	0.24 ml.	2 mg/Kg IM ☐	2 mg/Kg IV ☒
	KETAMINA	0.24 ml.	5 mg/Kg IM ☐	5 mg/Kg IV ☒
	MIDAZOLAM	— ml.	0,1 mg/Kg IV	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.5 ml.	2 mg/Kg IV	
POSTOPERATORIO	PENICILINA G.B.A.	0.5 ml	17.000 UI/Kg IM	
	METOCAM	0.2 mL	0,1 mg/Kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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 cirugía/intervención/procedimiento (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACIÓN X RECHAZO ___ para la realización del procedimiento con o sin cualquiera de los riesgos.

NOMBRE(S) DEL(OS) MVZ QUIRÚRGICOS: Diego Castellanos
TARJETA PROFESIONAL: 29193

FIRMA:

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO: Diego Alvarez
TARJETA PROFESIONAL: 35054

FIRMA:

857

	ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS CONSENTIDO ESTERILIZACIÓN 4 2024 CPS 999 2024	BOGOTÁ ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

7. 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 Ovariohisterectomía/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: sangrados respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclaran los riesgos que se pueden presentar. Se resalta 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 realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa)** Adicionalmente se me han explicado y 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; exonerando de toda responsabilidad a Impecos sas y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen situaciones inesperadas, 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/a 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impecos sas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor: Mayer sirley carvajal Agudelo	Nro de Identificación: 1233590707

Yo, _____ Identificado(a) con CC. No. _____ en pleno y normal uso de mis facultades mentales, me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización) y castración) de mi animal de compañía.
RAZÓN:

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

8. CITA DE RETIRO DE PLANOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 21/04/2025	HORA: 10:00 a.m.	

OBSERVACIONES:

94450

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN RURAL

CONSORCIO ESTERILIZACIONES SUBA

BOGOTÁ MI MEJOR VECINO DE SUBA

Fecha de elaboración 31/01/2025

HISTORIA CLÍNICA HC-1999-1-0

MICROCHIP: 900265001732362

FECHA: 03/04/2025

CÓDIGO EST-4

LUGAR DE LA JORNADA (PARQUE LA LOMA) Salón Comunal Suba

TIPO DE REMISIÓN: CIC ___ SEC. CES% ___ RELEVO ___ COMUNIDAD ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: LALO

COLOR: Blanco - pardo

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA ___ MACHO X

RAZA: Mestizo

EDAD: 8 meses

PESO: Kg. 3.3

RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

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

AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___

OTRO: ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: N/S/N/A ___

CASERO ___ CONCENTRADO ___ MIXTO X

OTRO: ___

ORIGEN: N/A/N/R RESCATADO X COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ricardo Arturo Cordoza Díaz

DIRECCIÓN: Kr 147B BIS 139-31 Mz 3 Bo 13

TELEFONO: 322 206 6684

CEDULA: 79868429

EDAD: M X F ___

NACIONALIDAD: Colombiano

CORREO ELECTRÓNICO: 3222068684@sincorreo.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primario

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO X FAMILIAR ___

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X CUAL? ___

BARRIO: Berlín

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: SI ___ NO ___

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN (RHS/RVL Y CALICIVIRUS PARVO):	TRIPLE:	PENTAVALENTE:
NO Aplica	NO Reporta	FELINOS: TRIPLE FELINA ___ / ___ LEUCEMIA ___ / ___	PARAINFLUENZA Y BORDETELLA:	RABIA: ___ / ___

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC:	MUCOSAS:
120 l/m	40 r/m	38.1 °C	2 seg	Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES	
PREANESTESIA	XILACINA	0.33 mL	2 mg/Kg IM ☑	1 mg/Kg IV ☐
	JELOCAINA	0.33 mL	5 mg/Kg IM ☐	5 mg/Kg IV ☐
	MIDAZOLAM	— mL	0,1 mg/Kg IV	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— mL	2 mg/Kg IV	
POST OPERATORIO	PENICILINA G.B.A.	0.34 mL	17.000 UI/Kg IM	
	MELOXICAM	0.14 mL	0,2 mg/kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

Es 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 NEGACIÓN ___ para la realización del procedimiento con o sin estímulos pre-quirúrgicos.

NOMBRE(S) DEL(OS) MV TRATANTE(S): LIDA CARDENAS
TARJETA PROFESIONAL: 11628
FIRMA: Lida

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: DIEGO ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 36054
FIRMA:

HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONSENTIMIENTO ESTERILIZACIONES 2025

CPS 999 2024

BOGOTÁ ALCALDÍA LOCAL DE SUBA 5039A

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/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 anestésicas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que me realizaron de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclaran los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden extender 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 sucios 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 realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía** (los cuales **NO los cubre el programa**) Adicionalmente se me han explicado y entiendo, 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; exonerando de toda responsabilidad a Impecos sas y al equipo médico que realice el procedimiento. 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/a 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impecos sas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	No de Identificación:
Ricardo Arturo Cordoba Diaz	79868429

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

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Ced. Identificación:	

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 22/04/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
INSTITUTO PARA LA ESPECIALIZACIÓN CANINOS Y FELINOS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN CANINA
CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 2024

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS
SUBA
Fecha de la emisión 25/03/2025

HISTORIA CLÍNICA: HC-899-5-0
MICROCHIP: 900255001732368
FECHA: 03/04/2025
CÓDIGO EST-4

LUGAR DE LA CAPTURA: PARQUE LA BOTA Salida Operativo Evidencia

TIPO DE TENEDOR: CPC ___ NDC ___ CES X RELEVO ___ COMUNIDAD

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Silvestre

COLOR: Blanco-Negro

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 6 meses PESO: Kg. 3.3 RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___
OTRO: ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: 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: Ricardo Arturo Cardozo Diaz
DIRECCIÓN: Kr 148 Bis 139-31 MZ 3 Bg 13
TELÉFONO: 322 206 8689
CÉDULA: 79 868 420
EDAD: M F
NACIONALIDAD: Colombiano
CORREO ELECTRÓNICO: 322 206 8689 @sincorreo.com
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria
TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO ___ FAMILIAR X
TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X ¿CUÁL? ___
BARRIO: Berlin
ESTRATO: 2
LOCALIDAD: SUBA
UPZ: 31 - Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: SÍ X NO ___

ULT. CELO: NO Aplica
ULT. ESPERMATIZACIÓN: NO Reporto
ULT. VACUNACIÓN: MS/MV: X CANINOS: PARVO: HEXAVALENTE: / RABIA: / LEUCEMIA: / FELINOS: TRIPLE FELINA: / RABIA: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / PENTAVALENTE: / RABIA: /

4. EXAMEN CLÍNICO

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

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

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PRE-QUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 120 x/m
F. RESPIRATORIA: 40 r/m
TEMPERATURA: 38.1 °C
TLLC: <2 seg
MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES	
PREANESTESIA	XILACINA	0.33 ml	2 mg/kg IM X	1 mg/kg IV
	KETAMINA	0.33 ml	5 mg/kg IM X	5 mg/kg IV
	MIDAZOLAM	-- ml	0,1 mg/Kg IV	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	-- ml	2 mg/kg IV	
POST OPERATORIO	PENICILINA G.S.A.	0.34 ml	1.000.000 UI/Kg SM	
	MELOXICAM	0.1+ ml	0.2 mg/kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber informado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la ovariohisterectomía/orquiectomía (anticoncepción/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACIÓN X RECHAZO ___ para la realización del procedimiento con o sin accidentes post-quirúrgicos.

NOMBRE(S) DE(LOS) MV CIRUJANO(S): JIDA CARDENAS
TARJETA PROFESIONAL: 21628
FIRMA: Jida

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: DIEGO ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 36054
FIRMA: Diego

	HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS CONSECUTIVO ESTERILIZACIONES 2025 CPS 999 2024	ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

7. 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 Ovariohisterectomía/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 serç paros respiratorios e cardíacos, 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 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 realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa)** Adicionalmente se me han explicado y entiendo, 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; exonerando de toda responsabilidad a Impecsas y el equipo médico que realiza el procedimiento. 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 suficiente 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impecsas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Ricardo Arturo Cendoya Dias	74865429

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 23/04/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:

41-4452

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINOS Y FELINOS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSULTORIO VETERINARIO 2024
CPS 3

BOGOTÁ ALCALDÍA LOCAL SUBA
Fecha última versión 29/01/2025

HISTORIA CLÍNICA: HC-333-E-D
MICROCHIP: 900255001732369
FECHA: 03/04/2025
CÓDIGO: EST-4

LUGAR DE LA ADOPCIÓN (PARROQUIA O BARRIO): Suba Compartir Quirigua

TIPO DE TENEDOR: CRC ___ IPC ___ CPS X REFAS ___ COMUNIDAD ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: MONO
COLOR: Tigre Anaranjado
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X
SEXO: HEMBRA ___ MACHO X
RAZA: Mestizo
EDAD: 1 año
PESO: Kg. 4
RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENCIA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___
OTRO: ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: RS/RM
CASERO ___ CONCENTRADO ___ MIXTO X
OTRO ___

ORIGEN: RS/RM ___ RESCATADO X COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO: ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ricardo Arturo Cardozo Diaz
DIRECCIÓN: Kr 147 B 15 134-31 BQ 13 Etc 3
TELÉFONO: 3222068684
CÉDULA: 79869429
EDAD: 45
NACIONALIDAD: colombiano
CORREO ELECTRÓNICO: 3222068684@smcorco.com
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria
TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO X FAMILIAR ___
TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X ¿CUÁL?
BARRIO: Berlin
ESTRATO: 2
LOCALIDAD: SUBA
UPZ: 31 - Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: SI X NO ___

ULT. CELO: NO Aplica
ULT. DESPARASITACIÓN: NO Reporta
ULT. VACUNACIÓN: RS/RM X CANINOS PARVO:
RABIA: TRIPLE FELINA: / TRIVALENTE: / LEUCEMIA: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / OTRAS:

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X
SISTEMA U ORGANOS AFECTADOS: Ninguno
HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS (PRE-QUIRÚRGICAS)

F. CARDIACA: 120 X/m
F. RESPIRATORIA: 40 X/m
TEMPERATURA: 38.1 °C
TLLC: 2 seg
MUCOSAS: Rosado
OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES	
PREANESTESIA	ACEPROMACINA	0.4 mL	2 mg/kg IM ☒	2 mg/kg IV ☐
	KETAMINA	0.4 mL	5 mg/kg IM ☒	5 mg/kg IV ☐
	MIDAZOLAM	— mL	0.3 mg/kg IV	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— mL	2 mg/kg IV	
POST OPERATORIO	PENICILINA G.S.A.	0.4 mL	17 000 UI/kg IM	
	MELOXICAM	0.16 mL	0.2 mg/kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber orientado al responsable o tenedor, informándole completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos inherentes con la (Ovariohisterectomía/Orquiectomía) (mencionada/mencionado), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACIÓN X RECHAZO para la realización del procedimiento con o sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE(S) Y APELLIDOS MV TRATANTE: DIEGO CASTELLANOS
TARJETA PROFESIONAL: 13583
FIRMA:

NOMBRE(S) Y APELLIDOS MV ANESTESIÓLOGO: DIEGO ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 36054
FIRMA:

800

HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONSECUTIVO ESTERILIZACIONES 2024

475 999 2024

BOGOTÁ
SUBA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

Además soy consciente y ACEPTO _X__ o RECHAZO _____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entiendo, 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; exonerando de toda responsabilidad a Impecos sas y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, la cual ha sido informada, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado esta 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impecos sas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Ricardo Arturo Cardozo D.	79568429

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:	Firma:
Nro. Identificación:	

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 21/09/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:

445

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN CANINA

CONSOLIDADO ESTERILIZACIONES 2024

ALCALDÍA SUBA

HISTORIA CLÍNICA: HC-999-E-0

MICROCHIP: 900256001732380

FECHA: 02/04/2025

CUPO: EST 6

LUGAR DE LA JORNADA: (PARQUE/LA SOLA) Salón Comunal Gaitana

TIPO DE TENEDOR: CIUC ___ RPC ___ CEPA ___ REPAS ___ COMUNIDAD ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Príncipe

COLOR: Blanco - Negro

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X

SEXO: HEMBRA ___ MACHO X

RAZA: Mestizo

EDAD: 1 año

PESO: Kg. 5

RAZA DE SIGNO ESPECIAL: SI ___ NO X

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

AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___

OTRO: ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: 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: Ricardo Arturo Cordero Diaz

DIRECCIÓN: Kr 147B Bis 139-31 MZ3 BG13

TELÉFONO: 322 206 8684

CELULAR: 314 868 429

EDAD: ___ AÑOS X ___ MESES ___

NACIONALIDAD: colombiano

CORREO ELECTRÓNICO: 322 206 8684@sincorreo.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: primaria

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO X FAMILIAR ___

TIENE PÓLIZA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X ¿CUÁL? ___

BARRIO: Berlín

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71 - Tibabuyes

3. ANAMNESIS

estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: SI X NO ___

ULT. UÑOS: NO Aplica

ULT. DESPARASITACIÓN: NO Reporta

ULT. VACUNACIÓN: NS/NR X CANINOS: PARVO: HEXAVALENTE: TRIPLE FELINA: PANLEUCOPENIA: PARAINFLUENZA Y BRONQUITELLAS: FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA:

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: I X II III IV V VI E

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 120 l/m

F. RESPIRATORIA: 40 r/m

TEMPERATURA: 38.1 °C

TLC: 2 seg

MUCOSAS: Rosado

VACUNAS: ninguno

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES	
PREANESTESIA	XILACINA	0.25 mL	2 mg/Kg IM ☐	1 mg/Kg IV ☒
	KETAMINA	0.25 mL	5 mg/Kg IM ☐	5 mg/Kg IV ☒
	MIDAZOLAM	— mL	0.1 mg/Kg IV	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1.0 mL	2 mg/Kg IV	
POST OPERATORIO	PENICILINA G.B.A.	0.5 mL	17.000 UI/Kg IM	
	MELOXICAM	0.2 mL	0,2 mg/Kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: ninguno

En calidad de [Cirujano/a Anestesiólogo], suscribo este documento como constancia de haber informado al responsable o tenedor, información completa antes del procedimiento quirúrgico y especialmente de los riesgos relacionados con la Orquiectomía/Ovariohisterectomía (retiro/ligadura/sutura), cuales ha manifestado de manera libre y voluntaria: ACEPTACIÓN X RECHAZO ___, para la realización del procedimiento con o sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE(S) DEL(OS) MV CIRUJANO(S): DIEGO CASTELLANOS

SANCTA PROFESIONAL: 09612

FIRMA:

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: DIEGO ALVAREZ

TARJETA PROFESIONAL: 36854

HUELLA:

45

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/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 cardíacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas o fecales la interior.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclaró los riesgos que se pueden presentar. Se realiza aclarar 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 jabones, 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 dedinación realizadio de exaenanes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa)** Adicionalmente se me han explicado y entiendo, 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; exonerando de toda responsabilidad a Imperas ses y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen circunstancias extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En consecuencia, 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Empresas ses y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	No de identificación:
Ricardo Arturo Cadena Díaz	79868429

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

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Doc. Identificación:	

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 21/04/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN CANINA
CONTROLO ESTERILIZACIONES 2024

BOGOTÁ ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

HISTORIA CLÍNICA: HC-999-20

MICROCHIP: 900255001732317R

SECTOR: 03/04/2025

CÓDIGO: EST-4

LUGAR DE LA JORNADA: PARQUE LA BOLA Salón Comunal Gallineros

TIPO DE TENEDOR: CHC __ REC __ CES X BUENAS __ COMUNIDAD __

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Miel

COLOR: Tigre Anaranjado

ESPECIE CANINO __ FELINO X | SEXO: HEMBRA __ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 1 año | PESO: 4.5 kg | RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI __ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI __ NO X
AGRESIVIDAD __ MIEDO __ ANSIEDAD __
OTRO: __

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI __ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: 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: Ricardo Arturo Cardozo Diaz

DIRECCIÓN: Kr 147B Bis 139-31 MZ 3 Bo 13

TELÉFONO: 322 206 8684

CÉDULA: 79 868 429

SEXO: M X F __

NACIONALIDAD: Colombiano

CORREO ELECTRÓNICO: 322 206 8684@sincorreo.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: primaria

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA __ ARRIENDO X FAMILIAR __

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI __ NO X CUÁL __

BARRIO: Berlin

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71 Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: SI ☐ NO ☐

ÚLT. CELO:	ÚLT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X CANINOS: PARVO: / RABIA:	TRIPLE: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA:	PENTAVALENTE: / RABIA:
NO Aplica	NO Reporta	MOQUILLO; TRIPLE FELINA: / TRIFERINA:		

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES PREQUIRÚRGICAS

F. CARDÍACA: 120 l/m	F. RESPIRATORIA: 40 r/m	TEMPERATURA: 38.1 °C	LLC: 2 seg	MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICADOR		DOSIS/OBSERVACIONES	
PREANESTESIA	KETAMINA	0.45 mL	2 mg/Kg IM X	1 mg/Kg IV ☐
	ESTAMINA	0.45 mL	5 mg/Kg IM X	5 mg/Kg IV ☐
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	MIDAZOLAM	— mL	0,2 mg/Kg IV	
	PROPOFOL	— mL	2 mg/Kg IV	
POSTOPERATORIO	PENICILINA G.B.A.	0.45 ml	37.000 UI/Kg IM	
	MELOXICAM	0.16 mL	0,1 mg/Kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa acerca del procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomía/Orquiectomía (este último/castración), dados su manifestación de manera libre y voluntaria su AUTORIZACIÓN X RECHAZO para la realización del procedimiento con o sin evidencias pre-quirúrgicas.

NOMBRE(S) DE(LOS) MV CIRUJANOS: DIEGO CASTELLANOS
TARJETA PROFESIONAL: 05582
FIRMA:

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: DIEGO ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 30954
FIRMA:

862

HISTORIA CLINICA PRESTACIONES CANINOS Y FELINOS

CONSENTIMIENTO ESTERILIZACIONES 2025

CPS [illegible] 2024

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS
SUBA

7. 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 Ovariohisterectomía/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, aceites, 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 realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cobre el programa)** Adicionalmente se me han explicado y entiendo, 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; exonerando de toda responsabilidad a Impecus sas y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual ha sido informado, he comprendido y aceptado.

En consecuencia, 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, eximiendo a la Alcaldía Local de Suba, Impecus sas y el equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	N°. de Identificación:
Ricardo Arturo Cardozo Bas	79868429

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

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
N°. Identificación:	

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA CAITANA	FECHA: 21/04/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:

744

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 2018
ESE

BOGOTÁ ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
Señale la opción
SI/NO/NS

HISTORIA CLÍNICA: HC-999-[illegible]
MICROCHIP: 900256001732373
FECHA: 03/04/2019
CÓDIGO EST: [illegible]

LUGAR DE LA JORNADA: (PARQUE, LA BOTA) colina [illegible] Gaitana

TIPO DE TENEDOR: CHC ___ REC. ___ CES X REINAS ___ COMUNIDAD ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: MONO II

COLOR: Tigre Anaranjado

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 1 año

PESO: 5 kg

RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___
OTRO: ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: 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: Ricardo Arturo Cardozo Diaz

DIRECCIÓN: Kr 147B Bis 139-31 Mz 8 Bl 13

TELÉFONO: 322 206 8684

CÉDULA: 79 868 429

SEXO: M / F

NACIONALIDAD: Colombiano

CORREO ELECTRÓNICO: 3222068684@sincorreo.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO X FAMILIAR ___

ESTRATO: 2

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X ¿CUÁL? ___

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71 - Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: X SI ___ NO

ULT. CELO: NO Aplica

ULT. DESPARASITACIÓN: NO Reporta

ULT. VACUNACIÓN: NS/NR X CANINOS: PARVO: ___ HEXAVALENTE: ___ TAPISE: ___ PENTAVALENTE: ___ PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: ___

FELINOS: TRIPLE FELINA: ___ ECUATRIA: ___ RABIA: ___

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: (I) II III IV V VI E

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDÍACA: 120 l/m F. RESPIRATORIA: 40 r/m TEMPERATURA: 38.1 °C TRC: 2 "seg MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN			DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.5 mL	2 mg/Kg IM ☑	1 mg/Kg IV ☐
	KETAMINA	0.5 mL	5 mg/Kg IM ☑	5 mg/Kg IV ☐
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	MIDAZOLAM	___ mL	0.3 mg/Kg IV	
	PROPOFOL	___ ml	2 mg/Kg IV	
POSOPERATORIO	PENICILINA G.A.	0.5 mL	22.000 UI/Kg IM	
	MELOXICAM	0.2 ml	0.2 mg/Kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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 con o sin exámenes pre-quirúrgicos.

HOMBRE(S) DELOS) MVZ CIRUJANO(S): DIEGO CASTELLANOS
TARJETA PROFESIONAL: 09532
FIRMA:

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO: DIEGO ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 19954
FIRMA:

863

HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIONES CANINAS + FELINAS

CONSECION 14 ESTERILIZACIONES 2024
CPS 009 2024

BOGOTÁ ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/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 implementación del microchip y se aclaró 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 irritan y contaminan la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación

De igual manera autorizo a 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 dedicación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa)** Adicionalmente se me han explicado y entendido, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a controversia alguna; exonerando de toda responsabilidad a Impecos sas y al equipo médico que realice el procedimiento. 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.

Acepto 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impecos sas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Ricardo Arturo Cardoza Dias	79868424

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

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

DATOS DEL SITIO DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA CAITANA | FECHA: 22/04/2025 | HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINOS
SECRETARÍA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSORCIO ESTERILIZACIONES SUBA
SDS 2

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

HISTORIA CLÍNICA: HC-999-ED ___

ADOPCIÓN: 900255001732367

FECHA: 05/04/2025

CÓDIGO EST-4

LUGAR DE LA JORNADA (PARQUE, LA BODA): Salón Comunal Gaitana

TIPO DE TENCIÓN: CRC ___ REC ___ JEL X ALLEGAS ___ COMUNIDAD ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Tigrillo

COLOR: Blanco - Pardo

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 1 año PESO: 4.5 Kg. RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___
OTRO: ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ricardo Arturo Cordoza Diaz

DIRECCIÓN: KR 147 B BIS 139-31 BQ 13 M23

TELÉFONO: 3222068684

CÉDULA: 79 868 429

SEXO: M X F ___

NACIONALIDAD: colombiano

CORREO ELECTRÓNICO: 3222068684@sincorreo.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primario

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO X FAMILIAR ___

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X ¿Cuál? ___

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71 - Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: X SI ___ NO

ULT. CELO: NO Aplica

ULT. DESPARASITACIÓN: NO Reporta

ULT. VACUNACIÓN: NS/NR X CANINOS: PARVO: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: /

FELINOS: TRIPLE FELINA: / HEPATOVALENTE: / LEUCEMIA: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / RABIA: /

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

FC: 170 l/m FR: 40 r/m TEMPERATURA: 38.1 °C TRC: 2 seg MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES	
PREANESTESIA	XILACINA	0.45 mL	2 mg/Kg IM [X]	1 mg/Kg IV [ ]
	KETAMINA	0.45 mL	5 mg/Kg IM [X]	5 mg/Kg IV [ ]
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	MIDAZOLAM	— mL	0.2 mg/Kg IV	
	PROPOFOL	— mL	2 mg/Kg IV	
POSTOPERATORIO	KETOPROFENO G.T.A.	0.45 mL	2.2 mg/Kg IM	
	MELOXICAM	0.2 mL	0.2 mg/Kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como poseedor de saber brindado al propietario o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y sobre los riesgos relacionados con la cirugía/esterilización/castración, quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACIÓN X RECHAZO ___ para la realización del procedimiento con estas condiciones por quirúrgicos.

MÉDICO(S) DE(LOS) MV CIRUJANO(S): DIEGO CASTELLANOS
TARJETA PROFESIONAL: CMSB2
FIRMA:

MÉDICO MV ANESTESIÓLOGO: DIEGO ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 31952
FIRMA:

9869

HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION DE CANINOS Y FELINOS

CONSENTIMIENTO ESTERILIZACIONES 2026
CPS 999 2025

BOGOTÁ
ALCALDÍA LOCAL DE
SUBA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/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 irritan y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

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

Además soy consciente y ACEPTO _X__ o RECHAZO _____ la declaración realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entiendo, 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; exonerando de toda responsabilidad a Impecas sas y al equipo médico que realiza el procedimiento. 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impecas sas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda surgir.

Firma del Responsable/Tenedor:	No de Identificación:
Ricardo Arturo Cardozo Diaz	79868424

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 21/05/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL

CONSULTORIO ESTERILIZACIONES SUBA

BOGOTÁ ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

HISTORIA CLÍNICA: HC-000-F-0

CPS#:

MICROCHIP: 990000013803909

FECHA: 03/04/2025

CÓDIGO EST: 4

LUGAR DE LA JORNADA: (PARQUE LA 80 TA) Zorros Guaymaral Estadio

TIPO DE TENEDOR: CIC__ REC__ CTS__ FUERAS__ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Motas

COLOR: Tigre Anaranjado

ESPECIE CANINO__ FELINO X SEXO: HEMBRA__ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 2 años PESO: 4 kg RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X

DURANTE LA VACUNACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI__ NO X AGRESIVIDAD__ MIEDO__ ANSIEDAD__ OTROS__

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI__ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: 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: Maria Alcira Bayona Garcia

DIRECCIÓN: kr 150 D #143 B - 58

TELÉFONO: 320 443 4119

CÉDULA: 52 345 237

SEXO: M__ F X

NACIONALIDAD: Colombiano

CORREO ELECTRÓNICO: alcirabarcia7574@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Secundaria

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA X ARRIENDO__ FAMILIAR__

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI__ NO X ¿CUÁL?__

BARRIO: Tibabuyes

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71 - Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: SI__ NO__

ULT. CELO: NO Aplica

ULT. DESPARASITACIÓN: NO Reporta

ULT. VACUNACIÓN: NS/NR X CANINOS: PARVO: RABIA: QUÍNTUPLE: PENTAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA:

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 120 l/m F. RESPIRATORIA: 40 r/m TEMPERATURA: 38.1 °C TLC: 2 seg MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

5. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN			DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.4 ml	2 mg/Kg IM [X]	1 mg/Kg IV [ ]
	KETAMINA	0.4 ml	5 mg/Kg IM [X]	5 mg/Kg IV [ ]
	MIDAZOLAM	— ml	0.1 mg/Kg IV	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.6 ml	4 mg/Kg IV	
POST OPERATORIO	PENICILINA G.S.A.	0.7 ml	17.000 UI/Kg IM	
	MELOXICAM	0.16 ml	0.2 mg/Kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber informado al responsable el tenedor, tratamiento completo, 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 con sedación mínimos pre quirúrgicos.

NOMBRE(S) DOBLE(S) MV CIRUJANO(S): DIEGO CASTELLANOS

TARJETA PROFESIONAL: 09582

FIRMA:

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: DIEGO ALVAREZ

TARJETA PROFESIONAL: 35950

FIRMA:

9,5

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024

CPS 959-2024

BOGOTÁ
ALCALDÍA LOCAL DE
SUBA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO _X__ o RECHAZO _____ la declaración realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cobra el programa)** Adicionalmente se me han explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contraprestación alguna; exonerando de toda responsabilidad a Impecos sas y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual ha sido informado, he comprendido y aceptado.

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

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médica Veterinaria 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impecos sas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	No de identificación:
Alexis Bayona	52395737

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 21/04/2025	HORA: 10:00 a.m

Observaciones:

4458

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.395.237
BAYONA GARCIA
APELLIDOS
MARIA ALCIRA
NOMBRES

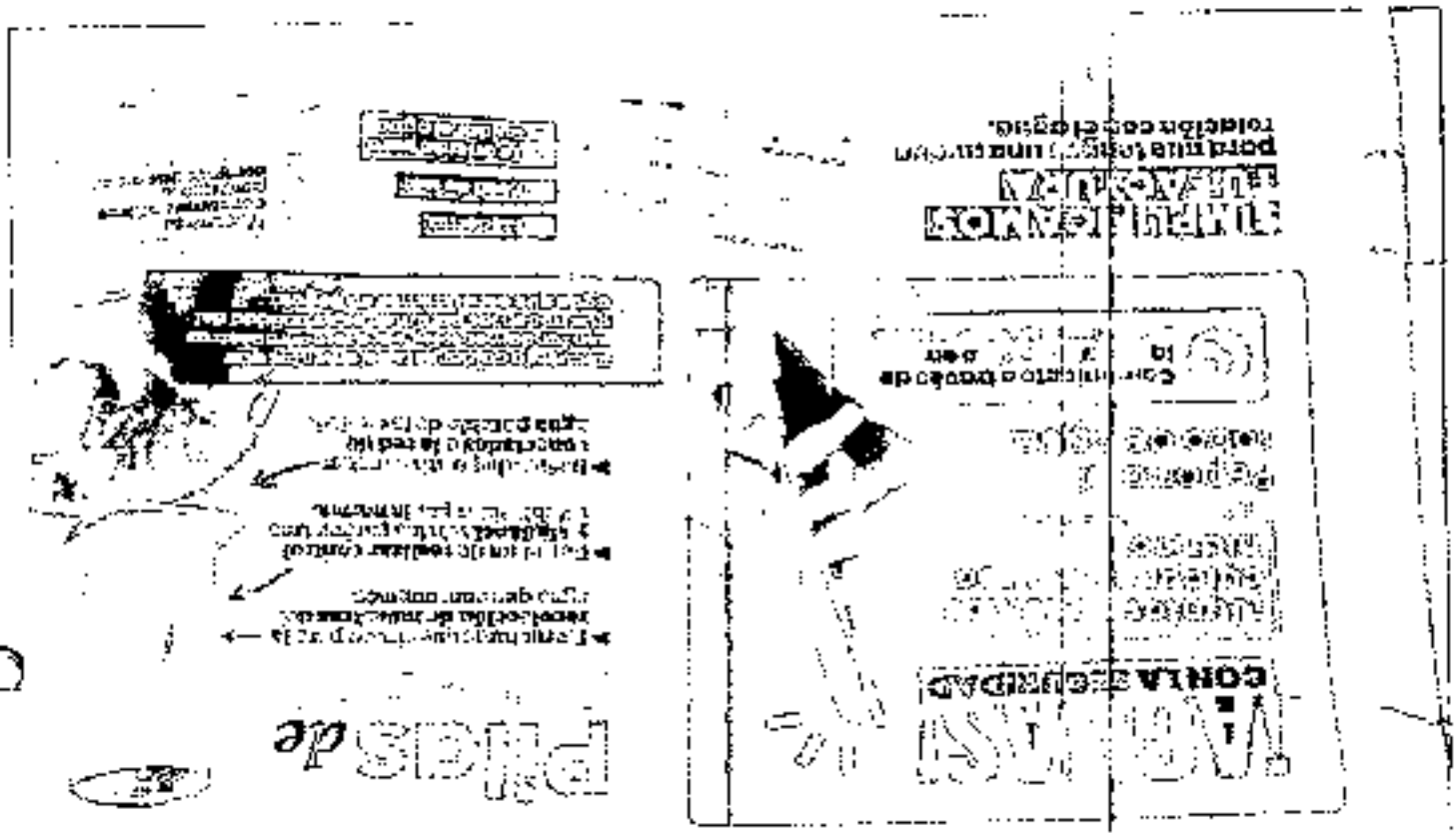
FIRMA





866

4459



acueducto

Para el reparto ZONA:1 CICLO: H1 RUTA:H113110 BIMESTRAL

12177391
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

42027182817
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Periodo facturado ENE/01/2025 MAR/01/2025

Pago oportuno ABR/04/2025 Suspensión ABR/05/2025

MAY/29/2025 MAR/19/2025 04:53:56 MAR/19/2025 10:47:09

¡Hola!

Factura a nombre de
JOSE RICARDO [illegible] ROMERO

Dirección del predio
KR 150D 143B 58
Barrio: TIBABUYES Localidad: SUBA
[illegible]

Datos adicionales del predio

Clase de uso:	Residencial
Estrato:	3
Unidades Habitacionales:	4
Unidades No Habitacionales:	0

¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambió
Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.

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

[illegible]

Cordana. [illegible]

D69

Tu consumo en este período

Tu consumo en botellas de 1 litro

	En este período	Promedio al día
	100.000	1.817

Para reducir tu consumo, recuerda:

Tu cobro en este período

Acueducto	Alcantarillado	Otros conceptos	
$270.737,76	$282.629,69	525.335	Escanea y paga virtual

= Total a pagar $528.233

Acueducto y Alcantarillado	
$528.233	

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN CANINA
CAMPAÑAS ESTERILIZACIONES 2024

BOGOTÁ HUMANA SUBA

HISTORIA CLÍNICA: HC-999-56
MICROCHIP: 990000013884973
FECHA: 07/04/2025
CÓDIGO: EST-4

LUGAR DE LA JORNADA (PARQUE DE BARRIO): Parque Gaitana Occidental

TIPO DE TENEDOR: CHC__ AEC__ CES__ RITPAS__ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Tommy
APELLIDO: pardo
ESPECIE: CANINO__ FELINO X
SEXO: HEMBRA__ MACHO X
RAZA: Mestizo
EDAD: 9 meses
PESO: Kg 3
RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI__ NO X
AGRESIVIDAD__ MIEDO__ ANSIEDAD__
OTRO:
EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI__ NO X
TIPO DE ALIMENTACIÓN: KG/DÍA__
CASERO__ CONCENTRADO__ MIXTO X
OTRO:
CRIADERO: HSUMR__ RESCATADO X__ COMPRADO__ ADOPTADO__ REGALADO__ PERRO DE CUADRA__ OTRO__

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Angelo yesid pinzon pinzon
DIRECCIÓN: Cl 139 # 147 - 11
TELÉFONO: 312 242 1999
CÉDULA: 1000 457 598
EDAD:
NACIONALIDAD: colombiano
CORREO ELECTRÓNICO: apinzonpinz@gmail.com
NIVEL DE ESCOLARIDAD: tecnologo
TIPO DE VIVIENDA: PROPIA__ ARRIENDO__ FAMILIAR X
TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI__ NO X ¿Cuál?
BARRIO: San pedro
ESTRATO: 2
LOCALIDAD: SUBA
UPZ: 11 - Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: SI NO

ÚLT. CELO: No Aplica
ÚLT. DESPARASITACIÓN: Enero 2025
ÚLT. VACUNACIÓN: M/M/H: CANINOS (PARVO): / HEXAVALENTE: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA:
RELLENOS (RABIA/FLIA): / LEUCEMIA: / RABIA: Dic-2024

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI__ NO X
SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno
HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno
CLASIFICACIÓN ASA: I II III IV V VI E
CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDÍACA: 120 Vm
F. RESPIRATORIA: 40 r/m
TEMPERATURA: 38.1 °C
TLLC: 2 seg
MUCOSAS: Rosado
OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES	
PREMEDICACIÓN	XILACINA	0-3 ml	2 mg/kg IM X	1 mg/kg IV
	KETAMINA	0-3 ml	5 mg/kg IM X	5 mg/kg IV
	MIDAZOLAM	— ml	0.1 mg/kg IV	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml	1 mg/kg IV	
POST QUIRÚRGICO	PENICILINA G.S.A.	0.3 ml	17.000 UI/kg SM	
	MELOXICAM	0-12 ml	0,2 mg/kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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 con o sin anticuerpos pre quirúrgicos.

NOMBRE(S) DEL(OS) MV CIRUJANO(S): DIEGO CASTELLANOS
TARJETA PROFESIONAL: 09582
FIRMA:

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: DIEGO ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 30944
FIRMA:

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
JORNADAS ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
CONVENIO DE ESTERILIZACIONES 2024
CPS 099 2024
BOGOTÁ Alcaldía Local de SUBA

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION :

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/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 aclaro los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden extender en la zona de implantacion, y se manifieste 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 realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa)** Adicionalmente se me han explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contraprestación alguna; exonerando de toda responsabilidad a Empecos sas y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual ha sido informado, he comprendido y aceptado.

En consecuencia, 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Empecos sas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación: 1000451575

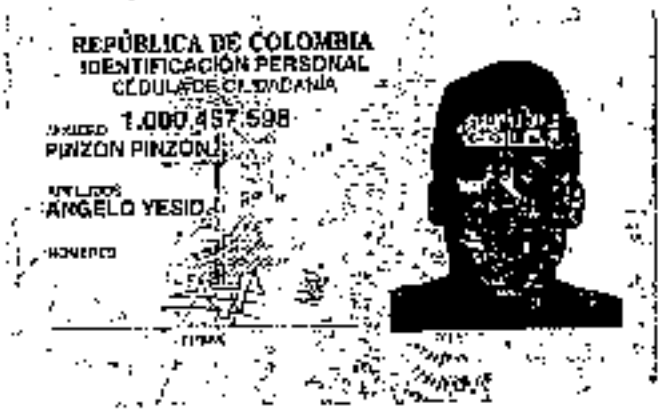
Yo, _____ identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía.
RAZON:

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

3. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 22/04/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
1.000.457.598
PINZON PINZON
ANGELO YESID


23-OCT-2000
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
1.77
O+
M
30-OCT-2018 BOGOTA D.C.

Redeban

enel | Bogotá

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **2737077-5**

CLIENTE

CIRO ANTONIO PINZON SILVA
[illegible]
B SAN PEDRO DE-BLGA
BOGOTA, D.C. - SAN PEDRO

¿Quieres ahorrar tiempo? Escanea este código

EL PRESTAMO DE LA CIUDAD

¡LLEGÓ A TU CASA!

TU PRÉSTAMO DE HASTA

$12.000.000

Escanea el código

$ 42

COMPORTAMIENTO CONSULTADO

Activa

Sep Oct Nov Dic Ene Feb Mar

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO
RESIDENCIAL
CARGA INST.
FACTOR
RUTA REPARTO
RUTA LECTURA
NÚMERO DE LECTURA
MEDIDOR No.
MEDIDOR No.

CONSUMO DEL SERVICIO

CONTÁCTANOS

¿COMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Oficinas Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Cobrital

Centros de Servicio

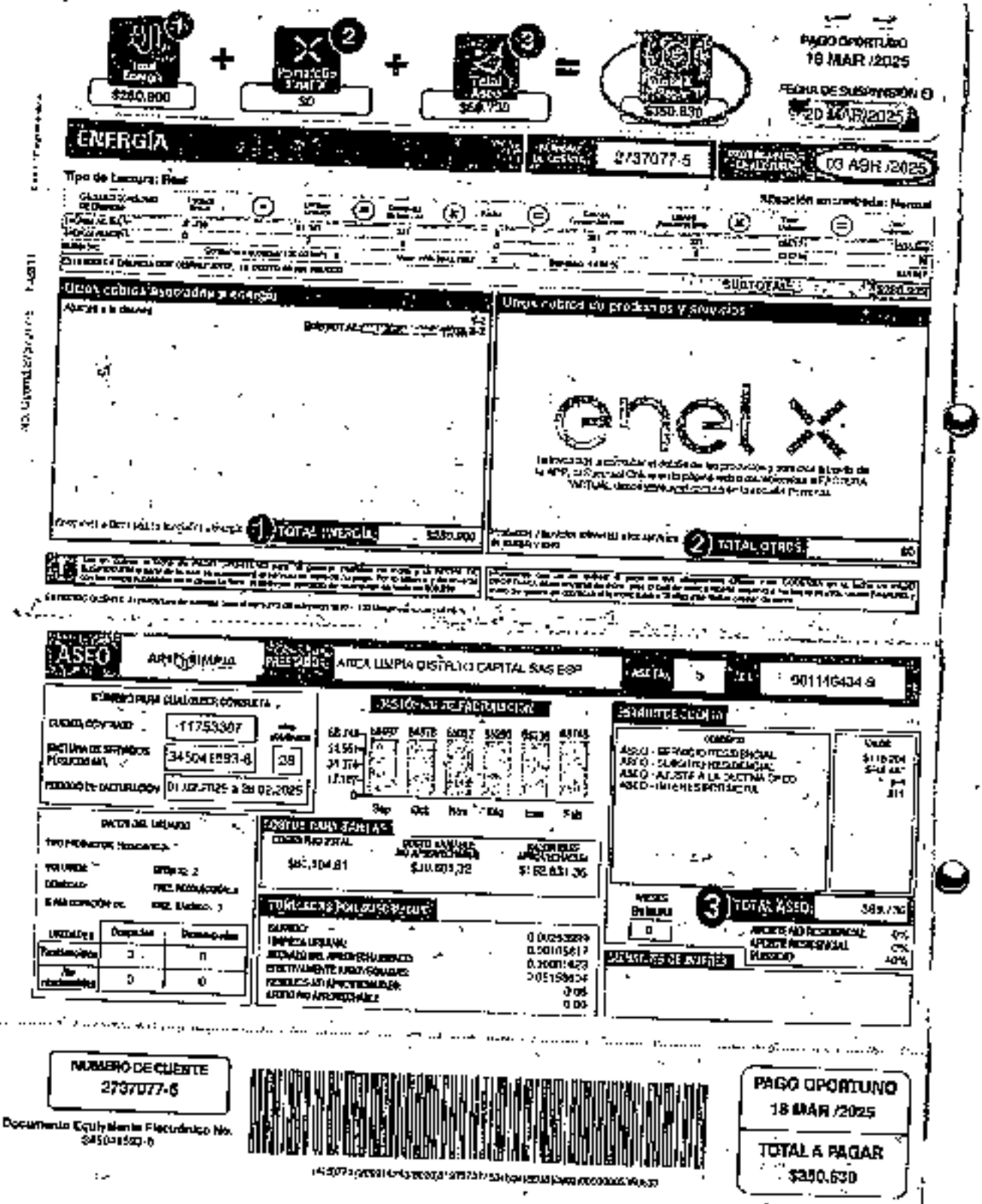
enel

Código QR

Puntos de Atención Aseo

Línea de servicio al cliente 115

FECHA GENERACIÓN
[illegible]
FECHA EXPEDICIÓN
[illegible]



$260.800 + $0 + $89.830 = $350.630

PAGO OPORTUNO
18 MAR /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN
20 MAR/2025

ENERGÍA

2737077-5

03 ABR /2025

Tipo de Lectura: Real

Facturación en contratada: Normal

SUBTOTAL $260.800

Otros cobros asociados a energía

Otros cobros de productos y servicios

enel X

1 TOTAL ENERGÍA $260.800

2 TOTAL OTROS $0

ASEO

ARCA LIMPIA DISTRITO CAPITAL SAS ESP

NIT 901116434-9

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

CUENTA CONTRATO 11753307

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 34504 8593-6

28

PERIODO DE FACTURACIÓN 01 JUL 2025 a 28 02 2025

DATOS DEL USUARIO

TIPO PRODUCTOR: Residencial

ESTRATIFICACIÓN: 2

UNIDADES	Domiciliarios	Desmontables
Residenciales	3	0
No residenciales	0	0

POSICIÓN DE FACTURACIÓN

Sep Oct Nov Dic Ene Feb

PUNTOS PARA GANAR

CÓDIGO PUNTO POSTAL	PUNTOS ACUMULADOS AL APROVECHAMIENTO	VALOR DE LOS APROVECHADOS
$60,304.81	$10,603.32	$1 62,831.36

TOMADORES POR USO DE AGUA

SUBSIDIO	0.00253899
EMPRESA URBANA	0.00105617
SUBSIDIO DEL APROVECHAMIENTO	0.00011423
EFECTIVAMENTE FACTURADOS	0.00158824
PERDIDAS APROVECHAMIENTO	0.05
USUARIO NO APROVECHABLE	0.03

DESGLOSE DE FACTURACIÓN

Concepto	Valor
ASEO - SERVICIO ORDINARIO ESPECIAL	$ 119.204
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$ [illegible]
ASEO - AJUSTE A LA DECENA $ CO	$ [illegible]
ASEO - INTERESES MORATORIOS	$ 811

MESES En Mora 0

3 TOTAL ASEO: $89.700

APORTE ANO RESIDENCIAL 0%
APORTE NO RESIDENCIAL 0%
Periodo 40%

SUGERENCIAS DE AHORRO

NÚMERO DE CLIENTE
2737077-5

Documento Equivalente Electrónico No. 34504 8593-6

PAGO OPORTUNO
18 MAR /2025

TOTAL A PAGAR
$350.630

163

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN CANINAS Y FELINOS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSULTORIO ESTERILIZACIONES SUBA

BOGOTÁ ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

HISTORIA CLÍNICA: HC-999-E-0

MICROCHIP: 990000013884962

FECHA: 03/04/2025

CÓDIGO: 1457-8

LUGAR DE LA ATENCIÓN (PARQUE LA SUBA): Sdor. General Gaitana

TIPO DE ESTERILIZACIÓN: CHC ___ REC ___ CES ___ HEMBRAS ___ CANILIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Mango

COLOR: Tigre Anaranjado

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 1 año | PESO: 3.2 Kg | RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VACUNACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___
OTROS: ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

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

ORIGEN: NS/NR ___ RESCATADO X ___ COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO ___ FRUTO DE CUNAGA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Angelo Jesid Pinzon Pinzon

DIRECCIÓN: Cl 137 # 147 - 11

TELÉFONO: 312 242 1999

CÉDULA: 1000 457 598

SEXO: M X F ___

NACIONALIDAD: Colombiano

CORREO ELECTRÓNICO: apinzonpinz@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Tecnologo

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO ___ FAMILIAR X

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X CUÁL? ___

LOCALIDAD: San Pedro

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71 - Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: X SI ☐ NO

ÚLT. CELO: No Aplica

ÚLT. DESPARASITACIÓN: Enero 2025

ÚLT. VACUNACIÓN: NS/NR ___ CANINOS: PARVO: ___ HEXAVALENTE: ___ TRIPLE: ___ PENTAVALENTE: ___ RABIA: Dic 2024

FELINOS: TRIPLE FELINO: ___ ITICEBAC: ___ PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: ___

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: (I) II III IV V VI E

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES	
PREANESTESIA	KETAMINA	0.32 mL	2 mg/Kg IM X	1 mg/Kg IV ☐
	ESTAMINA	0.32 mL	5 mg/Kg IM X	5 mg/Kg IV ☐
	MIDAZOLAM	___ mL	0.3 mg/Kg IV	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ mL	2 mg/Kg IV	
POSTOPERATORIO	PENICILINA G.A.	0.32 mL	17.000 UI/Kg IM	
	MELOXICAM	0.14 mL	0,2 mg/Kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), anexo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, 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 ACEPTACIÓN ___ RECHAZO ___, para la realización del procedimiento con o sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE(S) DE(LOS) MV CIRUJANO(S): DIEGO CASTELLANOS
TARJETA PROFESIONAL: 09582
FIRMA:

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: DIEGO ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 26954
FIRMA:

45

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE ESTERILIZACION.

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al anestesiar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la misma 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 evalúan los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden manifestar 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 lesiones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irritan y contaminan 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 realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa)** Adicionalmente se me han explicado y entiendo, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna; absteniendo de toda responsabilidad a Impecsas y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual ha sido informado, he comprendido y aceptado

En consecuencia, 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, eximiendo a la Alcaldía Local de Suba, Impecsas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Nombre del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación: 1020453098

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

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

CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 21/04/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.000.457.598
PINZON PINZON

APELLIDOS
ANGELO YESID



FECHA DE NACIMIENTO 20-OCT-2000
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.77 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
30-OCT-2018 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

enel Bogotá

2737077-5

CIRO ANTONIO PINZON SILVA



COMPORTAMIENTO CONSUMO

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CONTÁCTANOS

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

$290.900 + $0 + $69.730 = $360.630

PAGO OPORTUNO
18 MAR /2025

20 MAR /2025

ENERGÍA

2737077-5

03 ABR /2025

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

SUBTOTAL $290.900

SUBTOTAL $

1 FACTURACIÓN $360.630

2 TOTAL OTROS $0

3 TOTAL A PAGAR $69.730

BASES

AGUA POTABLE

AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL SAS ESP

5

901149434-9

CUPON PAGO $ 117533987

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 2650619938

28

PERIODO DE FACTURACIÓN 01/02/2025 a 28/02/2025

CARGOS DEL MES

TARIFA DE SUBSIDIO Residencial

USUARIOS	Cantidad	Consumo
Residencial	3	0
No residencial	0	0

CONCEPTO

CONCEPTO	VALOR
AGUA - SERVICIO RESIDENCIAL	$ 116.234
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$ 46.491
AGUA - AJUSTE A LA DECENA USD	$ 4
AGUA - INTERES POR MORA	$ 11

Meses Debidos: 0

APORTE NO RESIDENCIAL 0%

APORTE RESIDENCIAL 0%

SUBSIDIO 40%

NÚMERO DE CELULAR
2737077-5

Documento Equivalente Electrónico No.
[illegible]

PAGO OPORTUNO
18 MAR /2025

TOTAL A PAGAR
$350.630

4446

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSULTORIO ESTERILIZACIONES 2025

BOGOTÁ ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

Fecha de elaboración 21/01/2025

HISTORIA CLÍNICA: BIC-999-0-0

MICROCHIP: 990000013884975

FECHA: 03/04/2025

CÓDIGO: EST-4

LUGAR DE LA JORNADA (PARQUE LA BOTA): Salón Comunal Guaymaral

TIPO DE TENEDOR: CHC __ REC __ CES __ REUNIS __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Pacho

COLOR: pardo

ESPECIE: CANINO __ FELINO X SEXO: HEMBRA __ MACHO X

RAZA: Mestizo EDAD: 1 año PESO: Kg. 4.5

RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI __ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE: 1
COMPORTAMIENTO: SI __ NO X
AGRESIVIDAD __ MIEDO __ ANSIEDAD __
OTRO: _____

DISFORIA DE APARENTE MALTRATO: SI __ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: BS/MH
CASERA __ CONCENTRADO X MIXTA __
OTRO: _____

ORIGEN: PE/NA __ RESCATADO X COMPRADO __ ADOPTADO __ REGALADO __ PERRO DE GUARDA __ OTRO: _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Blanca Myriam Ramirez Gonzalez

DIRECCIÓN: Cl 143 #127F 06 INT 3 AP 501

TELÉFONO: 3202234538

CÉDULA: 39 522 703

SEXO: H __ M X

NACIONALIDAD: colombiana

CORREO ELECTRÓNICO: 3202234538@sincorreo.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Secundaria

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA __ ARRIENDO X FAMILIAR __

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI __ NO X ¿CUÁL? _____

BARRIO: Tibabuyes

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71 - Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: X SI NO

ULT. CELO: NO Aplica

ULT. DESPARASITACIÓN: NO Reporta

ULT. VACUNACIÓN: MS/MH __ CANINOS: PARVO: / DHPA/VALENTE: /

FELINOS: TRIPLE FELINA: Enero 2025 LEUCEMIA: /

TRIPLE: / PENTAVALENTE: /

PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: /

RABIA: Enero 2025

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI __ NO X

SISTEMA Y SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 120 l/m

F. RESPIRATORIA: 40 r/m

TEMPERATURA: 38.1 °C

TLC: 2 seg

MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES	
PREANESTÉSIA	XILACINA	0.45 mL	2 mg/Kg IM [x]	1 mg/Kg IV [ ]
	KETAMINA	0.45 mL	5 mg/Kg IM [x]	2 mg/Kg IV [ ]
	MIDAZOLAM	— mL	0.1 mg/Kg IV	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— mL	2 mg/Kg IV	
POST OPERATORIO	PENICILINA G.B.A.	0.45 mL	17.000 UI/kg IM	
	MELOXICAM	0.16 mL	0.2 mg/Kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cónyuge y/o Acudiente/Otro), autorizo 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 la manifestado de manera libre y voluntaria su: ACEPTACIÓN X, NEGACIÓN __, para la realización del procedimiento con o sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE(S) DEL(OS) MV CIRUJANO(S): DIEGO CASTELLANOS
TARJETA PROFESIONAL: 09587
FIRMA:

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: DIEGO ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 34564
FIRMA:

97.4

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONSENTIDO ESTERILIZACIONES Rojo
CPS 9992504

BOGOTÁ
ALCALDÍA LOCAL DE
SUBA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/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, Hipotermias, reacciones anestésicas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que me 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, labores, talcos, aplicación de antibióticos, 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 realización de exámenes pre-quirúrgicos** a mi animal de compañía (los cuales **NO los cubre el programa**) Adicionalmente se me han explicado y entiendo, 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, eximiendo de toda responsabilidad a implicados y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, la 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, implicados y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
	3 45 22 705

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 23/04/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 39.522.703

RAMIREZ GONZALEZ

APELLIDOS

BLANCA MYRIAM

NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 10-ABR-1959

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

05-NOV-1979 REGISTRADA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

4468

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTA

Para el reparto ZONA:11 CICLO: H1 RUTA H11007 BIMESTRAL

10979346	42705605212
Cuenta contrato Núm de identificación de este predio	Número para pagos Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de

RAUL ALEJANDRO GONZALEZ PINEDA

Dirección del predio

CL 142 127F 05 IN 3 AP 301

Barrio: Localidad:

Dirección de correspondencia

CL 19 7 48

Datos adicionales del predio

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

Periodo facturado	ENE/01/2025	MAR/01/2025

Pago oportuno	ABR/04/2025	Suspensión	ABR/08/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
MAY/08/2025	MAR/19/2025 04:48:48	MAR/19/2025 10:32:39

¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambió
Visite www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.

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

Llámanos 116 Acueducto

Envía a www.acueducto.com.co tus PQR en Servicios al Ciudadano y obtén información de los puntos de atención, cupón de la factura y realiza tu pago a través de Internet.

cadena

9557

17321 6/08 1/2

N° 44659

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN CANINOS Y FELINOS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CAMPAÑA ESTERILIZACIÓN 2024
CET

BOGOTÁ distrito capital
SUBA

Fecha de la versión 31/05/2023

HISTORIA CLÍNICA: HC-999-SU

SOLICITUD: 990000013885347

FECHA: 05/06/2025

CÓDIGO EST.#

LUGAR DE LA JORNADA (PARQUE LA POTA): Salón Comunal Galarza

TIPO DE TENEDOR: CIUC ___ REC ___ CES ___ SOLIPAS X COMUNIDAD ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Hailo

COLOR: Blanco Parda

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 7 meses PESO: Kg 3.8 RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___
OTRO: ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Mabel Nina Vargas

DIRECCIÓN: Cl 130 124 35

TELÉFONO: 3149785537

CÉDULA: 1019 027 454

EDAD: M ___ F X

NACIONALIDAD: Colombiana

CORREO ELECTRÓNICO: mabelnina.88@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Técnico

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO ___ FAMILIAR X

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X ¿CUÁL? ___

BARRIO: Tibabuyes

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71 - Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

APTO PARA CIRUGÍA: SI ☒ NO ☐

ULT. CELO: No Aplica

ULT. DESPARASITACIÓN: No Reporto

ULT. VACUNACIÓN: NS/NR ___ CANINOS: PARVO: ___ TRIPLE: ___ PENTAVALENTE: ___ FELINOS: TRIPLE FELINA: ___ TRIVALENTE: ___ PANLEUCOPENIA Y BORDETELLA: ___ LEUCEMIA: ___ RABIA: Nov 20 2025

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMA O SINTOMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICIÓN CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 120 l/m

F. RESPIRATORIA: 40 r/m

TEMPERATURA: 38.1 °C

TLLC: 2 seg

MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN			DOSIS/OBSERVACIONES	
PREANESTESIA	ACEPROMACINA	0.38 ml	0.1 mg/kg IM ☒	0.1 mg/kg IV ☐	
	KETAMINA	0.38 ml	5 mg/kg IM ☒	5 mg/kg IV ☐	
	MIDAZOLAM	— ml	0.1 mg/kg IV		
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml	2 mg/kg IV		
POST-OPERATORIO	ENROFLOXACINA G1A	0.38 ml	17.000 UI/kg SM		
	MELOXICAM	0.16 ml	0.2 mg/kg SC		

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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 (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACIÓN X, RECHAZO ___ para la realización del procedimiento con o sin anterior pre-quirúrgicos.

NOMBRE (S) CIRUJANO(S) MV: LIDA CARDENAS
TARJETA PROFESIONAL: 12626
FIRMA:

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: DIEGO ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 36914
FIRMA:

D77

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

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclaran los riesgos que se pueden presentar, se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lesiones, fallunas, talcos, aplicación de antipulgas, baños sucios y otros escenarios 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 realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa)** Adicionalmente se me han explicado y 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; exonerando de toda responsabilidad a impecorses y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual ha sido informado, he comprendido y aceptado.

En consecuencia, 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impecorses y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Mabel Jiménez	1019023434

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

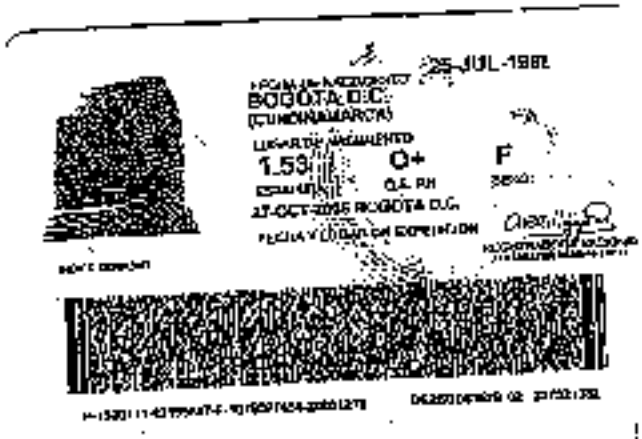
Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación:	

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALÓN COMUNAL LA GAITANA	FECHA: 31/08/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1-019027454
NIÑO VARGAS
MABEL


25-JUL-1981
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
1.59
O+
F
O.S. RH
27-OCT-2005 BOGOTA D.C.

4470

Redeban.

1316272-0

LUCINIO NIO
CL 130 NO 124 35
NORMITA, D.C. - TRASCUVES

¡LLEGÓ A TU CASA!
TU PRÉSTAMO DE HASTA
$12.000.000

CONTACTANOS

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PAGAR TU FACTURA?

4918447

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN MASIVA
CONVENIO ESTERILIZACIONES 2024

BOGOTÁ ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
Fecha de la vacuna: 03/05/2025

HISTORIA CLÍNICA: HC-999-EVO
MICROCHIP: 990000013885355
FECHA: 03/05/2025
CÓDIGO: EST-4

LUGAR DE ESTERILIZACIÓN (MARQUE LA BOLITA): Salón Comunal Bolivia

TIPO DE TENEDOR: CIST__ RCC__ CTS__ VEREDAS Y COMUNIDAD__

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Bos

LOCALIDAD: Tigre

ESPECIE: CANINO__ FELINO X | SEXO: HEMBRA__ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 2 años | PESO: 5 kg | RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI__ NO X
AGRESIVIDAD__ MIEDO__ ANSIEDAD__
OTRO: _____

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI__ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: MX/MR__ CASERO__ CONCENTRADO X MIXTO__ OTRO: _____

ORIGEN: MX/MR__ RESCATADO X COMPRADO__ ADOPTADO__ REGALADO__ PERRO DE CUADRA__ OTRO__

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Sandra Milena Gil Ortiz
DIRECCIÓN: Kr 97c 157A 72
TELÉFONO: 3121925578
CÉDULA: 52 701 781
EDAD: X
NACIONALIDAD: Colombiana
CORREO ELECTRÓNICO: sandramilena.gil2578@gmail.com
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Profesional
TIPO DE VIVIENDA: PROPIA__ ARRIENDO X FAMILIAR__
TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI__ NO X CUAL: _____
BARRIO: Bolivia
ESTRATO: 2
LOCALIDAD: SUBA
UPZ: 71 - Tibabuyes

3. ANAMNESIS

Estado general bueno, rescatado hace 10 días

APTO PARA CIRUGÍA: (X) SI ( ) NO

ULT. CELO: No aplica
ULT. DESPARASITACIÓN: No reporta
ULT. VACUNACIÓN: MX/MR: X CANINOS: PARVO: RABIA: MOQUILLO: HEPATITIS: TRIPLE: PENTAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA:
FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA:

4. EXAMEN CLÍNICO

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

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

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 120 lpm | F. RESPIRATORIA: 40 rpm | TEMPERATURA: 38.1 °C | TLLC: 2 seg | MUCOSAS: Rosadas
OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

FASE DE PREMEDICAMENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES	
PREANESTESIA	XILACINA	0.25 mL	2 mg/kg IM ☐	1 mg/kg IV ☒
	KETAMINA	0.25 mL	5 mg/kg IM ☐	5 mg/kg IV ☒
	MIDAZOLAM	— mL	0.1 mg/kg IV	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.84 mL	3 mg/kg IV	
POST QUIRÚRGICO	PENICILINA G.S.A.	0.5 mL	17.000 UI/kg IM	
	MELOXICAM	0.2 mL	0,2 mg/kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

NOMBRE(S) DOCTOR(A) MV CIRUJANO(S): LIDA CAROLINA
TARJETA PROFESIONAL: 15028

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: DIEGO ALVAREZ
TARJETA PROFESIONAL: 20963

FIRMA: Lida
FIRMA:

880

	HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS CONSENTIDO ESTERILIZACIONES 2024 CP-FR-004	BOGOTÁ SUBA

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/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 detalla que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se puedan evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el mal posterior de lesiones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, durante 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 realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a reintervención alguna; exonerando de toda responsabilidad a Impeces sas y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, la 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impeces sas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Nombre del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Firma:	

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

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

4. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: SALON COMUNAL LA CAITANA	FECHA: 21/04/2025	HORA: 10:00 a.m.

OBSERVACIONES:

4473

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.701.781**

GIL ORTIZ

APELLIDOS

SANDRA MILENA

NOMBRES

Sandra Milena Gil Ortiz

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-AGO-1979**

CHITAGA
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.52	**A+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

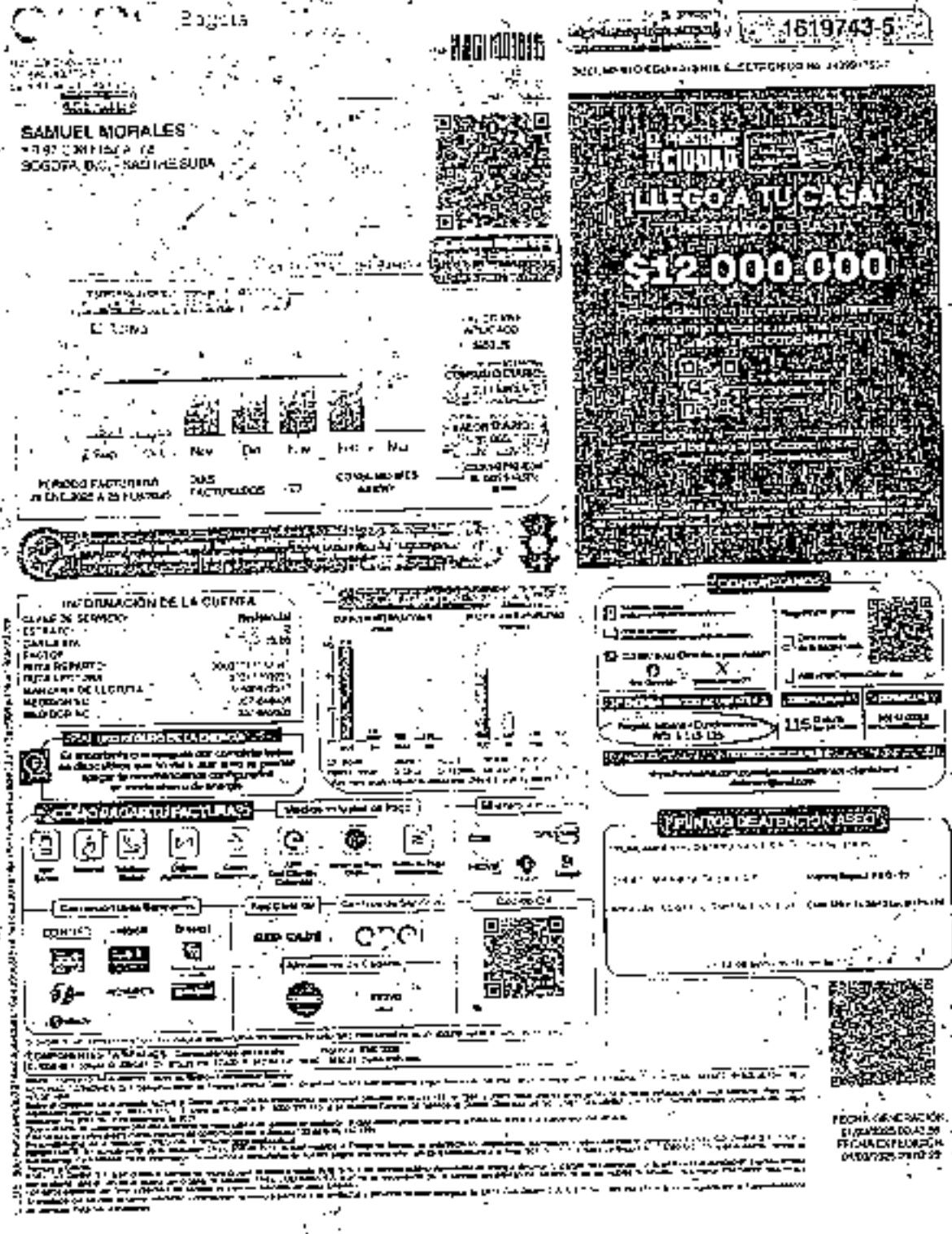
25-MAY-1999 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00430391-F-0052701781-20130410 **00326**74769A 1 1242239037

991


SAMUEL MORALES
¡LLEGO A TU CASA!
$12 000 000
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

HISTORIA CLÍNICA DE VACUNACIONES CANINAS Y FELINAS

900265001725957 3-04-25

3. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Lulu

COLOR: Café Negro

ESPECIE: Canino X Felino ___ SEXO: Hembra X Macho ___ RAZA: Pinscher EDAD: 9 meses PESO: 3,5 kg TALLA DE RAZA DEFINIDA: Si ___ No X

CUANDO LA VACUNACIÓN ES PRESENCIA AUTORIZADA: COMPORTAMIENTO: Si ___ No X

AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___ OTRO ___

CONDICIÓN DE APARENTE MALTRATO: Si ___ No X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: BARF ___ CASERA ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___

ORIGEN: PERRA ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO X PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

4. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Martha Leonor Rincon Camacho

DIRECCIÓN: KR 140B 132D 40

TELÉFONO: 3004073124

CÉDULA: 51812527

SEXO: F X

NACIONALIDAD: Colombiana

CORREO ELECTRÓNICO: 3004073124@hotmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller

TENENCIA: PROPIA ___ ARRENDADO X FAMILIAR ___

VIVIENDA ALQUILADA DESPACIO: SI ___ NO X ¿CUÁL?

BARRIO: La toscana

ESTRATO: 2

LOCALIDAD DE SUBA: 1

CRA: 71

5. EXAMEN FÍSICO

Buen estado de Salud

APTO PARA CIRUGÍA: SÍ ☐ NO ☐

ÚLT. CELO: Dic 25

U.S. DESPARASITACIÓN: Feb 25

ÚLT. VACUNACIÓN: ASMP: CANINO PARVO: PARVOVALENTE: Dic 25

TRIPLE FELINA: TRIPLEFELINA: RABIA: TRIPLE, RABIA Y LEUCEMIA: ___

6. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE PARTICULARIDAD: SI ___ NO X

RESTRICCIÓN O SUSTENCIA ANTERIOR: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: I X II III IV V VI E

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

7. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PRE-QUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 114 LPM F. RESPIRATORIA: 31 RPM TEMPERATURA: 38,9 °C TLC: 1 SEG MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

8. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
ANESTÉSICO	XILACINA	0,175 ml	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,35 ml	5 mg/kg IV ☒ 20 mg/kg IM ☐
	MIDAZOLAM	0,7 ml	0,1 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1,225 ml	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G.B.A.	0,245 ml	42.000 UI/kg IM
	METOXICAM	0,035 ml	0,1 mg/kg SC

MEDICATOS ANTERIORES: Ninguno

En calidad de (Dueño y/o Arrendatario), manifiesto que he leído completa y detalladamente el presente consentimiento informado, he comprendido su contenido, he tenido la oportunidad de resolver todas mis dudas y preguntas con el Médico Veterinario/Zootecnista (nombre completo y tarjeta profesional), quien me ha explicado de manera clara y entendible los riesgos, beneficios y alternativas del procedimiento propuesto para mi mascota. Por lo anterior, OTORGO MI CONSENTIMIENTO LIBRE, PLENO, VOLUNTARIO E INFORMADO para que se realice el procedimiento descrito en este documento a mi mascota.

NOMBRES Y APELLIDOS MVZ/ZOOTECNISTA: Andres Quiroga
TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario TP. 34838

FIRMA:

NOMBRES Y APELLIDOS PROPIETARIO/TENEDOR: Martha Leonor Rincon Camacho
CÉDULA: 51812527

HUELLA:

Yennifer Gutiérrez Romasque
Médico Veterinario - Zootecnista
TP. 33358

	HISTORIA CLINICA [illegible]	[illegible] 5004

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información brindada por el profesional de Cirugía Veterinaria/Cirujano/a en el cual se me solicita autorización para el procedimiento de esterilización de mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como: sangrado excesivo, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas, entre otros.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación de Microchip y la tasa de los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se presenten en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de aplicación, además de posible infección secundaria por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antibióticos, baños secos y demás elementos 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 he sido informado y ACEPTO _X_ o RECHAZO _____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) los cuales previamente se me han explicado y entendido, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a controversia alguna, eximiendo de toda responsabilidad a empresas y personal médico que realice el procedimiento. 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 esta 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 tomar las medidas de precaución y acciones que son 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 omisión en la manipulación con mi animal de compañía, eximiendo a la Alcaldía local de Suba, empresas y Equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda pasar.

Firma del Responsable/Tenedor: MARTHA LEONOR JIMENEZ	Cédula de Ciudadanía: 51812527 BTA

Yo, _____ identificado(a) con CC No _____ En pleno y normales de mis facultades mentales, me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía

RAZÓN:

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

034 DERECHO DE PETROS

LUGAR: Salón Comunal Guaimaral	FECHA: 21-04-25	HORA: 10 AM

OBSERVACIONES:

IDCOL0570181848150D1<<<<<<<<<<<
6509088F3410196COL51812527<<<6
RINCON<<CAMACHO<<MARTHA<LEONOR<

REPÚBLICA DE COLOMBIA



RINCON CAMACHO

MARTHA LEONOR

COL

05 SEPT 1965

1984, BOGOTA D.C.

10 OCT 2024

CPA 150 N° 134-64

Marzo 2025

61222179

vanti

Factura no es válida por falta Concesión Factura Computarizada Decreto [illegible]

TRANSACCIÓN correcta

Fecha	[illegible]
Hora	[illegible]
Código	[illegible]
Terminal	[illegible]
Operación	Reversión
Autor. Banco	[illegible]
Autor. Factura	[illegible]
Usuario	Pago en app Bogotá
Cód. Convenio	[illegible]
Referencia 1	[illegible]
Valor	$5.670
Costo Transacción	$0
Valor Total	$5.670

Línea de Atención personalizada [illegible]
Horario de [illegible]

BANCO DAVIVIENDA S.A.
FACTURA COMPUTARIZADA
FACTURA DE COMPRA

2 — Mes de expedición: Mar. 2025

3 — Periodo facturado: Feb. - Mar. 2025

4 — Emisión de su factura: 05 Mar. 2025

Concepto	Cantidad Medida (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
[illegible]	SUB	5.195,15	0,00	0.525,20
[illegible]	LUN	-3.918,48	0,00	-3.918,48
[illegible]	LUN	3,15	0,00	3,15

Total $5.670,00

Tus financiaciones

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

2 — Total $0,00

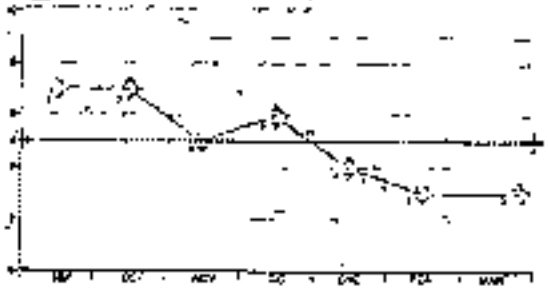
1 — Valor facturas vencidas: $0,48

Total a pagar 1+2+3: $5.669,52

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso: Residencial — Estrato/Cat/Dpto: [illegible] — Días de consumo: 29

Fecha	Lectura	Tipo
04 Feb. 2025	296	REAL
04 Mar. 2025	290	REAL

m³ consumo = 290 - 296 * Factor de corrección = 3

Tu próxima lectura será: Entre el 1 y el 06 de Abril

Novedades de tu factura

Suba [illegible]

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $70.254

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria: **31 Dic. 2025**

[illegible]

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $2025.

Dic. $2362 Ene. $2460 Feb. $3371

[illegible]

Componentes tarifarios

Cmt [illegible] Tm $28,57 Dm $21,21 Cm 0,0
[illegible] Cuv 0,0 Cuvc 0,0 Cuvv 0,0
Dcm 0,0 Pcom 42,475 Cuvb 0,0 Cuvm 0,0

[illegible]

Factor de corrección

[illegible]

Indicadores de calidad

[illegible]





(415)7709958026025(8020)61222179(3900)0000003000005670

[illegible]

Por favor doble y rasgue para abrir la factura

Recibe tu factura de manera digital

...diligencia el formulario y empieza a recibir tu factura de manera digital.



Mundo digital Vanti

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

Pagos electrónicos en otras entidades

Botón PSE

Botón Bancolombia

Recuerda que para recibir tus facturas en otro medio cuentas con este servicio de forma gratuita

Escanea para pagar tu factura

Bancolombia · BBVA · Davivienda · Occidente · Bancolombia · Banco de Bogotá · Banco Popular · Banco Caja Social · Nequi · Daviplata · Dale!

*Puede aplicar costo por inscripción o débito automático.

Síguenos en nuestras redes sociales como @grupovanti y conoce nuestros productos.

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval
Corresponsales Banco Davivienda
Red CASE
Banco GNB Sudameris
Grandes Superficies
Éxito, Jumbo, Éxito

*Si tu factura es en efectivo, solo debe ser de garantía 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

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

CUÉNTANOS SOLICITUDES DE CLARIFICACIÓN A S.A.S.NIT. 800.096.812-6

Por favor doble y rasgue para abrir la factura

¡Hola!

EUGENIA INES GUEVARA
KR 3 #69 32D 40 ... 6 TOSCANA
BOGOTA

vanti
Aldo formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5017118-9411579

Lote: P02GN Ruta: 0311770272190005000 Código del Sector: 436

Cuenta o referencia de pago 61222179

vanti

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 942 784
Bogotá (601) 307 9121
Barrancabermeja (607) 699 4755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4184

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

Recuerda que puedes ejercer tus derechos conforme a lo establecido en la Ley 1480 de 2011.

CLÍNICA VETERINARIA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN FEMENINA Y FELINOS
PROGRAMA DE VACUNACIÓN ANIMAL
CONSULTORIO VETERINARIO 2025

PROYECTO: CIDEA
Fecha de la versión: 31/01/2025
CÓDIGO: FOR-A

CLÍNICA MÓVIL
HC-PAN-[illegible]-0

MICROCHIP: 900259001725947

FECHA: 03 marzo 25

LUGAR DE LA CIRUGÍA:

ESTERILIZACIÓN: CHC ABC CES BUENAS COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Maravena

COLOR: Blanco Negro

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___

RAZA: Mestizo EDAD: 3 años

PESO: 14.6 KG

RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

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

AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___
OTRO ___

EVIDENCIA DE AMBIENTE MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: CASERO ___ CONCENTRADO X ARROZ ___ OTRO ___

CUIDADO: HUMO ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO X PERDIÓ RECIENTE ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TUTOR RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Luna Juliette Montañez Leon

DIRECCIÓN: CL 139 11B 83 001

TELÉFONO: 3224582404

CÉDULA: 1019004975

EDAD: ___ X

BARRIO: Tibabuyes

CORREO ELECTRÓNICO: 3224582404@sincorreo.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ CAMBIO X ARRIEND ___

TIENE NINGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X CUAL?

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

APTO PARA CIRUGÍA: SI X NO

ULT. DESPARASITACIÓN: No Reporta

ULT. VACUNACIÓN: Febrero/25

EXAMEN PARA: TRIPLE FELV/FIV ___ PARVOVIRUS ___ MOQUILLO ___ LEUCEMIA ___ PANLEUCOPENIA ___ RABIA ___

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: I II III IV V VI

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA	F. RESPIRATORIA	TEMPERATURA	TLLC	MUCOSAS
119 l/m	33 r/m	36,5 °C	1 seg	Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

TIEMPO DE PROCEDIMIENTO	MEDICAMENTO		DOSIS	OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.29 ml	2 mg/Kg IM	
	KETAMINA	1.45 ml	5 mg/Kg IV X	10 mg/Kg IM ☐
	MIDAZOLAM	2.9 ml	0.1 mg/Kg IV	
INDUCCIÓN/MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	5.075 ml	2 mg/Kg IV	
POST QUIRÚRGICO	PENICILINA G.A.	1.015 ml	15.000 UI/Kg IM	
	METOXIDAM	0.145 ml	0.2 mg/Kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Propietario/a o Acudiente Legal) declaro que he leído con detenimiento la hoja de consentimiento informado, he tenido la oportunidad de preguntar y he recibido información completa sobre el procedimiento quirúrgico y sus riesgos. Entiendo los riesgos relacionados con la Esterilización/Castración y otros procedimientos. Doy mi consentimiento de manera libre y voluntaria. ACEPTACIÓN X RECHAZO ___, por la presente eximo de toda responsabilidad a la clínica veterinaria.

Andres Quiroga
Médico Veterinario
TP. 34839

NOMBRE DEL MV QUE REALIZÓ EL ESTUDIO: TARJETA PROFESIONAL:

FIRMA:

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: TARJETA PROFESIONAL:

Yennifer Gutiérrez Montesquie
Médico Veterinario - Zootecnista
TP. 33358

FIRMA:

		BOGOTÁ SUBA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

Estando y teniendo uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquifectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que el autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como: sangrados, infecciones, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Asimismo manifiesto que he recibido de forma clara y detallada 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 reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se mantiene contacto telefónico en el punto de atención, además de posible infección en el área que incluso podría llegar a ocasionar la muerte del animal, reacciones alérgicas, dolor, inflamación, sangrado, cáncer, aplicación de antibióticos, baños secos y otras recomendaciones que irriten y consuman la zona, dentro de los 5 días posteriores a la toma registrada.

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

Además soy consciente y ACEPTO _X_ o RECHAZO ____ la declaración realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los costos NO los cubre el programa) debidamente explicados y entendidos, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo bajo totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna; eximiendo de toda responsabilidad a terceros así y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual es aceptada, 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.

COMPROMISOS DE CUIDADOS POSTOPERATORIO
Me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución que indique 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impresustet y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor	Fecha de identificación
Luna León	1019004925

Yo, _____ identificado con CC. No. _____ en plenas y normales uso de mis facultades mentales, me DECLARO de acuerdo con la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquifectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía.
RAZON:

Nombre del Responsable/Tenedor	Firma:
Nro. identificación:	

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Salón Comunal Gaitana	FECHA: 21-04-25	HORA: 10 a.m.

Observaciones:





FECHA DE NACIMIENTO 03-MAR-2004

BOGOTA D/C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

04-MAR-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

NUIP



P-1500150-01452149-F-1019004975-20240715 0140938527A 1 0027929350

Factura de gas

Marzo 2025

Cuenta de referencia de pago 60028843

BOGOTA

vanti

Fechas importantes

1 Pago oportuno	2 Fecha de suspensión	3 Periodo facturado	4 Emisión de tu factura
11 Abr. 2025	12 Abr. 2025	Feb. - Mar. 2025	27 Mar. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Vividos (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal (A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	990	39,791.11	0.00	28,755.99
MENOS SUBSIDIO (41%)	1UN	-11,755.45	0.00	-11,755.45
AJUSTE DECENA	1UN	-0.02	0.00	-0.02
INTERESES FINANCIAMIENTO - NO GRA	1UN	933.88	0.00	933.88

② Total $17,927.40

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota Nº	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A+B
1.5700 % Vista PPO Cliente Residencial	3/24	3,212.00	928.88	3,212.80

② Total $3,212.80

Valor facturas vencidas

$0.00

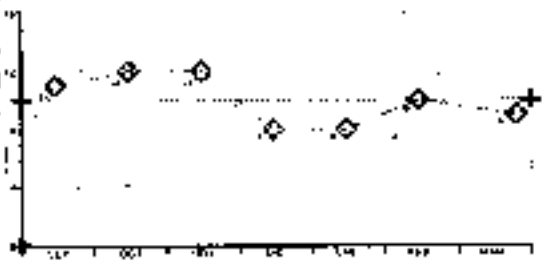
Total a pagar ③+②+①

$21.140,00

Pagar por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial

Fecha	Lectura	Tipo
22 Feb. 2025	1845	REAL
22 Mar. 2025	1857	REAL

m³ consumidos: 857 = 845 / Factor de corrección

Tu próxima lectura será

Entre 20 y el 25 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 $70.254

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

30 Jun. 2029

La revisión de la instalación interna es una responsabilidad y debe realizarla en los plazos establecidos en la Resolución vigente.

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $2028.

Dic. $2362 Ene. $2480 Feb. $2371

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

Componentes tarifarios

Factor de corrección

Indicadores de calidad



(415)7709999026063(8020)60028843(3902)0000000000021140

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

Grupo Vanti Comunica:

Evita fraudes en línea al pagar tu factura. Ingresa siempre digitando:

www.grupovanti.com

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gasoriente S.A. ESP, Gasnorte S.A. ESP

Mundo digital Vanti

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

» Pagos electrónicos en otras entidades

Botón PSE

Botón Bancolombia

Recuerda que puedes pagar tus facturas de gas a través de varios canales con la misma referencia de pago

Pasos para pagar tu factura

*Puede aplicar costos de transacción o 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 bienestar 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 puntos para agendar tu cita.

¡Hola!

BERTHA MOCOSO
CL 1 1 1 1 1 1 1 1 - TIBABUYES
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5067199-49933

Lote: P16GN Ruta: 001177004652000500 Código del Sector: 201

Cuenta o referencia de pago 60826843

vanti √ Listo

Compra televisores, celulares o gasodomésticos y paga a cuotas a través de tu factura de gas.

¿TU CUPO VANTI LISTO ES? APROBADO ES:



Si tu Revisión Periódica Obligatoria de Gas se vence entre julio y diciembre de 2026

¡Agende ahora y cancélelo a pagar en el mes de su vencimiento!

Actividad válida del 17 marzo al 31 de julio de 2026 para usuarios residenciales de las empresas del Grupo Vanti. Aplican términos y condiciones. También podrán realizar la Revisión del Gasodoméstico los equipos acreditados por la ONAC en paralelo de la Actividad. Más información en grupovanti.com



Si se certificas en el mes de abril, mayo o junio,

podrás participar en el sorteo de una de las 4 motos ACE NACIONAL 125 DKmx.

Vigencia: desde el 24 de marzo y el 30 de junio de 2026 para usuarios residenciales de las empresas de Grupo Vanti. Aplican términos y condiciones. Más información en grupovanti.com

Escanea el código QR para agendar tu Revisión

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 842 794
Bogotá (601) 307 8121
Nueva Granada (607) 685 4755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA

BOGOTÁ

HISTORIA CLÍNICA: HC-999E-11

MICROCHIP: 900265001725955

FECHA: 3 Abril/25

CÓDIGO: ESE-A

LUGAR DE LA CIRUGÍA:

TIPO DE EXTRACCIÓN: CHC ABC CES MÓVIL CONJUNTA X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Venus

COLOR: Café.

ESPECIE: GATO X PERRO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: mestizo EDAD: 2 años PESO: 15 Kg RUTA DE MAYOR ESFUERZO: SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO SI ___ NO X

AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___ OTRO: ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: BS/BH ___ CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO: ___

ORIGEN: HSBF ___ RESCATADO ___ CALLEJERO ___ ACEPTADO ___ DECOMISADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. CONTACTO TUTOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Markol García Núñez

DIRECCIÓN: KR 123B 132C 24

TELÉFONO: 3125670378

CÉDULA: 52340574

SEXO: M X

NACIONALIDAD: Colombiana

CORREO ELECTRÓNICO: mg56037@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APARTAMENTO X FINCA ___

TIENE MÁS MASCOTAS? SI ___ NO X ¿CUÁL?

BARRIO: La Gaitana

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

APTO PARA CIRUGÍA: SI X NO

ULT. CELO: Enero/25

ULT. GESTACIÓN: No reporta

ULT. VACUNACIÓN: RABIA: X MÁS/MOQUILLO: PENTAVALENTE: TRIPLE FELINA: PENTAVALENTE:

PELIGROSIDAD: ___ FECHA: ___ FIRMA: ___

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: (I) II III IV V VI E

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PRE-QUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 116 l/m F. RESPIRATORIA: 31 r/m TEMPERATURA: 38.2 °C FLC: 1 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/ADMINISTRACIÓN
PREANESTESIA	XILACINA	0.825 mL	1 mg/Kg IM
	KETAMINA	1.5 mL	3 mg/Kg IV X 10 mg/Kg IM
	MIDAZOLAM	3 ml	0.3 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	5.25 ml	2 mg/Kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G B.A.	1.05 mL	17.000 UI/Kg IM
	MELOXICAM	0.15 ml	0.2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de [Propietario/a tutor/a legal], autorizo este documento con mi firma en señal de haber sido informado/a por el responsable o tutor/a, la información correcta sobre el procedimiento quirúrgico especificamente los riesgos relacionados con la Cirugía programada, la técnica anestésica y/o sedación, además he aceptado la Historia Clínica y consentido su: ACEPTACIÓN X RECHAZO ___ para la realización del procedimiento quirúrgico mencionado.

NOMBRE(S) DEL(OS) INVESTIGADOR: Andrea Quiroga

TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario TP. 34839

FIRMA:

ACTIVIDAD DEL ASISTENTE ADMINISTRATIVO

TARJETA PROFESIONAL:

FIRMA:

Yennifer Gutiérrez Namaque
Médico Veterinario - Zootecnista
TP. 32358

7. 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 Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será intervenido mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paro respiratorio o cardiaco, hemorragias, reacciones a medicamentos, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y precisa la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclaran los riesgos que se pueden presentar. Se resalta además 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 sitio por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de emplastos, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen. La cual, dentro de las 72 horas posteriores a la implantación.

De igual manera actuando en mi calidad de propietario 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.

Acorde a lo anteriormente expuesto ACEPTO _X__ o RECHAZO ____ la declaración realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (Los cuales NO los cubre el programa) Así mismo se me han explicado y entendido todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por este motivo asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y de cualquier complicación que se presente durante y después de la misma, eximiendo de toda responsabilidad a la Secretaría y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, la cual ha sido informada, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado respuesta a preguntas de manera veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, no he ocultado información alguna y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del presente, 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 que tocan 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, eximiendo a la Alcaldía Local de Suba, Impecsos sas y al equipo Médico Veterinario prestante del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir

Nombre del propietario/tenedor: Monica Garcia	Firma de Identificación: 52340 574

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

Nombre del Responsable/Tenedor:	E-mail:
No. Identificación:	

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Salon Comunal Gaitana	FECHA: 21-04-25	HORA: 10 am

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.340.574**
GARCIA NUÑEZ
APELLIDOS
MARISOL
NOMBRES





INDICE DERECHO

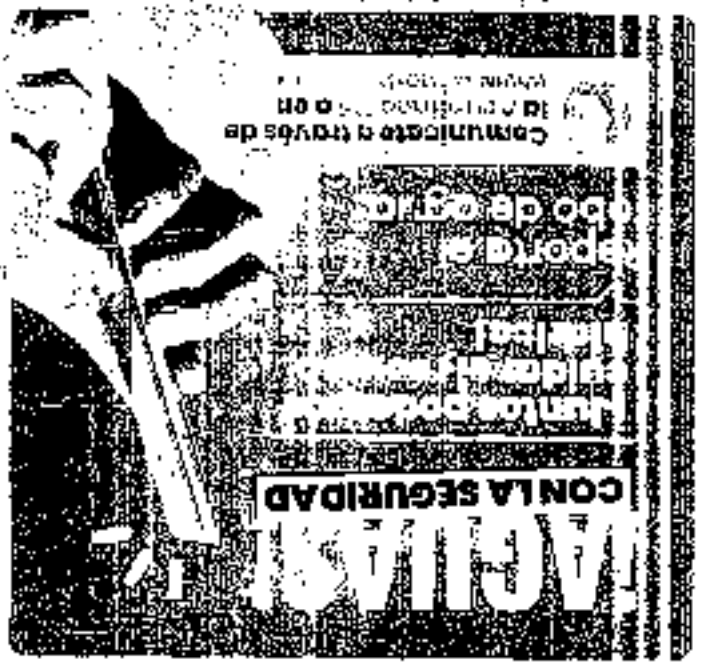
FECHA DE NACIMIENTO **29-MAY-1972**
ESPINAL
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

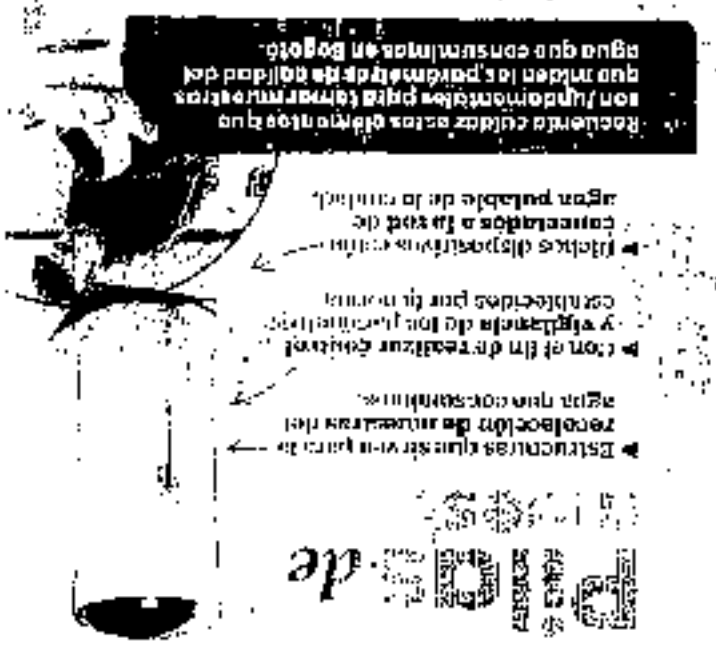
1.65 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

24-JUN-1993 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500100-00110001-F-0052340574-20081024 0004792137A 1 4250007722





Para el reparto ZONA:1 CICLO: J1 RUTA:J11101 BIMESTRAL

10569724
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

4070844289S
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

Periodo facturado	ENE/04/2025	MAR/04/2025
Pago oportuno	ABR/07/2025	Suspensión ABR/10/2025

Fecha aproximada próxima factura	Fecha y hora de reparto de esta factura	Fecha y hora de generación factura
MAY/31/2025	MAR/20/2025 04:11:05	MAR/22/2025 11:01:02

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

Edna Lucía Arenales Duarte
Representante Legal

¡Hola!

Factura a nombre de
MANUEL A PEDRAZA

Dirección del predio
KR 123B 9320 24

Barrio **LA GAITANA** Localidad **SUBA**

Dirección de suministro

Datos adicionales del predio

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

¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambió
Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura

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

Llámanos [illegible]

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

cadena

HISTORIA CLÍNICA: HC-959-E-0

FECHA: 3-04-25

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Alaska

SEXO: Blanco Café

ESPECIE: CANINO X FELINO __ SEXO: HEMBRA X MACHO __ RAZA: Husky Siberiano EDAD: 1 año PESO: 17,5 Kg RAZA DEMANDA ESPECIAL: SI __ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIONES COMPORTAMENTALES: SI __ NO X

AGRESIVIDAD __ MIEDO __ ANSIEDAD __ OTRO: __

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI __ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: HSMP __ CASERO __ CONCENTRADO X MIXTO __ CUÁL: __

ORIGEN: HOGAR __ RESCATADO __ COMPRADO __ ADOPTADO X REGALADO __ PERRO DE CUADRA __ OTRO: __

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Diana Yhizet Reyes

DIRECCIÓN: cl 137 No 128B 01 M2 36 (AT)

TELÉFONO: 3138888156

CÉDULA: 1014210818

NACIONALIDAD: Colombiana

CORREO ELECTRÓNICO: yisethreyes3@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Técnico

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA X ARRIENDO __ FAMILIAR __

TIENE HISTORIA DISCIPLINARIA: SI __ NO X CUÁL: __

BARRIO: Toscana

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71

3. EXAMEN CLÍNICO

Buen estado de salud

APTO PARA CIRUGÍA: X SI __ NO

ÚLT. CELO: Nov 24

ÚLT. DESPARASITACIÓN: Feb 25

ÚLT. VACUNACIÓN: ESQUEMA PARVO: / ESQUEMA TRIPLE FELINA: / ESQUEMA RABIA: / TRIPLE: / PANLEUCOPENIA Y RINOTRAQUEITIS: / RABIA: /

4. DIAGNÓSTICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI __ NO X

SISTEMAS O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: (I) II III IV V VI E

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

FC: 148 l/m | FR: 35 r/m | TEMPERATURA: 38,4 °C | PAM: __ | mg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/VOLUMEN/EQUIVALENCIA
PREANESTÉSICA	XILACINA	0,9625 mL	2 mg/Kg IM
	KETAMINA	1,75 mL	5 mg/Kg IV X 10 mg/Kg IM
	MIDAZOLAM	1,5 mL	0,1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	6,125 mL	2 mg/Kg IV
POSTOPERATORIO	PENICILINA G.S.A.	1,225 mL	22.000 UI/Kg IM
	MELOXICAM	0,175 mL	0,2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de [Usuario/a/Acudiente/Autorizado] autorizo expresamente con mi firma [Otorgo] [Niego] el consentimiento informado sobre el procedimiento quirúrgico y especificamente los riesgos relacionados con la [Ovariohisterectomía/Orquiectomía] [otro] sobre mi [mascota/animal], quien hace parte de mi hogar. Soy voluntario/a ALLENACIÓN X

ESCRIBA ___ para la negación del procedimiento pero en adjunten comentarios

NOMBRES Y APELLIDOS MÉDICO RESPONSABLE: Andres Quiroga

TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario TP. 34839

FIRMA

NOMBRE DE LA AUXILIAR DE APOYO: Yennifer Gutiérrez Nomesque

TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358

FIRMA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y comprendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será intervenido mi animal de compañía. Declaro que al suscribir la autorización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como: cortes accidentales o cardiacos, hemorragias, reacciones alérgicas, complicaciones respiratorias 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 sus aplicativos, riesgos que se puedan presentar. Se recomienda que durante la implantación, pelitos o piel puede generar algún evento adverso que se pueden evidenciar en la zona de implantación, use manifiesto como información en el punto de prensión, además de generar inflamación en el área por el desplazamiento de la cánula, jabones, talco, aplicación de antibióticos, 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 realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han aclarado y entendido, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y en derecho a contravención alguna eximiendo de toda responsabilidad al médico tal y al equipo médico que realizará el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual ha sido informado, he comprendido y aceptado. _____

En mi calidad de tenedor o responsable del presente, Autorizo al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizarle intervención quirúrgica bajo las condiciones antes brevemente enunciadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía, después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia e impericia en la manipulación con mi animal de compañía. Eximiendo a la Alcaldía Local de Suba, Impecos y al equipo Médico Veterinario prestador de servicio de cualquier tipo de daño que pueda surtir.

Firma del Responsable/Tenedor:	No de Identificación:
[illegible]	1014210515

Yo, _____ identificado con CC. No. _____ Siguiendo mi normal uso de mis facultades mentales, me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización) de mi animal de compañía.
RAZÓN:

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

8. CITA DE RETORNO DE PUNTOS

LUGAR: Salón Comunal Gaitana	FECHA: 21-04-25	HORA: 10:00 AM

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.014.210.815

APELLIDOS
REYES

NOMBRES
DIANA YHIZET





FECHA DE NACIMIENTO 07-MAY-1990
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 m O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

20-MAY-2008 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

enel | Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 830.063.907-6
Calle 93 No. 13 – 45 Piso 1

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagar y consultar tu número de cliente es:

2338279-4

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No 3450541661

CLIENTE

URBE CAPITAL SA
CL 137 NO 126 B 01 MZ 38 CA 71
RESERVA DE PRIMERA UTPDF
BOGOTA D.C. - TOSCANA

07 700 7405 / 074-852875

EL PRÉSTAMO DE LA CIUDAD

¡LLEGÓ A TU CASA!

TU **PRÉSTAMO** DE HASTA

$12.000.000

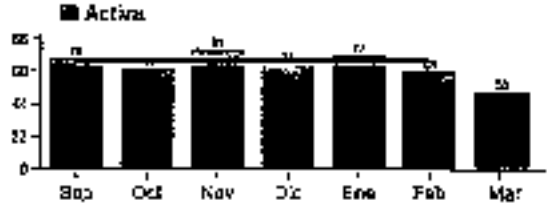
Recibe el dinero en la cuenta de preferencia.
¡Acércate ya a uno de nuestros puntos Crédito Fácil CODENSA!

Encuéntralos usando el celular

*La aprobación y el monto del crédito están sujetos al perfil del solicitante. Conoce más en www.creditofacilcodensa.com

Crédito Fácil Codensa es una marca propiedad de The Bank of Nova Scotia y Tarjetas Cencosud Colombia S.A. Crédito Fácil Codensa es comercializado por Enel Colombia S.A. E.S.P. y Tarjetas Cencosud Colombia S.A. y otorgado por Tarjetas Cencosud Colombia S.A. Conoce más en www.creditofacilcodensa.com

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR KWh APLICADO: 644,71

CONSUMO CRITICO: 1,80 kWh

VALOR FACTURA: 6883

PERIODO FACTURADO: de Febrero A la Marzo

DIAS FACTURADOS: 28

CONSUMO MES: 53 kWh

Historial Histórico: ULTIMOS 6 MESES

¡Entérate más a fondo acerca a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía en nuestro Portal de Autoservicio!

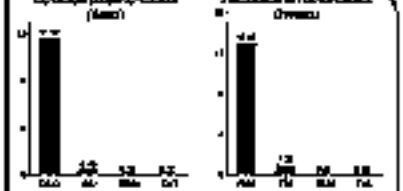
INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA KW:	3
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	5000707703740S
RUTA LECTURA:	5707705282S
MANZANA DE FACTURA:	M5000999533
MEDIDOR No:	074-852875
MEDIDOR No:	074-852875

USO RACIONAL DE LA ENERGÍA

Es importante que apagues por completo todos los dispositivos que no vas a usar, ahí no se pueden aplicar las recomendaciones configuradas en modo ahorro de energía.

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Tienda Virtual
Chat en línea
Línea de Atención al Cliente: 316 850 4000 Bogotá y resto País
Redes Sociales
Registro en la página Web
App Enel Colombia Colombia

ATENCIÓN PRESENCIAL AL CLIENTE	AGENDAMIENTO	CONTACTOS
Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 6 115 115	115 Opción 1	Línea de atención:

PETICIONES DEL CLIENTE

https://www.enel.com.co/es/personas/soluciones-clientes.html
Síguenos en @enelco

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

APP Bancolombia, Internet, Tarjeta Débito, Botón Bancolombia, Débito Automático, Cheque Electrónico, APP Enel Colombia Colombia, Botón de Pago Davivienda, Botón de Pago Banco de Bogotá

Billetera Virtual

Daviplata, Nequi, Efecty

Corresponsales Bancarios

Red Efectivo, Red Multicolor, Red Servibanca, Punto Red, Punto Efecty, Punto Gana, Punto Su Red

Red Distrital

Red Codensa

Canales de Servicio

enel

Almacenes de Cadena

Éxito

Código QR

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S. E.S.P.	DV 4 No. 514-75
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P.	Avenida Boyacá # 6 B - 20
ATESA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 129 # 54-38A 51 Local 125-164

Línea de servicio al cliente 110

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo

FECHA GENERACIÓN: 08/03/2026 01:41:56
FECHA EXPEDICIÓN: 08/03/2026 18:08:17

CamScanner

No. Cuenta 2338279-4 168277 7.870 - Página 2 de 4

1 Total Energía	+	2 Portafolio Enel X	+	3 Total Aseo	=	Total a Pagar	PAGO OPORTUNO	FECHA DE SUSPENSIÓN
$24.740		$25.400		$23.240		$73.380	18 MAR /2025	20 MAR/2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 2338279-4 | PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 03 ABR /2025

Tipo de Lectura: Real — Situación encontrada: Normal

CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Diferencia de lectura	×	Factor	=	Energía Consumida kWh	Energía Facturada kWh	×	Valor Unitario	=	Valor Facturado
CARGO DE ENERGÍA	37761		37761		83		1		83	83		$643,01		$44.719
ENERGÍA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$643,01		$0
SUBSIDIO	Consumo básico 130 kWh X				Valor $643,01 X		K		Descuento -44,86 %					-$19.979
ESTE MES LA EMPRESA HUBO DESPLAZAMIENTO, no cobró ningún cargo												SUBTOTAL:		$24.740

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena $-1
SUBTOTAL $-1

Consumo + Otros cobros asociados a energía (1) TOTAL ENERGÍA: $24.740

Otros cobros de productos y servicios

COBRO SEGUROS $25.400

enel x

Te invitamos a conocer el detalle de los productos y servicios a cargo de la APP, la Sucursal Centro en la página web www.enel.com.co/ o la VIRTUAL desde www.APP.ENEL.COM.CO en la sección Personas.

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y aseo (2) TOTAL OTROS: $25.400

¡ Con un pago a fecha de PAGO OPORTUNO debe NO debido atrasado de Abril y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los montos publicados en el página web futura, a consumo consumo de reconexión es cuota de $48.000

Informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones Crédito Fácil COOPEKA en la fecha de PAGO OPORTUNO, esta incluirá en mora, sus historiales serán reportados a las Bases de Información Financiera y podrá generar cobranza a la mora actual. 15 días y se vuelve gestión de cobro

ESTRATO CLIENTE: El consumo de subsidio para el consumo de subsistencia (C = 130 kWh) está en el 44,86 %

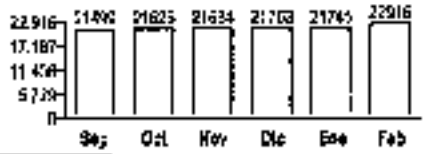
ASEO

ÁREA LIMPIA | PRESTADOR: AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL SAB ESP | 45F No 5 | NIT: 901146434-9

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

CUENTA CONTRATO	11332860	
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No.	345054156-1	28
PERIODO DE FACTURACIÓN	01.02.2025 a 28.02.2025	

HISTÓRICO DE FACTURACIÓN



ESTADO DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$38.726
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-15.484
ASEO - AJUSTE A LA DECENA ANEO	$-1
MESES MORA	0
(3) TOTAL ASEO:	$23.240
APORTE NO RESIDENCIAL	0%
APORTE RESIDENCIAL	0%
SUBSIDIO	-40%

DATOS DEL USUARIO

TIPO PRODUCTO: Residencial

VOLUMEN	ESTRATO: 2
PERIODO	FREC. FACTURACIÓN: 2
S. PARTICIPACIÓN: 0 %	FREC. BARRIDO: 2

USUARIOS	Ocupados	Desocupados
Residenciales	1	0
No residenciales	0	0

COSTOS PARA BARRIDO

COSTO FIJO TOTAL:	COSTO VARIABLE (TONELADAS APROVECHABLES)	VALOR BASE APROVECHABLE:
$20.064,07	$10.200,44	$152.830,80

TONELADAS POR SUSCRIPTOR

BARRIDO:	0,00293899
LIMPIEZA URBANA:	0.00105817
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO:	0.00033023
EFECTIVAMENTE APROVECHADAS:	0.00130604
RESIDUOS NO APROVECHABLES:	0.45
APORTE NO APROVECHABLE	0.00

MENSAJES DE INTERÉS

NÚMERO DE CUENTA
2338279-4

Documento Equivalente Electrónico No 345054156-1

PAGO OPORTUNO
18 MAR /2025

TOTAL A PAGAR
$73.380

CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ
SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN VETERINARIA
CLÍNICA MÓVIL ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA

BOGOTÁ

HISTORIA CLÍNICA
HC: 9994-0

MÓDULO:

FECHA: 3 Abril 25

CÓDIGO

LUGAR DE LA JORNADA:

TIPO DE TENEDOR: DIC__ REC__ CES__ ASEPAL__ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Tara.

COLOR: Gris.

ESPECIE: CANINO X FELINO__ SEXO: HEMBRA X MACHO__ RAZA: mestizo EDAD: 6 años PESO: 6kg. RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X

DURANTE LA VACUNACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI NO X
AGRESIVIDAD__ MIEDO__ ANSIEDAD__
OTRO:

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI__ NO X

REPORTE SUPERVISIÓN: NS/NR__
CASERO__ CONCENTRADO__ MIXTO X
CUAL:

ORIGEN: NS/NR__ RESCATADO__ CALLEJERO X CRIADERO__ HOGAR__ RÉGIMEN__ PERRO DE CUIDO__ OTRO__

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Bellanire Barragan Rodriguez
DIRECCIÓN: DG 134A Bis 127A 30 TNS AP402
TELEFONO: 3214108667
CÉDULA: 39522583
EDAD: 35 A
NACIONALIDAD: Colombiana
CORREO ELECTRÓNICO: 3214108667@simorreo.com
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria.
TIPO DE VIVIENDA: PROPIA__ ARRENDO X FAMILIAR__
TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI__ NO X ¿CUÁL?
BARRIO: Sabana de
ESTRATO: 2
LOCALIDAD: SUBA
UPZ: 71

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

APTO PARA CIRUGÍA: SI X NO

FUR: Enero/25
USO DESPARASITACIÓN: no Reporta.
USO VACUNACIÓN: NS/NR X CUÁLES: PARVO
REPRESENTANTE:
TIPO DE: PERICARDIAL/PLEURAL Y PERITONEAL
FECHA:
ESTADOS TRIPTURALES:
USO CEMAR:

4. EXAMEN CLÍNICO

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

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

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PRE-ELIMINARES

F. CARDIACA: 117 x/m
F. RESPIRATORIA: 33 r/m
TEMPERATURA: 38,4 °c
TLLC: 1 seg
MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

BASE DE PREMEDICACIÓN	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREMEDICACIÓN	XILACINA	0,33 mL	1 mg/Kg IM
	BUTAFANOL	0,6 mL	2 mg/Kg IV ☐ 10 mg/Kg IM ☐
	MIDAZOLAM	1,2 mL	0,1 mg/Kg IV
INDUCCIÓN/MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	2,1 mL	1 mg/Kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G.B.	0,42 mL	17.000 UI/Kg IM
	MELOXICAM	0,06 mL	0,2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Dueño y/o Acudiente/Apoyo), autorizo el procedimiento descrito en el presente formato, habiendo sido informado(a) de manera clara y precisa sobre el procedimiento a realizar, los riesgos inherentes a la anestesia y cirugía, así como los cuidados que debo tener con mi mascota durante el periodo de recuperación. ACEPTACIÓN X
RECHAZO__, para la realización del procedimiento descrito en el presente formato.

NOMBRE(S) DEL(LOS) MVZ CIRUJANO:
TARJETA PROFESIONAL:

Andres Quiroga
Médico Veterinario
TP. 34839

FIRMA:

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO:
TARJETA PROFESIONAL:

Yennifer Gutiérrez Nomesqua
Médico Veterinario - Zootecnista
TP. 39366

FIRMA:

	[illegible]	[illegible]

7. 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 Quirúrgico/Ovariosalpingohisterectomía/Orquiectomía al cual será sometido mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que existen riesgos durante la cirugía como: paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anestésicas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que se me brindó de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implementación del microchip y se aclaró los riesgos que pueden presentarse. Se resalta énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación y es manifiesto como inflamación en el punto de punción, además de pérdida intermitente o fallas por el uso prolongado de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irritan 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 realización de premedes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales No los cubre el programa) Adicionalmente se me ha explicado y entendido, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, pues asumo en su totalidad la responsabilidad de la negligencia y sin derecho a reclamación alguna; exonerando de toda responsabilidad administrativa y al equipo médico que realizó el procedimiento. También entiendo que durante el transcurso de la cirugía, se encontró una patología no vista, la cual ha sido informada, he comprendido doy autorizado.

En constancia, he dado una información clara 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 fielmente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Quien 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, eximiendo a la Alcaldía Local de Suba, Implementador y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Bellanira	39522583 Bogotá

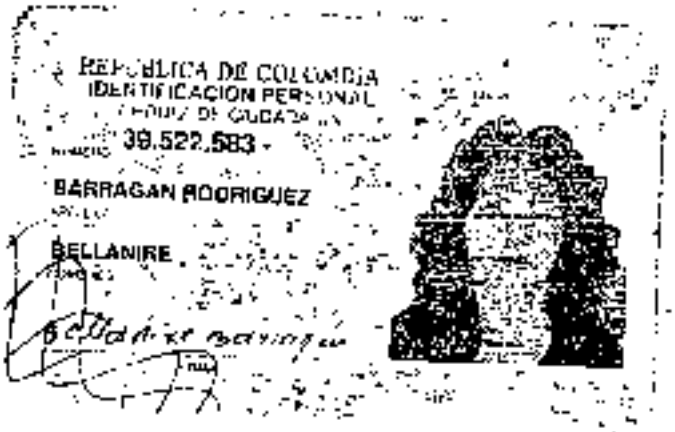
Yo, _____ _____ Identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía.
RAZÓN:

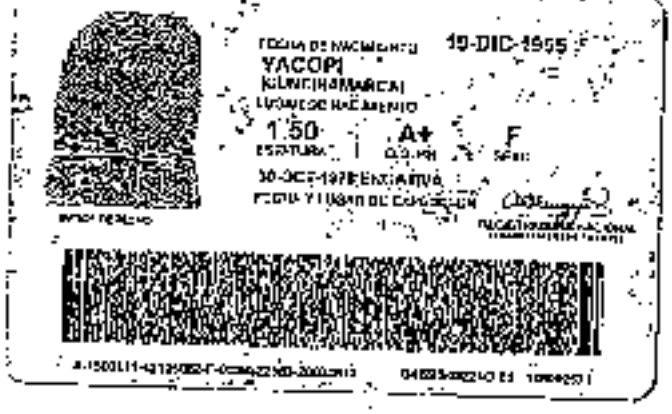
Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación:	

EL CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Salón Comunal Gaitana	FECHA: 21-04-25	HORA: 10 am

OBSERVACIONES:


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
39.522.583
BARRAGAN RODRIGUEZ
BELLANIRE


19-DIC-1955
YACOPI
(CUNDINAMARCA)
1.50
A+
F
30-DIC-1972

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Nombre Gerente Garcia
Representante Legal

Para el reparto ZONA:1 CICLO: R1 RUTA:1911281 BIMESTRAL

11261473	16538910213
Cuenta contrato Núm. de identificación de este predio	**Número para pagos** Número de esta factura de servicios públicos

Descarga y descifra el documento electrónico tuplanilla

Período facturado	ENE/01/2025	MAR/31/2025

Pago oportuno	ABR/04/2025	Suspensión	ABR/09/2025

Fecha aproximada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
MAY/20/2025	MAR/16/2026 04:50:44	MAR/09/2025 10:09:21

¡Hola!

Factura a nombre de

COMEST LTDA COMEST LTDA

Dirección del predio

DG 190A BIS 127A 30 IN 5 AP 402 ,

Barrio SABANA DE Localidad SUBA

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambió
Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.

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

Líneas gratuitas 116 Acueducto

Entra a www.acueducto.com.co para conocer los derechos de usuarios y obtén información sobre los puntos de atención, especialmente la factura y encontrarás mucho más a través de internet.

cadena

HISTORIA CLÍNICA

HISTORIA CLÍNICA: FC-995 E 2

FECHA: 3-04-25

CÓDIGO: EST-4

LUGAR DE LA JORNADA:

TIPO DE TENENCIA: DIC ___ ACC ___ CAS ___ RESCATE ___ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Raven

COLOR: Blanco Negro

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Mestizo EDAD: 5 meses PESO: 5 Kg RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___
OTRO: ___

EVIDENCIA DE ABANDONO MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: MIXTA ___ CONCENTRADO X HOGAR ___ OTRO ___

CUIDADOR: MISMA ___ APODERADO ___ COMPRADO ___ NACIDO ___ ARRIMADO X PERRO RECOGIDA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Monica Yuliet Tellez Sanabria

DIRECCIÓN: KR 100 No 137A 34 P: 3

TELÉFONO: 3157589220

CÉDULA: 1099342379

EDAD: X

NACIONALIDAD: Colombiana

CORREO ELECTRÓNICO: Mtellez96488@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Tecnologo

PROCEDENCIA: PROPIA ___ ARRIENDO X FAMILIAR ___

¿ES ALGUNA DE ESAS PACIENTE?: SI ___ NO X (CUAL?)

BARRIO: Villa Mana

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

APTO PARA CIRUGÍA: SI X NO ___

ULT. CELO: Enero 25

ULT. DESPARASITACIÓN: N.R

U.S. VACUNACIONES HOMÓLOGAS: CANINOS: PARVO: ___ MOQUILLO: ___ RABIA: ___ TRIPLE: ___ FELINOS: PANLEUCOPENIA Y EUROLEUCEMIA: ___ RABIA: Sep 24

4. EXAMEN CLÍNICO

VALORACIÓN DE ESTADO ANESTÉSICO: SI ___ NO X

SISTEMAS ORGÁNICOS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN: I II III IV V VI E

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES (Solo si aplica para Hospitalización)

F. CARDIACA: 119 lpm

F. RESPIRATORIA: 35 rpm

TEMPERATURA: 38.7 °C

TLLC: 1 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.275 ml	1 mg/Kg IM
	KETAMINA	0.5 ml	5 mg/Kg IV X 10 mg/Kg IM ___
	MIDAZOLAM	1 ml	0.1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1.35 ml	2 mg/Kg IV
POST QUIRÚRGICO	BENZATÍNICA LA	0.35 ml	17.000 UI/Kg IM
	MELOXICAM	0.05 ml	0.2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cirujano/a Anestesiólogo), nuestro entendimiento con el propietario de haber intentado sin imponerle a tenedor. Información completa sobre el riesgo anestésico quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la (cirugía/procedimiento) a realizar, derivados de la (castración/esterilización, cesárea, etc.) que ha sido sometido el paciente. Para constancia firmamos. ACEPTACIÓN X

RECHAZO ___, para la realización del procedimiento como de mi entera responsabilidad.

NOMBRE(S) Y APELLIDOS VETERINARIO: Andres Quiroga

TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario TP. 34839

FIRMA:

NOMBRE DEL AUXILIAR VETERINARIO:

TARJETA PROFESIONAL:

Yennifer Gutiérrez Hernández
Médico Veterinario - Zootecnista
TP. 33068

FIRMA:

	HISTORIA CLÍNICA Unidad de Cuidados Caninos y Felinos CÓDIGO DE CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN [illegible]	VERSIÓN 01 SUBA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

Expreso y comunico de mis facultades mentales, manifestando que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será sometido mi animal de compañía. Declaro que el cirujano tratante indicó, además de los posibles beneficios, algunos riesgos durante la cirugía como son: pocos implantes 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 sus adversos riesgos que se pueden presentar. Se me explicó además que durante la implantación del mismo 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 mismo por el uso posterior de lesiones, laberintos, letargo, aplicación de antibióticos, hematomas y otras sustancias que limiten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

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

Adicionalmente ACEPTO _X_ o RECHAZO _____ la declinación realizada de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entendido, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por lo cual asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y no derecho a contravención alguna, exonerando de toda responsabilidad a Veterinarios y al equipo médico que realice el procedimiento. 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 adecuada 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 contenida 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 asistencia 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 el animal de compañía, eximiendo a la Alcaldía Local de Suba, implicados y el equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier lesión o daño que pueda sufrir.

Nombre del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
	1109134379

Yo, _____ identificado con CC No _____ En pleno y consciente de mis facultades mentales, me ABSTRAIGO de autorizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía/esterilización y castración/ de mi animal de compañía RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor:	Fecha:
Nro. Identificación:	

III. CUADERNILLO DE PUNTOS

LUGAR: Salón Comunal Gaitana	FECHA: 21-04-25	HORA: 10 a.m

OBSERVACIONES:

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.099 342.379

TELLEZ SANABRIA



CO. 1.55 F

01 JUL 1988 A+

JESUS MARIA (SANTANDER)

06 NOV 2006 JESUS MARIA

24 NOV 2033



I<COL0352756224271 12<<<<<<<<<<<
A8106035F3311248COL1099342379<0
TELLEZ<SANABRIA<<MONICA<YULIET

Bogotá

4844940-4

AURA ROSA RISCANEVO CICATA



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

HC-998-E-0

9D0255001726105

FECHA: 3 Abril 25

Ramona

Dorado

Cocker Spaniel

1 AÑO

9,8 kg

Nicolas David Sanchez Lopez

CL 143B 149A 22 Pi 3

3204589086

1233902504

Colombiana

nicolas9sanchez@gmail.com

Profesional

Tibabuyes

2

71

Buen estado de salud

NOV/24

NO reporta

Feb/25

Ninguno

Ninguno

3 J5

118

34

38,2

1

Rosadas

Ninguna

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,579 mL	1 mg/kg IM
	BETAMONA	0,98 mL	5 mg/kg IV ☒ 10 mg/kg IM ☐
	MIDAZOLAM	1,96 mL	0,3 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	3,43 mL	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G.S.A.	0,686 mL	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,098 mL	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Dueño y/o Acudiente/Tutor), autorizo y/o ordeno que se practique(n) todos los procedimientos médicos necesarios, incluyendo anestesia general, que el Médico Veterinario considere pertinentes para el bienestar de mi mascota. Declaro que he sido informado(a) sobre los riesgos relacionados con la cirugía, la anestesia y el procedimiento a realizar, y que he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Entiendo que no existe una garantía absoluta en ningún procedimiento quirúrgico. ACEPTACIÓN X RECHAZO ___, para la realización del procedimiento mencionado anteriormente.

NOMBRE Y CARGO / NO. CIRCULANTE: Andres Quiroga
TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario TP. 34839

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO: Yennifer Gutierrez Hernesque
TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358

FIRMA

	[illegible] CONVENIO INTERADMINISTRATIVO Gestión y Control [illegible]	BOGOTÁ SUMA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y consciente de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el centro veterinario comercial de compañía. Declaro que al autorizar la realización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como: paro respiratorio o cardiaco, hemorragias, reacciones anestésicas, complicaciones metabólicas 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 sus adicionales riesgos que se pueden presentar. Se realizará dentro de la cirugía para protegerlo y prevenir cualquier reacción adversa que se pueda evidenciar en la zona de implantación, que mantenga como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área como el desprendimiento de lesiones, pústulas, tejido, aplicación de antipulgas, baños secos o cremas vendajes que limite y contengan 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 oferta [realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa)] Adicionalmente se me han explicado verdadero, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y/o cualquier contravención a la ley, eximiendo de toda responsabilidad a Impecosas y al equipo médico que realiza el procedimiento. 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 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 bravemente 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 pagos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación como animal de compañía, eximiendo a la Alcaldía Local de Suba, Impecosas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	No de Identificación: 1263902504

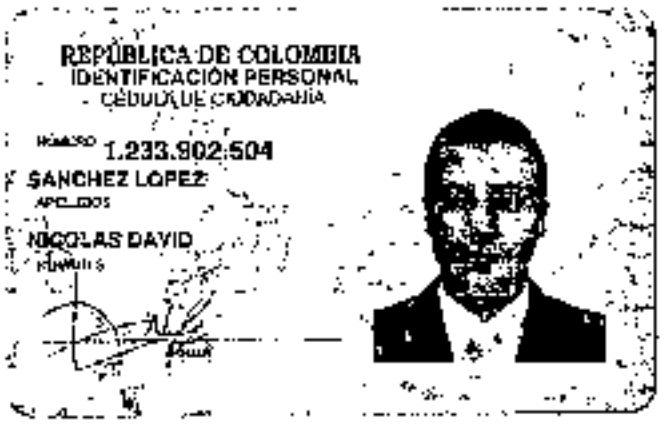
Yo _____ identificado con C.C. No _____ En pleno y normales uso de mis facultades mentales, me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (retiro testículos) de mi animal de compañía.
RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Num Identificación:	

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Salón Comunal Gaitana	FECHA: 21-04-25	HORA: 10 am

OBSERVACIONES:



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.233.902.504

SANCHEZ LOPEZ
APELLIDOS

NICOLAS DAVID
NOMBRES



07-NOV-1998

FECHA DE NACIMIENTO

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 | O+ | M
ESTATURA | G.S. (RH) | SEXO

08-NOV-2016 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN



acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Representante Legal

Para el reparto ZONA:1 CICLO: 01 RUTA:H11H1B BIMESTRAL

11943475 **Cuenta contrato** Núm. de identificación de este predio	44056582511 **Número para pagos** Número de esta factura de servicios públicos

Acceda a descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola! $32.000=

Factura a nombre de

MANUEL ANTONIO SANCHEZ LOZANO

Dirección del predio

CL 140B 149A 22 PI 3

Barrio TIBABUYES Localidad SUBA

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Periodo facturado	ENE/01/2025	MAR/01/2025
Pago oportuno	ABR/04/2025	Suspensión ABR/09/2025

Fecha expedición última factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
MAY/19/2025	MAR/19/2025 04:53:24	MAR/19/2025 10:52:35

¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar, y por eso la factura cambió.
Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.

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

Llámanos 116 Acueducto

Entra a www.acueducto.com.co/tuticket en Servicios al Ciudadano y solicita la corrección de los puntos de atención, copia de factura y realiza tu pago a través de internet.

Cadena

14350 28101 12595

Tu consumo en este período

En los períodos anteriores tu promedio de consumo fue 24



En este período consumiste menos agua que en el anterior

Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro.

En este período

23.000

Promedio al día

383

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura actual (este período)
Lectura anterior 1836
Tu consumo en este período 23

Facturado con Consumo Normal
Tarifa: Residencial
Descargue fuente anterior 0

Datos de tu medidor

Marca WATERTECH ITALIA
Serie 11-1804478

Tipo VELOCIDAD
Diámetro pulgadas ½

Para reducir tu consumo recuerda:

- Ducharte en 3 minutos para reducir tu consumo
- Tener siempre un balde en la ducha para reusar el agua recogida
- Cerrar la llave mientras enjabonar los platos y

Tu cobro en este período

Acueducto	+	Alcantarillado	+	Otros cobros		Escanea y paga virtual
$61.005,04		$58.656,00		$25.337		

Consulta el detalle de cada concepto en la siguiente página

Total cargos del período
Valor en mora de $ 0 ESP no aplica la ONAT para el corte activo

= **Total a pagar** $94.323

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

Detalle de tu consumo este bimestre

1 Acueducto

Cargo	Valor unitario	Subsidio/Contribución %	Subsidio/Contribución Valor	Tarifa***	Total
Cargo fijo residencial (mes)	2.84	48.9879	-48	97.97	Mínimo	Mínimo	97.97
Consumo residencial básico (m³)	2.69	3.231.937	-48	8.616,41	16.233,41	16.233,41	8.616,41
Consumo residencial suplementario (m³)	1.48	1.614.812	-48	4.740,21	8.929,00	8.929,00	4.740,21
Cargo fijo comercial (mes)							
Consumo no residencial (m³)							
Subtotal				59.164,-			59.164,-

2 Alcantarillado

Cant.	Tarifa unitaria	Subsidio/Contribución %	Subsidio/Contribución Valor	Tarifa***	Total
2.69	21.779,85	-48	28.161,-	30.657,27	30.657,27
2.69	10.890,93	-48	14.080,81	15.328,64	15.328,64
1.48	10.890,93	-48	7.744,-	8.433,28	8.433,28
				54.419,19	54.419,19

Tasa de subsidios
Aplica únicamente a usos residenciales en el consumo básico y suplementario. Para más información consulta la página 2

	Tasa uso (subsidio)	Tasa Solidaridad Nacional Global
Tarifa consumo básico ($/m³)	47,13	50,18
Tarifa consumo suplementario básico ($/m³)	88,38	94,10
Total pto diferencial (bimestral)	43,94	47,00

Información importante
Si tienes una queja o reclamo, puedes presentarlo ante la Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá D.C. ESP, a través de los canales de atención al usuario. Si no estás de acuerdo con la respuesta, puedes acudir a la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
Subtotal	$0

4 Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	$0

5 Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

6 Deudas en estudio

Concepto	Valor
	$0
	$0
	$0
Subtotal	$0

7 Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	$0

Puedes pagar tu factura en:

Para quienes aún no tienen una cuenta en el computador, los invitamos a crear una cuenta en el portal

Red CADE: Cancela tu factura en los puntos más cercanos a ti

La CADE está ubicada en las siguientes localidades: Suba, Kennedy, Chapinero, Caja Social, Fontibón, Av. El Dorado, Usaquén y Tunjuelito

- Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$94.323

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO DE...

(415)7709...(8020)...(3900)...

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS - TU OPINIÓN CUENTA

HISTORIA CLÍNICA: LC-999 E-D

FECHA: 3-04-25

CUIDADO: EST-2

LUGAR DE LA JORNADA:

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Balka

COLOR: Negro

ESPECIE: CANINO X FELINO __ SEXO: HEMBRA X MACHO __ RAZA: Mestizo EDAD: 1año PESO: 7,6Kg BAJA DE MANSEDUMBRE: SI __ NO X

¿CUÁNDO LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIONES COMPORTAMENTO: SI __ NO X

AGRESIVIDAD __ MIEDO __ ANSIEDAD __ OTRO: __

CONDICIÓN DE APARENTE MALTRATO: SI __ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: BALANCEADO __ CASERO __ CONCENTRADO X MIXTO __ OTRO __

ORIGEN: INGRESO __ RESCATADO __ COMPRADO __ ADOPTADO __ REGALADO X PERRO DE CALLE __ OTRO __

2. DATOS DEL TENEDOR RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria Elizabeth Cante

DIRECCIÓN: CL 138D No. 155 19

TELÉFONO: 3202379630

CÉDULA: 51591266

NUM: N° X

NACIONALIDAD: Colombiana

CORREO ELECTRÓNICO: 3202379630@yahoo.com

ADP DE PROCEDENCIA: Primaria

PROPIO X ARRENDADO __ PRESTADO __

TIENE ALGÚN DESACUERDO: SI __ NO X CUÁL?

BARRIO: Santa Rita de Suba

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: Suba

CPE: 71

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ANTIPARA CANINA: SI X CUÁL

U.U.T. CLÍNICA: Enero 25

U.U.T. DESPARASITACIÓN: N.R

U.U.T. VACUNACIÓN: RABIA: X CUÁNDO APLICÓ: PREVALENTE: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: / PREVIO: ESPECIFICAR: / TRIPLE FELINA: / TRIVALENTE: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / RABIA /

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI __ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: I II III IV V VI E

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS Y PARÁMETROS CLÍNICOS

F. CARDIACA: 112 x/m

F. RESPIRATORIA: 34 r/m

TEMPERATURA: 38,7 °C

TLC: 1 Hs

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICAMENTO	VOLUMEN	DOSIS/OBSERVACIONES
PREMEDICACIÓN	XILACINA	0.418 mL	2 mg/Kg IM
	KETAMINA	0.76 mL	5 mg/Kg IV [X] 10 mg/Kg IM [ ]
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	MIDAZOLAM	1.52 mL	0,1 mg/Kg IV
	PROPOFOL	2.66 mL	2 mg/Kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G S.A.	0.532 mL	27.000 UI/Kg IM
	MELOXICAM	0.076 mL	0,2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de [illegible] he leído y he entendido el contenido de este formato de consentimiento informado, estoy de acuerdo con el procedimiento quirúrgico y demás procedimientos relacionados con la Esterilización propuesta por la Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C. Secretaría Distrital de Ambiente y autorizo el: ACEPTACIÓN X

NO ACEPTO __ para la realización del procedimiento por el veterinario en pre-quirúrgico

NOMBRE(S) Y APELLIDOS DEL MÉDICO VETERINARIO: Andres Quiroga

TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario TP. 24835

FIRMA:

NOMBRE DEL ANESTESIÓLOGO: Yennifer Gutiérrez Nomesque

TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33368

HUELLA:

	HISTORIA CLÍNICA	

V. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, con fin de que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al someter la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son: paro respiratorio o cardiaco, hemorragias, estructuras apatológicas, complicaciones metabólicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido: fue claro y oportuno la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y sus ventajas los riesgos que se pueden presentar. Se realiza dirigido 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, mas no compromete de lesiones, lesiones, lesión, aplicación de emplazamiento, todos estos podrían suceder que tuviera y continuen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al medico 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 doy CONSENTIMIENTO y ACEPTO, X__ o RECHAZO _____ la declinación realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el [Programa] Adicionalmente declaro haber analizado y entendido, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y de derecho a contraer ninguna reclamación alguna, exonerando de toda responsabilidad al empresario y al equipo médico que realice el procedimiento. También entiendo que existen circunstancias 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 respuestas son libres, precisas y he leído y comprendido la información suministrada 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 rigurosamente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y cuidados que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como responsable del cuidado de mi animal de compañía, desisto de la intervención a todos los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, impresos por el equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda ocurrir.

Firma del responsable/Tenedor: Maria Elizabeth Conde	Huella (opcional): Si [illegible]

Yo, _____ identificado con C.C. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización) de mi animal de compañía RAZÓN:

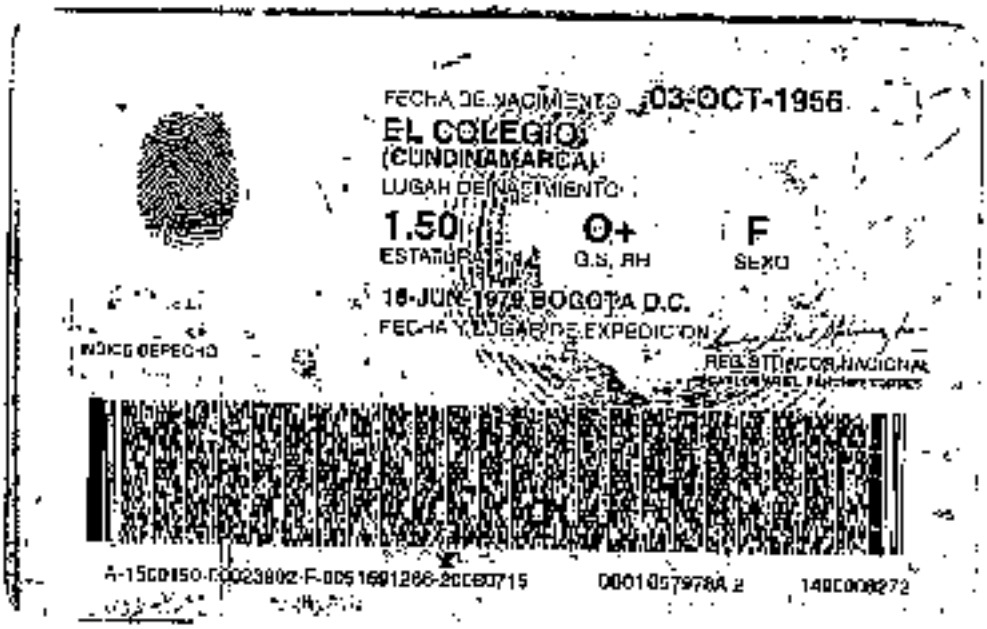
Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación:	

B. CITA DE RETIRO DE PUNCIÓN

LUGAR: Salon Comunal Guaimaro	FECHA: 21-04-25	HORA: 10 am

OBSERVACIONES:


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 51 590 266
APELLIDOS
MARIA ELIZABETH
REPUBLICA


FECHA DE NACIMIENTO 03-OCT-1956
EL COLEGIO
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.50
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
16-JUN-1979 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
A-1500150-00023802-F-0051691266-20080715
0001057978A 2
1480008272

luisa
3204915950

gato

wendito
3173472124
collegio mamá
de maría
Joah

3222167526

enel | Bogotá

1650948-8

MARÍA CANTE

¿Entiende tu factura de energía?



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

PUNTOS DE ATENCIÓN AL CLIENTE

mes de febrero 2013
factura

HISTORIA CLÍNICA: HC-359-E-D

SOLICITUD Nº: 900266001725959

FECHA: 3-04-25

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Paloma

COLOR: Blanco Negro

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___

RAZA: Pinscher EDAD: 1año PESO: 3,914g

PARA DIAGNÓSTICO ESPECIAL: SI ___ NO X

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

AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___ OTRO ___

EVIDENCIA DE ANTECEDENTE MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: CASERA ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___

ORIGEN: HOGAR ___ REFUGIO ___ COMPRADO ___ ENCONTRADO ___ OBSEQUIADO ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jose Orlando Sierra Acosta

DIRECCIÓN: Cl 128 Bis 123 B 35

TELÉFONO: 3212741620

CÉDULA: 19305534

NACIONALIDAD: Colombiano

CORREO ELECTRÓNICO: Joseorlandosierra2020@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA X ARRIENDO ___ FAMILIAR ___

TIENE ALGÚN DIAGNÓSTICO: SI ___ NO X ¿CUÁL?

BARRIO: Tibabuyes

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71

3. OBSERVACIONES

Buen estado de Salud

APTO PARA CIRUGÍA: X SI ___ NO ___

UCG: CELO	RIT. DESPARASITACIÓN	LIT. VACUNACIÓN: VIGENTE X CANINOS PARVO: HEXAVALENTE:	TRIPLE FELINA:	TRIPLE FELINA:	PERICARDIO: PARVOINFLUENZA Y BORDETELLA:
Enero 25	N.R		RECIENTE	RABIA	

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CALIFICACIÓN DE LA MUCOSA: (1) B. U. BL. V. M. P.

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PRELIMINARES

F. CARDIACA	lpm	F. RESPIRATORIA	r/m	TEMPERATURA	°C	TLC	seg	MUCOSAS
114		31		38,4		1		Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.2145 ml	1 mg/kg IM
	BETAMIDA	0.39 ml	5 mg/kg IV X 10 mg/kg IM ___
	MIDAZOLAM	0.78 ml	0,1 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1.365 ml	1 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G.B.	0.273 ml	27.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.039 ml	0,1 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Propietario/Tenedor Responsable), acepto este documento como constancia de haber sido dado a responsable tenedor. Información completa sobre el procedimiento de cirugía y anestesia. Los riesgos de acuerdo con la Especialidad Veterinaria, Cirugía, Anestesia, Cuidados Intensivos, Cuidados Paliativos de Cáncer y Voluntariado. ACEPTACIÓN X

RECHAZO ___ porque no estoy de acuerdo con el procedimiento

NOMBRE(S) Y APELLIDOS MV CIRUGIANO: Andres Quiroga

FIRMA

TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario TP. 34839

NOMBRE DEL MV ANESTESIOLOGO: Jennifer Gutiérrez Nathesque

FIRMA

TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33958

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CÓDIGO: [illegible]

VERSIÓN: [illegible]

FECHA: [illegible]

PÁGINA 1 DE 1

SEDE

7. 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 Ovariohisterectomía/Orquiectomía y el cual será realizado en el animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, notificado que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, retracciones anafilácticas, complicaciones anestésicas o infecciones. [illegible]

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se acepta los riesgos que se puedan presentar. Se realiza la aplicación que durante la implantación del microchip puede generar algunas reacciones adversas tales como presentar alergias en la zona de implantación, por manifestar como inflamación en alguna de ellas, además de posible infección en el sitio por el uso propio de fábricas, jabones, talcos, aplicación de ungüentos, baños sucios y otras sustancias que lleven y contaminen la zona, dentro de los días posteriores a la implantación.

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

Además soy consciente y ACEPTO _X_ o RECHAZO _____ la declaración realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entendido, todos los riesgos que asumo plenamente en el primero mismo, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna, eximiendo de toda responsabilidad a médicos y/o al cual prometen que realizar el procedimiento. Y también entiendo que existen situaciones no previstas, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En consecuencia, 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 perro, 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 omisión en la manipulación con mi animal de compañía, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, impuesto por el médico Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor	Nro de Identificación
	1133055734

Yo, _____ identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me RECHAZO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía/ Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía, HACHO

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Dirección:	

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Salon Comunal Gaitana FECHA: 21-04-25 HORA: 10 am

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **19.305.534**

SIERRA ACOSTA

APELLIDOS

JOSE ORLANDO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **31-DIC-1956**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

27-DIC-1976 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1500150-00000342-M 0019305534-20080429 0000179170A 1 0010005325

Factura de venta

Marzo 2025

Cuenta o referencia de pago 61666631

NIT 899.007.813-0
Vanti S.A. ESP
www.grupovanti.com

vanti
Más fuerza de adoptar

Fechas importantes

1 — Pago oportuno: 11 Abr. 2025

2 — Fecha de suspensión: 12 Abr. 2025

3 — Periodo facturado: Feb. - Mar. 2025

4 — Emisión de la factura: 27 Mar. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (U)	Valor unitario ($)	IVA (%)	Subtotal Cantidad*C
CONS SIN SUBSIDIO	16M3	2.825,97	0,00	50.858,38
CONS CON SUBSIDIO	26M3	3.190,11	0,00	82.942,89
MENOS SUBSIDIO 70%N	1UN	28.723,22	0,00	-28.123,82
AJUSTE DECENA	1UN	-4,36	0,00	-4,36
RECAUDO TERCEROS Compartamos Prestamos	0	12.195,00	0,00	12.195,00
RECAUDO TERCEROS Seguro Vida Deuda	0	7.590,00	0,00	7.590,00
INTERESES FINANCIAMIENTO - NO GRA	1UN	57.252,82	0,00	57.252,82
Intereses Moratorios Base Riesgo	1UN	51,12	0,00	51,12
Intereses Moratorios Base Riesgo	1UN	62,69	0,00	62,69
Vanti Max	1UN	14.934,97	2.565,83	14.380,09

1.- Total $179.971,88

Tus financiaciones >

Tasa de interés/Concepto	Cuota N°	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A
1,87 % V-Tecnologia Vanti	4/24	57.381,34	37.779,00	57.381,34
1,87 % V-Tecnologia Vanti	3/24	27.816,77	19.472,93	27.816,77

2.- Total $85.198,11

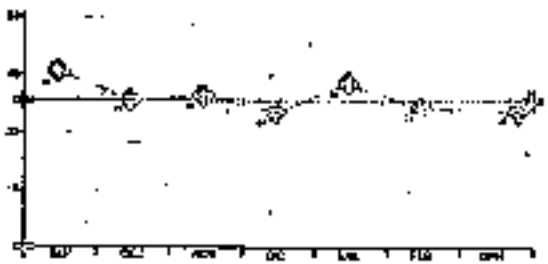
3 — Valor facturas vencidas: $0,00

Total a pagar (1.+2.+3.): $265.170,00

Pago por

Escanee el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial | Estrato/Cen Dos | Días de consumo 29

Fecha	Lectura	Tipo
22 Feb. 2025	9436	REAL
22 Mar. 2025	9465	REAL

m³ consumo dos: 9465 - 9436 * Factor de corrección = 38

Tu próxima factura será

Entre 23 y el 25 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 $70.294

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Jul. 2026

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor actual de cada metro cúbico es de $2535.

Dic. $2382 Ene. $2420 Feb. $3371

Componentes tarifarios

Factor de conversión

Indicadores de calidad



(415)7709990028025(8020)61666631(3900)000000000265170

Recibe tu factura de manera digital

tu factura de manera digital

Ingresa a , diligencia el formulario y empieza a recibir tu factura de manera digital.

Comunica:

Evita fraudes en línea al pagar tu factura. Ingresa siempre digitando:

www.grupovanti.com

Prestadores del grupo: Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Combogás S.A. ESP, Gasoriente S.A. ESP

Mundo digital Vanti

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

Pagos electrónicos en otras entidades

Botón PSE

Botón Corresponsales

Bancolombia BBVA Davivienda Banco de Bogotá Banco Popular Banco Caja Social Negu

Davivienda Banco de Occidente Banco AV Villas Banco Colpatria Banco Pichincha Bancoomeva Banco Agrario Banco GNB Sudameris Colpatria Multibanca Scotiabank Colpatria Itaú

Daki

Escanea para pagar tu factura

Recuerda que puedes pagar tus facturas de gas a través de nuestros canales autorizados, consulta este listado actualizado

*Permite cancelación inmediata y débito automático.

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco AV Villas
Corresponsales Servibanca: Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales puntos Davivienda
Red Choly
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies: Makro, Jumbo, Éxito

*Los precios son cambiantes, este debe ser de garantía 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 la cita.

¡Hola!

LUZ DARY RIVERA
CL 129 BIS 128B 35 - TIBABUYES
BOGOTA

vanti
Más tiempos de vivirlos
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas Nro. 5057101-18133

Lote: P183N Ruta: 0011700193251005000 Código del Sector: 251

Cuenta o referencia de pago **61886631**

vanti Listo

Gracias por tu pago oportuno. Tu cupo rotativo aprobado es:

$ 2.230.513



Si tu Revisión Periódica de Instalación de Gas se vence entre julio y diciembre de 2025

¡Agenda ahora y comienza a pagar en el mes de tu vencimiento!



Sé de los primeros en el mes de abril, mayo o junio,

podrás participar en el sorteo de:

una de las 4 motos
AKT NKD 125

Escanea el código QR para agendar tu Revisión

Comunícate con nosotros y solucionamos 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 943 784
Bogotá (601) 307 8121
Bucaramanga (607) 697 4755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 318 418 4151

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

Recuerda que puedes acceder a tu cupo de préstamo sin cuota inicial desde tu celular

59533

C1

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSULTA ESTERILIZACIÓN 2024

Fecha de la Versión: 31/01/2021

UNIDAD MÓVIL

UNIDAD FIJA

HC-999-0

NÚMERO HC: 900256001732706

FECHA: 3 abril 25

CÓDIGO EST-1

LUGAR DE LA JORNADA:

TIPO DE CONSULTA: CPC ___ HEC ___ ESE ___ RELIPRO ___ COMUNITARIO X

I. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Charlotte.

COLOR: Negro Café.

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___

RAZA: Yorkshire

EDAD: 10 meses

PESO: 3 kg

RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

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

AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___ OTRO ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: NSNP: CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___

ORIGEN: NSNP ___ RESCATADO ___ COMPRADO X ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

II. DATOS DEL TENEDOR / RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Luis Alejandro Sierra Rojas

DIRECCIÓN: KR 124B 132 74

TELÉFONO: 3143999597

CÉDULA: 1027279794

EDAD: 20

NACIONALIDAD: Colombiana

CORREO ELECTRÓNICO: Sierrakis2010@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller.

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRENDADO X FAMILIAR ___

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X ¿CUÁL?

BARRIO: La Gaitana

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71

III. ANAMNESIS

Buen estado de salud

APTO PARA CIRUGÍA: X SI ☐ NO

ULT. CELO: No ha tenido.

ULT. DESPARASITACIÓN: Marzo / 2025

ULT. VACUNACIÓN: MVK ___ CANINOVAX ___ OTRA: ___ REFUERZO: TRIPLE FELINA: ___

ANTIRRÁBICA VENCE: 04/04/25

TRIPLE: PARAINFLUENZA Y BRONQUIN.

PENTAVALENTE: RABIA:

IV. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMAS O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CAVIDAD ABDOMINAL: (L) II. III. IV. V. VI. E.

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

V. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PRE-QUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 114 l/m

F. RESPIRATORIA: 32 l/m

TEMPERATURA: 38,2 °C

TLLC: 1 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

VI. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	APLICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.165 mL	1 mg/Kg IM
	KETAMINA	0.3 mL	5 mg/Kg IV ☒ 10 mg/Kg IM ☐
	MIDAZOLAM	0.6 mL	0,1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1.05 mL	2 mg/kg IV
POST QUIRÚRGICO	BUPRENORFINA O L.A.	0.21 mL	0.020 UI/Kg IM
	MELOXICAM	0.03 mL	0.2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de ¡Cirujano/a Anestesiólogo!, acredito el estado físico/ASA del paciente basado en la anamnesis, la exploración completa y los procedimientos de la ficha clínica, y doy mi visto bueno para la realización de la cirugía propuesta. Confirmo que he informado al propietario/a/responsable sobre los riesgos relacionados con la anestesia y el procedimiento quirúrgico, y que he resuelto todas las dudas que me ha planteado. Por la presente doy mi APROBACIÓN ___ RECHAZO ___ para la realización de la cirugía propuesta, con la siguiente observación:

NOMBRE(S) DEL(OS) MV UNIDOS / FACULTAD PROFESIONAL: Andres Quiroga Médico Veterinario TP. 34829

FIRMA:

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO / FACULTAD PROFESIONAL: Yennifer Gutiérrez Hernesgua Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33368

FIRMA:

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno ejercicio de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será sometido mi animal de compañía. Declaro que el anestesista le explicó sobre los riesgos durante la cirugía como: 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 acerca de los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis en el riesgo de la implantación del microchip que puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación y se manifiesta como inflamación en el punto de perdición, además de posible infección en el área por el uso posterior de factores, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños sécos 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 realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entiendo todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a reembolso o pago, exonerando de toda responsabilidad a la empresa y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he sido 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 con gran detenimiento y cuidado.

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POSTOPERATORIO

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 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 el animal de compañía, comparendo a la Alcaldía Local de Suba, impuesta por el equipo Medico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	No de Identificación: 1010-297 294

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

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

8. DILIGENCIAMIENTO DE PUNTOS

LUGAR: Salón Comunal Gaitana | FECHA: 21-04-25 | HORA: 10 am

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 10.277.294
SIERRA ROJAS

APELLIDOS
LUIS ALEJANDRO





FECHA DE NACIMIENTO 11-JUL-1957
MANIZALES
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

30-ABC-1995 MANIZALES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ
Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá E.S.P.
NIT 899.999.094-1
Natalia Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA:1 CICLO: J1 RUTA:J1T361 BIMESTRAL

11533329	11761582417
Cuenta contrato Núm. de identificación de este predio	Número para pagos Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el contenido escaneando el código

Periodo facturado	ENE/04/2025	MAR/04/2025

Pago oportuno ABR/07/2025 Suspensión ABR/10/2025

Fecha próxima lectura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
MAY/31/2025	MAR/23/2025 04:18:18	MAR/22/2025 19:23:00

¡Hola!

Factura a nombre de
LUIS ALEJANDRO SIERRA ROJAS

Dirección del predio
KR 124B 132 74
Barrio: LA GAITANA Localidad: SUBA

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambió
Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.

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

Llámanos 116 Acueducto

Evita aglomeraciones, realiza el pago en Supermercados Cadena y otros puntos autorizados, consulta la factura y realiza tu pago al mejor estilo Internet.

HISTORIA CLÍNICA: MC-999-E-0

FECHA: 3-04-25

CÓDIGO: CST-4

LUGAR DE ATENCIÓN:

TIPO DE SERVICIO: CPC ___ REC ___ CEE ___ RELEVO ___ EMERGENCIA X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Dulce

COLOR: Dorado

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Cocker Spaniel EDAD: 5 años PESO: 12,5kg RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO ___

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTÓ AGRESIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X

AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___ OTRO ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: NSNR ___ CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___

CALLEJERO: NSNR ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO X PERDIDO / ENCONTRADO ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Alba Lucia Gutierrez Ochoa

DIRECCIÓN: KR 124 Bis 130f 26

TELÉFONO: 3204655227

CÉDULA: 24321960

SEXO: F X

NACIONALIDAD: Colombiana

CORREO ELECTRÓNICO: alegre6504.1958@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA X ARRIENDO ___ FAMILIAR ___

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X CUÁL?

BARRIO: Tibabuyes

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

APTO PARA CIRUGÍA: SÍ X NO ___

ÚLT. CELO: Nov 25-24

ÚLT. DESPARASITACIÓN: Marca 25

ÚLT. VACUNACIÓN: HEXAV. ___ CANINOS PARVO: ___ HEXAVALENTE: ___ TRIPLE: ___ PENTAVALENTE: ___

RECORD: TRIPLE FELINA: ___ TRICOVIRAL: ___ PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: ___

RABIA: Feb 25

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: I II III IV V VI

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 111 x/m F. RESPIRATORIA: 32 r/m TEMPERATURA: 38,1 °C TLC: 1 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		OBSERVACIONES/DOSIS
PREMEDICACIÓN	KETAMINA	0,625 ml	5 mg/Kg IM
	METADINA	1,25 ml	5 mg/Kg IV X 10 mg/Kg IM ☐
	MIDAZOLAM	2,5 ml	0,1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	ISOFLORO	4,375 ml	2 mg/Kg IV
POST QUIRÚRGICO	PENICILINA G.B.A	0,625 ml	17.000 UI/Kg IM
	METACAM	0,125 ml	0,1 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cuidador/a/Acudiente/Dueño), autorizo este documento como constancia de haber sido informado/a responsable tratador. Información completa sobre el procedimiento quirúrgico y anestésico, los riesgos relacionados con la cirugía, la anestesia y el tratamiento del dolor, y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Doy mi consentimiento libre y voluntario. ACEPTACIÓN X RECHAZO ___ para la realización del procedimiento con sus variantes.

NOMBRE(S) DE(LOS) MV CIRUJANO(S); TARJETA PROFESIONAL: Andrea Quiroga, Médico Veterinario, TP. 248238

FIRMA:

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: TARJETA PROFESIONAL: Yennifer Gutiérrez Romesque, Médico Veterinario - Zootecnista, TP. 33358

FIRMA:

	[illegible]	[illegible]

7. 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 Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será sometido mi animal de compañía. Declaro que he autorizado la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como: pero sin limitarse a: cardiacos, hemorragias, reacciones anestésicas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y absoluta toda la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y he aclarado 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 ameritara por el mismo pago en: dolores, labores, tales, aplicación de antiparras, baños secos y otras situaciones que limiten y comprometan 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 antibióticos parenterales, sin asumir con la responsabilidad alguna.

Además soy consciente y ACEPTO _X__ o RECHAZO _____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entendido, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esta razón eximo totalmente la responsabilidad de Cartagena y sin derecho a contravención alguna, quedando de toda responsabilidad (médicos asistentes y el equipo médico que realiza el procedimiento). También entendiendo que existen complicaciones inesperadas, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado toda la información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, más importante 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 antes descritas manifestadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía, después de la intervención asumo los peligros y riesgos que se puedan presentar por cualquier complicación con mi animal de compañía, autorizando a la Alcaldía Local de Suba, Inspección y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor: [illegible]	Nro de Identificación: 24 321 960.

Yo, _____ identificado con CC. No. _____ en pleno uso de mis facultades mentales, me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía [esterilización y castración] de mi animal de compañía. RAZÓN:

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

8. CONSENTIMIENTO DE PUNTOS

LUGAR: Salon Comunal Cartagena	FECHA: 21-04-25	HORA: 10 am

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 25.321.650
GUTIERREZ OCHOA

APELLIDOS
ALBA LUCIA

NOMBRES

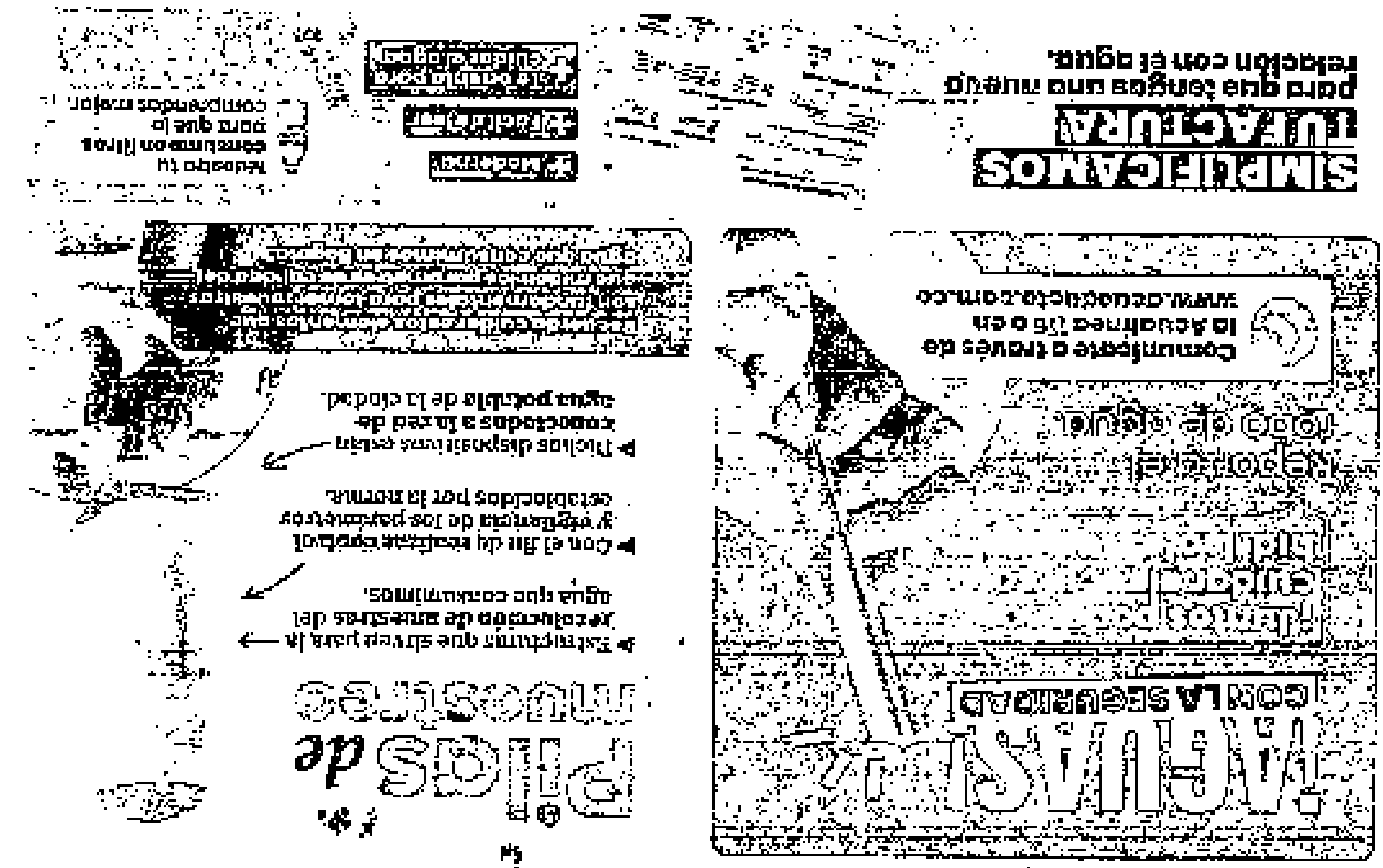
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 02-AGO-1958
MANIZALES
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
02-FEB-1977 MANIZALES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN





acueducto AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá ESP

Para el reparto ZONA: 1 CICLO: 31 RUTA: 11371 **BIMESTRAL**

11330068 **Cuenta contrato** Núm. de identificación de este predio	**43371675414** **Número para pagos** Número de esta factura de servicios públicos

¡Hola!

Factura a nombre de

JOSE LUIS ROJAS RUIZ

Dirección del predio

KR [illegible]

Barrio: TIBABUYES Localidad: SUBA

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso: Residencial

Estrato: 2

Unidades Habitacionales: 1

Unidades No Habitacionales: 0

Periodo facturado	NOV/05/2024	ENE/[illegible]/2025

Pago oportuno	FEB/27/2025	Suspensión	FEB/[illegible]/2025
Fecha expedición próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura	
MAR/31/2025	[illegible]/2025 07:59:[illegible]	ENE/25/2025 13:33:[illegible]	

¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambió

Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.

En este periodo **consumiste más agua** que en el anterior.

Abre y descubre el detalle de tu pago y consumo ↓

Llámanos **116** Acueducto

[illegible] Servicio al Ciudadano y obtén información de los puntos de atención, copia de la factura y realiza tu pago [illegible]

Alcaldía Local de Teusaquillo
Secretaría Distral de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente
Hospital Clínica Nazareth
Programa de Esterilización Animal
Centro de Bienestar Animal

UNIDAD MÓVIL
CLÍNICA FIJA

HC: 4551 1-0

PROTOCOLO: 900256001732708

FECHA: 3 Abril /25

CÓDIGO EST #:

LUGAR DE LA JORNADA:

TIPO DE TUTOR(A): CBC ___ REC ___ FES ___ MUNIC ___ COMUNIDAD X

I. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Katty

COLOR: Blanco Gris

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___

RAZA: mestizo EDAD: 1 año

PESO: 5,2 Kg

RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

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

AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___
OTRO: ___

POTENCIAL DE APARENTE MALTRATO
SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN:
INICIAL
CASERA ___ CONCENTRADO ___ MIXTO X
OTRO ___

CAUDA: NORMAL ___ AUSENTE ___ CORTADO ___ AMPUTADO ___ REGULAR X PENDIENTE DE CURACIÓN ___ OTRO ___

II. DATOS DEL TENEDOR RESPONSABLE

NOMBRE Y APELLIDOS: Flor de María Díaz Chaparro

DIRECCIÓN: KR 160 No 132 30 Pi 3

TELÉFONO: 3152923191

CÉDULA: 24116060

SISBÉN: A ___ X

PAÍS DE VALENCIA: Colombiana

CORREO ELECTRÓNICO: 3152923191@SIMDECO.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA X ARRENDO ___ FAMILIAR

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X CUÁL?

BARRIO: Santa Cecilia

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71

III. ANAMNESIS

Buen estado de salud

¿HOY ESTÁ EN CELO? SI ___ NO X

ÚLT. CELO: DIC/24.

ÚLT. DESPARASITACIÓN: Marzo /25.

ÚLT. VACUNACIÓN: RABIA X CANINOS RABIA:
REFUERZO:

PRIMERA TRIPLE FELINA:

LEUCEMIA:

IMPLE.: PENTAVALENTE:
NUMERO DE DOSIS APLICADAS:

RABIA

IV. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

LESIONES ENCONTRADAS: Ninguno

CONDICIÓN CORPORAL: 3 /5

CONSTITUCIÓN: I. II. III. IV. V. VI. VII

V. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PRE-QUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 115 l/m

F. RESPIRATORIA: 30 r/m

TEMPERATURA: 38,1 °C

TLLC: 1 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

VI. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,296 mL	1 mg/Kg IM
	KETAMINA	0,52 mL	5 mg/Kg IV X 10 mg/Kg IV ☐
	MIDAZOLAM	0,104 mL	0,1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1,82 mL	2 mg/Kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G.B.A.	0,364 mL	27.300 UI/Kg IM
	MELOXICAM	0,052 mL	0,2 mg/Kg SC

INTERACCIONES ADVERSAS: Ninguna

Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia. Firmando este documento como constancia de haber entendido y recibido a entera satisfacción la información completa sobre el procedimiento y especialmente sobre los riesgos inherentes a la cirugía. El propietario o tenedor responsable del animal abajo identificado manifiesta y voluntariamente su ACEPTACIÓN X RECHAZO ___ para la realización del procedimiento que ha sido explicado por el profesional.

NOMBRE(S) DEL(OS) INVESTIGADOR(ES) FACULTAD PROFESIONAL: Andrés Quiroga. Médico Veterinario TP. 34939

FIRMA

NOMBRE DEL INVESTIGADOR(ES) CARRERA PROFESIONAL: Yennifer Gutiérrez Namesnua Médico Veterinaria - Zootecnista TP. 33558

FIRMA

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será intervenido mi animal de compañía. Declaro que estoy informado la eventualidad, debiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como: cortes hemorragias, convulsiones anafilácticas, complicaciones respiratorias e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclaran las dudas que se puedan presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip pueden presentar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como información en el punto de punción, ausencia 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 consecutivos 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 doy consentimiento y ACEPTO _X__ o RECHAZO _____ la declinación realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Actualmente se me han explicado y entendido todos los riesgos que puedan presentarse en su procedimiento, por esto asumo su totalidad la responsabilidad de la cirugía y de hacerlo con tranquilidad alguna; exonerando de toda responsabilidad e imprevistos y el incumplimiento que realice el procedimiento. También entiendo las anteriores situaciones acá descritas, cuya probabilidad ocurrencia es baja, la cual he sido informada, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y precisa 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 responsable del paciente, AUTORIZO al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica descrita con anterioridad.

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

Como responsable del cuidado de mi animal de compañía, después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar sin negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, eximiendo de la Alcaldía Local de Suba, Hospital para el Médico Veterinario, prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pudiese suscitar.

Firma del Responsable/Tenedor:	Huella del Tenedor:
Ra Alexis Ruiz	2077606

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

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

NOTA DE AUTORIZACIÓN DE PUNTOS

LUGAR: Salon Comunal Gardana | FECHA: 21-04-25 | HORA: 10 am

OBSERVACIONES:





FECHA DE NACIMIENTO 08-FEB-1968
TIBASOSA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.41 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
01-DIC-1987 SOGAMOSO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL



Flor Diaz Ch.
24116060
330 4 9 6 30 0 F

enel | Bogotá

4751759-9

FLOR DE MARIA DIAZ CHAPARRO

PISO 1
BOGOTA, D.C. - SANTA CECILIA

Activa

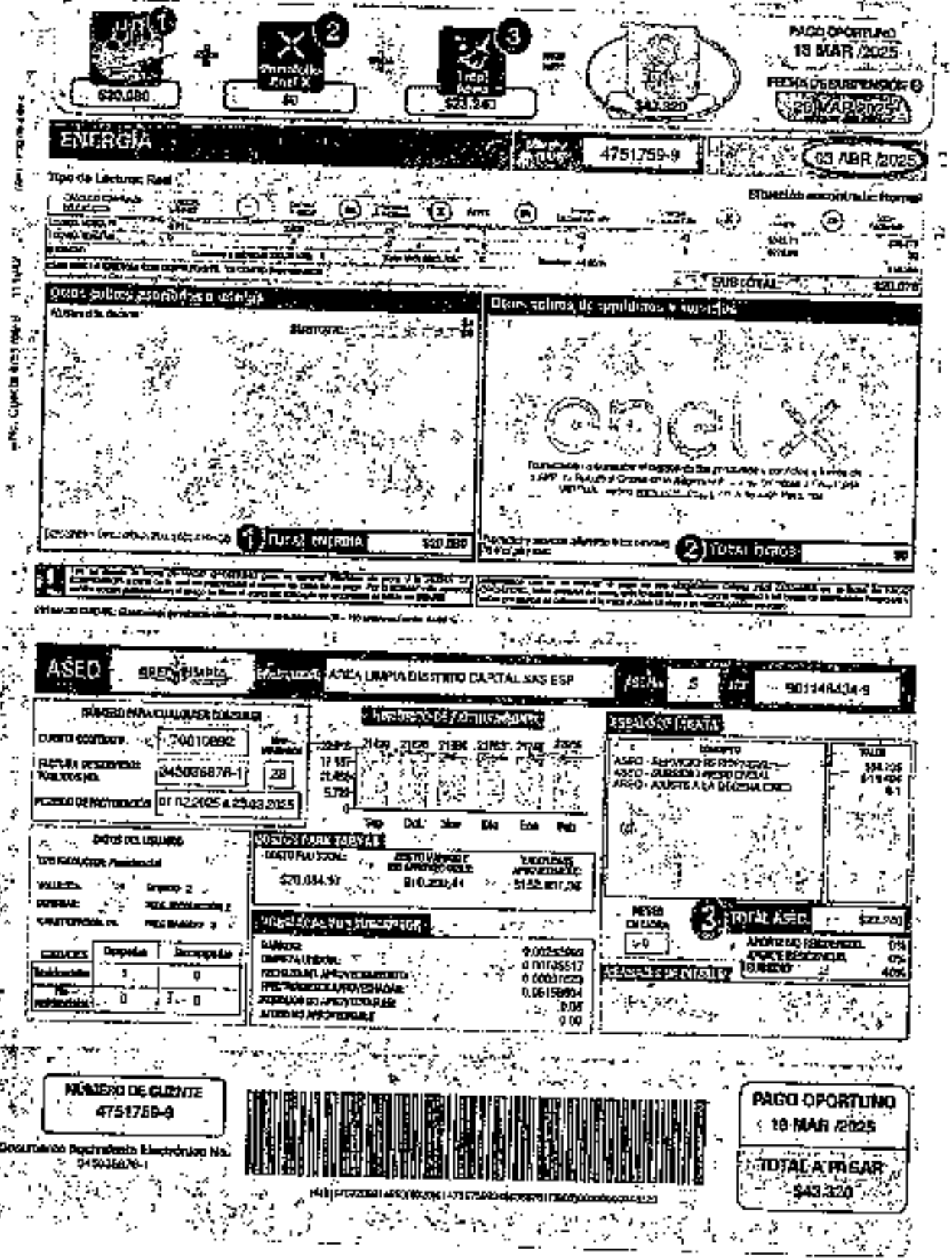
¡LLEGÓ A TU CASA!

$12.000.000

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

PUNTOS DE ATENCIÓN ENEL

FECHA GENERACIÓN:
FECHA EXPEDICIÓN:



PAGO OPORTUNO
18 MAR /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN
20 MAR 2025

ENERGÍA

4751759-9

03 ABR /2025

Tipo de Lectura: Real

SUBTOTAL

Otros cobros y conceptos de energía

Otros cobros y conceptos de aseo

1 TOTAL ENERGÍA $20.080

2 TOTAL OTROS $0

ASEO

ATESA LIMPIA DISTRITO CAPITAL SAS ESP

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

CUENTA CONTRATO 240010892

FACTURA RESIDENCIAL NÚMERO 3450036878-1

PERIODO DE FACTURACIÓN DE 02/2025 A 29/03/2025

DATOS DEL USUARIO

USUARIOS	Despedida	Recompradas
Residenciales	1	0
No residenciales	0	0

CONCEPTO

VALOR

3 TOTAL ASEO $22.760

NÚMERO DE CLIENTE
4751759-9

Documento Equivalente Electrónico No.
3450036878-1

PAGO OPORTUNO
18 MAR /2025

TOTAL A PAGAR
$43.320

HISTORIA CLÍNICA
ID: 000560

FECHA: 3-04-25

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Maika | APELLIDO: Amarillo

ESPECIE: CANINO X FELINO | SEXO: HEMBRA X MACHO | RAZA: Mestizo | EDAD: 1año | PESO: 16Kg | HEMBRA DE MANEJO ESPECIAL: SI NO X

DURANTE SU VACUNACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___ OTRO ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: CASERA ___ BALANCEADO X MIXTO ___ OTRO ___

GENERO: MACHO ___ CASTRADO ___ COMPARTIDO ___ ADOPTADO ___ REGALADO X TIEMPO DE CUARDA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jesus Antonio Tovar Ariza | DIRECCIÓN: KR 124C 135B 27 | TELEFONO: 3102230018

CÉDULA: 13950747 | MAIL: | MUNICIPIO/DEPT: Bolombolo | CORREO ELECTRÓNICO: 3102230018@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller | TIPO DE VIVIENDA: PROPIA X ARRENDADA ___ FAMILIAR ___ | FIRMA ALGUNA DECLARACIÓN: SI ___ NO X COMP

BARRIO: Tibabuyes | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: SUBA | EPS: 71

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ANTICIPADO CLIENTE: SI X NO

ULT. CELO: Feb 25 | ULT. DESPARASITACIÓN: N.R | ULT. VACUNACIÓN: ANTIR X CANINOS PARVO: | TRIPLE: | ZOONTAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA

RECUERDO: TRIPLE FELINA: | LEUCEMIA: | RABIA:

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: (I) II III IV V VI | CONDICIÓN CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PRE-QUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 112 lpm | F. RESPIRATORIA: 31 rpm | TEMPERATURA: 38,7 °c | TLLC: 1 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREMEDICACIÓN	XILACINA	0,88 mL	1 mg/Kg IM
	KETAMINA	1,6 mL	5 mg/Kg IV X 20 mg/Kg IM ☐
	MIDAZOLAM	3,2 mL	0,1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	5,6 mL	2 mg/Kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G.A.	1,12 mL	32.000 UI/Kg IM
	MELOXICAM	0,16 mL	0,2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de Propietario/a Acompañante legal, soy/he sido suficientemente informado/a acerca del estado de salud de mi mascota. He comprendido completa y satisfactoriamente las explicaciones relacionadas con la Cirugía/Procedimiento/Tratamiento a realizar. Los riesgos asociados, Opción Terapéutica elegida, Pronóstico, Cuidados Post-operatorios y Complicaciones que se pueden presentar. Por lo tanto, de forma libre y voluntaria doy mi: ACEPTACIÓN X
RECHAZO ___ para la realización del procedimiento propuesto por el Médico Veterinario.

Andres Quintero
NOMBRE(S) Y APELLIDOS DEL MVZ CERTIFICADO: Médico Veterinario
TARJETA PROFESIONAL: TP. 34839
FIRMA:

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO: Yennifer Gutiérrez Somesque
TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358
FIRMA:

	[illegible]	[illegible]

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y revisado la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al momento de esterilizarlo, entiendo que pueden [illegible] riesgos durante la cirugía como son; paro respiratorio o cardiaco, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de esterilización determinado y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar fuertes reacciones adversas que le pueden perjudicar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de aplicación, además de posible infección en el área por el uso parcial de todos los [illegible], jabones, talco, aplicación de antibiótico, baños secos y otras sustancias que irriten o contaminen la zona, durante 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 realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente me han explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por lo cual asumo en mi totalidad la responsabilidad de la pérdida y sin derecho a reclamación alguna; exonerando de toda responsabilidad a la empresa y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen complicaciones secundarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En consecuencia, he dado toda información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis respuestas 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 POSTOPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y tomar las medidas de precaución y cuidados que sean necesarios 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 imprudencia en la manipulación con mi animal de compañía, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Inspectores y al equipo Médico Veterinario prestador de servicios por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del propietario/Tenedor:	Nro de Identificación: 1139507473

Yo, _____ identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía y castración a mi animal de compañía, NAME:

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Num. Identificación:	

8. DATOS REGISTRO DE EVENTOS

LUGAR: Salón Comunal Gaitana | FECHA: 21-04-25 | HORA: 10 am

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 13.950.747

TOVAR ARIZA

APELLIDOS

JESUS ANTONIO

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 13-OCT-1954

GUAVATA

(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

17-ENE-1976 VELEZ

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL

A-1500113-45145412-M-0013950747-20080024 0078508093B 02 200539251

Febrero 2025

La referencia de pago 61515210

vanti

Fechas importantes

1 Pago oportuno 13 Mar. 2025

2 Fecha de suspensión 14 Mar. 2025

3 Período facturado Ene. - Feb. 2025

4 Emisión de tu factura 28 Feb. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario ($) (B)	IVA ($) (C)	Subtotal ($) (A*B+C)
CONS. CON SUBSIDIO	14/63	3.742,48	0,00	52.394,72
MENOS SUBSIDIO (50%)	1.00	-20.197,36	0,00	-20.197,36
AJUSTE DECENA	1.00	2,64	0,00	2,64

1 Total $26.200,00

Tus financiaciones

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

2 Total $0,00

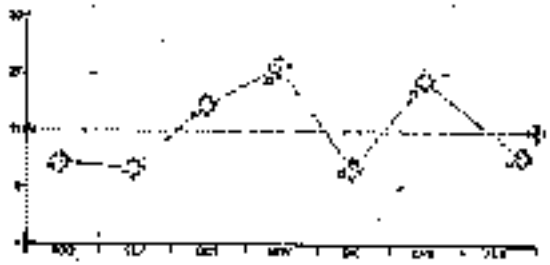
Valor facturas vencidas $0,00

Total a pagar (1)+(2)+(3) $26.200,00

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial Estrato/Cal Gas Días de consumo 31

Fecha	Lectura	Tipo
28 Ene. 2025	3004	REAL
28 Feb. 2025	3022	REAL

m³ consumidos: 3022 - 3004 * Factor de corrección = 14

Tu próxima lectura será: Entre 18 y el 20 de Marzo

Novedades de tu factura

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspendió el servicio. Valor de la reconexión $70.254

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Oct. 2025

Agenda ya tu PIPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $2371.

Nov. $2362 Dic. $2362 Ene. $2480

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

Componentes medidos

Gm: 1844.46 Pm: 917.63 Gm: 917.83 Cm: 0.0

D: 9998 Cm: 0.0 Cs/Pc: 0.0 Com.: 0.0

Cm: 2.0 Tgas: 42.438 DMS: 4.1 Dif.gas: 1.1

Sujeto a consumo en el periodo de Ene. de 105

Mínimo a predominante de Ene. en el mes: 0.158 m³

Factor de corrección

Vm: 14 Qb: 0.76562 Kr: 1.06636 Pb: 0.77200

Vb: 14 Tm: 15.88 Tb: 15.56 Pa: 1.01000

Hm: 0.752 Fm: 0.8624 Fpc: 1.0

Factor de corrección: 0.77216

Indicadores de calidad

Inf.: 1000 Dif.: 0.0 Ki: 1000 Pr.: 1000



(415)7709999329025(8020)516x8210|2900|000000026200

Inscríbete para recibir
tu factura
de manera digital

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



vanti

Colcripas

Mundo digital Vanti

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

Pagos electrónicos en otros canales

Rapidopin · Bancolombia · BBVA · Banco AV Villas · Grupo Aval · Bancolombia · Banco Caja Social · Nequi · dale!

Botón PSE · Botón Bancolombia

Recuerda que puedes pagar las facturas de una o varias de tus conexiones en una sola transacción

Escanea para pagar tu factura

*Permite pagos únicamente con pedestal de este calendario

Síguenos en nuestras redes oficiales 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

Giros las Americas
Efecty, Juntos, Baloto

*Sin costos con Cheque. Aplica datos de la garantía y el contrato 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 sólo para emergencias
Atención todos los días las 24 horas
Fijo: 01 8000 919 052 Móvil: 164

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

¡Hola!

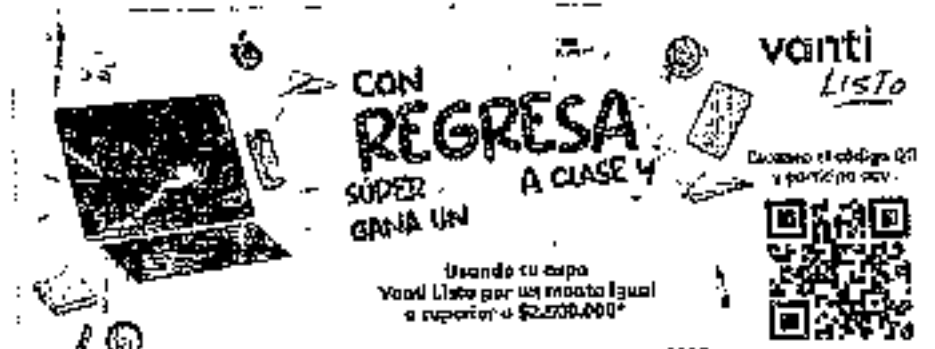
JESUS ANTONIO TOVAR
KR 134C 113B 27 - TIBABUYES
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor [illegible] 007113-843075

Lugar: P1EGH Ruta: 001177004400005000 Código del Sector: 281

Cuenta o referencia de pago 61515210





Publicidad y cobro de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gases de Occidente S.A. ESP. Cupones [illegible] de la compañía [illegible] grupovanti.com/vanti-listo/ y participa. Vanti Listo es la marca que identifica el cupo de financiación otorgado por el Grupo Vanti. Aplica para [illegible] acceder a [illegible]. Tasa de 1.6% [illegible] consulta en [illegible] y/o [illegible] Compañía vigilada por [illegible] Del 15 de enero hasta el 28 de febrero de 2025 o hasta agotar existencias, se entregará un Vanti 10 consecutivos.

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 941 794
Bogotá (601) 307 8121
Bucaramanga (607) 689 4769

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4104

SG Vanti en línea
simple.vanti.com.co

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

Entrega asociada al número de pago [illegible] en este recibo. Consulta nuestra política de tratamiento de datos personales en www.grupovanti.com/politica-de-tratamiento-de-datos-personales/ y conoce nuestros canales de atención en www.grupovanti.com/canales-de-atencion/

HISTORIA CLÍNICA: HC-989-E.O

INSTITUCIÓN: 9900000013803011

FECHA: 3-04-25

LUGAR DE LA REMISIÓN:

1. MOTIVO CONSULTA

2. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Ulú

COLOR: Café - beige

ESPECIE: CANINO X FELINO _ SEXO: HEMBRA X MACHO _ RAZA: Pug EDAD: 1 año PESO: 8,5 kg RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI _ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI _ NO X

AGRESIVIDAD _ MIEDO _ ANSIEDAD _ OTRO: _

EVIDENCIA DE MALTRATO: SI _ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: CASERA _ CONCENTRADO X MIXTO _ OTRO _

ORIGEN: NACIDO _ RESCATADO _ COMPRADO _ ADOPTADO _ REGALADO X PERDIDO _ OTRO _

3. DATOS DEL TUTOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yency Jaccibe Mateus Chavarro

DIRECCIÓN: CL 145 No. 126 02 IN 36 C03

TELÉFONO: 3225481800

CÉDULA: 1016016845

EDAD: 24

NACIONALIDAD: Colombiana

CORREO ELECTRÓNICO: yencymateus3@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: FINCA X ARRIENDO _ PARQUE _

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI _ NO X CUÁL? _

BARRIO: Sabana de Tibabuyes

ESTRATO: 3

ENCUESTA(S) SISBÉN: UPZ 71

4. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

APTO PARA CIRUGÍA: SI X NO _

VAC. CLÍN: Nov 24

VAC. DESPARASITACIÓN: Marzo 25

ESTERILIZACIÓN: HEMBRA _ MACHO _ CRIPTOS PARVO: _ MOQUILLO: _ TOS PERRERA: _ LEPTOSPIRA: _ PARAINFLUENZA Y BRONQUITIS: _ RABIA: Dic 24

5. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD ACTUANTE: SI _ NO X

SISTEMA O ESTRUCTURAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: I II III IV V VI E

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

6. CONSTANTES FISIOLÓGICAS

F. CARDIACA: 114 x/m F. RESPIRATORIA: 32 x/m TEMPERATURA: 38,7 °C TLLC: 1 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

7. MEDICACIÓN

TIPO DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/VÍA/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,4625 mL	1 mg/Kg IM
	KETAMINA	0,85 mL	5 mg/Kg IV [X] 10 mg/Kg IM [ ]
	BUPRENORFINA	1,7 mL	0,1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	2,975 mL	2 mg/Kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G.S.	0,595 mL	27.000 UI/Kg IM
	MELOXICAM	0,085 mL	0,2 mg/Kg SC

OBSERVACIONES ADICIONALES: Ninguno

Se explica de forma clara y completa al propietario o tutor del animal, acerca de la técnica anestésica a emplear, los riesgos y beneficios que se pueden presentar durante el procedimiento anestésico y quirúrgico y los cuidados pre y post anestésicos y quirúrgicos. ACEPTACIÓN X RECHAZO _ Con la realización de la cirugía estoy de acuerdo en que se utilicen los procedimientos descritos.

NOMBRE(S) DOCENTE(S) RESPONSABLE(S): FIRMA

TARJETA PROFESIONAL:

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO: FIRMA

TARJETA PROFESIONAL:

	[illegible]	SUBA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y total uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado(a) mi animal de compañía. Teniendo claro el objetivo de la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son: paro respiratorio o cardiaco, hemorragias, anestesia anafiláctica, complicaciones quirúrgicas e infección interna.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna toda la información sobre el procedimiento de anestesia del microclima y se informa los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o molestias leves tales como que se pueda evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de aplicación, ejemplo de posible infección en el área por el uso posterior de tijeras, jabones, talcos, aplicación de antibióticos, baños, pesas 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 hacer la respectiva implantación del microchip, dio mi animal de compañía, igualmente autorizo el almacenamiento de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además por voluntad propia y ACEPTO _X__ o RECHAZO _____ la declinación realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Autorizo también no hacer reclamo y enmienda, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, con esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna; concediendo de toda responsabilidad a terceros sea y al equipo médico que realice el procedimiento. También entiendo que existen situaciones excepcionales, con probabilidad de ocurrencia es baja, de 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 aquí descritas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST QUIRÚRGICOS

Me comprometo a seguir las recomendaciones y atender las medidas de protección y cuidados que sean necesarios para evitar complicaciones en mi animal de compañía

Como responsable del cuidado de mi animal de compañía, declaro que la intervención asumo los riesgos y difícultades que se puedan presentar como negligencia o imprevista en la manipulación con mi animal de compañía, eximiendo a la Alcaldía Local de Suba. Impidiendo así y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de reclamo que pueda surgir.

Firma del Responsable/Tenedor:	No de Identificación:
YENCY TATES	1016016845

Yo. _____ identificado con CC. No _____ en pleno y normal uso de mis facultades mentales, me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía/Orquiectomía(Ventilación y castración) de mi animal de compañía, RAZON.

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
No identificación:	

ACTA DE RETIRO DE PUPILOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:

OBSERVACIONES:

SE LE EXPLICA AL TENEDOR RESPONSABLE LOS RIESGOS QUIRURGICOS Y ANESTESICOS DEL ANIMAL, DEBIDO A LA CONDICION DE SU RAZA

YENCY TATES
1016016845

Andres Quiroga
Médico Veterinario
TP. 34836

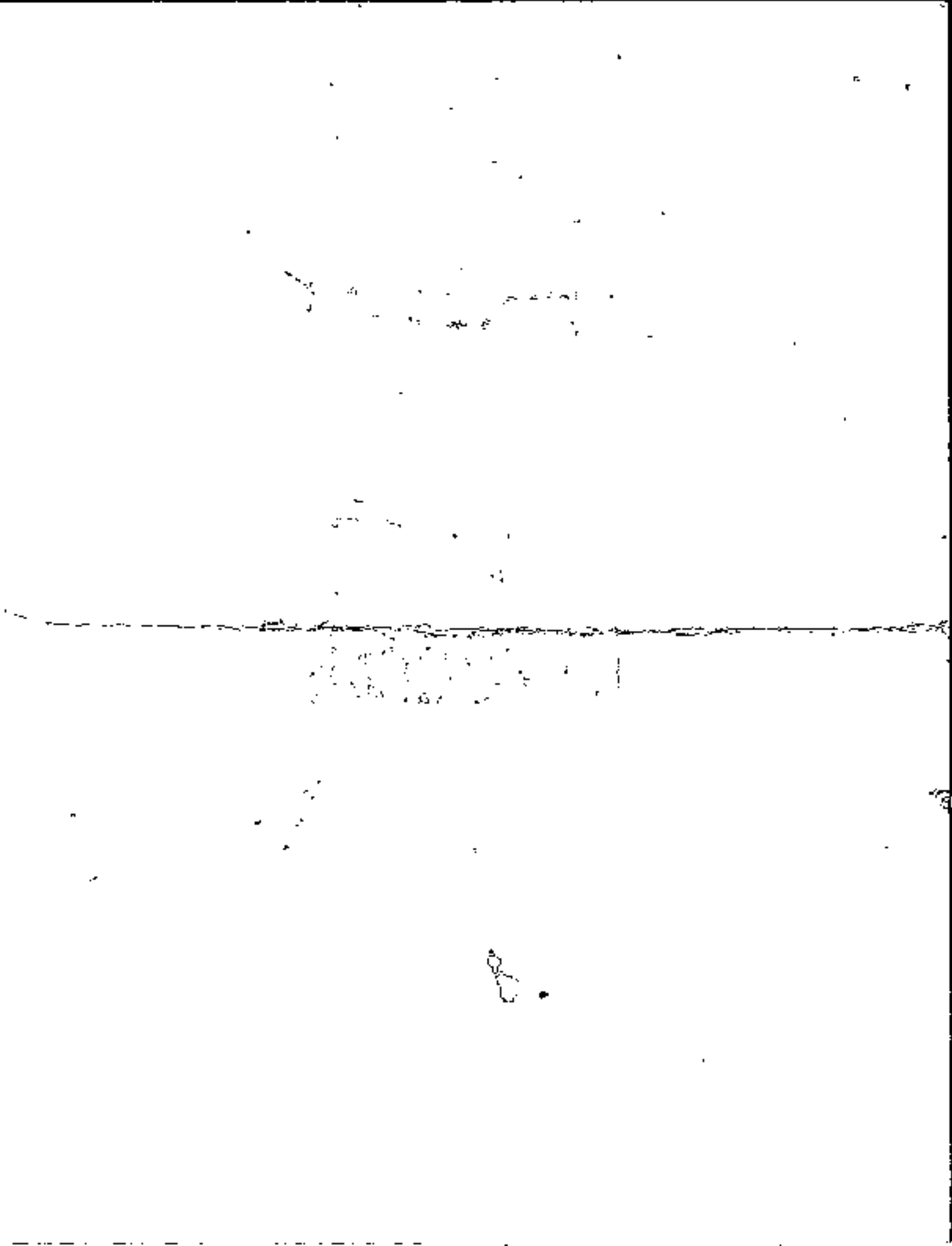
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.016.016.845
MATEUS CHAVARRO
APELLIDOS
YENCY JACOBS
NOMBRES





FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO 12-ABR-1989
SANTANA
(BOYACA)
ESTATURA 1.61 G.S. RH O+ SEXO F
16-Agh-2007 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION



Bogotá

1559431-9

GABRIEL DARIO VELASQUEZ TANGARIFE



INFORMACION DE LA CUENTA

HISTORIA CLÍNICA
HC 999E-0

MICROCHIP: 990000013803002

FECHA: 3-04-25

NOMBRE: Morita

COLOR: Blanco

ESPECIE: CANINO ✓ FELINO ___ SEXO: HEMBRA ✓ MACHO ___ RAZA: Mestizo EDAD: 1 año PESO: 4,8 Kg RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO ✓

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIONES COMPORTAMENTALES: SI ___ NO ✓
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___
OTRO: ___

ENTENDIMIENTO APARENTE DEL TRATO SI ___ NO ✓

TUTOR DE ALIMENTACIÓN: HOGAR ___ CASERO ___ CONCENTRADO ✓ MIXTO ___ OTRO ___

ORIGEN: HOGAR ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO ___ DECOMISADO ✓ BANCO DE CUERPOS ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Nadia Patricia Ospina Sierra
DIRECCIÓN: CL 130B No. 124 62
TELEFONO: 3132437527
CÉDULA: 39721648
EDAD: ___
NACIONALIDAD: Colombiana
CORREO ELECTRÓNICO: 3132437527@gmail.com
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria
TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ✓ ARRIENDO ___ FAMILIAR ___
CUENTA CON ALGUNA ESCARACIDAD: SI ___ NO ✓ CUAL?
BARRIO: Tibabuyes
ESTRATO: 2
LOCALIDAD: SUBA
UPZ: 71

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

APTO PARA CIRUGIA: ✓SI ___ NO

ULT. CICLO: Feb 25
ULT. DESPARASITACIÓN: N.R
ESQUEMA VACUNACIÓN: ESTUDIOS PREVIOS: ___ CAMBIOS PREVIOS: ___
REVACUNACIÓN TRIPLE FELINA: ___ RABIA: ___
TRIAGE: PERTINENTE/URGENTE: PARA PRUEBA Y HOSPEDERIA

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD AZAROSA: SI ___ NO ✓ SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno
HALLAZGOS EN LOCOMOCIÓN: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PRE QUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 112 l/m F. RESPIRATORIA: 35 r/m TEMPERATURA: 38,4 °C TLLC: 2 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

PRE DE PROCEDIMIENTO	MED DATOM	DOSIS OBSERVACIONES
PREANESTESIA — XILACINA	0.25 ml	1 mg/Kg IM
KETAMINA	0.48 ml	5 mg/Kg IV ☒ 10 mg/Kg IM ☐
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO — MIDAZOLAM	0.96 ml	0,1 mg/Kg IV
PROPOFOL	1.68 ml	2 mg/Kg IV
POST QUIRÚRGICO — PENICILINA G B.A.	0.336 ml	27.000 UI/Kg IM
MELOXICAM	0.048 ml	0,2 mg/Kg SC

MEDICACIÓN ANTERIOR: Ninguno

En calidad de Cliente/a o Acompañante, autorizo mi consentimiento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomía. Estoy de acuerdo, dejando manifestado de manera libre y voluntaria. ☐ CONTACTO ☐ N. PEDIDO ___ para que se realice el procedimiento con el veterinario

NOMBRE(S) Y APELLIDO(S) MÉDICO/A: Andres Quiroga
TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario TP. 34839
FIRMA:

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: Yennifer Gutiérrez Nomesque
TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33359
FIRMA:

	HISTORIA CLÍNICA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA CENTRO DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA	VERSIÓN 1 SUBA

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

Yo plena y racional uso de mis facultades mentales, manifiesto que he probado y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será intervenido mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la intervención, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como: paro respiratorio o cardiaco, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Asimismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se advierte los riesgos que se pueden presentar. Se resalta énfasis que durante la implantación del microchip pueda generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de aplicación, además de posible infección en el caso por el uso posterior de fluidos, jabones, talco, aplicación de antiséptico, baños con agua y otras sustancias que detienen 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 realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicional me han explicado y entendido, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo total responsabilidad la responsabilidad de la cirugía sin derecho a contravención alguna; exonerando de toda responsabilidad a médicos tal y al equipo médico que realice el procedimiento. También entiendo que existen circunstancias extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, no cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En consecuencia, 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 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 comprar medicamentos de prescripción 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, eximiendo a la Alcaldía Local de Suba, Bienestar y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de riesgo que pueda sufrir.

Nombre de la Persona Tenedor:	No de Identificación:
Angela patricia ospina	1.34.227.648

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

FIRMA

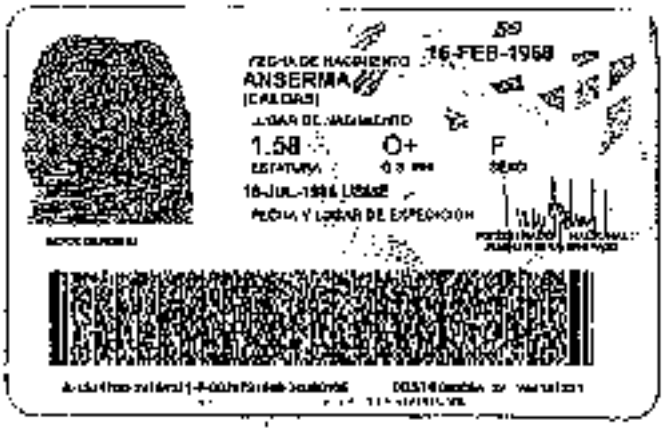
Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación:	

3. LUGAR DE RETIRO DE PACIENTES

LUGAR: Salon Comunal Gaitana | FECHA: 21-04-25 | HORA: 10 am

OBSERVACIONES:


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
OSPINA SIERRA
ADIA PATRICIA


16-FEB-1968
ANSERMA
1.58
O+
F

Calle 130 B # 124-62
La Conejera

enel | Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 900699370-4
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 5

PAGUE ESTO PRIMERO

Para pagos y consultas en la línea de atención

1317826-1

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 245851813

CUENTA

JOSE DEL CARMEN HUERTAS
CL 100 B NO 124 62
SOGOTA D.C. - TIBABUYES

(415)7707230032717(8020)0000000000

Escanea este código para ver el detalle de tu factura



COMPORTAMIENTO CONSUMO

El Activa



VALOR MES APLICADO

CONSUMO ÚLTIMO MES

VALOR PACTO

PERIODO FACTURADO: 11 ENERO A 07 FEBRERO

DÍAS FACTURADOS: 28

CONSUMO MES (28 DÍAS)

¿Quieres conocer el detalle de tu lectura de tu medidor y tu consumo?

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA KW:	5.00
RUTA:	
RUTA REPARTO:	
RUTA LECTURA:	
MARCHA DE FACTURA:	
LECTOGRAFO:	
MEDIDOR ID:	

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 9 115 115	115 Opción	

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios Actuales de Pago

Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Dentro

Centros de Servicio

Canales Digitales

Almacenes de Cadena

Puntos de Atención Abiertos

Fecha de generación:

Redeban

FEB 19 2025 14:32:13 RRNES 9.90

CORRESPONSAL
BANCOLOMBIA
CADE LA GAITANA
TV 126 133 32 BOGOTA

RECAUDO

VALOR $ 642.960

Bancolombia es responsable por los servicios prestados por el CB. El CB no puede prestar servicios financieros por su cuenta. Verifique que la información en este documento esté correcta. Para reclamos comuníquese al 6180007 2345. Conserve esta tirilla como soporte.

*** COMERCIO ***

PAGO OPORTUNO
21 FEB /2025

$45.030

$642.960

1317626-4

10 MAR /2025

SUBTOTAL $109.657

enelx

$109.656

TOTAL A PAGAR $487.476

ASEO

AREA 1 ZONA DISTRITO CAPITAL SAS ESP

... 5

901146434-9

ASEO - SERVICIO PERIFERICAL	$ 39.960
ASEO - SUBSIDIO PRESTACIONAL	$ -20.550
ASEO - AJUSTE A LA DECENA (DEB)	$ -0

TOTAL ASEO $45.630

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

ASEO	$ 45.630
LIMPIEZA URBANA	$ 0.0010053520
RESIDUOS DEL APROVECHAMIENTO	$ 0.00001825
DESCANSO APROVECHADAS	$ 0.0003781
APORTE NO RELEVANTE SUBSIDIO	0.25
APORTE NO RELEVANTE SUBSIDIO	0.00

NÚMERO DE CUENTE
1317626-4

Documento Equivalente Electrónico No.
342105162 2

PAGO OPORTUNO
21 FEB /2025

TOTAL A PAGAR
$642.960

HISTORIA CLÍNICA

HC: 9918-2

MEDICINA: 990000013803013

FECHA: 3 Abril 25

LUGAR DE LA CONSULTA:

TIPO DE SERVICIO: CUC ___ HDC ___ U.C. ___ TELEMED. ___ DOMICILIARIA X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Milú

COLOR: Beige.

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Pug EDAD: 1 año PESO: 6,5 KG RAZA DE MANERA ESPECIAL: SI ___ NO X

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

ASERTIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___ OTRO: ___

EVALUACIÓN DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

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

ORIGEN: HUERFANO ___ RESCATADO X COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TUTOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Mayer Leidy Sarmiento

DIRECCIÓN: KR KIC 13875 COA 01

TELÉFONO: 3213991864

CÉDULA: 1019109900

EDAD: 23

VECINDAD/PARA: Colombiano

CORREO ELECTRÓNICO: 3213991864@SMOOTH.COM

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller.

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA X ARRIENDO ___ FAMILIAR ___

TIENE MASCOTA DISCAPACITADA: SI ___ NO X CUAL: ___

BARRIO: Lisboa

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

APTO PARA CIRUGÍA: SI X NO ___

ULT. CELO: Enero 25

ULT. DESPARASITACIÓN: No Reporta

ULT. VACUNACIÓN: MOVIL: ___ CANINOS: RABIA: ___ TRIPLE: ___ PENTAVALENTE: ___

FELINOS: TRIPLE FELINA: ___ LEUCEMIA: ___ PARA INFLUENZA Y BORDETELLA: ___

FECHA: Enero 25

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS PATOLÓGICOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: (I) II III IV V VI

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PRE-QUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 119 l/m F. RESPIRATORIA: 33 r/m TEMPERATURA: 38,2 °C TLLC: 1 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.325 mL	2 mg/Kg IM
	KETAMINA	0.65 ml	5 mg/Kg IV ☒ 10 mg/Kg IM ☐
	MIDAZOLAM	1.3 ml	0.3 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	2.275 ml	2 mg/Kg IV
PLAN ANALGÉSICO	PENICILINA G.S.A.	0.455 ml	17.000 UI/Kg IM
	MELOXICAM	0.065 ml	0.2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cónyuge y/o Acudiente) legal de la Paciente descrita en esta consulta de hoy he recibido la información suficiente sobre el procedimiento quirúrgico propuesto, incluyendo los riesgos relacionados con la Cirugía, Anestesia y Hospitalización, y autorizo de manera libre y voluntaria la: ACEPTACIÓN X RECHAZO ___ para la realización del procedimiento quirúrgico mencionado anteriormente.

NOMBRE Y CC DEL MVZ ANESTESIÓLOGO: TARJETA PROFESIONAL: FIRMA:

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO: TARJETA PROFESIONAL: FIRMA:

	[illegible]	[illegible] SEDA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía que al cual será sometido/a mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son: paro respiratorio, arritmias, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones anestésicas a incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y sus ventajas frente a posibles situaciones. Se explica además que durante la implantación del microchip pueden generarse riesgos o reacciones adversas que se pueden extender desde la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el momento del uso posterior de lectores, falsos, lesión, aplicación de antipulgas, baños, vacunas y otras situaciones que irriten y contaminen la zona, durante 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, finalmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y ACEPTO _X__ o RECHAZO _____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Así mismo manifiesto que he sido explicado y entendido todos los riesgos que pueden presentarse en el pre-quirúrgicos, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía sin derecho a contravención alguna; exonerando de toda responsabilidad a Empresas Sociales y equipo médico que realice el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja. Luego de dada información, he comprendido y aceptado.

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

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

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 le puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, exonerando a la Alcaldía local de Suba, Empresas Sociales y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor: Mayer Leidy Sarmiento	Tipo de Identificación: 1.019.109.900

Yo, _____ identificado/a con C.C. No. _____ En pleno y normales uso de mis facultades mentales, me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía SALVO:

Nombre del Responsable/Tenedor: Abu. Identificación:	Firma:

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Salon Comunal Gaitana | FECHA: 21-04-25 | HORA: 10 am

OBSERVACIONES:

Se le explica al tenedor responsable los riesgos anestésicos y quirúrgicos del animal, debido a la condición de su mascota

Mayer Leidy Sarmiento
1.019.109.900

Andrea Quiroga
Médico Veterinario
T.P. 34859

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.019.109.900**
SARMIENTO
APELLIDOS
MAYER LEIDY
NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **19-JUL-1995**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.54 ESTATURA **O+** G.S. RH **F** SEXO
26-JUL-2013 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-1500150-01360815-F-1019109900-20220609 0117592080A 4 0509340518

tu factura en formato digital

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

Comunica:

Evita fraudes en línea al pagar tu factura.
Ingresa siempre digitando:

www.grupovanti.com

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

Redeban — Bancolombia — BBVA — Nequi — dale!

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

Puntos Presenciales

Corresponsal Banco BBVA
Corresponsales Banco Davivienda
Grandes Superficies

*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: **01 8000 919 052** Móvil: **164**

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

Y. Z4.0000

¡Hola!

vanti

Más formas de avanzar

Vanti S.A. ESP.

LAURA MARIA SARMIENTO
KR 51C 128-75 CDA D1 LISBOA
BOGOTA

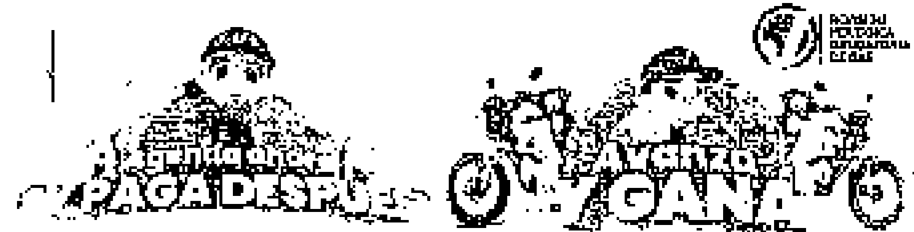
Medidor Gas No. 00952020000000696

Lote: P17GN Ruta: 00117707327000000 Código del Sector: P80

Cuenta o referencia de pago **63506026**

vanti *Listo*

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:



Si tu Revisión Periódica Obligatoria de Gas se vence entre julio y diciembre de 2025

Si te certificas en el mes de abril, mayo o junio.

Escanea el código QR para agendar tu Revisión

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4564

Mi Vanti en línea

Marzo 2025

Cuenta o referencia de pago 63506026

vanti

Fechas importantes

1 — 2 — 3 — 4

1 Pago oportuno	2 Fecha de suspensión	3 Periodo facturado	4 Toma de la lectura
10 Abr. 2025	1 Abr. 2026	Feb. - Mar. 2025	26 Mar. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario ($)	IVA (C)	Subtotal B=(A*D)+C
CONS. CON SUBSIDIO	1540	30.000,11	0,00	47.926,95
AHORRO SUBSIDIO (41%)	1,00	-19.582,41	0,00	-19.582,41
AJUSTE DECENA	1,00	2,52	0,00	2,52
INTERESES FISANCIACIONES - NO GRA	1,00	4.730,09	0,00	4.730,09

1 — Total $33.088,61

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota Nº	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A+B
0,8700 % DE CRED Nuevo Interno SAT	48/48	30.943,39	4.730,09	35.943,39

2 — Total $39.943,39

3 — Valor facturas vencidas

$0,00

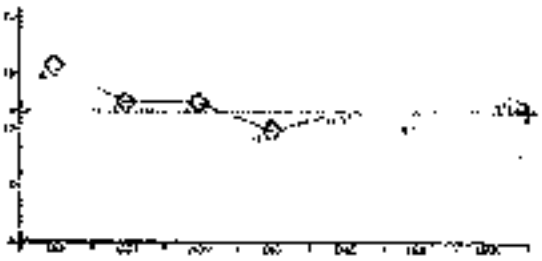
Total a pagar 1+2+3

$73.010,00

Pago por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial. Estrato Cero. Días de consumo 29

Fecha	Lectura	Tipo
27 Feb. 2025	000	REAL
26 Mar. 2025	006	REAL

m³ consumidos 000 - 000 * Factor de corrección x 15

Tu próxima lectura será Entre 20 y el 24 de Abril

Novedades de tu factura

Clave 2021.51

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $70.256

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Ene. 2026

La revisión de la instalación interna en la propiedad debe ser realizada por un instalador, empresa contratista o de mantenimiento registrado ante el Organismo Nacional de Normalización, de acuerdo con lo establecido en la Resolución 0057 de 2021, 0135 de 2021

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $2820.

Dic. $2352 Ene. $2400 Feb. $2371

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

Componentes tarifarios

Cv: 1.251,63 Pr: 438,67 Gm: 0,00 Gr: 0,00

Pc: 0,0175 Cm: 0,0 Dtm: 0,0 Com: 0,0

Com: 0,0 Restg: 42,73 Otros: 0,0 Depósito: 0,0

Tarifa de consumo en m³ en que aplicará: 1.251,63

Tarifa del periodo anterior en m³: $1.600,00

Factor de corrección

Vm: 20 Cc: 0,75000 Gc: 1,00000 Pc: 0,77000

Vm: 15 Tm: 14,0° Pr: 15,00 Fc: 1,07000

Pm: 0,750 Pr: 0,000 Pcorr: 0,0

Factor de corrección: 0,77000

Indicadores de calidad

IRST: 10,0 CSS: 0,0 ID: 0,00 IPC: 0,00





(415)7709999620025(8020)035000285(3900)0000000075010

HISTORIA CLÍNICA
HC-998-0

FECHA: 3-04-25

LUGAR DE EXPOSICIÓN:

TIPO DE TOMADOR: CAC ___ RUC ___ CES ___ RIEPAS ___ CIUDADANO X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Sasha

COLOR: Negro

ESPECIE CANINA X FELINA ___ SEXO HEMBRA X MACHO ___ RAZA Mestizo EDAD 1año PESO 29,8kg RAZA DE USO ESPECIAL SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA AGRESIVIDAD DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___ OTRO: ___

EVIDENCIA DE ABANDONO MALTRATO SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: BARF ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___

ORIGEN: H/MA ___ PASAJADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO X REGALADO ___ PERRO DE CASERÍA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jorge Enrique Rodriguez Parra

DIRECCIÓN: CL 134C 114 ST 01

TELEFONO: 3143872868

CEDULA: 19422476

EDAD: 43

PROCEDENCIA: Colombiana

CORREO ELECTRONICO: 3143872868@sincorreo.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRENDO ___ FAMILIAR X

TIENE MASCOTA ACTUALMENTE: SI ___ NO X ¿Cuál?

BARRIO: Puerta del Sol

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

APTO PARA CIRUGIA: X SI ___ NO

ULT. CELO: Agos 24

ULT. DESPARASITACIÓN: N.R

ULT. VACUNACIÓN: X CANINO PARVO: ___ TRIPLE FELINA: ___ ANTIRRABICA: ___ TRIPLE: ___ PENTAVALENTE: ___ LEUCEMIA: ___ PANLEUCOPENIA Y RINOTRAQUEITIS: ___ RABIA: ___

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: (I) II III IV V VI

CONDICIÓN CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 116 x/m F. RESPIRATORIA: 31 x/m TEMPERATURA: 38,7 °C TLLC: 1 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

CASO DE PREMEDICACIÓN	MEDICACIÓN		DOSIS OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1.639 ml	1 mg/Kg IM
	KETASCINA	2.98 ml	5 mg/kg IV X 10 mg/Kg IM ___
	BUTORGESIC	5.96 ml	0,2 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	10.43 ml	2 mg/Kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G.S.A.	2.086 ml	17.000 UI/Kg IM
	MELOXICAM	0.298 ml	0,2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo) suscribo este documento como constancia de haber brindado al propietario o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y anestésico a realizar, riesgos relacionados con la Cirugía/Intervención/Procedimiento/Anestesia/Sedación. Los cuales he explicado de manera clara y veraz a los mismos. ACEPTACIÓN X RECHAZO ___, con base en lo cual doy el consentimiento para la cirugía/procedimiento anestésico.

NOMBRES, APELLIDOS Y FIRMA DEL MV CIRUJANO: Andres Quiroga.
TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario TP. 34839

FIRMA

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: Yennifer Gutiérrez Romesque
TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33389

FIRMA

46

	[illegible]	[illegible]

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información ofrecida del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía el cual será ejecutado en animal de compañía. Declaro que al suscribir la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son: paros cardiorrespiratorios, arritmias, hemorragias, fracturas, infecciones, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de esterilización del mismo y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la intubación del paciente puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de inyección, y se mantiene la complicación en el punto de punción, además de posible infección evidenciada por el uso parcial de elementos, jabones, talcos, aplicación de antisépticos, barbas secas y otras circunstancias que fortuitas y contaminantes a la cirugía, demás declaro estar preparado ante la complicación.

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

Además soy consciente y ACEPTO _X__ o RECHAZO _____ la declaración realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entendido, todos los riesgos que pueden presentarse durante el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y el derecho a reclamación alguna, eximiendo de toda responsabilidad a Impecos sas y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen otras circunstancias, 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, las preguntas son plenamente 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/o Zootecnista a realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POSTOPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de prevención y cuidados que sean necesarias para evitar complicaciones en el bienestar de mi compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía, después de la intervención asumo cualquier y todo riesgo que surja por, presentar por negligencia o impericia en la manipulación que mi animal de compañía, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impecos sas y al equipo Médico Veterinario practicante de cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Propietario/Tenedor:	Nro de Identificación:
Jorge Rodriguez	19422476

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Salón Comunal Gaitana | FECHA: 21-04-25 | HORA: 10 am

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 19.422.476

RODRIGUEZ PARRA

APELLIDOS

JORGE ENRIQUE

NOMBRES

Jorge E Rodriguez

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 05-ENE-1956

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 | O+ | M

ESTATURA | G.S. RH | SEXO

30-MAR-1979 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
[illegible]

A-1500150-00250390-M-0019422476-20100910 0023406127A 1 3508575J

¡Hola!

MYRIAM TIBANA
[redacted]
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5071[redacted]

Lote: P13CN Ruta: 011500076450335010 Código del Sector: 350

Cuenta o referencia de pago 60791583

vanti

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: $ 4.800.000



Si tu Revisión Periódica Obligatoria de Gas se vence entre julio y diciembre de 2025



Si te certificas [redacted] mes de abril, mayo o junio,

Escanea el código QR para agendar tu Revisión

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

Atención telefónica
Lunes a viernes 7 a.m. a 5 p.m.
Sábado 7 a.m. a 1 p.m.

Línea gratuita 01 8000 942 784
Bogotá (601) 307 8121
Sucursal Medellín (604) 385 4755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 415 4101

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

C1 5047 E

Marzo 2025

0791583

Vanti

ORDEN DE SERVICIO

Para consultas, peticiones, quejas o reclamos comuníquese con nosotros a través de nuestros canales de atención.

Para recibir notificaciones electrónicas de su factura, envíe un correo a facturacion@vanti.com.co

3 Periodo Facturado Feb. - Mar. 2025

4 Emisión de tu factura 18 Mar. 2026

Concepto	Valor anterior ($)	Valor actual ($)	IVA ($)	Subtotal ($)
MENOR CONSUMO (81%)	9.155,11	0,00		47.026,66
AJUSTE DECENA	-19.062,41	0,00		-19.532,41
SEGURIDAD TERCEROS Cobertura Plenos	-2,34	0,00		-2,34
Vanti Más Gas I	20.068,00	0,00		20.016,00
	10.078,15	1.971,85		12.350,00

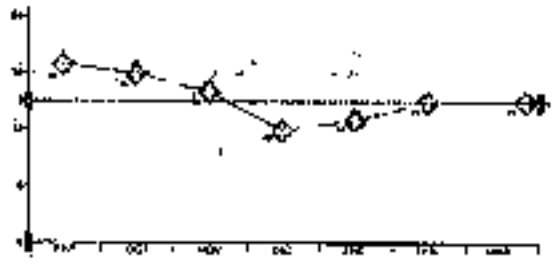
(3) Total $60.700,00

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota Nº	Capital	Interés	Subtotal Cuota

(3) Total $0,00

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial Estrato/Cat. Dos Clase de consumo 28

Fecha	Lectura	Tipo
16 Feb. 2025	8911	REAL
15 Mar. 2025	8930	REAL

m³ consumidos 8930 - 8911 Factor de corrección 15

Tu próxima lectura será

Entre 12 y el 17 de Abril

Novedades de tu factura

Saldo $308.51

Después de la fecha de pago oportuno, se calcularán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $70.294

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

27 Feb. 2027

Agenda tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas usado para su factura es de $2026.

Dic. 32352 Ene. 32480 Feb. 32317

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

Componentes tarifarios

Comercialización	Trn. 32697	Dist. 821,22	Cm 3 E
AT 78 %	Comp. 3,0	Restr. 0,0	Com. 5,6
Comp. 0,0	Gas ac 42,475	Liq. 5,6	Opcional 0,0

Ajuste Tarifario en vigencia regulación 177

Componentes aplicados establecidos en $158,68

Factor de corrección

Vm 18	Kc 0,71667	Pc	0,9929	Fc	0,71213
Vc 15	Tm 14,58	Ic	12,88	Pc	1,01000
Zm 0,81	Kz 0,8254	Pb/pc 1,0			

Factor de corrección 0,7213

Indicadores de calidad

PNV. 1313 DES 0,0 KC 0,000 IRM 100,0

Valor facturas vencidas

$0,00

Total a pagar $60.700,00

Pague por:

Escanee el código QR

(415)7709998020035(9020)5076 (8020)0900(8003)0000000CCE0700

Factura No. FVS3222105A

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ
SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL, GESTIÓN Y PAZ
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CENTROS ESTACIONARIOS

HISTORIA CLÍNICA: HC-939-E 5

MICROCHIP: 990000013803003

FECHA: 3 abril 25

LUGAR DE LA JORNADA:

TIPO DE REMISIÓN: IDPC SDS HELPAS COMUNIDAD

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: CISSA

COLOR: Blanco Negro

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Shih tzu EDAD: 4 años PESO: 5,3 kg RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

¿PRESENTA ALGUNA CONDICIÓN QUE AFECTE EL COMPORTAMIENTO? SI ___ NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___
OTRO: ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: BASE: CASERO ___ CONCENTRADO ___ MIXTO X OTRO: ___

CLASE DE ANIMAL: CALLEJERO ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO X PUESTO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Laura Vanessa Peña Quiroga

DIRECCIÓN: CL 129A No 124 74 AP 100

LOCALIDAD: 3208741939

CÉDULA: 1233 691916

EDAD: ___ X

NACIONALIDAD: Colombiana

CORREO ELECTRÓNICO: laurabons1998@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: profesional

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA X ARRENDO ___ FAMILIAR ___

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X ¿CUÁL?

BARRIO: Tibabuyes

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71

3. EXAMEN

Buen estado de salud

APTO PARA CIRUGÍA: SI X NO ___

ULT. CELO: DIC 24

ULT. DESPARASITACIÓN: Enero 2025

ULT. VACUNACIÓN: MOQUILLO X CANINOS PARVO: HERPESVIRUS: TRIPLE: PENTAVALENTE/HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: LEUCEMIA: RABIA:

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE LA ANESTESIA ANTERIOR: SI ___ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CAVIDAD ABDOMINAL: (L) D B M V VE C

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PRECQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 114 l/m

F. RESPIRATORIA: 32 r/m

TEMPERATURA: 38,4 °C

TLLC | MM | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE MEDICAMENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,291 ml	1 mg/Kg IM
	KETAMINA	0,53 ml	5 mg/Kg IV ☒ 10 mg/Kg IM ☐
	MIDAZOLAM	1,06 ml	0,1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1,855 ml	2 mg/Kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G.S.A.	0,371 ml	17.000 UI/Kg SM
	METACAM	0,053 ml	0,2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo) suscribo en Consentimiento como constancia de haber brindado la información necesaria, la información completa sobre el procedimiento quirúrgico a realizarle en los riesgos relacionados con la Cirugía Ginecológica (ovariohisterectomía) Orquiectomía, además de la posibilidad de Muerte Súbita y voluntariamente ACEPTACIÓN X RECHAZO ___ para la realización del procedimiento quirúrgico propuesto.

NOMBRE(S) DEL(OS) SUPERVISOR(ES): TARJETA PROFESIONAL

Andres Quiroga
Médico Veterinario
TP. 34839

FIRMA

NOMBRE DEL ANESTESIÓLOGO: TARJETA PROFESIONAL

Yennifer Gutiérrez Namesque
Medico Veterinario - Zootecnista.
TP. 38355

FIRMA

Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

Estando en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será intervenido mi animal de compañía. Declaro que al momento de la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paro respiratorio o cardiaco, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y concisa la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se acata 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 la manifiesta en una inflamación en el punto de punción, además de posible infección evidenciada por el dolor posterior, dehiscencia, laboriosa, tejidos, aplicación de antibiótico, baños secos y otros tratamientos que irriten y/o 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 realización de exámenes paraclínicos a mi animal de compañía (Pre-cirugía NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entendido todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esta razón asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y el derecho a reclamación de alguna manera de toda responsabilidad a terceros sea y al equipo médico que realice el procedimiento. También entiendo que existen algunos riesgos inherentes, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual ha sido informado, he comprendido y aceptado.

En consecuencia, he dado una información veraz y completa respecto 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 propietario 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 POSTQUIRÚRGICOS
Me comprometo a seguir juiciosamente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y asepsia 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, eximiendo a la Alcaldía Local de Suba, Fundación y el equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda surgir

Firma del Propietario y/o Tenedor: [signature]

Cédula de Identificación: 1233041916

Yo, _____ identificado con CC. No. _____ de manera libre y voluntaria en pleno uso de mis facultades mentales, me RETRACTO de la realización de la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización) de mi animal de compañía.
RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor: _____ Firma: _____

Nro. Identificación: _____

ORDEN DE ATENCIÓN DE PUNTOS

LUGAR: Salón Comunal Gaitana | FECHA: 21-04-23 | HORA: 10 am

OBSERVACIONES:

Se le explica al tenedor responsable los riesgos quirúrgicos y anestésicos del animal, debido a la corrección de su raza

[signature]

1233041916

Andrés Quiroga
Médico Veterinario
TP 34839

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.233.691.916**

PEÑA QUIROGA

APELLIDOS

LAURA VANESSA

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **25-SEP-1998**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

05-OCT-2016 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

ÍNDICE DERECHO

P-1500150-00060045-F-1233691916-20161125 0052305197A 1 46500377

Enel Bogotá

1849583-9

GLORIA QUIROGA QUITIAN

Entiende tu factura de energía



Activa

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

PUNTOS DE ATENCIÓN AGENTE

HISTORIA CLÍNICA
HC-001-E.S.

NÚMERO: 990000013803014

FECHA: 3-04-25

CÓDIGO: ESP-4

LUGAR DE LA CIRUGÍA:

TIPO DE TERCERO: CNC__ PEC__ OFI__ PEDAG__ COMUNITARIO X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Gamara

COLOR: Caramelo

CANINO: X FELINO__ SEXO: HEMBRA X MACHO__

RAZA: Mestizo

EDAD: 1año

PESO: 18,8Kg

RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIONES COMPORTAMIENTO: SI__ NO X

AGRESIVIDAD: MIEDO: NINGUNO: OTRO:

EVIDENCIA DE MALTRATO: SI__ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: CASERO__ CONCENTRADO X MIXTO__ OTRO:

ORIGEN: INSITU__ RESCATADO X COMPRADO__ ADOPTADO__ DESALOJADO__ EL BARRIO CUADRA__ OTRO:

2. DATOS DEL TENEDOR RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Diego fernando Hayuce Roberto

DIRECCIÓN: KR 123 No 130C 28 BG 32 IN 2 AP 103

TELÉFONO: 3228302491

CÉDULA: 80830036

EXPEDIDA: Bta

NACIONALIDAD: colombiano

CORREO ELECTRÓNICO: dfhr1406@yahoo.es

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller

PROPIEDAD VIVIENDA: PROPIA X ARRIENDO__ FAMILIAR__

TIENE MASCOTA ACTUALMENTE: SI__ NO X CUÁL

BARRIO: Mera Tibabuyes

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

APTO PARA CIRUGÍA: X SI NO

ÚLT. CELO: Dic 25

ÚLT. DESPARASITACIÓN: Marzo 25

ÚLT. VACUNACIÓN: RABIA X CANINO FELINO

TRIPLE FELINA: / TRIVALENTE: / LEUCEMIA: / TRIPLE: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / RABIA: /

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI__ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

PRESENTACIÓN DEL PX: (I) E. M. IV V. U. F.

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PRE QUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 116 x/m

F. RESPIRATORIA: 32 x/m

TEMPERATURA: 38,5 °C

TRC: 1 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1.034 mL	2 mg/Kg IM
	KETAMINA	1.88 mL	5 mg/Kg IV ☒ 10 mg/Kg IM ☐
	MIDAZOLAM	3.76 mL	0,1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	6.58 mL	2 mg/Kg IV
PDS OPERATORIO	PENICILINA G.S.A.	1.316 mL	17.000 UI/Kg IM
	MELOXICAM	0.188 mL	0,2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), notifico que el documento como constancia de haber realizado el procedimiento anestésico y/o quirúrgico descrito en los datos relacionados con la Historia clínica veterinaria, y que he suministrado la información solicitada de manera clara y veraz. ACEPTACIÓN: X

RECHAZO: para la realización del procedimiento anestésico y/o quirúrgico descrito.

NOMBRE(S) DEL(OS) MVZ CIRUJANO: Andres Gonzalez
TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario TP. 34839

FIRMA:

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO: Yennifer Gutiérrez Nomesque
TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33356

FIRMA:

	[illegible] ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA [illegible] CONSENTIMIENTO INFORMADO CPS-[illegible]	[illegible]

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

Empleado y comprometo de mis facultades mentales, manifiesto que he leído y entendido la información relativa del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será intervenido mi animal de compañía. Declaro que el suscripto he explicado, entiendo que pueden presentarse ocasionalmente la cirugía como son pero no limitadas a: candidiasis, hemorragias, reacciones anestésicas, complicaciones neurológicas e inclusive la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y las acciones y 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, pero que también como inflamación en el punto de perfusión, además de posible infección en el desarrollo de los procedimientos de lesiones, abscesos, tejidos, aplicación de antiplagas, todos estos y otras urgencias que limiten y contengan la zona, dentro de las dos posteriores a la implantación.

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

Además, yo [illegible] consiento y ACEPTO _X_ o RECHAZO _____ la descripción/realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y 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 acompañantes algunos, exonerando de toda responsabilidad al empresario y al equipo médico que realice el procedimiento. 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 precisa 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 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 POSTOPERATORIO

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

Como tenedor responsable del cuidado de mi animal de compañía, asumo todos los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Instituto Distrital de Protección y Bienestar Animal o prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Propietario/Tenedor: 80.850.036

Yo, _____ identificado con CC. No _____. En plena y entera facultad de mis facultades mentales, me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica de esterilización/castración / Ovariohisterectomía (esterilización) castración) de mi animal de compañía.
RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor: NIO. Identificación	Firma:

8. CITA PREPROCEDIMIENTOS

CLÍNICA: Salón Comunal Santana | FECHA: 21-04-25 | HORA: 10 a.m

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 80850036

HAYURE ROBERTO
APELLIDOS

DIEGO FERNANDO
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 27-JUN-1984
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA | O+ G.S. RH. | M SEXO

09-JUL-2002 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
VER DUQUE escobar



P-1500102-42107792-M-0080850036-20021030 059102302A 01 1150(2030

enel Bogotá

0564336-2

AS P L YIV POP S BDL

$12.000.000

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

PUNTOS DE ATENCIÓN APOYO

HISTORIA CLÍNICA INTEGRADA DE ATENCIÓN VETERINARIA

990000013803016

Abril 25

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Candy

COLOR: Beige

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: mestizo EDAD: 1 año PESO: 19,2 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VACUNACIÓN PRESENTÓ ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X

AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___ OTRO: ___

ANTECEDENTE DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: CASERA ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___

ORIGEN: NACIDO ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO X PERRO DE GUARDA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria Angelica Mahecha Ramirez

DIRECCIÓN: CL 190D Bis No. 124 95 P.3

TELÉFONO: 3224829506

CÉDULA: 1000465968

EDAD: ___ M ___ F X

PROCEDENCIA: Colombiana

CORREO ELECTRÓNICO: Angelito968ramirez@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Tecnico

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRENDADA X FAMILIAR ___

FORMA ACTIVA OCUPACIONAL: SI ___ NO X cual?

BARRIO: Tibabuyes

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ANTIPARA CIRUGÍA: ESN CLÍNICO

ULT. CELO: OCT 25/24

ULT. DESPARASITACIÓN: marzo 2025

ULT. VACUNACIÓN: M/M/A: ___ CANINOS RABIA: ___

PRÓXIMO CELO: ___

VENCIMIENTO: 26 feb 2025

TRIPLE: ___ PENTAVALENTE: ___

PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: ___

RABIA: ___

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD ANAMNÉSTICA: SI ___ NO X

SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: (I) II III IV V VI E

CONDICIÓN CORPORAL: /9

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS Y FARMACOLÓGICAS

F. CARDIACA: 111 l/m

F. RESPIRATORIA: 35 r/m

TEMPERATURA: 38,3 °C

TLC: 1 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/VÍA/Volumen
PREANESTESIA	ATROPINA	1.056 cc	0,2 mg/Kg IM
	KETAMINA	1.92 ml	1 mg/Kg IV ☒ 10 mg/Kg IM ☐
	MIDAZOLAM	3.84 ml	0,1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTESICO	PROPOFOL	6.72 ml	2 mg/Kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G.S.A.	1.344 ml	40.000 UI/Kg IM
	MELOXICAM	0.192 ml	0,2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de [Propietario/a/Arrendatario/a], autorizo mediante el presente documento consentimiento informado, toda información suministrada al veterinario/a tratante. He recibido información completa sobre el procedimiento quirúrgico y conozco los riesgos relacionados con la [Castración/Ovariohisterectomía/Criptorquidia/Esterilización/Laparotomía exploratoria], que he manifestado de manera libre y voluntaria. ACEPTACIÓN X RECHAZO ___ para la realización de lo relacionado con el procedimiento anteriormente descrito.

NOMBRE(S) DEL(OS) MV CIRUJANO(S): Andrea Quiroga

TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario TP. 34839

FIRMA:

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: Yennifer Gutiérrez Romesque

TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358

FIRMA:

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y mental uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el animal arriba identificado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son, pero no exclusivamente: sangrados, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas y hasta la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y conozco 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, que mas frecuente como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el sitio por mal uso posterior de lesiones, jabones, talcos, aplicación de antibióticos, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la misma, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera estoy de acuerdo al momento de realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, le estoy autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Acerca soy consciente y ACEPTO _X__ o RECHAZO _____ la declinación realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entendido, todos los riesgo que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía sin derecho a reclamación alguna, exonerando de toda responsabilidad a Impecos sas y al equipo médico que realice el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, la cual fue debidamente informada, he comprendido y acepto de.

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 todas las recomendaciones y normas: las medidas de precaución y cuidados que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como dueño y responsable del cuidado de mi animal de compañía, después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia e imprevisión en la manipulación con mi animal de compañía, asumiendo ante la Alcaldía Mayor de Tulua, Impecos sas y el equipo Médico Veterinario la prestación del servicio que cualquier que de ello que pueda subir,

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Maria Valencia	1000465969

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

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

8. CITA DE ENTREGA DE PUNTOS

LUGAR: Salon Comunal Gaitana FECHA: 21-04-25 HORA: 10 am

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.000.465.968
MAHECHA RAMIREZ
APELLIDOS
MARIA ANGELICA
NOMBRE

Angelica Mahecha
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 28-JUN-2000
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.51
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

16-JUL-2018 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-<COL<MAHECHA<RAMIREZ<<MARIA<ANGELICA<<<<<<<<<<<<
0082029685A1 1495053175

enel Bogotá

3775455-9

SALVADOR LINARES RODRIGUEZ





INFORMACIÓN DE LA CUENTA



PAGO OPORTUNO
21 MAR /2025

FECHA DE EXPEDICIÓN C
21 MAR/2025

3773455-9

08 ABR /2025

Tipo de Lectura: Real

Situación consignada: Normal

SUBTOTAL $20.480

$28.496

$10.000

AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL SAS ESP

3311404434-9

7CDE892A

3454835104

$20.064,97

$182.851,36

$23.240

$68.020

NÚMERO DE CLIENTE
3773455-9

PAGO OPORTUNO
21 MAR /2025

TOTAL A PAGAR
$68.020

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTUDIO DUEÑOS CANINOS Y FELINOS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO No. 537

Bogotá D.C. SUBA

HISTORIA CLÍNICA
HC-PPR-7-11

MICROCHIP: 900000013803008

FECHA: 3 Abril 25

CONSULTA 1ra-A

LUGAR DE LA ATENCIÓN:

TIPO DE REMISIÓN: C-HC ___ RHC ___ CES ___ RHUES ___ CONTINUIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Canela

COLOR: Café

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___

RAZA: Mestizo

EDAD: 1 año

PESO: 16,3 KG

RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

TEMPERAMENTO: VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X

AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___ OTRO ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: NATURAL ___ CASERO ___ CONCENTRADO ___ MIXTO X OTRO ___

ORIGEN: NACIDO ___ RESCATADO X COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERRO DE CLASE ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Gabriel Fernando Acosta Hernandez

DIRECCIÓN: KR 125 No 136A 33

TELÉFONO: 3118037039

CÉDULA: 1032411327

SEXO: M

LOCALIDAD: Colombia

CORREO ELECTRÓNICO: Gabriel_acosta2004@hotmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO X FAMILIAR ___

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X ¿CUÁL?

BARRIO: La Gaitana

ESTRATO: 2

RELACIÓN CON EL PACIENTE:

UPZ: 71.

3. EXAMEN FÍSICO

Buen estado de salud

ANTIPARA CÓRNEA: SI ☐ NO ☐

ESTADO REPRODUCTIVO: Reproductivo

ÚLT. DESPARASITACIÓN: NO Reporta

ÚLT. VACUNACIÓN: RABIA ___ CANINO ___ PARVO ___ TRIPLE FELINO: ___ TRIPLE FELINA: ___ LEUCEMIA: ___ TRIPLE FELINA: ___ RABIA: Marzo 25

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN RSA: A ☐ B ☐ C ☐ D ☒ E ☐

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

4. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDÍACA: 117 Lpm

F. RESPIRATORIA: 34 rpm

TEMPERATURA: 38,5 °C

TLLC: 1 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

5. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,895 ml	1 mg/Kg IM
	BETAMIDA	1,63 ml	5 mg/Kg IV ☒ 10 mg/Kg IM ☐
	MIDAZOLAM	3,26 ml	0,1 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	5,305 ml	1 mg/Kg IV
POST OPERATORIO	BENADRYL O.T.A.	1,141 ml	12000 UI/Kg IM
	MELOXICAM	0,163 ml	0,2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

Con la firma del (la) propietario (a) tenedor (a) responsable, acepta este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, la información relevante sobre el procedimiento clínico y específicamente los riesgos reflejados en esta Historia Clínica. Así mismo, acepta (o autoriza) el procedimiento. ACEPTACIÓN X RECHAZO ___ (escriba razón) Se le informó sobre el procedimiento pero no quiso autorizarlo

NOMBRE(S) Y DATOS DEL MV QUE ATIENDE: TARJETA PROFESIONAL

Andrea Quiroga
Médico Veterinario
TP. 34839

FIRMA

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: TARJETA PROFESIONAL

Yennifer Gutiérrez Hernesque
Médico Veterinario - Zootecnista
TP. 33258

FIRMA

	[illegible]	BOGOTÁ

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

Estando en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será sometido mi animal de compañía. Declaro que el suministro esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paro respiratorio o cardiaco, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y he aclarado 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 local punto de punzado, entre los de positiva inyección en el área por el uso posterior de factores, abscesos, tejidos, aplicación de antibióticos, baños secos y otras conductas que incluyan contaminación, dentro de los 5 días pertenecientes a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la esterilización 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 realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO hacen cobro al programa) Adicionalmente se me han explicado y entiendo 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; asimismo libro de toda responsabilidad a la profesional y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, la cual estoy informado, he comprendido y aceptado.

En conclusión, he dado con la información diligencias y cuestionario clínico de salud de mi animal de compañía, más importante hacerlo voluntaria y he leído y comprendido la información consignada en este documento

En calidad de tenedor 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.

Desde hoy, me responsable del cuidado de mi animal de compañía, después de la intervención asumo todos los gastos y daños que se puedan presentar por negligencia o imprudencia durante la permanencia con mi animal de compañía, especialmente la dejada (cepa de Sida, Tétanos para) al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Tipo de Identificación: 1012411327

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

Nombre del Responsable/Tenedor.	Fecha:
Nro. Identificación:	

ACTA DE REGISTRO DE PACIENTES

LUGAR: Salas Comunal Gaitana | FECHA: 21-04-25 | HORA: 10 am

OBSERVACIONES.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.032.411.327

ACOSTA HERNANDEZ
APELLIDOS

GABRIEL FERNANDO
NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 28-ABR-1988
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

17-MAY-2006 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL



P-1000110-45150303-M-1032411327-20060709 0490266187A 02 192060258

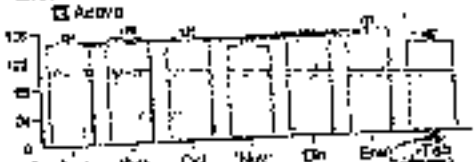
enel Bogotá

0749480-2

JOSE EUXINO GONZALEZ CUCHIVAGUEN

Entiende tu factura de energía

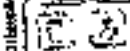


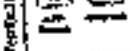


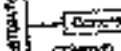
INFORMACIÓN DE LA CUENTA



















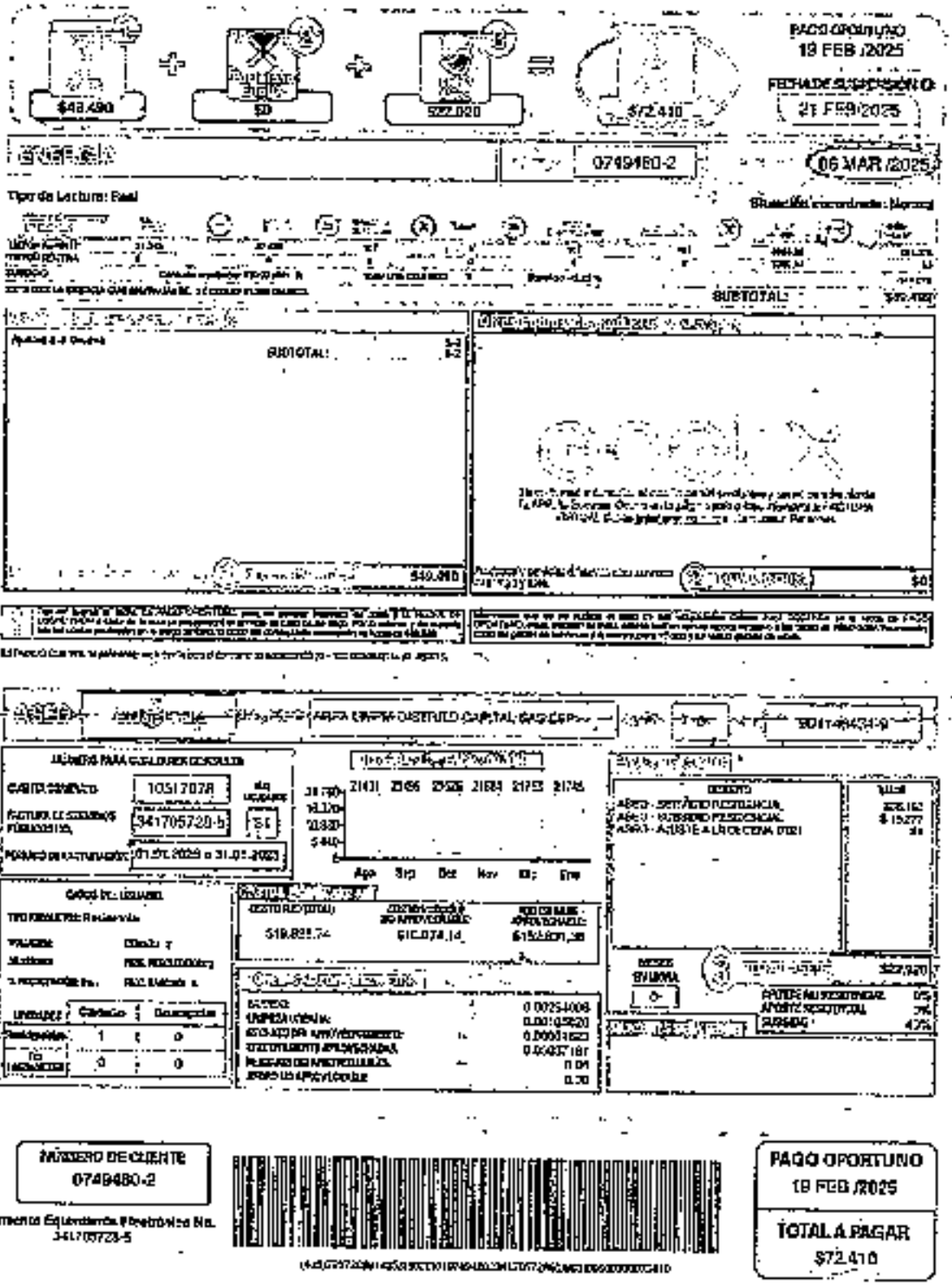











$48,490
$0
$22,020
$72,410
PAGO OPORTUNO
18 FEB /2025
FECHA DE SUSPENSIÓN O
21 FEB/2025
0749480-2
06 MAR /2025
SUBTOTAL
SUBTOTAL
$40,980
$0
10517078
341705720-5
01.01.2025 a 31.01.2025
$19,825.74
$72,410
NÚMERO DE CLIENTE
0749480-2
Documento Equivalente Electrónico No.
341705720-5
PAGO OPORTUNO
18 FEB /2025
TOTAL A PAGAR
$72,410

HISTORIA CLÍNICA
HC-9988-D

MICROCHIP
990000013885405

FECHA
3-04-25

CÓDIGO
D1-4

LUGAR DE LA JORNADA:

TIPO DE TENEDOR: CHC__ PEC__ CES__ RELIAS__ COMUNIDAD X

I. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Chumo

COLOR: Amarillo Negro

ESPECIE: CANINO X FELINO__ SEXO: HEMBRA X MACHO__ RAZA: Mestizo EDAD: 8 meses PESO: 21,3Kg RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X

¿DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN COMPORTAMIENTO? SI__ NO X
AGRESIVIDAD__ MIEDO__ ANSIEDAD__ OTRO:

ESTERILIZADO APARENTEMENTE/ALTERADO SI__ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: ACTUAL: CASERO__ CONCENTRADO X MIXTO__ CUAL?

ORIGEN: PROPIA__ RESCATADO X COMPRADO__ ADOPTADO__ REGALADO__ TENENCIA CUIDADO__ OTRO

II. DATOS DEL TENEDOR RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ana Mercedes Cubillos Becerra
DIRECCIÓN: KR 103A No. 156 C 33
TELÉFONO: 3165002583
CÉDULA: 52339437
EDAD: 35 X
RAZA/ETNIA:
CORREO ELECTRÓNICO: Colombiana.cubillosbecerra@hotmail.com
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller
TIPO DE VIVIENDA: PROPIA X ARRIENDO__ FAMILIAR__
TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI__ NO X CUÁL?
BARRIO: Villa Hermosa
ESTRATO: 2
LOCALIDAD: SUBA
UPZ: 71

III. ANTECEDENTES

Buen estado de Salud

APTO PARA CIRUGÍA: SI X NO

ÚLT. CELO: Mart 25
FECHA DESPARASITACIÓN: Feb 25
ÚLT. VACUNACIÓN: MOQUILLO: CANINOL RABIA
TRIPLE FELINA
TRIPLE: PENTAVALENTE:
PARVOVIRUS Y ECTOPARÁSITOS: Sep 25-24

IV. EXAMEN CLÍNICO

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

CLASIFICACIÓN ASA: I II III IV V VI
CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

V. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PRE-QUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 124 LPM
F. RESPIRATORIA: 33 R/M
TEMPERATURA: 38.6 °C
TLLC: 1 SEG
MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

VI. MEDICACIÓN

FASES DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	KETAMINA	1.375 mL	2 mg/Kg IM
	XILACRAMINA	2.13 ml	1 mg/Kg IV X 10 mg/Kg IM
	MIDAZOLAM	4.26 ml	0,1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	7.455 mL	2 mg/Kg IV
POST OPERATORIO	PENTAQUINA G.L.A.	1.491 mL	1/2000 Lt/Kg IM
	MELOXICAM	0.213 mL	0,2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cónyuge o Compañero(a) permanente) manifiesto en la presente que he sido informado(a) de manera clara y suficiente sobre el procedimiento quirúrgico y anestésico a realizar en mi mascota por parte del personal médico veterinario y auxiliares de la Clínica Veterinaria Móvil Unidad Veterinaria Móvil. Entiendo los riesgos inherentes a dicho procedimiento y voluntariamente ACEPTACIÓN X RECHAZO__ para la realización del procedimiento con mi mascota.

NOMBRE(S) Y APELLIDOS COMPLETOS: Andrés Quiroga
TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario TP 34839
FIRMA:

NOMBRE DEL MVA ANESTESIÓLOGO: Yennifer Gutiérrez Hernandez
TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33258
FIRMA:

	[illegible] CONSULTORIO CLÍNICA VETERINARIA Y TIENDA CONSENTIMIENTO ESTERILIZACIONES 2026 CAT, PERRO, GATA	VERSIÓN: 2 2026

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y he recibido información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será intervenido mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que puedan presentarse riesgos durante la cirugía como reacciones a medicamentos o cuidados, hemorragias, reacciones a anestesias, complicaciones respiratorias 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 he sido informado de los riesgos que se pueden presentar. Se me ha indicado que durante la implantación del mismo puede generar riesgos o reacciones adversas que pueden ocasionar en el momento de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por mismo poder de lesiones, abscesos, heridas, aparición de alergias, pelos secos y otras reacciones que irritan y comprometen 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 realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entendido todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por ello asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y de efectos adversos [illegible] de la anestesia y el equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen diferentes circunstancias, cuya probabilidad de presentación 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 a Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

Como responsable del cuidado de mi animal de compañía, después de la intervención asumo los riesgos y diferencias de posibles presentes por negligencia o impericia en la atención y cuidados con mi animal de compañía, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impremos y al equipo Médico Veterinario la prestación del servicio por cualquier clase de daño que pueda surgir.

Firma cuidador/responsable/Tenedor:	Nro de Identificación: 1-52.334437

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

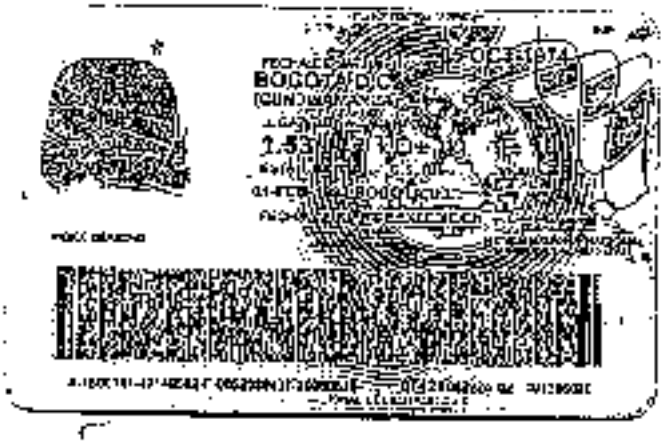
Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro Identificación:	

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Salón Comunal Gaitana | FECHA: 21-04-25 | HORA: 10 am

OBSERVACIONES:


REPUBLICA DE COLOMBIA
CUBILLOS BECERRA
NA MERCEDES


BOGOTA D.C.

POGOTA NCHT
Feb 10

enel | Bogotá

Para pagos y consultas, ingresa este número de cliente en...

2305847-8

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. [illegible]

CLIENTE

ELI PEREZ CERON
CRR 108 AN 156 C 33
BOGOTA, D.C - VILLA NAVARRA

1 PISO

Cl 70J 4710 / 117-21944

¿Prefieres la factura digital? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO

kWh Diario

Ago Sep Oct Nov Dic Ene Feb

PERÍODO FACTURADO: DE OCTUBRE A 27 FEBRERO

DÍAS FACTURADOS: 31

CONSUMO kWh: 378.0

CONSUMO DIARIO: 12.2 kWh

VALOR DIARIO: $ 3,567

Entiende tu factura de energía.

Aquí te ayudamos a entender cada uno de los conceptos de tu factura

Componentes de la factura

Consumo

Comercialización

Contribución

Conoce más en: enel.com.co/entiendetufactura

¿Has oído sobre el descuento de LEGISLADOS TU HOGAR y un mes gratis?

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO: Residencial
CONTRATO:
CARGA KW:
FACTURA:
FECHA EXPEDICIÓN:
FECHA VENCIMIENTO:
CONCEPTO DE LECTURA:
MEDIDOR NO.:
MEDIDOR NO.:

Información importante

Te informamos que a partir del [illegible] todos los dispositivos conectados a red, al [illegible] deberán cumplir la normatividad de [illegible] vigente sobre [illegible]

CALIDAD DEL SERVICIO

CONTÁCTANOS

Bogotá, Soacha y Cajicá Provincia: 601 5123 115

115 Bogotá

Información adicional

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios de Calidad de Pago

Billeteras Virtuales

Corresponsales Bancarios

Red física

Canales de Servicio

Aliados de Recaudo

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

Compara la calidad de nuestros servicios y conoce los descuentos. Puedes realizar tus diligencias sin salir de casa. Horario de atención: L-V 8:00 a.m. - 5:00 p.m. Sábados 8:00 a.m. - 1:00 p.m.

FECHA EXPEDICIÓN: 01/02/2025 19:28:19

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL Y DESARROLLO
PROGRAMA DE APROVECHAMIENTO ANIMAL
CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL

HISTORIA CLÍNICA: HC 4994542
MICROCHIP: 990000013885402
FECHA: 3-04-25
CÓDIGO: BY-4

LUGAR DE RECEPCIÓN:
TIPO DE ATENCIÓN: CBC ___ REC. ___ DES. ___ RELAS. ___ LIBERACIÓN X

2. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Samba
COLOR: Amarilla
RAZA: Mestizo
EDAD: 2años
PESO: 21,5Kg
RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X
SEXO: HEMBRA X MACHO ___
TEMPERAMENTO: CAMBIO DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X
EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ SUMISIÓN ___ OTRO: ___
TIPO DE ALIMENTACIÓN: NORMAL ___ CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___
ORIGEN: SILVIA ___ ENCONTRADO X COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERDIDO DE CASA ___ OTRO ___

3. DATOS DEL TENEDOR RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ana Mercedes Cubillos Becerra
DIRECCIÓN: KR 103A No 156 C 33
TELÉFONO: 3165002583
CÉDULA: 52339437
SEXO: M ___ F X
NACIONALIDAD: Colombiana
CORREO ELECTRÓNICO: anacubillosbecerra@hotmail.com
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller
OCUPACIÓN: PROPIA X ASISTIDO ___ PARTICULAR ___
TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X CUÁL? ___
BARRIO: Villa hermosa
ESTRATO: 0
LOCALIDAD: SUBA
LPZ: 71
N° ANIMALES:

Buen estado de salud

APTO PARA CIRUGÍA: SI ___ NO ___

ÚLT. CELO: Feb 25
ÚLT. CESÁREA/ABORTACIÓN: Feb 25
ÚLT. VACUNACIÓN: RABIA ___ CANINOS PARVO ___
TRIPLE: ___ PENTAVALENTE: ___
TRIPLE FELINA: ___ TETRAVALENTE: ___
PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: ___
RABIA: Marzo 25

4. EXAMEN CLÍNICO

SIGNOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X
SISTEMA O PARTES AFECTADOS: Ninguno
HALLAZGOS EN CONTRATACIÓN: Ninguno
CLASIFICACIÓN ASA: (I) II III IV V VI
CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PRECIRUGÍA

F. CARDÍACA: 116 l/m
F. RESPIRATORIA: 30 l/m
TEMPERATURA: 38,3 °C
TLLC: 1 seg
MUCOSAS: Rosadas
OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROTOCOLO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1,125 mL	2 mg/Kg IM
	KETAMINA	2,15 mL	5 mg/Kg IV X 10 mg/Kg IM ___
	MIDAZOLAM	4,3 mL	0,1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	2,525 mL	2 mg/Kg IV
POSTOPERATORIO	PENICILINA G.S.	1,505 mL	17.000 UI/Kg IM
	METOCLOPRAM	0,215 mL	0,2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Usuario /o Acudiente/Apoderado) suscribo este documento como constancia de haber sido informado/a en forma clara, la información completa sobre el procedimiento quirúrgico y anestésico a realizar en mi mascota con la Clínica Veterinaria Móvil de la Secretaría Distrital de Integración Social, además entiendo los riesgos y beneficios que conlleva el procedimiento. ACEPTACIÓN: X
FECHA: ___ para la realización del procedimiento descrito en este formato.

NOMBRE(S) DE QUIEN(ES) AUTORIZA(N): ___
TARJETA PROFESIONAL: ___
FIRMA: ___

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO: ___
TARJETA PROFESIONAL: ___

Andres Quiroga
Médico Veterinario
TP. 34939

Yennifer Gutiérrez Hornesque
Médico Veterinario - Zootecnista
TP. 53358

	[illegible]	BOGOTÁ SUBA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será intervenido mi animal de compañía. Declaro que al aceptar la intervención, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son: pérdida respiratoria o cardiaca, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y concisa la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y los posibles riesgos que se pueden presentar. Se me explica que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y de manifiesta como inflamación en el punto de unión, además de posible infección en el tiempo por el mal cuidado como rascarse, lamerse, golpes, heridas secas y pérdida de pelo en la zona y cuando 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 doy mi consentimiento y ACEPTO _X__ o RECHAZO _____ la realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y si decido no continuar con alguno, exonerando de toda responsabilidad a la Secretaría y al equipo médico que realice el procedimiento. También entiendo que existen otros riesgos inherentes, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, la cual ha sido informada, he comprendido y aceptado.

En consecuencia, 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 contenida 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 de manera oportuna las recomendaciones y a tomar las medidas de prevención y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Exonero de responsabilidad del estado 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Inspectores y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda surgir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación: 52339437

Yo, _____ Identificado con CC No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me RETRACTO de cualquier intervención quirúrgica (ovariohisterectomía / Orquiectomía (castración y esterilización) de mi animal de compañía.
RAZON:

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Num. Identificación:	

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Salón Comunal Gaitana FECHA: 21-04-25 HORA: 10 am

OBSERVACIONES:


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CUELLO SECERA
ANA MERCEDES


BOGOTA D.C.
1.5
A+

POGO X NCK 1
Feb 10

enel | Bogotá

2305847-8

CLIENTE

ELI PEREZ CERON
CRA 101A NO 69C 33
BOGOTA, D.C. - VILLA HERMOSA

1 PISO

Entiende tu factura de energía.

COMPORTAMIENTO CONSUMO

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CALIDAD DEL SERVICIO

CONTÁCTANOS

¿COMO PAGAR TU FACTURA?

PUNTOS DE ATENCIÓN 4510

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINOS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANUAL
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO

HISTORIA CLÍNICA: HC-999-3-0

99000001388S420

FECHA: 3 Abril 25

CUADRO DE LA JORNADA:

TIPO DE TERCERO: DMC ___ REL ___ CAS ___ RELIGIOSO ___ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Bella

COLOR: Blanco.

ESPECIE CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___

RAZA: French poodle EDAD: 8 AÑOS

PESO: 2.6 KG

RAZA DE MAYOR IMPACTO ESPECIAL: SI ___ NO X

GARANTE LA VACUNA SE PRESENTA AUTOAGRESIVO: COMPORTAMIENTO SI ___ NO X

AGRESIVO ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___ OTRO: ___

ESTERILIZACIÓN DE ANIMALES MALTRATADOS SI ___ NO X

EPOCA DE ALIMENTACIÓN: HUMA ___ CASERA ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___

ORIGEN: SALVADO ___ RESCATADO ___ CALLEJERO ___ ADOPTADO ___ REGALADO X PERDIDO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: María de Jesus Gomez Galeano

DIRECCIÓN: Cl 152B No 153 64 AP 200

TELÉFONO: 3227837071

CÉDULA: 39781841

EDAD: M ___ F X

PAÍS DE NACIMIENTO: Colombiana

CORREO ELECTRÓNICO: 3227837071@simcorp.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Profesional

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA X ARRENDO ___ FAMILIAR ___

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X CUAL?

BARRIO: Lisboa

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

EDAD: 31

3. HALLAZGOS

Buen estado de salud

APTO PARA CIRUGÍA: SI NO

ULT. CELO: Feb/25

ULT. VACUNACIÓN: NO Reporta

ULT. VACUNACIÓN ANTIRRÁBICA: CANINOS: ___ FELINOS: ___

ACLARACIONES: Ninguno

TRIFLEXADYL: ___ PENTAVALENTE: ___

PARA ANTICIPAR SI ES NECESARIA

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: I II III IV V VI

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 119 Lpm

F. RESPIRATORIA: 36 rpm

TEMPERATURA: 38,4 °C

TLLC: 1 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

PASO DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/VOLUMEN (ml)
PREANESTESIA	XILACINA	0.143 ml	1 mg/Kg IM
	KETAMINA	0.26 ml	5 mg/Kg IV X 10 mg/Kg IM ___
	MIDAZOLAM	0.52 ml	0.1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.91 ml	2 mg/Kg IV
PLAN QUIRÚRGICO	BENZOCINA G.L.A.	0.182 ml	17 000 UI/Kg IM
	KETOROLACO	0.026 ml	0.2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cuidador/a o Acudiente) autorizo la (Cirugía) a mi mascota, he sido informado de la posibilidad de hallazgos anormales durante el procedimiento quirúrgico y/o anestésico. He leído y entendido los riesgos relacionados con la Cirugía/Procedimiento/Ovariosalpingohisterectomía/Orquiectomía, estoy de acuerdo con ellos y autorizo su REALIZACIÓN X NO REALIZACIÓN ___ para la realización del procedimiento con el médico veterinario anestesiólogo.

NOMBRE(S) DE QUIEN(ES) INTERVIENE(N): Médico Veterinario Yennifer Gutiérrez Nomesqua TP. 33558

TARJETA PROFESIONAL: TP. 33558

FIRMA:

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: Médico Veterinario Yennifer Gutiérrez Nomesqua

Médico Veterinario - Zootecnista
TP. 33558

TARJETA PROFESIONAL:

FIRMA:

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y en pronfiso uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será intervenido mi animal de compañía. Declaro que al momento de la castración, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como: paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anestésicas, complicaciones renales hígados 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 los diferentes riesgos que se pueden presentar. Se aclara en este que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que no pueden evidenciarse en la hora de implantación, pero manifiesto como información en el punto de punción, además de posible infección en el área por el incumplimiento de los dolores, fiebres, calor, aplicación de antibióticos, baños secos y otras pautas que me dan y contactarse la clínica, 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 he sido asesorado y ACEPTO _X__ o RECHAZO _____ la declinación realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me ha explicado y entendido, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por lo cual asumo en mi totalidad la responsabilidad de la cirugía y no derecho a contravención alguna; exonerando de toda responsabilidad a terceros y al establecimiento que realice el procedimiento. También entiendo que existen complicaciones inherentes a la cirugía, las cuales han sido informadas, he comprendido y aceptado.

En consecuencia, 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 fielmente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución pertinentes que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como tenedor responsable del retorno de mi animal de compañía, después de la intervención quirúrgica los riesgos y dolores que se puedan presentar son negligencia e impericia en la manipulación con mi animal de compañía, eximiendo a la Alcaldía Mayor de Cali, Impreso con el equipo Médico Veterinario prestador de servicios con cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor: María de Jesús Gómez	No. de Identificación: 39741424

Yo, _____, identificado con CC No _____ En pleno y pleno uso de mis facultades mentales, me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía [esterilización] de mi animal de compañía.

RAZÓN:

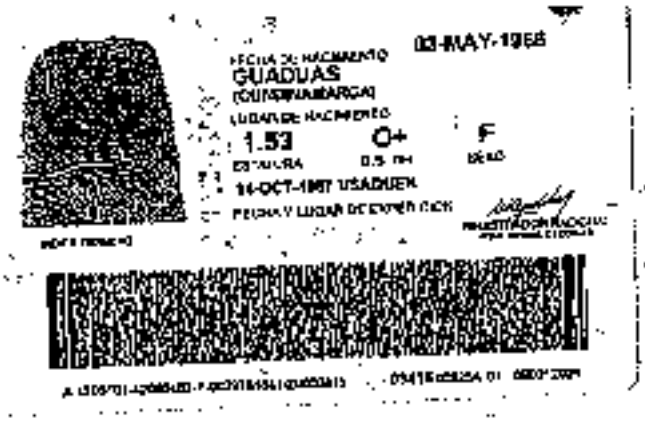
Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación:	

B. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Salón Comunal Gaitana | FECHA: 21-04-25 | HORA: 10 am

OBSERVACIONES:


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 39791641
GOMEZ GALEANO
APELLIDOS
MARIA DE JESUS
NOMBRES


03-MAY-1968
FECHA DE NACIMIENTO
GUADUAS
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.53
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
14-OCT-1987 USAQUEN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

enel | Bogotá

2055821-3

DATOS

ARNOLDO SOLER GONZALEZ
CL 132 D NO 101 54 AP 202
PISO 2
BOGOTA D.C. - USTOA

Entiende tu factura de energía.



COMPORTAMIENTO CONSUMO

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

Entiende tu factura de energía.

CELSA
Grupo Empresarial en Línea
Nit 830.111.257-0
Avenida Calle 20 # 69A-01 piso 7
Teléfono (571) 3788000 Bogotá D.C

RECAUDO CONVENIO - 167 CNEL - CODENSA

VALOR DEL RECAUDO: $ 12.360

Fecha del recaudo: 20/02/2025 - 11:10:09
Código del PDV: 145
Nombre del PDV: PDV TD BELLA VISTA
Código del Asesor: 888403
Terminal: 2140488050

Número de autorización: 813532981
ID de transacción: 6202512688770

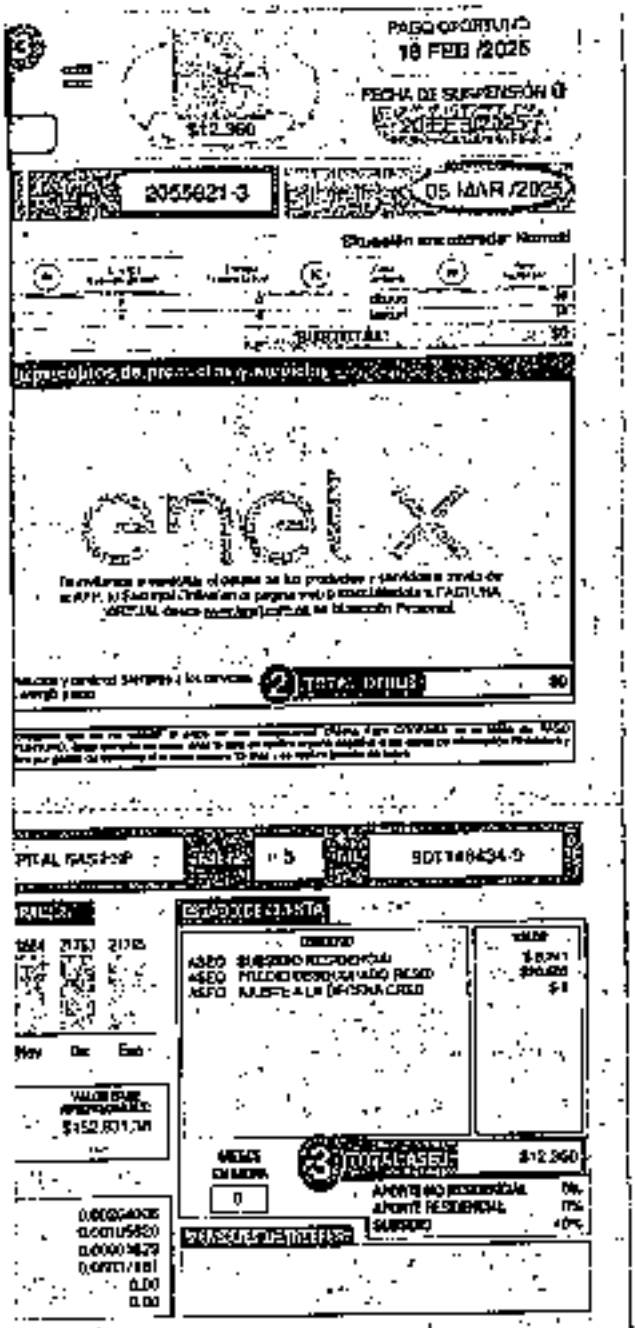
NUMERO DE CLIENTE: 2055821-3

Esta transacción no tiene anulación ó reverso.

Grupo empresarial en línea es operador de recaudo autorizado por el convenio, cualquier reclamación o sugerencia será atendida en las líneas. (+571) 3788000 Extensión 1157-1158 (+571) 3788000 ó puede escribirnos al correo: servicio.alcliente@celsa.com.co

También puede tramitar su sugerencia directamente en los canales de atención del convenio.

Conserve este comprobante como soporte.



NÚMERO DE CLIENTE
2055821-3

Documento Equivalente Electrónico No.
341862383

PAGO OPORTUNO
18 FEB /2025

TOTAL A PAGAR
$12.360

Secretaría

HISTORIA CLÍNICA: HC-599-ES

MICROCHIP: 990000013803005

FECHA: 3-04-25

LUGAR DE ATENCIÓN:

TIPO DE ATENCIÓN: CIK ___ RES. ___ CIS ___ BRIGADA ___ CONSULTORIO X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Vainilla.

COLOR: Blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: French Poodle EDAD: 8 AÑOS PESO: 4.5 Kg RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

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

AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___ OTRO: ___

PRESENTA CEPA PARENTERALMENTE: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: NSNP ___ CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___

ORIGEN: INSAR ___ REGISTRADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO X PERRO DE GUARDA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TUTOR RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria de Jesus Gomez Galeano

DIRECCIÓN: CL 152D No 153 64 AP 200

TELÉFONO: 3222783302

CÉDULA: 39781841

EDAD: ___ X

BARRIO: Lisboa

NACIONALIDAD: Colombiana

CORREO ELECTRÓNICO: Colombiana13222783302@sincorreo.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Profesional

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRENDO X FAMILIAR ___

TIENE EL TUTOR DISCAPACIDAD: SI ___ NO X ¿CUÁL?

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: Suba

UPZ: 71

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

APTO PARA CIRUGÍA: SI X NO ___

VAT-CCID: Feb/25

ULT. DESPARASITACIÓN: No Reporta

ULT. VACUNACIÓN: MÓVIL: ___ CANINOS: PARVO: ___ TRIPLE: ___ TETRAVALENTE: 6-JUL-24 TRIVALENTE: ___ PARAINFLUENZA Y HEPATITIS: ___

TOMOS: ___ TRIPLE FELINA: ___ LEUCEMIA: ___ RABIA: ___

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: I X II ___ III ___ IV ___ V ___ VI ___ E ___

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 117 x/m F. RESPIRATORIA: 35 x/m TEMPERATURA: 38.2 °C TLLC: 1 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN	DOSIS (ml)	DOSIS/VÍA/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.2475 ml	1 mg/Kg IV
	KETAMINA	10.45 ml	5 mg/Kg IV X 10 mg/Kg IM ___
	MIDAZOLAM	0.9 ml	0.2 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1.575 ml	2 mg/Kg IV
POSTOPERATORIO	PENICILINA G.B.A.	0.315 ml	30.000 UI/kg IM
	METOCICLAM	0.045 ml	0.2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ADICIONALES: Ninguno

En calidad de [Propietario/Acudiente/Tutor] suscribo este documento como constancia de haber brindado el responsable diligencia, información completa, actual y oportuna, y haber aclarado todas las inquietudes relacionadas con la Orientación, Información, Preparación, Intervención/Cirugía, además haber consentido de manera libre y voluntaria su ACEPTACIÓN X RECHAZO ___ para la realización del procedimiento descrito y autorizo el suministro de medicamentos.

NOMBRE(S) CEDULA(S) DEL RESPONSABLE: FIRMA:

Andres Quiroga
Médico Veterinario
TP 34839

NOMBRE DEL MVZ RESPONSABLE: FIRMA:

Yennifer Gutiérrez Homesque
Médico Veterinario - Zootecnista
TP. 35358

	HISTORIA CLÍNICA [illegible]	
	CONSENTIMIENTO INFORMADO	
		SUIDA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

Yo plena y mayor de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será intervenido mi animal de compañía. Declaro que al suministrar la autorización, empleado no me pueden presentar riesgos durante la cirugía como son: paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas o inclusive la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y he declarado los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación el microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación, salida de pus/secreción en piel en el sitio por el uso posterior de: tatuajes, jabones, talco, aplicación de antibióticos, baños secos y otros contactos 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 leí y comprendí y ACEPTO X o RECHAZO ____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO les cubre el programa) Adicional nuevo se me ha explicado y 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 reintervención alguna; eximiendo de toda responsabilidad a los profesionales y el equipo médico que realice el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, de cual ha sido informada, se comprendido y aceptado.

En consecuencia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he recibido 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 para tomar las acciones de prevención 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, eximiendo a la Alcaldía local de Suba, Impresoras y el equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de identificación
Gloria de Jesús Gomez	39781941

Yo, _____ identificado con C.C. No. _____, en pleno y completo uso de mis facultades mentales, me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía/esterilización y castración en mi animal de compañía.
RAZON:

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

SI ESTA DE ACUERDO DE NUEVO

LUGAR: Salon Comunal Gaitana | FECHA: 21-04-25 | HORA: 10 am

Observaciones:

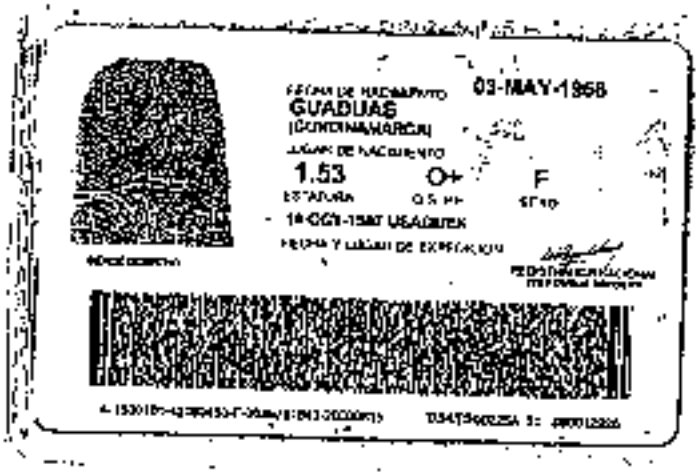
SE LE EXPLICA AL TENEDOR RESPONSABLE LOS RIESGOS ANESTESICOS Y QUIRURGICOS DEL PACIENTE, DEBIDO A LA EDAD DEL ANIMAL

Gloria de Jesús Gomez
39781941

Andres Quiroga
Médico Veterinario
TP: 34829



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
39781861
APELLIDOS
GOMEZ GALEANO
NOMBRES
MARIA DE JESUS
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 03-MAY-1958
GUADUAS
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.53 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
18-OCT-1977 USAQUEN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

enel | Bogotá

2055821-3

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 24

CLIENTE

ARNOLDO SOLER GONZALEZ
CL 152 D NO 152 84 AP 200
T 2 BLOQ 2
BOGOTA, D.C. - LISBOA

¡Conoce la factura y gana! Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO

Ago Sep Oct Nov Dic Ene Feb

Tu factura Enel

Entiende tu factura de energía.

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CALIDAD DEL SERVICIO

¿CUÁNTO AHORRAS?

USO RACIONAL DE LA ENERGÍA

¿CÓMO PAGAS TU FACTURA?

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

FECHA GENERACIÓN:
FECHA EXPEDICIÓN:

GFESA
Grupo Empresarial en Línea
NIT 830.111.257-3
Avenida calle 26 # 68B-71 piso 7
Teléfono (571) 3788888 Bogotá D.C

RECAUDO CONVENIO - 157 ENEL CODENSA

VALOR DEL RECAUDO: $ 12.360

Fecha del recaudo: 20/02/2025 - 11:10:48
Código del PDV: 145
Nombre del PDV: PDV TD SILLA VISTA
Código del Asesor: 000103
Terminal: 23402A0050

Número de autorización: 010532003
ID de transacción: 51025120079

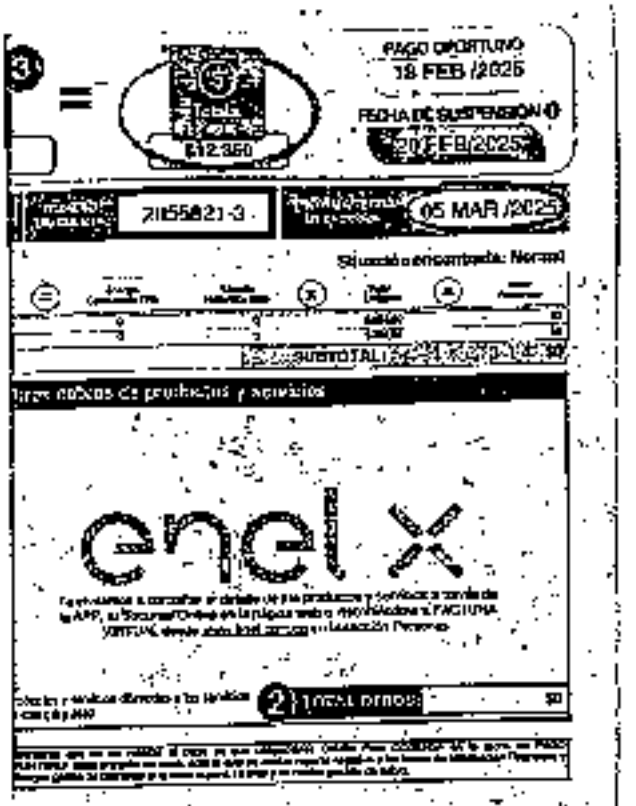
NÚMERO DE CLIENTE: 2055821-3

Esta transacción no tiene anulación ó reverso.

Grupo empresarial en línea es operador de recaudo autorizado por el convenio, cualquier reclamación o sugerencia será atendida en las líneas, (+571) 3788888 Extensión 1157-1158 (+571) 3788858
ó puede escribirnos al correo-
servicio.alcliente@gfesa.com.co

También puede tramitar su sugerencia directamente en los canales de atención del convenio.

Conserve este comprobante como soporte.



NÚMERO DE CLIENTE
2055821-3

Documento Equivalente Electrónico No.
341652189-3

PAGO OPORTUNO
18 FEB /2025

TOTAL A PAGAR
$12.360

HISTORIA CLÍNICA
HC-998[illegible]-0

PACIENTE N°: 990000013865408

FECHA: 3 Abril 25

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Batichira.

COLOR: Negro

ESPECIE: CANINO X FELINO __ SEXO: HEMBRA X MACHO __ RAZA: mestizo EDAD: 6 años PESO: 4,4 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI __ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI __ NO X

AGRESIVIDAD __ MIEDO __ ANSIEDAD __ OTRO __

EVIDENCIA DE APAREAMIENTO/PARTO: SI __ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: NATURAL __ CASERO __ CONCENTRADO __ MIXTO X OTRO __

ORIGEN: NATAL __ APAREANDO __ COMPRADO __ ADOPTADO __ REGALADO X PUNTO DE CONFIANZA __ OTRO __

2. DATOS DEL TUTOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Orlando Roa Carranza

DIRECCIÓN: CL 132B 138 6 INT 00201

TELÉFONO: 3502759567

CÉDULA: 19412338

NACIONALIDAD: Colombiano

CORREO ELECTRÓNICO: orca_sa@hotmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller.

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA X ARRIENDO __ FAMILIAR __

TIENE MASCOTA PREGNANTE: SI __ NO X ¿CUÁL?

BARRIO: La Toscana

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71

3. ANTECEDENTES

Buen estado de salud

AYUNO PARA CIRUGÍA: SI X NO __

ULT. CELO: DIC/24.

ULT. DESPARASITACIÓN: No reporta.

USO MEDICACIÓN: NINGUNA X CUÁNTO TIEMPO:

TRIPLE FELINA: FECHA: SEROTIPO: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:

4. EXAMEN CLÍNICO

SIGNOS DE TRAUMATISMO APARENTE: SI __ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS CLÍNICOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: I II III IV V VI E

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDÍACA: 120 l/m F. RESPIRATORIA: 31 r/m TEMPERATURA: 38,1 °C TRC: 2 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/CONCENTRACIÓN(ES)
PREANESTESIA	XILAZINA	0,242 ml	1 mg/Kg IM
	METADONA	0,44 ml	5 mg/Kg IV X 10 mg/Kg IM __
	MIDAZOLAM	0,88 ml	0,1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1,54 ml	4 mg/Kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G.B.A.	0,308 ml	32.000 UI/Kg IM
	MELOXICAM	0,044 ml	0,2 mg/Kg SC

SIGNOS/SÍNTOMAS ANORMALES: Ninguno

En calidad de [illegible] autorizo a la clínica veterinaria [illegible] para realizar el procedimiento anestésico y quirúrgico arriba descrito. He recibido información clara y completa sobre el procedimiento, sus riesgos y posibles complicaciones, así como sobre los cuidados pre y post operatorios. ACEPTACIÓN X RECHAZO ___, para constancia se expide el presente documento en la ciudad de Bogotá.

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO VETERINARIO: Andrea Quiroga
CARGO: Médica Veterinaria
TP. 34839

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO: Yennifer Gutiérrez Nomesque
CARGO: Médico Veterinario - Zootecnista
TP. 33358

	[illegible]	[illegible] SURA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual se ha establecido mi animal de compañía. Declaro que el doctor(a) me explicó que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; pocos reflejos o parálisis, 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 he aclarado todos los riesgos que se pueden presentar, de igual forma entiendo que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, ese manifiesta como inflamación en el punto de aplicación, además de posible infección en el área por el mal manejo de lesiones, abscesos, celos, aplicación de antibióticos, baños secos y obras externas que limite y controlen la herida, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

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

Además soy consciente y ACEPTO _X__ o RECHAZO _____ la realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO cubre el programa) Adicionalmente acepto las explicaciones y entiendo, también que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en mi totalidad la responsabilidad de la cirugía y sus derivados o consecuencias, siguiendo las indicaciones del médico veterinario y el equipo médico que realizara el procedimiento. También entiendo que existen algunas situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual ha sido explicado, he comprendido y aceptado

En consecuencia, habiendo una información clara y completa 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

Luego soy responsable del cuidado de mi animal de compañía, después de la intervención tomo los riesgos y efectos que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación cuando mi mascota de compañía, exonerando a la Alcaldía local de Suba, Impresoras y el equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	No de Identificación: 1941253B

Yo, _____ Identificado con C.C. No _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía MASCOTA:

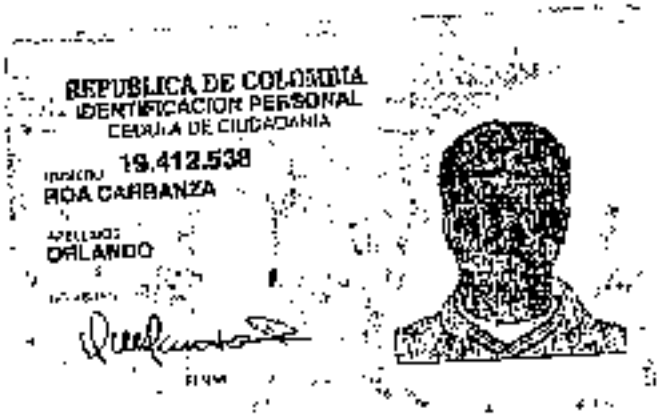
_____

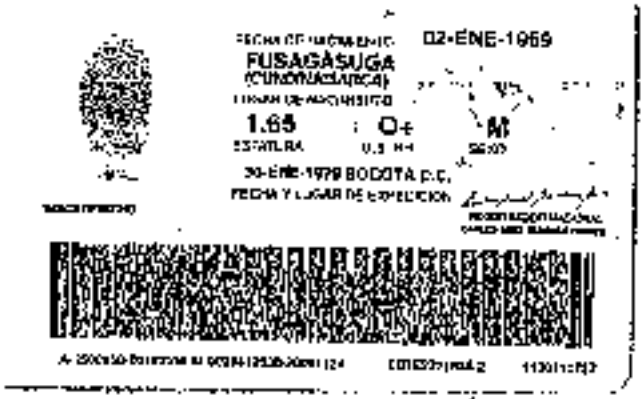
Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
No Identificación:	

8. CITA DE RETRACTO JUNTOS

LUGAR: Salón Comunal Gaitana FECHA: 21-04-25 HORA: 10 am

OBSERVACIONES:


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 19.412.538
ROA CARBANZA
APELLIDOS
ORLANDO
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 02-ENE-1959
FUSAGASUGA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
30-ENE-1979 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

¡Hola!

ORLANDO ROA
CL 132B 138 6 INT 0023? - LA TOSCANA
BOGOTA

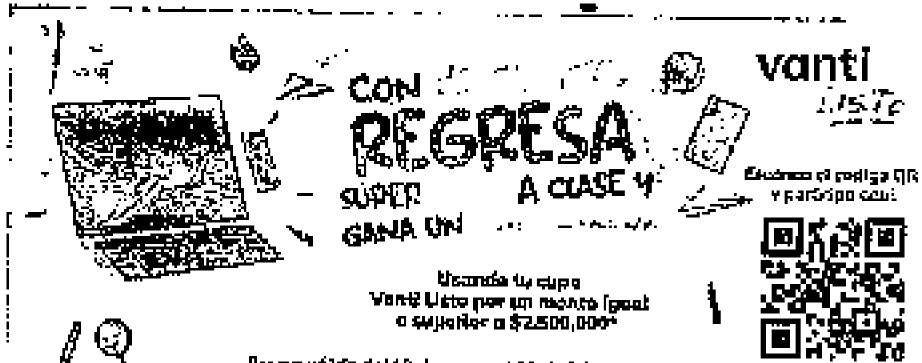
vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5007100-70750

Lote: P02GN Ruta: 001177027388003530 Código del Sector: 456

Cuenta o referencia de pago 61700520

vanti *Listo*

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 4.400.000**



Paga 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 943 794
Bogotá (601) 307 8121
Bucaramanga (607) 695 4753

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 616 4104

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

Inscríbete para recibir **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 Bancolombia

Recuerda que puedes pagar tus facturas de una a en otros canales en una sola transacción

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban, Bancaria, BBVA, Bancolombia, Banco Pichincha, 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 Efecty
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies
Metro, Jumbo, Éxito

*Si consignas 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 consulta los pasos para agendar tu cita.

Febrero 2025

Número de referencia de pago 61700520

Vanti

Fechas importantes

1. Pago oportuno: 22-Feb-2025
2. Fecha de suspensión: 23 Feb. 2025
3. Periodo facturado: Ene. - Feb. 2025
4. Emisión de tu factura: 05 Feb. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario ($)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	5M3	3.732,40	0,00	29.859,84
MENOS SUBSIDIO (50%)	1 UN	-14.929,92	0,00	-14.929,92
AJUSTE DECENA	1 UN	-3,91	0,00	-3,91
Vari Mes Con Permanencia	1 UN	11.824,07	2.268,93	14.100,00

1 Total $29.157,00

Tus financiaciones

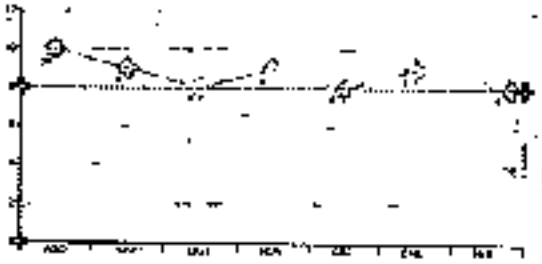
Tasa de interés/Concepto	Cuota Nº	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A

2 Total $0,00

3 Valor facturas vencidas: $0,00

Total a pagar (1)+(2)+(3): $29.157,00

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial | Estrato 1 | Gas Cod | Días de consumo 31

Fecha	Lectura	Tipo
05 Ene. 2025	2601	REAL
04 Feb. 2025	2632	REAL

m³ consumidos: 2632 - 2601 | Factor de corrección: 0,8

Tu próxima lectura será: Entre 01 y el 06 de Marzo

Novedades de tu factura

Convenios

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $70.254

En Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria: **31 Ago. 2029**

La omisión de la inspección periódica obligatoria de la instalación interna y artefactos de gas de uso doméstico, comercial o de uso oficial, dentro del plazo establecido en el artículo 5 de la Resolución CREG 067 de 2011, da lugar a la suspensión del servicio.

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas natural es de $3971:

Nov. $3362 Dic. $3362 Ene. $3480

Valor incluido por la Contribución Retención de Energía y Gas (CREG).

Componentes tarifarios

[illegible]

Factor de corrección

[illegible]

Indicadores de calidad

[illegible]



(415)7709998005025(8020)617005203900)000000029157

C1

HISTORIA CLÍNICA

INC-999-E-0

MICROCHIP: 990000013796519

FECHA: 3 Abn 25

LUGAR DE LA JORNADA:

TIPO DE USUARIO: DIC ___ REC. CES ___ RELAS ___ COMUNIDAD X

I. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: NANAMY

COLOR: Beige

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Shih tzu EDAD: 4 AÑOS PESO: 8,3 Kg

RAZA DE BARRIO O RACIAL SI ___ NO X

CUANTIFICACIÓN PRESENTA ALTERACIONES DE COMPORTAMIENTO SI ___ NO X

AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___ CUAL: ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: NO/NI ___ CASERA ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___

ORIGEN: HOGAR ___ RESCATADO ___ COMPRADO X ADOPTADO ___ ABANDONO ___ ATENCIÓN DE CLÍNICA ___ OTRO ___

II. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Luz Mary Caita Forero

DIRECCIÓN: CL 134 124 4

TELÉFONO: 3003145351

CÉDULA: 52929975

SEXO: M ___ F X

NACIONALIDAD: Colombiana

CORREO ELECTRÓNICO: luzcaita29@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Técnico

TIPO DE VIVIENDA: RURAL ___ APARTADO X FAMILIAR ___

TIENE MASCOTA ACTUALMENTE: SI ___ NO X CUÁL?

BARRIO: Tibabuyes

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

EDAD: 71

III. HALLAZGOS

Buen estado de salud

APTO PARA CIRUGÍA: SI X NO ___

ÚLT. CELO: DIC | 24

ÚLT. DESPARASITACIÓN: No recuerda.

ÚLT. VACUNACIÓN: K/TOS: ___ CANINOS PARVO: ___ TRIPLE: ___ PENTAVALENTE: ___ RABIA: ___ LEUCEMIA: ___

PRÓXIMA REVACUNACIÓN: DIC | 24

PARÁSITOS INTERNOS Y EXTERNOS: NO

IV. EXAMEN CLÍNICO

INDICATIVOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: I X II III IV V VI E

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

V. CONSTANTES FISIOLÓGICAS DE URGENCIAS

F. CARDIACA: 118 x/m

F. RESPIRATORIA: 33 x/m

TEMPERATURA: 38.4 °C

TLC: 1 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

VI. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.456 mL	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0.913 mL	5 mg/kg IV X 10 mg/kg IM ___
	MIDAZOLAM	1.66 mL	0.2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	2.905 mL	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G P.A.	0.581 mL	37.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.083 mL	0.1 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

La calidad de (Cliente o/a Acompañante) autorizo que mi mascota sea sometida a procedimiento anestésico y quirúrgico. Información completa sobre el procedimiento anestésico y quirúrgico propuesto, sus riesgos asociados con la técnica anestésica/quirúrgica, alternativas terapéuticas y costos han sido explicados de manera clara y satisfactoria a mi SOLICITUD. X

NOMBRES Y APELLIDOS MÉDICO VETERINARIO: Andrés Quiroga

TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario TP: 34439

FIRMA:

NOMBRE DEL/LA ANESTESIÓLOGO: Yennifer Gutiérrez Nomesque

TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario - Zootecnista TP: 23358

FIRMA:

FECHA: 4/6

Yennifer Gutiérrez Nomesque
Médico Veterinario - Zootecnista
TP: 23358

	[illegible]	[illegible] SUBA

7. 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 Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual mi/a escritorio/a mi animal de compañía. Declaro que el tutor otorga la autorización, teniendo conocimiento de los riesgos durante la cirugía como son: paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anestésicas, complicaciones naturales e incluso la muerte.

Asimismo manifiesto que he sido/da de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclaran los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden presentar en la zona de implantación, y se manifiesta consentimiento sobre el procedimiento, además de ser informado en relación con el uso posterior de factores, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irritan y contaminan la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

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

Acerca de la cirugía y ACEPTO _X__ o RECHAZO _____ la declinación realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los costos NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entiendo todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y el derecho a contravención alguna; como consecuencia de toda responsabilidad a la persona natural o jurídica que realice el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, la cual ha sido informada, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una minuciosa lectura sobre el estado de salud de mi animal de compañía, más importante han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir rigurosamente 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 que mi animal de compañía, eximiendo a la Alcaldía Local de Suba, Inversiones SyA y el/la Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable o Tenedor:	Nro de identificación: 52929975

Yo, _____ identificado con CC, No. _____ En plenos y normal uso de mis facultades mentales, me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización) de mi animal de compañía.
RAZÓN

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

8. GUÍA DE RETIRO DE PUNTOS

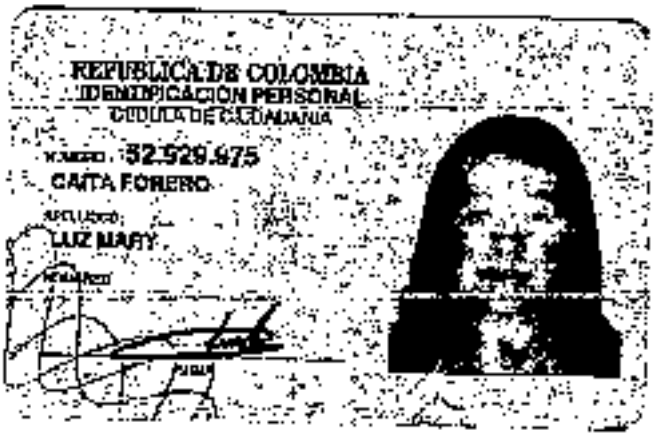
LUGAR: Salón Comunal Gaitana	FECHA: 21-04-25	HORA: 10 a m

OBSERVACIONES:

Se le explica al tenedor responsable los riesgos quirúrgicos y anestésicos de animal, debido a la contracción de su pata

52929975

Andres Quiroga
Médico Veterinario
TP 34839



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 32.929.975
CAITA FORERO

APELLIDOS
LUZ MARY

NOMBRES

FIRMA

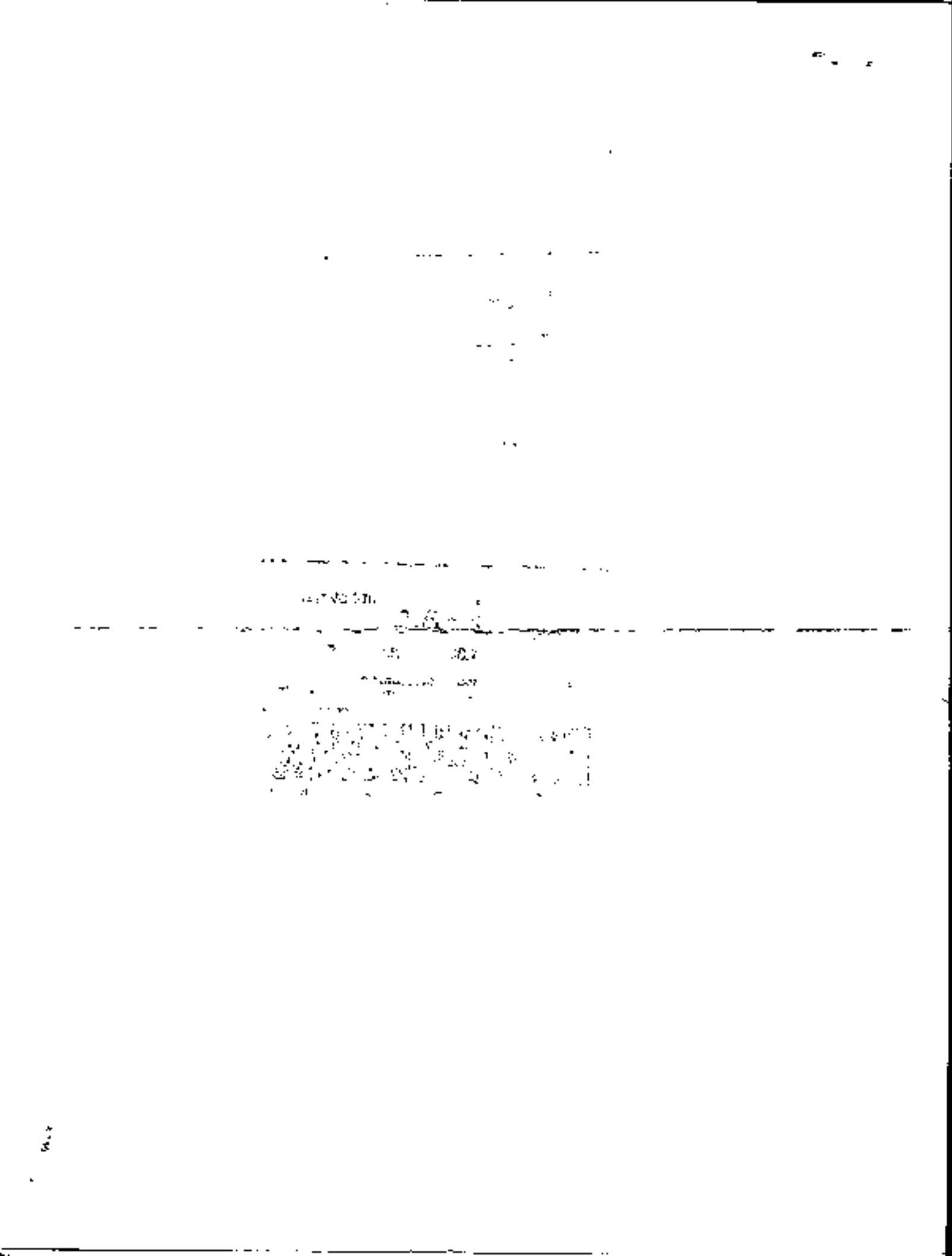


FECHA DE NACIMIENTO 01-NOV-1962
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1,55 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

18-DIC-2000 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL



Marzo 2025

Cuenta o referencia de pago: 60757884

Fechas importantes

1 Pago oportuno: 11 Abr. 2025

2 Fecha de suspensión: 12 Abr. 2025

3 Periodo facturado: Feb. - Mar. 2025

4 Emisión de tu factura: 27 Mar. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad (kWh/Días)	Valor unitario ($)	IVA (%)	Subtotal ($)
CONS. SIN SUBSIDIO	2435	2.225,71	0,00	5.421,05
CONS. CON SUBSIDIO	28140	0.195,11	0,00	63.560,20
MENOS SUBSIDIO (41%)	1UN	-26.129,22	0,00	-26.129,22
AJUSTE DECENA	1UN	-2,50	0,00	-2,50
RECALDO TERCEROS Consumos Previos	C	43.712,91	0,00	43.712,91

Total $87.140,00

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuotas	Capital A	Interés B	Subtotal C=A+B

Total $0,00

Valor facturas vencidas

$0.00

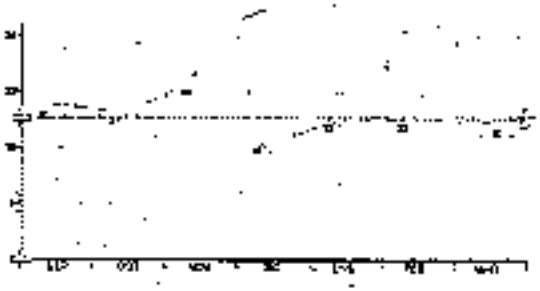
Total a pagar

$87.140,00

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial	Suscriptor Con Dos	Tipo de lectura: ES
Fecha	Lectura	Tipo
28 Feb. 2025	7006	REAL
22 Mar. 2025	7035	REAL

Consumo: 7035 - 7006 * Factor de corrección = 22

Tu próxima factura será

Entre 26 y el 28 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 $70.204

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Oct. 2025

Agendar en su RPO

Tarifas

Tu vivienda está en el estrato: Estrato

Dic. 52662 Ene. 52690 Feb. 52871

Tarifa establecida por el Gobierno con la empresa de Energía y Gas ESSAL

Componentes tarifarios

Cargo fijo:		Cargo por consumo:	
Cu: 7479	Cuota: 0,0	Cuota: 0,0	Cuota: 0,0
Cuota: 0,0	Cuota: 42475	Cuota: 0,0	Cuota: 0,0

Cobro fijo mensual por el servicio de energía

Cobro variable por consumo de energía

Factores de corrección

Vivienda: 22	Factor: 0,77322	Factor: 1,00000	Factor: 0,77322
Factor: 0,7732	Factor: 0,7732	Factor: 1,0	

Factor de corrección: 0,77322

Instalaciones de gas natural

Estrato: 2000 Cuota: 0,00 Factor: 1000 Cuota: 1000





(415)7709998026075(3070)60757884(8020)000000000087140

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

Comunícate:

Evita fraudes en línea al
pagar tu factura.
Ingresa siempre digitando:

www.grupovanti.com

Vanti digital

Ingresa a Oficina Virtual en nuestra página web
www.grupovanti.com/pagos-en-linea/

Pagos electrónicos a otras entidades

Débito automático

Nequi

daviplata

Síguenos en nuestras redes sociales @GrupoVanti y conoce nuestras promociones.

Líneas Preferenciales

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

Eficiencia energética

Hola!
ANA CECILIA HERNANDEZ
CL 134 124 A - TIBABUYES
BOGOTA

vanti
Más formas de cuidarte
Vanti S.A. ESP.
Instalador Gas No. 8137886-870210

Lote: P1BGN Ruta: CC1770531050005000 Código del Sector: 281

Cuenta o referencia de pago 60757864

vanti

Tu cuota cuota justa
APROBADO ES: $ 4.800.000

Si tu Revisión Periódica Obligatoria de Gas fue entre julio y diciembre de 2025

Si te certificas en el mes de abril, mayo o junio,

Escanea el código QR para
agendar tu Revisión

Comunícate con nosotros y solucionamos tus inquietudes

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

Línea gratuita 01 8000 963 784
Bogotá (601) 307 0121
Recolombia (601) 595 4755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 318 818 4184

Vanti en línea
https://grupovanti.com/

Factura expedida de acuerdo con la normatividad para comercializadores de acuerdo a la Ley 2155 de 2021.

HISTORIA CLÍNICA: HC-SUN-540

SOLICITUD: 990000013796512

FECHA: 3-04-25

CÓDIGO: SST-1

U. CASA DE LA MASCOTA:

TIPO DE ATENCIÓN: URG ___ REC. ___ CIR ___ REMIS ___ CONSULTORIO X

I. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Honey

COLOR: Amarillo

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Golden Retriever EDAD: 7 meses PESO: 17,4 Kg BAJA DE VISIBILIDAD ESPACIAL: SI ___ NO X

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

AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___ OTRO: ___

EVIDENCIA DE APARATO MASTICATORIO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: CASERA ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___

CAPTURA: VIVO ___ RESCATADO ___ COMPRADO X ADOPTADO ___ PRESTADO ___ PERRO CALLEJERO ___ OTRO ___

II. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Hector Arguello Bravo

DIRECCIÓN: CL 134A 101B 04

TELÉFONO: 3016907005

CÉDULA: 80191448

SEXO: M

MUNICIPALIDAD: Calambiano

CORREO ELECTRÓNICO: hectaar28@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Tecnologo

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO X FAMILIAR ___

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X CUAL?

BARRIO: Potrerillo

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: 4 ERA

UPZ: 71

III. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

APTO PARA CIRUGÍA: SI X CLÍNICO

ÚLTIMO CELO: No ha tenido

ÚLTIMA DESPARASITACIÓN: Enero 25

ÚLT. VACUNACIÓN: M/MR: ___ CANINO DHPPC: ___ RABIA: ___ TRIPLE FELINA: ___ LEUCEMIA: ___ PERITONITIS INFECCIOSA FELINA: ___ OTRA: Enero 25

IV. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS INCIDENTALES: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: I X II ___ III ___ IV ___ V ___ VI ___ E ___ CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

V. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREOPERATORIAS

F. CARDIACA: 112 l/m F. RESPIRATORIA: 35 r/m TEMPERATURA: 38,1 °C TRC: 1 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

VI. MEDICACIÓN

PASO DE PREMEDICACIÓN	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREMEDICACIÓN	XILACINA	0,957 mL	1 mg/Kg IM
	KETAMINA	1,74 mL	5 mg/Kg IV ___ 10 mg/Kg IM X
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	SOLUCIÓN AM	3,48 mL	0,1 mg/Kg IV
	PROPOFOL	6,09 mL	2 mg/Kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G.B.	1,218 mL	37.000 UI/Kg IM
	MELOXICAM	0,174 mL	0,2 mg/Kg SC

REACCIONES ADVERSALES: Ninguno

En calidad de (Propietario/a/Acompañante), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información clara sobre el procedimiento quirúrgico y anestésico a realizar, riesgos relacionados con la especie, edad y estado de salud de la mascota, así como los beneficios esperados. ACEPTACIÓN X RECHAZO ___, para la realización del procedimiento con mencionados anteriormente.

NOMBRE Y No DE LOS MV ESTUDIANTES: Andres Quiroga

Médico Veterinario

TP. 34839

FIRMA:

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: Yennifer Gutiérrez Nomesque

Médico Veterinario - Zootecnista

TP: 33358

FIRMA:

	[illegible]	

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO ESTERILIZACIÓN

En pleno y total uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será sometido mi animal de compañía. Declaro que el médico me explicó la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son: pérdida excesiva de sangre, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y concisa la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y sus posibles riesgos que se puedan presentar, de acuerdo a la especie que durante la implantación del microchip puede presentar riesgos o reacciones adversas que no pueden evidenciar antes de la implantación, y se manifiesta como información mi consentimiento de migración, además de posible infección en el área por el uso posterior de lesiones, fiebres, rotos, aplicación de antibióticos, bañar tres días antes y después de la implantación.

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

Además soy consciente y ACEPTO _X__ o RECHAZO _____ la declaración realizada de enfermedades pre-quirúrgicos a mi animal de compañía [los cuales NO los cubre el programa] Adicionalmente acepto haber suministrado y recibido, todos los riesgos que existen presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y/o decisión a contravención alguna; deliberación de toda responsabilidad a terceros sin valor científico médico que realice el procedimiento. También sabiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En consecuencia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, todas preguntas 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 OPERATORIOS

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

Como su(s) responsable del cuidado de mi animal de compañía. Estipulo que la intervención acarrea los riesgos y dudas que se pueden presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, eximiendo a la Alcaldía Local de Suba, Ingenes Ltda y el equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda surgir.

Firma del Responsable Tenedor:	Num de Identificación: 1 30191448

Yo, _____ identificado con C.C. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica (Ovariohisterectomía / Orquiectomía) (esterilización) de mi animal de compañía. RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Num Identificación:	

8. FICHA DE RESULTADOS FINALES

LUGAR: Salón Comunal Gaitana | FECHA: 21-04-25 | HORA: 10 am

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 80.191.448

ARGUELLO BRAVO

APELLIDOS

HECTOR

NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 25-JUL-1964

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

23-NOV-2002 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00152964-M-0080191448-20000318 0010081A1GA L 1480000441

FACTURA POR 2 MESES

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Datos del usuario

MARÍA OLGA GOMEZ DE
CL 134A 101B 04 (DIRECCIÓN)
(CONTRATO CONJUNTA)

ESTRATO:	CLASE DE USO: Residencial
UNID. HABITACIONALES: 1	UNID. NO HABITACIONAL: 0

ZONA: 1 CICLO: K1 RUTA: K11431

Datos del medidor
MARCA: [illegible] NÚMERO: [illegible] TIPO: [illegible] DIÁMETRO: ½

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta : 000011111141

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos : 42707547719

TOTAL A PAGAR
Agua + Alcantarillado + Aseo (si aplica ver al respaldo) + Cobro Terceros (si aplica ver al respaldo)
$ 41.630

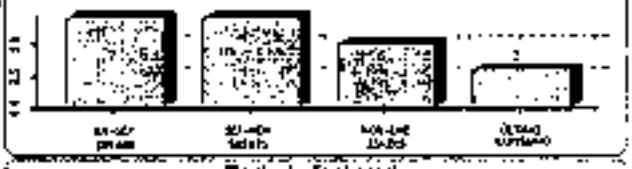
Fecha de pago oportuno ABR/08/2025

Fecha de suspensión ABR/14/2025

Datos del consumo

ÚLTIMA LECTURA	1555	CONSUMO (m³)	3
LECTURA ANTERIOR	1552	PROMEDIO (m³)	6
FACTURADO CON	Consumo Normal	Descargos [illegible]	0

Últimos consumos m³



Periodo facturado
ENE/07/2025 - MAR/06/2025

FECHA DE EXPEDICIÓN: MAR/25/2025 FECHA ESPERADA DE LA PRÓXIMA FACTURA: ABR/05/2025
Rango CMO Estrato Estacional Según Resolución CRA 750/2016 (0 m3 - 22 m3)

Resumen de su cuenta

Descripción	Saldo	Costo Valor Unitario	Costo Valor Total	(-) Subsidio (+) Aporte	Tarifa Valor Unitario	Valor a Pagar
Acueducto						
Cargo fijo residencial	2,30	$8.169,73	$18.791,58	$3.759-	$7.810,43	$15.032,58
Consumo residencial básico	3,00	$5.518,03	$16.554,09	$1.554-	$3.991,47	$11.973,06
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Acueducto (1)			$35.345,67	$5.313-		$27.005,64
Alcantarillado						
Cargo fijo residencial	3,00	$4.309,88	$12.929,64	$1.293-	$3.636,31	$10.910,93
Consumo residencial básico	3,00	$3.381,31	$10.143,93	$1.014-	$3.381,31	$10.143,93
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Alcantarillado (2)			$23.073,57	$2.307-		$21.054,86

Otros Cobros	No. Cuota	Interés	Total	Saldo
[illegible]			$	
Subtotal Otros Cobros (3)			$1	

Otros conceptos que adeuda	Valor Total
Total otros conceptos que adeuda	

Beneficio Mínimo Vital hasta 12 m³. Periodo actual $0

TOTAL AGUA, ALCANTARILLADO Y OTROS COBROS (1)+(2)+(3)+(4) $41.630

CONSUMO MES (AGUA Y ALCANTARILLADO) $20.815 CONSUMO DÍA (AGUA Y ALCANTARILLADO) $706

INCLUIDA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS MÉD. GENERAL DE REGISTRO 1-1100/000-16 SME ESP



Cuida hasta la última gota

Gracias por tu apoyo haciendo uso responsable del agua. Bogotá te lo agradece.

#JuntosPorElAgua

acueducto bogotá

Denuncia en la Línea 116

cualquiera de las siguientes situaciones, en los que seas el operador de los servicios públicos:

- Fraude a instalaciones de medidores, redes y tapas.
- Cobros indebidos a los usuarios.
- Manipulación de redes, cajas, sellos, medidores, fisuras o cortes de medición por parte de personal ajeno a la empresa.
- Cualquier otra actividad irregular que observes en la red de acueducto y alcantarillado.

Ilícitos relacionados con infraestructura, cliente, contratistas permitidos para mejorar el agua y alcantarillado e incluso pueden generar pagos, impactar en el servicio.

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS

CADA UNO POR SEPARADO COMO

el agua y el aceite



El aceite usado no se bota a la alcantarilla



1. Después de usar, deje enfriar el aceite.
2. Tome un embudo y vierta por ahí el aceite en una botella.
3. Lleve la botella al punto de recolección.

NUESTRA RELACION CON EL AGUA DEBE CAMBIAR,



y nuestra factura también cambiará.
Por un consumo responsable del agua, aprecie el nuevo diseño de la factura del Acueducto.

PARA PAGOS

Acérquese a la EAAB-ESP en línea, nuestros canales y aliados autorizados bancos BBVA, Bancolombia, Davivienda, Falabella, Popular, Scotiabank, Occidente, Colpatria, Agrario.

PAGOS POR LA PÁGINA WEB, APP Y BILLETERAS

AHORA QUIENES SE QUIEREN DESPLAZARSE CORresponsales bancarios autorizados

Punto de Pago · Aval · puntored · Efectivo Corresponsal

PAGOS ELECTRÓNICOS	CENTROS ESPECIALIZADOS DE PAGOS	CONVENIO BANCARIO	SUCURSALES BANCARIAS AUTORIZADAS
Portal Web Aplicación Móvil Banco Caja Social Banco Colpatria Cajero Servibanca	Red Multicolor Punto Red Pagos Corporación Unión Banco de Occidente	Banco Agrario Punto Red Pagos Red Multicolor Punto Red Pagos Corporación Unión Banco de Occidente	Banco BBVA Banco Bogotá Banco de Bogotá Banco Scotiabank

SUPERGIROS	GIROS	RÁPIDOS
Bello Copacabana Medellín Rionegro Sabaneta	Caldas Sincelejo Montería Riohacha Valledupar Barranquilla Cartagena Santa Marta	Cúcuta Bucaramanga Floridablanca Girón Piedecuesta Barrancabermeja Yopal Tunja Duitama Sogamoso

Los horarios de atención pueden consultarse en: https://bogota.gov.co/servicios/pagos

Los horarios de atención pueden consultarse en: https://bogota.gov.co/servicios/pagos

Los horarios de atención pueden consultarse en: https://bogota.gov.co/servicios/pagos

SU APORTE PARA LA PREBERVACIÓN Y RESTAURACIÓN DEL AMBIENTE

(Ley 99 de 1993)

El Acueducto traslada este recurso a la autoridad ambiental

	Tarifa por m³ consumo básico	Tarifa por m³ consumo no básico	Valor Total Cobrado
TASA DE USO (Pagada por el Agua Cruda)	$24.28	50.00	$73
TASA RETRIBUTIVA (Compensación por Ocupación con Aguas Residuales)	$71.77	$87.97	$224

Cobro de terceros

CONCEPTO	VALOR	CONCEPTO	VALOR

Total cobro de terceros $ 50

OPERADOR:

CANALES T16



FACTURA DE COBRO No. 42707847719 - 0000111111141

acueducto

PERÍODO FACTURACIÓN		MARIA OLGA GOMEZ DE
ENE/07/2025	MAR/06/202	CL 134A 101B 04

(415) 7707209492710020042707847719 0 (3900) 000000041630

TOTAL AGUA Y ALCANTARILLADO	$41.630

ESPACIO PARA TIMBRE Y REGISTRO BANCO

2025/03/25

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ
HOSPITAL DISTRITAL DE ENTRENAMIENTO CANINO Y EQUINO
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL

BOGOTÁ

CLÍNICA MÓVIL

UNIDAD CLÍNICA
HT-998-E-0

MICROCHIP: 990000013796504

FECHA: 3 Abril 25

CÓDIGO: EST-4

LUGAR DE LA JORNADA:

TIPO DE CONDUCTOR: CIL ___ IDC ___ CES ___ REPAS ___ COMUNIDAD: X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Una.

COLOR: Amarillo.

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___

RAZA: Mestizo. EDAD: 1 año

PESO: 15 kg.

RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___
OTRO:

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: BARF/PMR ___
CASERA ___ CONCENTRADO ___ MIXTO X
OTRO ___

ORIGEN: MADRE ___ MASCOTERO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO ___ DE PERROS CALLEJEROS ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/PROPIETARIO

NOMBRES Y APELLIDOS: Thomas Jefrey Rodriguez Ospina

DIRECCIÓN: CL 133 105C 50

TELÉFONO: 3027985090

CÉDULA: 1028481888

EDAD: ___

NACIONALIDAD: Colombiano

CORREO ELECTRÓNICO: gr228987@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller.

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRENDADO X FAMILIAR ___

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X ¿CUÁL? ___

BARRIO: Villa María

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

APTO PARA CIRUGÍA: DÍA ___ CENO ___

ÚLT. CELO: Enero/25

ÚLT. DESPARASITACIÓN: Febrero/25

ESTERILIZACIÓN: HISTEREC ___ ORQUIDEC ___ PREVIO: ___
HERMAFRODITISMO: ___

TRIPLE: ___ PENTAVALENTE: ___

PARA REFUERZO Y BORDETELLA: Julio/24

FÓRMULA TRIPLE FELINA: ___

LEUCEMIA: ___

4. EXAMEN CLÍNICO

SIGNOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMAS O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN FÍSICA: 1 II III IV V VI

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 118 lpm

F. RESPIRATORIA: 34 r/m

TEMPERATURA: 38,3 °C

TRC: 1 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. INDUCCIÓN

PRE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREMEDICACIÓN	KETAMINA	0.525 ml	2 mg/kg IM
	MIDAZOLAM	1.5 ml	5 mg/kg IV ☒ 10 mg/kg IM ☐
		3 ml	0,1 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	5.25 ml	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G.S.A.	1.05 ml	22.000 UI/Kg IM
	MELOXICAM	0.15 ml	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de [illegible] manifiesto bajo juramento que he recibido toda la información pertinente sobre el procedimiento quirúrgico propuesto, incluyendo riesgos relacionados con la anestesia y cirugía, que he tenido la oportunidad de hacer todas las preguntas que he considerado necesarias. ACEPTACIÓN X

FECHA: ___ para la realización del procedimiento quirúrgico sin salgan complicaciones

NOMBRE(S) DE(LOS) MÉDICO(S) TARJETA PROFESIONAL: Andrés Quiroga Médico Veterinario T.P. 34839

FIRMA: [signature]

NOMBRE DE LOS ASISTENTES TARJETA PROFESIONAL: Yennifer Gutiérrez Hormesque Médico Veterinario - Zootecnista T.P. 33358

FIRMA: [signature]

96

	[illegible]	BOGOTÁ SUBA

7. 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 Quirúrgico/Orquiectomía de el cual será objeto el/la de mi animal de compañía. Declaro que el autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como una parada respiratoria o cardiaca, hemorragias, reacciones anestésicas, complicaciones neurológicas e inclusive la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclaran los riesgos que se pueden presentar. Se resalta además 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 ocasionada por el uso inapropiado de: tijeras, jabones, talcos, aplicación de antirrabia, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de las 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 sanitación de examenes pre-quirurgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entiendo 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, eximiendo de toda responsabilidad a inspectores y al equipo médico que realice el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, le cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En consecuencia, he dado una información veraz y completa sobre el estado de salud de mi animal de compañía, más importante he sido aclarado y he leído y comprendido la información consignada en este documento

En calidad de tenedor o responsable o delegado(a), 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 detenidamente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y cuidados que sean necesarios para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía, después de la intervención quirúrgica, asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o imprevisto en la manipulación con mi animal de compañía, eximiendo a la Alcaldía Local de Suba, inspectores y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir

Firma del Responsable/Tenedor:	Número de Identificación: 1028421888

Yo, _____ _____ _____ Identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me RETRACTO de ser sometido a intervención quirúrgica de Orquiectomía / Ovariohisterectomía (esterilización) de mi animal de compañía.
RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
No. Identificación:	

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

Unidad: Salón Comunal Gaitana	FECHA: 21-04-25	HORA: 10 a.m

OBSERVACIONES:

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.028.481.888



Apellidos
RODRIGUEZ OSPINA

Nombres
THOMAS JEFREY

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.78	M

Fecha de nacimiento
12 JUN 2006

G.S
B+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
12 JUN 2024, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expiración
12 JUN 2034

.IDU
048189631

REGISTRADOR NACIONAL

ICCOL048189631215001<<<<<<<<<<<
0606125M3406120COL1028481888<9
RODRIGUEZ<OSPINA<<THOMAS<JEFRE

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá ESP
NIT. 899.115.830-1

Natalia Arredondo García
Representante Legal

Para el reporte ZONA:1 CICLO: K1 RUTA:K11419 BIMESTRAL

10734353
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

10378177819
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga la factura en formato electrónico

Periodo facturado	2ENE/07/2025	MAR/06/2025

Pago oportuno ABR/09/2025 Suspensión ABR/14/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
JUN/03/2025	MAR/28/2025 06:52:22	MAR/28/2025 10:58:34

¡Hola!

Factura a nombre de
CUBEZAR SA
Dirección del predio
CL 133 105C 50
Barrio: VILLA MARIA Localidad: SUBA
Descubre tu nueva factura

Datos adicionales del predio

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

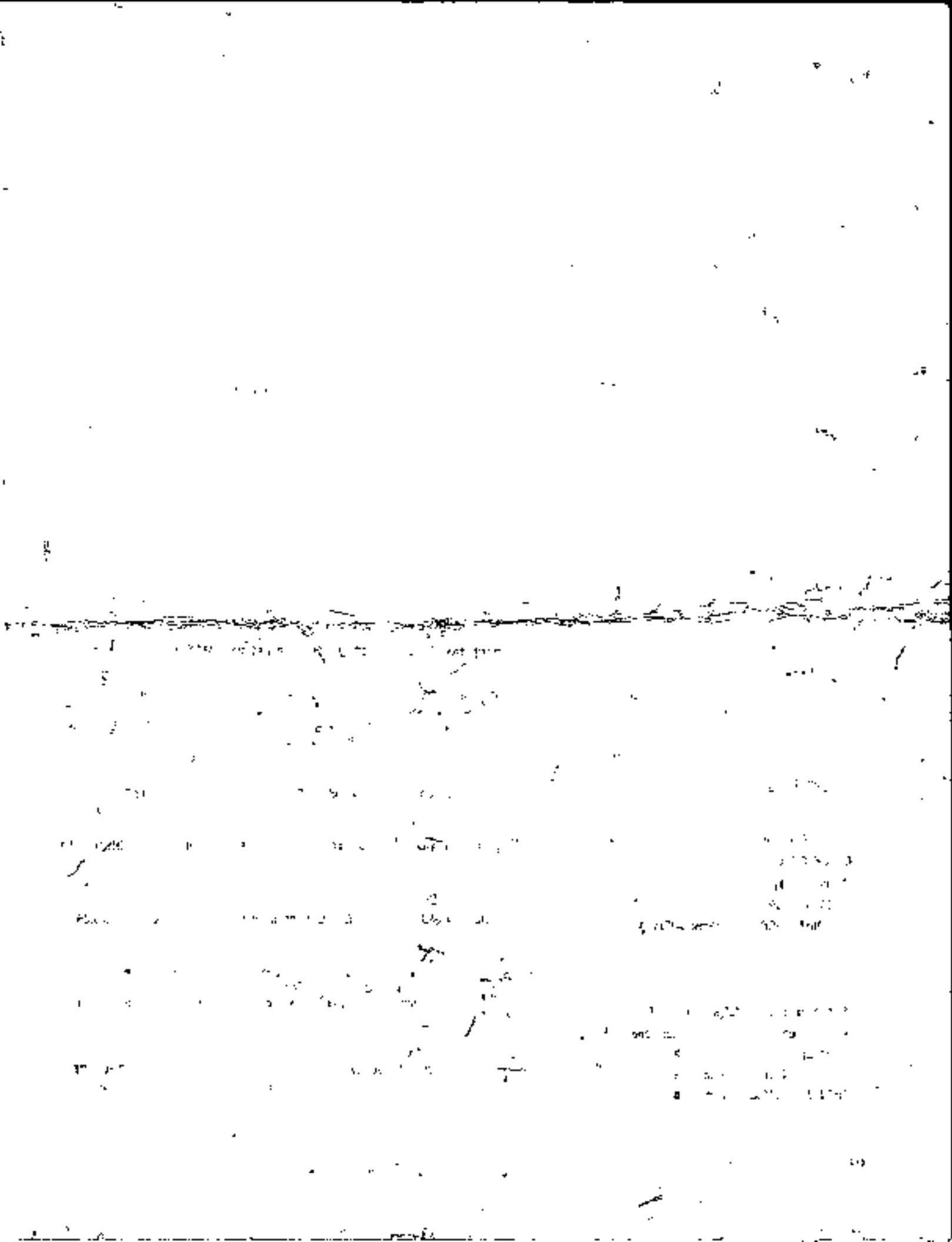
¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambió
Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.

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 conoce las diferentes formas de pago, copia la factura y escoge tu pago bajo la opción deseada.

cadena



ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ
SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A ANIMALES DOMÉSTICOS

HISTORIA CLÍNICA: HC-999_5:0

RECEPCIÓN: 990000013796508

FECHA: 3 abril 25

CONSULTA: CET-4

LUGAR DE LA ATENCIÓN

TIPO DE ATENCIÓN: CAC ___ RTC ___ CET ___ RELEAS ___ COMUNIDAD X

I. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Nala

COLOR: Blanco Negro

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___

RAZA: Mestizo EDAD: 1 año

PESO: 3,7 kg

RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

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

AGRESIVO ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___

OTRO: ___

EVENTUALIDAD DE PACIENTE MALTRATO: SI ___ NO X.

TIPO DE ALIMENTACIÓN: SOLIDA ___ CASERO ___ CONCENTRADO ___ MIXTO X

OTRO ___

CONDICIÓN: ABAND ___ RESCATADO ___ CONFISCADO ___ ADOPTADO X REGALADO ___ PUNTO DE CULTURA ___ OTRO ___

II. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRE Y APELLIDOS: Yomaira Sampayo Hernandez

DIRECCIÓN: CL 135 126C 16

TELÉFONO: 3118894216

CÉDULA: 35535644

EDAD: ___ X

NACIONALIDAD: Colombiana

CORREO ELECTRÓNICO: 3118894216@sancorbo.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria

PROPIA ___

TIPO DE VIVIENDA: APARTADO ___ FAMILIAR X

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X ¿Cual?

BARRIO: Tibabuyes

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: 11

UPZ: 71

III. ANTECEDENTES

Buen estado de salud

APLICO PRUEBA LEISHMANIA: SI ___ NO ___

U.C.E. CETA: Febrero/25

U.C.E. DESPARASITACIÓN: No Reporta

ULT. VACUNACIÓN: ANTIRRÁBICA X CANINOS PARVO

TRIVALENTE: ___ TETRAVALENTE: ___

FECHA ULTIMA DOSIS: ___ LEUCEMIA: ___

TRIPLE: ___ PENTAVALENTE: ___

RABIA: ___

IV. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: I II III IV V VI E

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

V. CONSTANTES FISIOLÓGICAS Y ANTROPOMÉTRICAS

F. CARDIACA: 113 Lpm F. RESPIRATORIA: 35 rpm TEMPERATURA: 38,4 °C TLC: 1 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

VI. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/VOLUMEN/VÍA
PREANESTESIA	KETAMINA	0,205 mL	3 mg/kg IM
	MEDETOMIDINA	0,37 mL	5 mg/kg IV X 10 mg/kg IV ☐
	MIDAZOLAM	0,74 mL	0,1 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1,295 mL	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	BENZILPENICILINA G.A.	0,259 mL	27.000 UI/kg IM
	METOCAM	0,07 mL	0,2 mg/kg SC

MEDICACIÓN ADMINISTRADA: Ninguno

Actividad de Observación y/o Aprendizaje: Acepto este documento como constancia de haber brindado al cuidador/a/o tenedor/a, la información completa sobre el procedimiento a realizar y he resuelto todas las dudas relacionadas con la Cirugía/Procedimiento a realizar. Entiendo la información suministrada, que he manifestado de manera libre y voluntaria mi ACEPTACIÓN X RECHAZO ___ para proceder con el procedimiento propuesto.

NOMBRE DEL MÉDICO VETERINARIO: Andres Quiroga
PROFESIÓN: Médico Veterinario
T.P. 34839

FIRMA:

NOMBRE DEL VACUNADOR/ESTUDIANTE:
PROFESIÓN:

Yennifer Gutiérrez Nomesque
Médico Veterinario - Zootecnista
T.P. 33358

	HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION DE CANINOS Y FELINOS FORMATO ESTERILIZACIONES 2024 CR 94B 84H	BOGOTA SUBA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será intervenido mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son, pero no limitados a cardiacos, convulsiones, 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 sus posibles riesgos que se pueden presentar. Se resalta la dificultad que durante la implantación del microchip puede generar algunas reacciones adversas que se pueden evidenciar en el lugar de implantación, y que manifiesto como información en alguna de ellas, además de posible infección en el área por ellas producidas de lesiones, ulceras, calvas, aplicación de antibióticos, baños secos y otras contenidas que implica y contar con la ficha dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera acepto el mal comportamiento a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente acepto el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y ACEPTO _X_ o RECHAZO _____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me ha explicado y entendido, todos los riesgos que pueden encontrarse en dicho procedimiento, por este motivo exonero totalmente la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a reclamación alguna; eximiendo de toda responsabilidad a Impetus Lab y al equipo médico que realizará el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual ha sido informado, he comprendido y aceptado.

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

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

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

Como soy responsable del estado de mi animal de compañía, desisto de la intervención en mi contra y declaro que puedan presentarse por negligencia o imprevisión en la manipulación con mi animal de compañía, eximiendo a la Alcaldía Local de Suba, Impetus Lab y al equipo Médico Veterinario prestación del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Tenedor/Responsable: Nombre:	No de Identificación: 1053360649

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

Nombre del Responsable/Tenedor Nro. Identificación	Firma

8. ACTA DE RETIRO DE PENTIS

LUGAR: Salon Comunal Gaitana | FECHA: 21-04-25 | HORA: 10 am

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 35535644

SAMPAYO HERNANDEZ
APELLIDOS

YOMAIRA
NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 07-NOV-1979
EL BANCO
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62 B+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
07-NOV-2001 FACULTATIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

Gas Natural del Oriente S.A. E.S.P.

Marzo 2025

Cuenta o referencia de pago 80089456

vanti

Fechas importantes

1. Pago oportuno: 1 Abr. 2025
2. Fecha de suspensión: 12 Abr. 2025
3. Periodo facturado: Feb. - Mar. 2025
4. Emisión de tu factura: 27 Mar. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario ($) (B)	IVA (%)	Subtotal $ C=(A*B)+C
CONS SIN SUBSIDIO	17kb	2.705,91	5,00	48.042,47
CONS CON SUBSIDIO	2040	3.195,11	0,00	$3.802,20
MENOS SUBSIDIO (48%)	1UN	-28.122,22	0,00	-28.122,22
AJUSTE DECENA	UN	0,55	0,00	0,55
Varios Mes	UN	81.204,37	2.260,65	74.180,00

① Total $100.010,00

Tus financiaciones

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

② Total $0,00

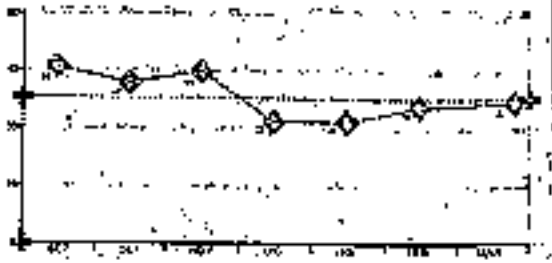
③ Valor facturas vencidas: $0,00

Total a pagar ①+②+③: $100.010,00

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial | Estrato/Con.Dos | Días de consumo 28

Fecha	Lectura	Tipo
22 Feb. 2025	638	REAL
21 Mar. 2025	666	REAL

m³ consumidos 666 - 638 | Factor de corrección = 0,7

Tu próxima factura será: Entre 20 y el 25 de Abril

Novedades de tu factura

Cuota $ 3.225,31

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $70.234.

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria: 28 Feb. 2029

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $2525.

Dic. $2362 Ene. $2460 Feb. $2371

Componentes tarifarios

Factor de corrección

Indicadores de calidad



(415)7709998026025(8020)000000456(3900)000000100010

Por favor doble y rasgue 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.

Comunica:

Evita fraudes en línea al pagar tu factura.
Ingresa siempre digitando:

www.grupovanti.com

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Comercializadora S.A. ESP, Solgas por S.A. ESP, Gasoriente S.A. ESP

Mundo digital Vanti

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

Pagos electrónicos en otras entidades

Recuerda que puedes pagar tus facturas de gas a través de canales virtuales sin costo adicional

Escanea para pagar tu factura

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 CAJOE
- Banco GNB Sudameris
- Grandes Superficies: Makro, Jumbo, Éxito

*Si cancelas en efectivo. Esta deberá ser de denominación y/o monedas 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.

Por favor doble y rasgue para abrir la factura

¡Hola!

AURELIANO MARTIN
CL 135 126C 15 - TIRARUYES
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 8107159-86630

Lote: P16GN Ruta: 00:1770551090005000 Código del Sector: 281

Cuenta o referencia de pago 60989456

vanti Listo

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



Si tu Revisión Periódica Obligatoria de Gas se vence entre julio y diciembre de 2025

¡Agenda ahora y comienza a pagar! en el mes de tu vencimiento



Si te certificas en el mes de abril, mayo o junio.

podrás participar en el sorteo de

Escanea el código QR para agendar tu Revisión

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
Barrancabermeja (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 contrato de permanencia para nuevas conexiones de acuerdo a la Ley 2300 de 2023.

Por favor doble y rasgue para abrir la factura

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL

Bogotá

Unidad Móvil

FECHA: 3-04-25

CÓDIGO ISP: 4

NÚMERO DE CUPO: HC-999-E-0

NÚMERO: 990000013796507

LUGAR DE LA JORNADA:

TIPO DE ATENCIÓN: CEC ___ REC ___ ECS ___ RETIRAS ___ COMUNICA X

I. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Molly

COLOR: Blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: French poodle TAMAÑO: PEQUEÑO PESO: 3,3Kg RAZA PREDOMINANTE: SI ___ NO X

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

AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___ OTRO: ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: CASERA ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO: ___

UNIDOM: SI/NO ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO X PERRO DE GUARDA ___ OTRO: Nacio en casa

II. DATOS DEL TENEDOR RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Luz Dary Martinez Sanchez

DIRECCIÓN: KR 159 No. 136D 04

TELEFONO: 3053790314

CÉDULA: 35512178

EDAD: M ___ F X

BARRIO: Colombia

CORREO ELECTRÓNICO: 35512178@hotmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA X ARRIENDO ___ FAMILIAR ___

TIENE ALGUNA INCAPACIDAD: SI ___ NO X CUAL? ___

BARRIO: Santa Rita de Suba

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

EDAD: 71

III. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ACIDO FÁLICO ADMINISTRADO: SI ___ NO ___

ESQUEMA: 01 24

FECHA DESPARASITACIÓN: N.R

FECHA VACUNACIÓN: RABIA ___ CANINO PARVO ___

TRIPLE ___ TRIVALENTE ___

REVACUNACIÓN: ___

LEUCOSIS: ___

PRÓXIMA REVACUNACIÓN: Oct-24

IV. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

MALFORMACIONES CONGÉNITAS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: I II III IV V VI E

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

V. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PERIOPERATORIAS

F. CARDIACA: 119 x/m

F. RESPIRATORIA: 31 x/m

TEMPERATURA: 38,2 °C

TLLC: 2 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

VI. MEDICACIÓN

FASE DEL PROCEDIMIENTO	MEDICAMENTO	VOLUMEN	DOSIS/MEDICAMENTOS
PREANESTESIA	BUPRENORFINA	0,185 ml	0,1 mg/Kg IM
	KETAMINA	0,33 ml	5 mg/Kg IV X 10 mg/Kg IM ___
	MIDAZOLAM	0,66 ml	0,1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1,155 ml	2 mg/Kg IV
POST OPERATORIO	FENILBUTAZONA	0,27 ml	15 000 UI/Kg SC
	MELOXICAM	0,033 ml	0,2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de [ ] propietario y/o [ ] tenedor(a) responsable del procedimiento mencionado en este documento, declaro bajo gravedad de juramento que he suministrado información veraz y fidedigna. Así mismo, he sido informado(a) sobre los riesgos asociados con la cirugía, los cuidados pre y post operatorios y los posibles hallazgos durante el procedimiento. ACEPTACIÓN X RECHAZO ___, para lo cual firmo en constancia.

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CIRUJANO: Andres Quiroga

TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario TP. 34839

FIRMA:

NOMBRE DEL ANESTESIÓLOGO: Yennifer Gutiérrez Hernesque

TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358

FIRMA:

HISTORIA CLÍNICA Electrocardiograma Cuello y Cabeza

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ESPAÑOL

FOLIO 001

7. 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 Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será sometido mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo cuáles pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anestésicas, complicaciones neurológicas y hasta la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se incluyen los riesgos que se pueden presentar. Se realizará antes que durante la implantación del microchip para generar ningún complicaciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como información en el punto de punción, además de posible infección en el área por el ambiente exterior de lesiones, lesiones, etc con aplicación de implantes, hasta otros que no sospecha que hubo y sobrevalen 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 realización de examenes preoquirúrgicos a mi animal de compañía [Los cuales NO los cubre el programa] Así mismo se me han explicado y entiendo todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo de mi total responsabilidad la cirugía y su derecho a cualquier reclamación alguna; exonerando de toda responsabilidad a Impecos sas y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, la cual también informado, he comprendido y aceptado.

En consecuencia, he recibido una información clara y precisa sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir inmediatamente 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 costos que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación cuidado de mi animal de compañía, eximiendo a la Alcaldía Local de Suba, Impecos sas y al equipo Medico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Nombre del Responsable/Tenedor: Luz Dali Martinez S.	Nro de Identificación: 75 571 776 BTA

Yo, _____ _____ Identificado con C.C. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. — RAZÓN.

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación	

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

CUIDAR: Salón Comunal Gaitana FECHA: 21-04-25 HORA: 10 am

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 35.512.178
MARTINEZ SANCHEZ
APELLIDOS
LUZ DARY
NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 04-MAR-1967
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.59 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
23-FEB-1987 BOGOTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
Alta Tecnología Nacional



Bogotá

1655323-3

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 345043094-4

CLIENTE

EDILBERTO MURCIA
KR 139 NO 156 D 04
BOGOTA, D.C. - SANTA RITA DE SUBA

07 709 5380 / 018-25764729

EL PRÉSTAMO DE LA CIUDAD

¡LLEGÓ A TU CASA!

TU PRÉSTAMO DE HASTA

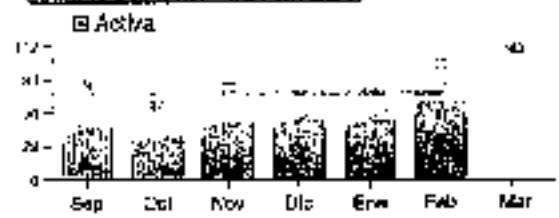
$12.000.000

Pruébe el dinero en tu cuenta de preferencia. ¡Aplícate ya uno de nuestros puntos Crédito Fácil CODENSA!

Encuéntralos escaneando el código

*La aprobación y el monto del crédito está sujeto al perfil del solicitante. Conoce más en www.creditofacilcodensa.com

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $640,73

CONSUMO DIARIO: 3,85 kWh

VALOR DIARIO: $1.652

PERÍODO FACTURADO: 29 DÍAS ENTRE 26/02/2026 Y 27/03/2026

FACTURADO: 29

CONSUMO MES: 103 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	5500017095560
RUTA LECTURA:	5500017095575
MANZANA DE LECTURA:	14620178664
MEDIDOR NÚ:	018-25754729
MEDIDOR NO:	018-45754729

LA CIUDAD EN SERVICIO



CONTÁCTANOS

Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 8 130 130

Línea gratuita nacional 115

Línea gratuita de la región Valle

App Enel Clientes Colombia

Protección al cliente

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios transitos de Pago

Internet · Teléfono Banco · Débito Automático · Débito Bancolombia · App Enel Clientes Colombia · Oficinas de Pago Online · Zonas de Pago Presenciales

Oficinas Virtuales

Corresponsales Bancarios

Red Distrital

Centros de Servicio

Código QR

Almacenes y Cadenas

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S. E.S.P. — TV 4 No. 61-49

CALIDAD LIMPIA BOGOTÁ, S.A. E.S.P. — Avenida Rojas # 8 B - 55

BARRIDO LIMPIO DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P. — Calle 138 # 94-30 Int 1 Apto 201

Líneas de atención al cliente 116

FECHA GENERACIÓN: 06/04/2026 01:48:43
FECHA EXPEDICIÓN: 06/04/2026 18:01:16

Factura provisional sin validez comercial o tributaria hasta su autorización por la DIAN

HISTORIA CLÍNICA: HC-989 E 5

MICROCHIP: 990000013796502

FECHA: 3-04-25

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Luna

COLOR: Blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___

RAZA: French Poodle

EDAD: 3 años

PESO: 4,7 Kg

RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

DIRIA VIDA NATURAL REPRESENTA AUTOCUIDO: COMPLETAMENTE: SI ___ NO X

ACOSTUMBRA ___ MECO ___ AGRESIVA ___ OTRO ___

DISCRECIALIDAD APARENTE AL MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___

PROCEDENCIA: Rescatado ___ Comprado ___ Adoptado ___ Abandonado X Finca de cliente ___ Otro: ___

2. DATOS DEL PROPIETARIO/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Luz Dary Martinez Sanchez

DIRECCIÓN: KR 159 No 136D 04

TELÉFONO: 3053790314

CÉDULA: 35512178

SEXO: F X

LOCALIDAD: Salamanca

CORREO ELECTRÓNICO: 3053790314@sin correo.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA X ARRENDO ___ FAMILIAR ___

TIENE NIÑOS EN LA CASA: SI ___ NO X EDAD: ___

BARRIO: Santa Rita de Suba

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

AUTORIZA CIRUGÍA: X SI ___ NO

ÚLT. CELO: Dic 24

ÚLT. CRUZAMIENTO: N.R

CERT. VACUNACIÓN: ANIMAL ___ CARNÉ PATRÓ: ___ SEGUIMIENTO: ___ FECHA: ___

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS: ___

RABIA: Oct 24

4. CONVIVENCIA

MASCOTAS CONVIVIENTES: SI ___ NO X

ENFERMEDADES CONTAGIOSAS: Ninguno

PARÁSITOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: I II III IV V VI E

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PRE-QUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 113 lpm

F. RESPIRATORIA: 35 rpm

TEMPERATURA: 38,6 °C

TRC: 1 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,2365 ml	1 mg/Kg IM
	KETAMINA	0,47 ml	5 mg/Kg IV X 10 mg/Kg IM ___
	MIDAZOLAM	0,94 ml	0,8 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	4,645 ml	2 mg/Kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G.B.	0,329 ml	12.000 UI/Kg IM
	METACAM	0,047 ml	0,2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

Yo, cédula de ciudadanía [Propietario/a Acudiente/a legal], he recibido toda la información relacionada con el procedimiento a realizar a mi mascota. He leído y comprendido todos los términos descritos en este Consentimiento Informado. Entiendo los riesgos, beneficios y alternativas del procedimiento propuesto. Autorizo la realización del procedimiento y el uso de anestesia y analgesia para mi mascota. ACEPTACIÓN: X RECHAZO: ___ para la realización del procedimiento descrito en este documento.

NOMBRES Y APELLIDOS MÉDICO VETERINARIO TARJETA PROFESIONAL: Andres Quiroga Médico Veterinario TP. 34839-

FIRMA:

NOMBRE DEL/LA ASISTENTE/S: Yennifer Gutiérrez Nomesque Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358

TARJETA PROFESIONAL: ___

FIRMA: ___

7. 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 Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será atendido mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paro respiratorio o cardiaco, hemorragias, infecciones significativas, complicaciones anestésicas 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 sus eventuales riesgos que se pueden presentar. Se anexa firmado que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y de no atender a dicha información en el momento de presentarse, además de perder información en el chip por: el mal posicionamiento de lectores, lesiones, tejidos, cáncer, aparición de infecciones, bolsas de aire y cirugías sustanciales que pueden ser necesarias para remover el microchip, 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, garantizando el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y ACEPTO _X_ o RECHAZO _____ la declaración realizada de enfermedades pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (Descuidos NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entiendo, 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; eximiendo de toda responsabilidad a la empresa ya mi equipo médico que realice el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, la cual me ha sido informado, he comprendido y aceptado.

En consecuencia, he dado mi 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 propietario/a o responsable del paciente, AUTORIZO al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica tal y las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISOS DEL CUIDADO POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir: Irrevocablemente las recomendaciones y a cumplir las medidas de prevención 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, eximiendo a la Alcaldía Local de Suba, Instituto para el equipo Médico Veterinario encargado del servicio de cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor: Lo. Day Martinez S.	No. de Identificación: 1355972776

Yo, _____ _____ Identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica (Ovariohisterectomía/Orquiectomía) de mi animal de compañía. PACO:

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
No. Identificación:	

8. LISTA DE REGISTRO DE PUNTOS

LUGAR: Salon Comunal Gaitana | FECHA: 21-04-23 | HORA: 10 am

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 35.512.178
MARTINEZ SANCHEZ
APELLIDOS
LUZ DARY
NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 04-MAR-1967
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.59 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

27-FEB-1967 SUBA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL



108208

enel | Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT. 860.063.875-8

Para pagos y consultas su número de cliente es: **1655323-3**

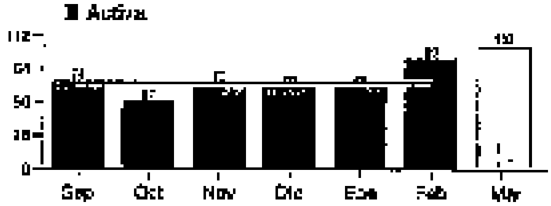
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. [illegible]

CLIENTE

EDILBERTO MURCIA
KR 159 NO 138 D 04
BOGOTA, D.C. - SANTA RITA DE SUBA

07 709 5080 / 019-26754729

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $949,71

CONSUMO DIARIO: 5,63 kWh

VALOR DIARIO: $5.858

PERIODO FACTURADO: 25 FEB/2025 A 05 MAR/2025

DIAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES: 163 kWh

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

¡LLEGÓ A TU CASA! TU PRÉSTAMO DE HASTA **$12.000.000**

EL PRÉSTAMO DE LA CIUDAD

Recibe el dinero en tu cuenta de preferencia. ¡Acércate ya a uno de nuestros puntos Crédito Fácil CODENSA!

Encuéntralos escaneando el código.

*La aprobación y el monto del crédito está sujeto al perfil del solicitante. Conoce más en www.creditofacilcodensa.com

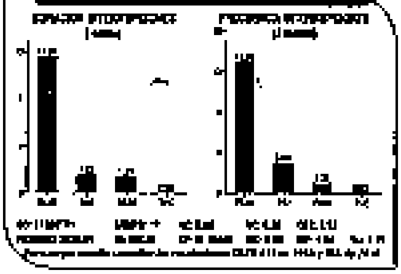
INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA (kW):	2,60
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	[illegible]
RUTA LECTURA:	[illegible]
MANZANA DE LECTURA:	[illegible]
MEDIDOR NT:	019 26754729
MEDIDOR NO:	019 26754729

USO SEGURO DE LA ENERGÍA

Te recomendamos que apagues por completo todos los dispositivos que no vas a usar, ellos siguen consumiendo energía de manera silenciosa en modo ahorro de energía.

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Regístrate gratis

App Enel Clientes Colombia

Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115

115 Gratis las 24 horas

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios Virtuales de Pago — APP Enel; Internet; Teléfono; Débito Automático; Cajeros Electrónicos; APP Enel Clientes Colombia; Botón de Pago Online; Botón de Pago Bancolombia

Oficinas Virtual

Corresponsales Bancarios — CONRED; Efecty; Movired; Bancolombia

Red Efecty — Red Enel

Centros de Servicio — enel

Código QR

Almacenes de Cadena

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el comprobante al cajero. El recibo de corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.

COMPONENTES TARIFARIOS [illegible]

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P.	[illegible]
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P.	Avenida Boyacá [illegible]
AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	[illegible]

Línea de atención al cliente 110

FECHA GENERACIÓN: [illegible]
FECHA EXPEDICIÓN: [illegible]

[illegible fine print]

Página 1 de 2

108208

1 Total Energía	+	2 Portafolio Enel X	+	3 Total Aseo	=	Total a Pagar
$48.090		$0		$23.240		$71.330

PAGO OPORTUNO 18 MAR /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN 20 MAR/2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA 1655323-3 | PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 03 ABR /2025

Tipo de Lectura: Real — Situación encontrada: Normal

CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Diferencia de lecturas	×	Factor	=	Energía Consumida kWh	×	Tarifa	=	Valor Facturado
ENERGÍA ACTIVA	[illegible]		[illegible]		[illegible]		1		[illegible]		[illegible]		[illegible]
ENERGÍA REACTIVA	0		0		0		0		0		0		[illegible]

SUBTOTAL $48,049

Otros cobros asociados a energía

Ajuste a la decena $41

SUBTOTAL $41

Consumo + Otros cobros asociados a energía ① TOTAL ENERGÍA: $48.090

Otros cobros de productos y servicios

enel x

Te invitamos a consultar el detalle de tus productos y servicios a través de la APP, tu Sucursal Online en la página web o suscribiéndote a FACTURA DIGITAL desde www.enel.com.co en la sección Personas.

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

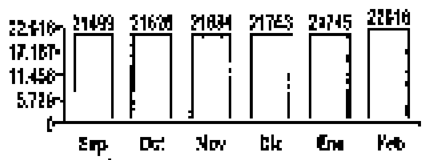
ASEO

PRESTADOR: AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL SAS ESP | ASE No. 5 | NIT 901146434-9

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

CUENTA CONTRATO	11362655	DÍAS FACTURADOS 28
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO.	345043194-4	
PERIODO DE FACTURACIÓN	01.02.2025 a 28.02.2025	

HISTÓRICO DE FACTURACIÓN



ESTADO DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$38,735
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-15.404
ASEO - AJUSTE A LA DECENA CREG	$-1

MESES EN MORA 0

③ TOTAL ASEO: $23.240

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

DATOS DEL USUARIO

Tipo de productor: Residencial; Estrato: 3

UNIDADES	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	1	0
No residenciales	0	0

COSTOS PARA TARIFAS

COSTO FIJO TOTAL	COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE	VALOR BASE APROVECHABLE
$20,084.57	$10,200.44	$152,621.39

TONELADAS POR SUSCRIPTOR

BARRIDO	0.00262999
LIMPIEZA URBANA	0.00105817
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO	0.00001923
EFECTIVAMENTE APROVECHADAS	0.0516850
RESIDUOS NO APROVECHABLES	0.05
AFORO NO APROVECHABLE	0.00

MENSAJES DE INTERÉS

NÚMERO DE CLIENTE 1655323-3

Documento Equivalente Electrónico No. 345043194-4

PAGO OPORTUNO 18 MAR /2025

TOTAL A PAGAR $71.330

(415)7707200...(8020)16553233450431944(3900)0000000071330

HISTORIA CLÍNICA DE HOSPITALIZACIÓN, CIRUGÍA Y TRAUMA

HISTORIA CLÍNICA: HC-

ACCESO: 990000013796514

FECHA: 3 abril 20

CÓDIGO EST-4

LUGAR DE LA CONSULTA:

TIPO DE ATENCIÓN: CHC ___ SEC ___ CES ___ AEUAS ___ CONSULTORIO X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES: Zoe

COLOR: Blanco

FORMA: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___

RAZA: mestizo

EDAD: 5 años

PESO: 5,7 kg

RAZA DE VALOR ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIONES COMPORTAMENTO: SI ___ NO X

AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___ OTRAS ___

ENTIDAD DE ABANDONO MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE PROCEDENCIA: ANIMAL ___ CANTÓN ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___

ORIGEN: ANIMAL RESCATADO ___ COMPRADO ___ REGALADO ___ REGALADO X PERRO DE CALLE ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Alcira Perez Beltran

DIRECCIÓN: KR 140B 131 10 MOI COI

TELÉFONO: 3222677828

CÉDULA: 41587252

EDAD: 44 X

NACIONALIDAD: Colombiana

CORREO ELECTRÓNICO: 3222677828@smtoro.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria.

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA X ARRIENDO ___ FAMILIAR ___

VIVE ACTUALMENTE EN CUARENTENA: SI ___ NO X ¿CUÁL?

BARRIO: La Toscana

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71

Buen estado de salud

AUTORIZA CIRUGÍA: SI ☐ NO ☐

CET: ENERO 25

U.C.E. DESPARASITACIÓN: No Reporta.

ULT. VACUNACIÓN RABIA: X CANINO ___ FELINO ___ TRIPLE ___ TRIPLE FELINA ___ QUÍNTUPLE ___ ANUAL ___ TRIENAL ___

REFUERZO TRIPLE FELINA: ___ LEUCEMIA ___ PARA ESTERILIZACIÓN Y BORDETELLA: /

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD ADAPENTE: SI ___ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CONDICIONES ASA: (1) II III IV V VI E

LONG. DON CEFÁLICA: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 117 x/m

F. RESPIRATORIA: 32 r/m

TEMPERATURA: 38,5 °C

TLLC: 1 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. PRESCRIPCIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,335 cc	1 mg/Kg IM
	KETAMINA	0,59 cc	5 mg/Kg IV ☒ 10 mg/Kg IM ☐
	MIDAZOLAM	1,14 cc	0,1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1,995 cc	2 mg/Kg IV
POSTOPERATORIO	PENICILINA G.S.A.	0,399 cc	30.000 UI/Kg IM
	MELOXICAM	0,057 cc	0,2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

Entiendo de la(s) opción(es) de anestesia(s) que he marcado en esta casilla de valor anteriormente. Manifiesto que he leído y comprendido la información sobre el procedimiento quirúrgico y anestésico y he aclarado con el Médico Veterinario Tratante mis inquietudes, dudas y preguntas. Por lo tanto doy mi consentimiento libre y voluntario de ACEPTACIÓN ___ RECHAZO ___ para la realización del procedimiento quirúrgico y anestésico propuesto.

NOMBRE Y CARGO DEL MV QUE FIRMA: Andres Quiroga Médico Veterinario TP: 34839

FIRMA

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: Yennifer Gutiérrez Nonesque

TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358

FIRMA

		SUDA

7. 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 Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será intervenido mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son: puntos inflamados o sangrados, hemorragia, anestesia prolongada, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclaran los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis en que durante la implantación del microchip puede presentar riesgos o reacciones adversas que se pueden presentar en la zona de implantación, y se considera como la migración en el punto de punción, además de posible infección en el área que afecte el tejido circundante (celulitis, abscesos, tiña), aplicación de antipulgas, baños recientes y otras circunstancias que irriten y contaminen la zona, dentro de las 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 clasificación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el propietario). Adicionalmente se me han explicado y aclarado, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por eso asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contraprestación alguna; eximiendo de toda responsabilidad a la anestesista y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual ha sido informado, he comprendido y aceptado.

En consecuencia, he dado una información veraz y precisa 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 QUIRÚRGICO

Me comprometo a seguir responsablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y cuidados que sean necesarios 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 cuidado y atención con mi animal de compañía, sometiéndolo a la Alcaldía Local de Suba. Impidiendo así al equipo Médico Veterinario practicante de cualquier tipo de cargo que pueda surgir.

Firma del Responsable/Tenedor: Alexa Perez	Huella del Propietario:

Yo, _____ Identificado con CC. No. _____ En plenas y normales facultades mentales, me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor:	FIRMA:
No. Identificación:	

8. HOJA DE REGISTRO DE PUNTOS

LUGAR: Salón Comunal Guaymaral | FECHA: 21-04-25 | HORA: 10 am

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **41.587.252**

PEREZ BELTRAN
APELLIDOS

ALCIRA
NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **05-ABR-1953**

ZIPAQUIRA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

20-AGO-1974 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-1500150-00477079-F-0041587252-20130928 0035137993A 2 1622647432

Factura de gas

Enero 2025-2

Cuenta o referencia de pago 62135004

BOGOTA

NIT 899.002.433-5
Vanti S.A. ESP
www.grupovanti.com

vanti

Más hombres de mañana

Fechas importantes

1. Pago oportuno: 21 Ene. 2025
2. Fecha de suspensión: 22 Ene. 2025
3. Periodo facturado: Dic. - Ene. 2024
4. Emisión de la factura: 08 Ene. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidades (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS.COM SUBSIDIO	1000	2.815,40	0,00	28.781,80
SUBSIDIO	1,00	-15.892,40	0,00	-15.892,40
AJUSTE DECENA	1,00	-2,40	0,00	-2,40

I – Total $16,890,00

Tus financiaciones

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

II – Total $0,00

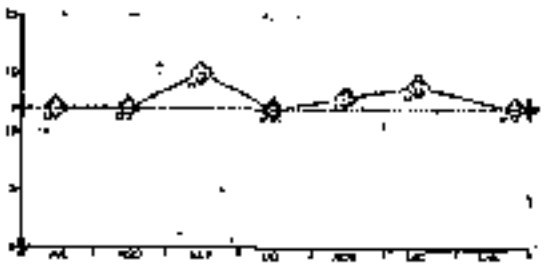
III – Valor facturas vencidas: $0,00

Total a pagar I + II + III: $16,890,00

Pago por: pse

Escanee el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Vía Residencial | Estrato Cat. Dos | Días de consumo 32

Fecha	Lectura	Tipo
01 Dic. 2024	1560	REAL
01 Ene. 2025	1601	REAL

m³ corregidos: (1601 - 1560) * Factor de corrección = 12

Tu próxima factura será

Entre 01 y el 06 de Febrero

Novedades de tu factura

Después de la fecha de pago oportuno se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $88.100

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Dic. 2025

La revisión de tu sistema de consumo es un requerimiento del prestador del servicio, en los términos establecidos en la resolución vigente [illegible] del 2017.

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor de m³ de gas este mes es de $2480.

Oct. $2250 Nov. $2362 Dic. $2362

Tarifa expresada para el cálculo de la factura de ejemplo y sus tarifas.

Componentes tarifarios

Cm: [illegible] Pr: [illegible] Dm: [illegible] Cmd: 0,0
Pc: [illegible] Cpnr: 0,0 Dpnr: [illegible] Cpnrm: 0,0
Cmf: 0,0 Cpnr: 42,478 Dpnrf: 0,0 Dpnrfm: 0,0
kWh/m³ corregidos: [illegible]
kWh: [illegible]

Factor de corrección

Vcr: 15 Kst: 0,79127 Pz: 1,00041 Pt: 0,77819
Vm: 12 Tm: 13,72 Hr: 15,56 Pm: 1,01800
Pv: 0,756 Pw: 0,021 Pb: 1,0
Factor de corrección: 0,77819

Indicadores de calidad

[illegible]





(415)7709556026025(8020)62135004(3900)0000000000016890

116339

C1

Recibirás solo tener **tu factura** de manera digital

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

Solicita tu factura en línea y págala a través del botón Bancolombia a PSE

Tan fácil tenerla, tan fácil y seguro que es pagarla.

Solicita tu factura en línea aquí



Mundo digital Vanti

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

Pagos electrónicos en otras entidades

Botón PSE

Puedes Bancolombia

Recuerda que puedes pagar las facturas de todos tus contratos en una sola transacción

Diligencia para pagar tu factura

Redeban, Credibanco, Bancolombia, BBVA, Banco Avvillas, Colpatria, Bancolombia, Banco Falabella, Banco Pichincha, Banco Caja Social, Nequi, PayU, Corresponsales Colpatria, Baloto, 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
- Corresponsal Banco Davivienda
- RedCAOB
- Banco GNB Sudameris
- Grandes Superficies: Makro, Jumbo, Éxito

*Si cancelas con cheque, este 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
Fija: **01 8000 919 052** Móvil: **164**

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

¡Hola!

MARIA ANGELICA MALDONADO
KR 140B 131 10 MZ C01 CS LA TOSCANA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. E.S.P.
Medidor Gas No. 9017110-610880

Lote: P02GN Ruta: 0011770E0023005100 Código del Sector: 456

Cuenta o referencia de pago 62135004

vanti Listo

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:

Estás Listo con Vanti Listo para llevarte lo que necesitas a casa



vanti Listo

Usa tu cupo de crédito Vanti Listo ahora mismo en nuestras tiendas aliadas:

Multicigral, Techrey, 3 Hermanos

Paga a cuotas a través de tu factura de gas natural

Financiación a cargo de Vanti S.A. E.S.P. Gas Natural Cundiboyacense S.A. E.S.P., Gasoriente S.A. E.S.P. y Gasnorte S.A. E.S.P. Consulta términos y condiciones en la Tienda Virtual en grupovanti.com/tienda-vanti-listo. Vanti Listo es un producto de las empresas del Grupo Vanti. Conoce más en grupovanti.com/tienda-vanti-listo

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 0121
Bucaramanga (607) 685 4766

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 310 410 4164

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

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

HISTORIA CLINICA: HC-9898-0

SOLICITUD: 990000013796315

FECHA: 3 Abril/25

CODIGO

LUGAR DE LA JORNADA:

TIPO DE TENEDOR: CHC ___ PEC ___ CLS ___ REINAS ___ COMUNIDAD X

I. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Abbie

COLOR: Blanco Beige.

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Mestizo EDAD: 1 Año PESO: 17.3kg RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTÓ ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ NERVIOSO ___
OTRO: ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: CASERA ___ CONCENTRADO ___ MIXTO X OTRO ___

ORIGEN: CAMADA ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO X REGALADO ___ PERRO DE CALLE ___ OTRO ___

II. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Juan Pablo Gamboa Barbosa

DIRECCIÓN: KR 103A No 156C 33

TELEFONO: 3006148226

CED. LIC: 1031647378

EDAD: 24

PAÍS DE ORIGEN: Colombiano

CORREO ELECTRÓNICO: patis57@hotmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA X ARRIENDO ___ FAMILIAR ___

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X CUAL?

BARRIO: Villa Hermosa

ESTRATO: 0

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71

III. ANTECEDENTES

Buen estado de salud

APTO PARA CIRUGÍA: SI NO

ULT. CELO: Febrero/25

ULT. DESPARASITACIÓN: No Reporta.

ULT. VACUNACIÓN: MOQUILLO, ADENOVIRUS, PARVO, HEPATITIS INFECCIOSA CANINA, LEPTOSPIRA, RABIA, PARAINFLUENZA, BORDETELLA

TRIPLE: / VERTAVALENTE: /

IV. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguna

OBSERVACIONES: (1) II. III. IV. V. VI. C.

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

V. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 164 /m

F. RESPIRATORIA: 31 r/m

TEMPERATURA: 38.7 °C

TLC: 1 seg

MUCOSAS: Rosadas

DISTENSIONES: Ninguna

VI. MEDICACIÓN

PASOS DE PROCEDIMIENTO | MEDICACIÓN | | DOSIS/OBSERVACIONES

PREANESTESIA
- XILACINA: 0.915 mL — 1 mg/Kg IM
- BUTAMINA: 1.73 mL — 5 mg/Kg IV X — 20 mg/Kg IM ___
- MIDAZOLAM: 3.46 mL — 0.1 mg/Kg IV

MANTENIMIENTO ANESTÉSICO
- PROPOFOL: 6.055 mL — 2 mg/Kg IV

POST OPERATORIO
- BENZILPENICILINA G.B.A.: 1.211 mL — 37.000 UI/Kg IM
- MELOXICAM: 0.173 mL — 0.2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno.

En calidad de (Cirujano/a Anestesiólogo), acepto este documento como manifiesto de hoja informativa responsable o tenedor. Algo parte completa sobre el procedimiento que incluye específicamente los riesgos relacionados con la Esterilización/Ovariohisterectomía/Orquiectomía, además cuestionario demanera libre y voluntaria su ACEPTACIÓN X

RECIBO: ___ para la realización del procedimiento o en su defecto me pronunciaré.

NOMBRE(S) Y APELLIDOS DEL VETERINARIO: Andres Quiroga.
MATRÍCULA PROFESIONAL: Médico Veterinario TP. 34839

FIRMA:

NOMBRE DEL/LA ANESTESIÓLOGO:
TARJETA PROFESIONAL:

FIRMA:

Yennifer Gutiérrez Nomesque
Médico Veterinario - Zootecnista
TP. 33358

	HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN (CANINA Y FELINA)	
		SLD4

2. 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 Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el canal salud establecido en mi animal de compañía. Declaro que he entendido la explicación, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son: paro respiratorio o cardíaco, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y concisa la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y los posibles riesgos que se pueden presentar. Son conocimiento que durante la implantación del microchip pueden generarse riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y/o manifiesto como inflamación en el sitio de punción, además de posible infección en dicha zona por el incumplimiento de lactancia, jaqueca, tétanos, aplicación de antibióticos, baños secos y otras actividades que tiene y contraindicadas para la roca, dentro de los 5 días posteriores a la implementación.

De igual manera autorizo al médico veterinario para 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 dedicación sea Eutanasia de anestesias pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO les cobra el programa) Autorizo voluntariamente se me han explicado y entendido todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en mi total capacidad responsabilidad de la cirugía sin derecho a reclamación alguna; asumiendo de toda responsabilidad e impacto civil y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual no fue informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, le doy una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, más los detalles han sido aclarados y en todo y cumplimiento 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 las recomendaciones y demás medidas de prevención 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 las riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en el manejo posterior con mi animal de compañía, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Inspectores y el equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma Del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación: 1031697378

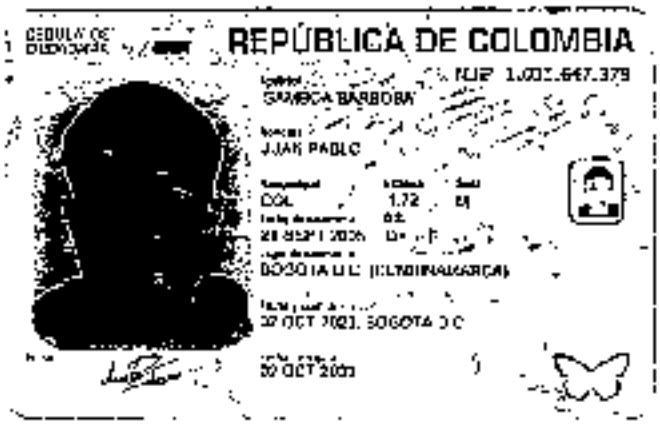
Yo, _____ Identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización) y castración) de mi animal de compañía, razón:

Nombre del Responsable/Tenedor:	E.mail:
Nro. Identificación:	

3. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

SITIO: Salón Comunal Gaitana	FECHA: 21-04-25	HORA: 10 am

OBSERVACIONES:



CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.031.647.378

GAMBOA BARBOSA

JUAN PABLO

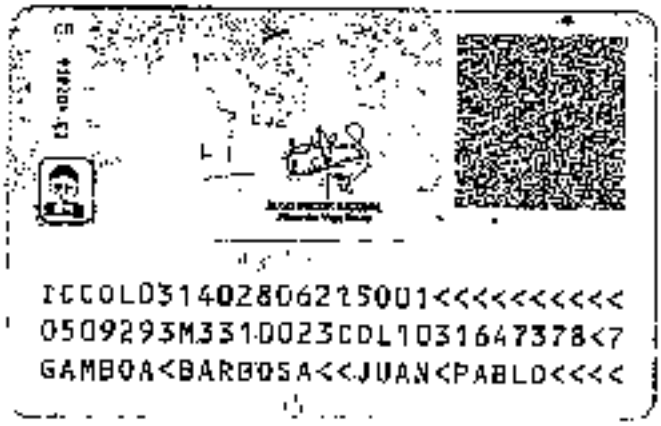
COL 1.72

28 SEP 2026

BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

07 OCT 2021 BOGOTA D.C

07 OCT 2041



IDCOLD3140280621500I<<<<<<<<<<<
0509293M3310023COL1031647378<7
GAMBOA<BARBOSA<<JUAN<PABLO<<<<

POBOX NCH1
Feb 19

enel Bogotá

2305647-8

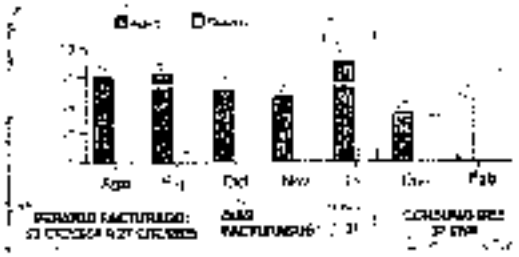
ELI PEREZ CERON
KR 105 AVENIDA CL 80
BOGOTA, D.C. - VILLA FONTANA

1 piso

21 705 4716 / 117-21904

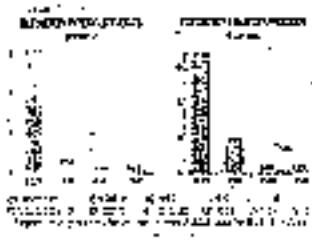
Entiende tu factura de energía



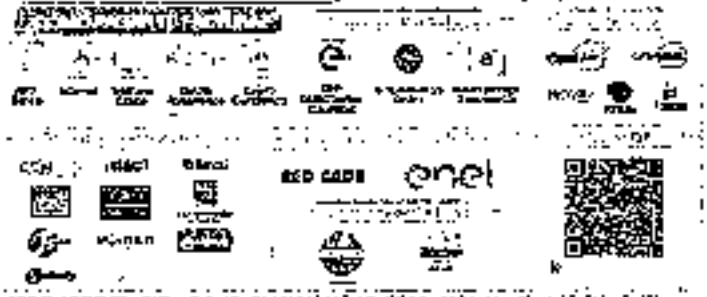




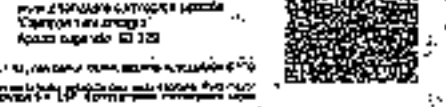
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

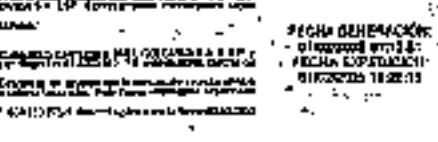














HC-2025-69

990000013796314

FECHA: 3-04-25

Luna

Amarillo blanco

Mestizo

Baños

9,9 Kg

Maritza Ortiz Ramirez

KR 12B 145 70 IN 7 AP 626

3203694444

CC 1623717

Colombiana

Tecnologo

Sabana de

Buen estado de salud

Nov 24

N.R

Ninguno

Ninguno

Ninguna

Andres Quiroga
Médico Veterinario
TP. 34939

Yennifer Gutiérrez Nomesque
Médico Veterinario - Zootecnista
TP. 33358

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

Declaro y acepto así de mis familiares mencionados, anteriormente he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/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: paros respiratorios o cardíacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones anestésicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclaran los riesgos que se pueden presentar. Se realiza la lectura que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden presentar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección evidenciada por el desprendimiento de lesiones, llagas, calvas, aplicación de antibióticos, bultos extraños y cualquier otra que altere y comprometa la salud, dentro de los 5 días posteriores a su implantación.

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

Además soy consciente y ACEPTO _X_ o RECHAZO ____ la declinación realización de exámenes preoperatorios a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entendido todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sí en efecto a continuación alguna se encargando de toda responsabilidad a empresa social y equipo médico que realice el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias cuya probabilidad de ocurrencia es rara, la cual he sido informado he comprendido y aceptado.

En consecuencia, he dado una información veraz y precisa 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(a) responsable del paciente, AUTORIZO al personal Veterinario y/o Médico Veterinario Practicante a realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir rigurosamente las recomendaciones y proveer los medios de precaución y acciones que sean necesarios para evitar complicaciones en el estado de 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 descuido en la manipulación de mi animal de compañía, eximiendo a la Alcaldía Local de Suba, Impetrantes y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Huella del paciente:
Nombre: Yolanda Ortiz Vargas	1 516237 ASTR

Yo, _____ identificado con C.C. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, no RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica de esterilización / Orquiectomía (castración) a mi animal de compañía. RAZÓN:

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Salón Comunal Gaitana	FECHA: 21-04-25	HORA: 10 am

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 51.623.717
ORTIZ RAMIREZ

APELLIDOS
MARITZA

NOMBRES





09-ENE-1962
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

29-FEB-1988 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá-ESP
NIT 899.699.053 - 1

Gustavo Fernández García
Representante Legal

Para el reparto ZONA:1 CICLO: H1 RUTA:H1290 BIMESTRAL

11321289	42027041310
Cuenta contrato Núm. de identificación de este predio	**Número para pagos** Número de esta factura de servicios públicos

Descarga y descarga el documento electrónico equivalente

Periodo facturado ENE/01/2025 MAR/01/2025

Pago oportuno ABR/04/2025 Suspensión ABR/08/2025

Fecha estimada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
MAY/29/2025	MAR/10/2025 04:58:57	MAR/10/2025 10:36:29

¡Hola!

Factura a nombre de

DISEÑO ORBANO EA

Dirección del predio

KR 128 145 70 IN 7 AP 606 C

Barrio BABANA DE Localidad SUBA

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambió
Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.

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

Bogotá 116 Acueducto

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

cadena

Tu consumo en este periodo

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



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

En este periodo

23.000

Promedio al día

383

En este periodo consumiste más agua que en el anterior

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este periodo [illegible]
Lectura anterior [illegible]
Tu consumo este periodo [illegible]

Facturado con Consumo Normal
Usted pretende
Consumo futuro [illegible]

Datos de tu medidor

Marca [illegible]
Serie [illegible]

Tipo [illegible]
Diámetro pulgadas [illegible]

Para reducir tu consumo, recuerda:

Duchate en 3 minutos para reduce tu consumo | Tener siempre un balde en la ducha para reusar el agua recogida | **Cerrar la llave** al enjabonar los platos

Tu cobro en este período

Acueducto		Alcantarillado		Otros cobros		Encuentra y paga virtual
$84.957,04	+	$81.529,03	+	$4	=	

Consulta el consumo de este cobro en tus últimos [illegible] meses

Total ingresos del período
[illegible]

= Total a pagar $168.490

Consulta punto de pago similares o presenciales al final de la página

[illegible]

Detalle de tu consumo este bimestre

	Cons. m³	Valor $/m³	Acueducto Subsidio/Contribución	Valor	Tarifa***	Total	Cons. m³	Valor Unitario	Alcantarillado Subsidio/Contribución	Valor	Tarifa***	Total
Cargo fijo residencial (mes)	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Consumo residencial básico (m³)	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Consumo residencial superior básico (m³)	[illegible]	[illegible]		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]	[illegible]	[illegible]
Cargo fijo no residencial (mes)												
Consumo no residencial (m³)												
Subtotal												

[illegible]

Tasas ambientales

Tarifa consumo básico ($/m3)
Tarifa consumo superior a básico ($/m3)
Total por consumo facturado

Otros conceptos

Concepto	Valor
[illegible]	
Subtotal	

Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

Cobros en tramite

Concepto	Valor
Subtotal	

Cobros en tercero

Concepto	Valor
Subtotal	

Puntos de pago

[illegible]

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$168.490

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.

[illegible]

[illegible]

[illegible]

1719

HISTORIA CLINICA
HC-998-E-U

FECHA: 03-04 marzo 25

USUARIO DE LA NOMINA:

TIPO DE ATENCION: DRC ___ REC. CES ___ REMIS ___ CONSULTADO X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Simba

COLOR: Dorado.

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ EXOTICO/OTRA ___ MACHO X

RAZA: Golden Retriever EDAD: 4 años

PESO: 29,8 kg

BATA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___ OTRO: ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACION: HS/HK ___ CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ CUAL ___

ORIGEN: NACIO ___ ADOPTADO ___ COMPRADO X ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TUTOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ruth Stella Echeverry Hernandez

DIRECCION: KR 107B No. 81A 05

TELEFONO: 3125488827.

CEDULA: 52496138

EDAD: ___ AÑOS X

NACIONALIDAD: Colombiana

CORREO ELECTRONICO: Stellaecheverry22@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller.

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO X FAMILIAR ___

TIENE MASCOTA ACTUALMENTE? SI ___ NO X CUAL? ___

BARRIO: Aures II

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71

Buen estado de salud

APTO PARA CIRUGIA SI X NO ___

ULT. CELO: NO aplica.

ULT. DESPARASITACION: No Reporta

ULT. VACUNACION: RABIA: ___ CANINOS PARVO: ___ REVACUNACION: Junio 29.

REFUERZOS: TIPO Y FECHA: ___ SEXUALIDAD: ___

TRIAJE: PERTINENCIA Y OPORTUNIDAD: / PARAMETRIZACION Y OBJETIVIDAD: /

4. EXAMEN CLINICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PRE-QUIRURGICAS

F. CARDIACA: 114 l/m F. RESPIRATORIA: 37 r/m TEMPERATURA: 38,1 °C TLLC: 1 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	VOLUNTRA	1.639 ml	4 mg/Kg IM
	RETEMITOR	2.98 ml	5 mg/Kg IV X 10 mg/Kg IM ☐
	MELOXICAM	5.96 ml	0.2 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTESICO	PROPOFOL	10.43 ml	2 mg/Kg IV
POS OPERATORIO	PENICILINA G.S.A.	2.086 ml	17.000 UI/Kg IM
	MELOXICAM	0.298 ml	0.2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

Entendido (Cirujano y/o Anestesiólogo) Entiendo que cualquier acto conlleva un riesgo inherente y que no se puede garantizar un resultado específico. He recibido información completa sobre el procedimiento quirúrgico y anestésico propuesto, los riesgos relacionados con la anestesia y cirugía, alternativas de tratamiento y opciones de no tratamiento, así como el costo estimado. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido respondidas a mi satisfacción. Doy mi consentimiento libre y voluntario para ACEPTADO X RECHAZO ___ para la realización del procedimiento quirúrgico y anestésico propuesto.

NOMBRES Y APELLIDOS CIRUJANO: Andres Quiroga
TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario TP. 34839
FIRMA:

NOMBRES Y APELLIDOS ANESTESIOLOGO: Yennifer Gutierrez Namesque
TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario - Zootecnista TP. 35358
FIRMA: 46

	CLINICA MOVIL ESTERILIZACION CANINA Y FELINA Operación Humanitaria Animal Chiquinquirá	BOGOTÁ SECRETARÍA DE SALUD

V. 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 de implantación de microchip y se aclaran los riesgos que se pueden presentar., Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip pueden generarse 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 día o días posteriores de los partos, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños con y para garrapatas que irriten y contaminen la zona, debido de los cuidados 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 realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y 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 cualquier queja, asumiendo de esta responsabilidad a mi persona y al equipo médico que realice el procedimiento. 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, me explicaron muy bien y entendí la información consignada en este documento.

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

CUMPLIMIENTO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir fielmente 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 cargos y daños que se produzcan por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Empresa social y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor: Jesika Cano	Identificación 1.124.096.138

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

Nombre del Responsable/Tenedor: Rio Identificación	Firma:

VI. HOJA DE RITIRO DE PUNTOS

LUGAR: Salon Comunal Gaitana | FECHA: 21-04-25 | HORA: 10 am

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.496.138
ECHEVERRY HERNANDEZ

APELLIDOS
RUTH STELLA



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

1.43
ESTATURA

B+
G.S. RH

F
SEXO

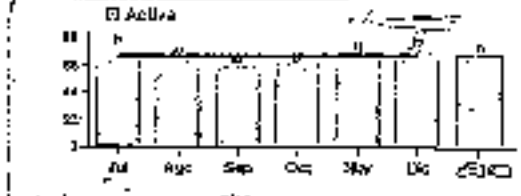
14-MAY-1997 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

enel Bogotá

0951217-5

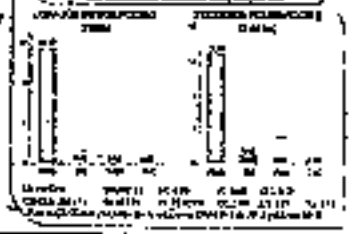
ROSA LILIA RIAO MORALES

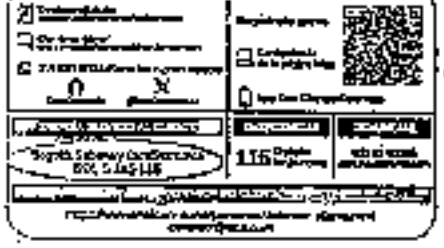


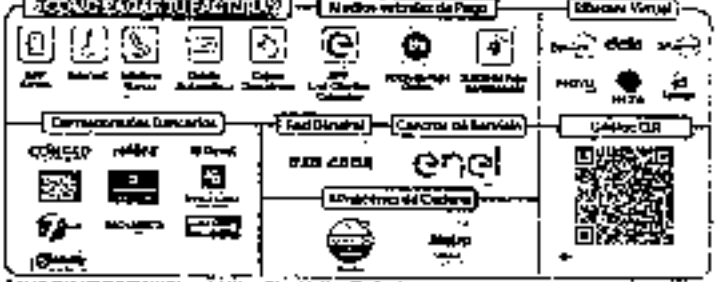


INFORMACIÓN DE LA CUENTA

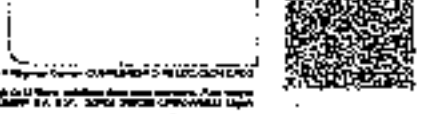
CLASE DE SERVICIO:	Residencial
RUTA REPARTO:	
RUTA LECTURA:	
MARCA/NRO DE MEDIDOR:	
MEDIDOR No:	
CALIBRACIÓN No:	



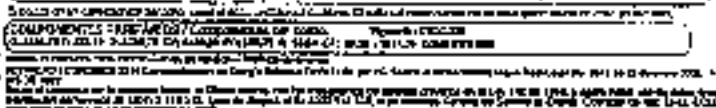


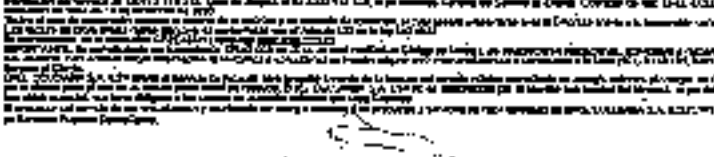






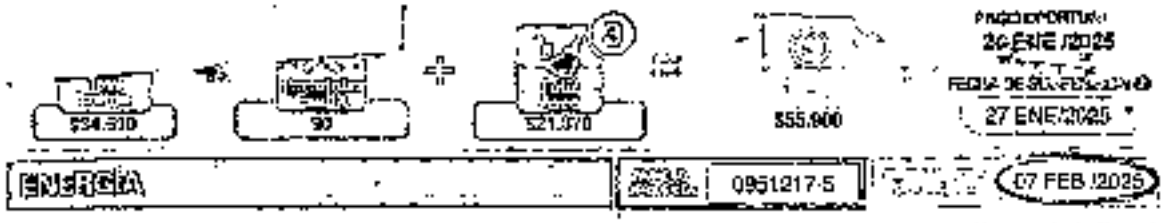








FECHA GENERACIÓN FACTURA: 21 ABR 17
FECHA EXPEDICIÓN: 14/01/2025 16:02:21



ENERGÍA — 0951217-5 — 07 FEB 2025

Tipo de Lectura: Real — Situación encontrada: Normal

SUBTOTAL $34.930

Otros cobros, ajustes y cargos

Ajustes a la decena

SUBTOTAL

Otros cobros facturados en periodos anteriores

Facturación pendiente de pago

SUBTOTAL $93

ASEO — EMPOOMPIA — CLIENTE: ALIANZA UNIVERSITARIA CAPITAL SAS ESP — ESTRATO: 5 — NIT: 901146431-9

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

CUENTA CONTRATO	10718883	
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No.	3366277605	01
PERIODO DE FACTURACIÓN	01/12/2024 - 31/12/2024	

CONSUMO PROMEDIO FACTURADO

Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
21.370	18.051	7.100	21.234	21.157	21.227
16.048					
10.685					
5.343					

CONCEPTO FACTURA

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	826.742
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	614.497
ASEO - CONTRIBUCIÓN RESIDENCIAL	8.960
ASEO - PESO NO RECOLECTADO PLASTA	5.851
ASEO - AJUSTE A LA DECENA DEL	52
ASEO - MENORES POR REDON	514

DATOS DEL USUARIO

NRO MEDIDOR: Residencial

VOLTAJE	
DEMORA	
% PARTICIPACIÓN	

(Puntos)	Disponible	Consumido
Residenciales	1	0
No residenciales	0	0

PROYECCIÓN PRÓXIMAS FACTURAS

CONSUMO TOTAL	COSTO PROMEDIO NO APLICA SUBSIDIO	VALOR MES APROXIMADO
$15.503,65	$9.079,41	$150.738,45

PUNTOS DE SERVICIO CONSUMO (m3)

ASEO	0.00258141
ENERGÍA PRIVADA	0.00258089
ENERGÍA DEL APROVECHAMIENTO	0.01552015
ENERGÍA DEL APROVECHAMIENTO	0.04557293
RESIDUOS NO APROVECHABLES	0.05
ASEO NO APROVECHABLE	0.05

ASEO $521.970

APORTE NO RESIDENCIAL 0%

APORTE RESIDENCIAL 0%

SUBSIDIO 40%

NÚMERO DE CUENTA
0951217-5

Documento Equivalente Electrónico No.
DSE217-0 $

PAGO OPORTUNO
20 ENE 2025

TOTAL A PAGAR
$55.900

"MUNDO FELINO"
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONVENIO ESTERILIZACIÓN 2024

BOGOTÁ
CUIDAD
Fecha de recepción
DD/MM/AA

JURISDICCIÓN / Especie: JAC-915-E-U

PATROCINIO: 900256001726952

FECHA: 03-04 marzo/25

CÓDIGO: ESC-4

LUGAR DE LA CIRUGÍA:

TIPO DE TENEDOR: UNI ___ BIEL ___ LES ___ BRUMAS ___ COMUNERO: X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Bruno

COLOR: Negro Café

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X

RAZA: mestizo

EDAD: 1 año

PESO: 15,6 kg

RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

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

AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___

OTRO: ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO ✓

POSIBLE ALIMENTACIÓN: RESTRICCIÓN ___ CASERO ___ CONCENTRADO A. MIXTO ___

OTRO: ___

ORIGEN: HSMR ___ RESCATADO ___ CRIADERO ___ ADOPTADO ___ REGALADO X PERRO DE GUARDA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Luna Juliette Montañez Leon

DIRECCIÓN: CL 134 118 93 001

TELÉFONO: 3224582404

CÉDULA: 1019004975

EDAD: 24

NACIONALIDAD: Colombiana

CORREO ELECTRÓNICO:

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO X FAMILIAR ___

VIENE ACOMPAÑADO: SI ___ NO X ¿CUÁL?

BARRIO: Tibabuyes

CHIP No.: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

APTO PARA CIRUGÍA: SI X NO ___

ÚLT. CELO: No aplica

ÚLT. DESPARASITACIÓN: Febrero/25

CAT. VACUNACIÓN: MSVU: X CANINOS PARVO: HEXAVALENTE: ✓

TRIPLE: TRIVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: ✓

¿PLANO TRIPLE FELINA?: CELICENIA: RABIA:

4. EXAMEN CLÍNICO

PADECIMIENTOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMAS O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN: I II III IV V VI

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 119	F. RESPIRATORIA: 36	TEMPERATURA: 38,4 °C	TLLC: 2 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASES DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,838 mL	1 mg/Kg IM
	ESTAMINA	1,56 ml	5 mg/kg IV ☒ 10 mg/kg IM ☐
	MIDAZOLAM	3,12 ml	0,1 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	5,46 ml.	2 mg/Kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G.B.	1,092 ml	17.000 UI/Kg IM
	METOXICAM	0,56 ml	0,3 mg/Kg SC

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguna

La calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo) autorizo este documento como constancia de haber informado al responsable o acudiente, y/o mediante consentimiento informado previamente diligenciado y firmado, los riesgos relacionados con la cirugía programada (Ovariohisterectomía, Orquiectomía), aprobada mediante la valoración clínica y valoración de riesgo anestésico y autorizada su REALIZACIÓN X

RECHAZO ___, para la realización del procedimiento con el mismo grado de riesgo.

NOMBRE(S) DEL(OS) MV QUIRÚRGICO(S): Andres Quiroga
TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario TP. 34939

FIRMA:

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: Yennifer Gutiérrez Homesque
TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario - Zootecnista TP. 13358

FIRMA:

16

	[illegible]	BOGOTÁ SUBA

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

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y concisa la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se acerca los riesgos que se pueden presentar. Se resalta énfasis a 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, ademas de posible migración ampliamente por el uso posterior: dolorosos, (alopecia), tálicos, aplicación de antibióticos, baños secos y para sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de las 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 asumiendo el compromiso de cuidados personales, de acuerdo con la normatividad vigente

Además soy consciente y **ACEPTO** _X_ o **RECHAZO** _____ la declaración realizada de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicional puede suceder complicaciones durante, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y de derecho a ninguna objeción alguna, exonerando de toda responsabilidad a la empresa ESE y al equipo médico que realice el procedimiento. También entiendo que existen reacciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja. Lo cual ha sido informado, he comprendido y aceptado.

En consecuencia, 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 POSTOPERATORIOS

Me comprometo a seguir 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Imparco a su y al equipo Médico Veterinario responder de cualquier queja de cada uno que pueda surgir.

Firma del Responsable/Tenedor Liana León	Nro de Identificación 1019004945

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

Nombre del Responsable/Tenedor Nro. Identificación:	Firma:

8. CRONOGRAMA DE PUNTOS

LUGAR: Salon Comunal Gaitana	FECHA: 21-04-25	HORA: 10 am

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA



NÚMERO **1.019.004.975**
MONTAÑEZ LEON

APELLIDOS
LUNA JULIETTE

NOMBRES

Luna Leon

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **03-MAR-2004**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

04-MAR-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNAN PENAGOS GIRALDO

INDICE DERECHO



P-1500150-01452149-F-1019004975-20240715 0140936527A 1 8927929660

Factura de gas

Marzo 2025

Cuenta o referencia de pago: 60826843

BOGOTA

vanti

Fechas importantes

1. Pago oportuno: 11 Abr. 2025
2. Fecha de suspensión: 12 Abr. 2025
3. Periodo facturado: Feb. - Mar. 2025
4. Emisión de tu factura: 27 Mar. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	8M3	3 195,11	0,00	28.750,98
MENOS SUBSIDIO (41%)	1UN	-11.755,45	0,00	-11.755,45
AJUSTE DECENA	1UN	-2,07	0,00	-2,07
INTERESES FINANCIAMIENTO - NO GPA	1UN	926,00	0,00	926,00

1 Total $17.927,45

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota N°	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A
1,8700 % Vista RPO Clarita Residencial	0/24	3.212,80	928,88	3.212,80

2 Total $3.212,80

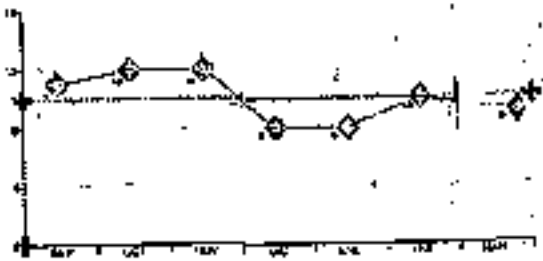
3 Valor facturas vencidas: $0,00

Total a pagar (1 + 2 + 3): $21.140,00

Pago por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso: Residencial | Estrato: Estrato | Días de consumo: 29

Fecha	Lectura	Tipo
22 Feb. 2025	1845	REAL
22 Mar. 2025	1857	REAL

m³ consumidos: 1857 - 1845 * Factor de corrección = 0

Tu próxima factura será

Entre 20 y el 25 de Abril

Novedades de tu factura

Corte: 2024-11

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $70.154

(415)7709990026025(8020)000268432900(CCCCCCCCCCCCCCCCCCCC)

M. Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria: **30 Jun. 2029**

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $2826.

Dic $2362 Ene $2480 Feb $3071

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

Componentes tarifarios

Gen (124.8) Trn 838.87 Dist $1.32 Com 0.0

Sp 78.75 Cmrt 0.0 Cpbm 0.0 Cbmm 0.0

Com 0.0 Fpmm 42.475 DANE 9.0 DANE 0.0

kWh fuera rango promedio (no aplicado): 1.05

kWh y pesos (valores actuales): 0.0 0.0

Factor de corrección

Vm 33 Kp 0.76407 Pb 1.30218 Pc 0.77065

Vc 0 Tm 14.87 Tc 11.58 Pd 1.0000

Pm 0.764 Pm 0.7634 Pcm 1.0

Factor de corrección: 0.7705

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 PCS: 0.0 IC: 100.0 IPC: 100.0





Inscríbete hoy a tu factura de manera digital

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

Comunica:

Evita fraudes en línea al pagar tu factura.
Ingresa siempre digitando:

www.grupovanti.com

Prestadores: Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gasoriente S.A. ESP, Gasnorte S.A. ESP

Mundo digital Vanti

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

Pagos electrónicos en otras entidades:

Botón PSE · Botón Bancolombia

Recuerda que puedes pagar las facturas de uso o varios clientes diferentes en una sola transacción

Escanea para pagar tu factura

*Puede solicitar inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Sucursal Colpatria
Corresponsales Grupo Aval
Corresponsales Banco Davivienda
Red EFECTY
Banco UNIÓN Colombia
Grandes Superficies: Makro, Jumbo, Éxito

*Si cancelas con cheque, diligéncialo a favor de la empresa 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 gratuita para emergencias
Atención todos los días las 24 horas
Fija: **01 8000 919 052** Móvil: **164**

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

¡Hola!

BERTHA MOCOSO
CL 139 140 B3 00001 - TIBABUYES
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti-916_ESP
Medidor Gas No. Sper1614-43029

Lote: P18GN Ruta: 0011770040820005100 Código del Sector: 281

Cuenta o referencia de pago 60826843

vanti Listo

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:



Si tu Revisión Periódica Obligatoria de Gas se vence entre julio y diciembre de 2026

¡Agenda ahora y comienza a pagar en el mes de tu vencimiento!

Aplica del 14 de marzo al 30 de junio de 2026 para usuarios residenciales de los municipios de Grupo Vanti. Aplica financiación a [illegible] Aplica tarifas y condiciones vigentes en grupovanti.com



Si te certificas en el mes de abril, mayo o junio,

podrás participar en el sorteo de

una moto Apache RTR 125 0Km

Aplica del 14 de marzo al 30 de junio de 2026 para usuarios residenciales de los municipios de Grupo Vanti. Aplica financiación a [illegible] de julio de 2026. Aplican tarifas y condiciones vigentes en grupovanti.com

Escanea el código QR para agendar tu Revisión

Sujetos a disponibilidad

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) 695 4755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164
Vanti en línea
https://www.grupovanti.com/

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

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS 2014

FECHA: 2 abril / 15

HISTORIA CLÍNICA: VC-599-5-0

MASCOTA: 900255001725958

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Killer

COLOR: Café

ESPECIE: CANINO ✓ FELINO ___ | SEXO: HEMBRA ___ MACHO: ✓ | RAZA: Pitbull | EDAD: 3 AÑOS | PESO: 27 Kg | RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO ✓

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIONES COMPORTAMENTALES: SI ___ NO ✓
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___
OTRO: ___

ESTEREOTIPIA DE APARIENCIA MALTRATO: SI ___ NO ✓

TIPO DE ALIMENTACIÓN: SECA ___ CASERA ___ CONCENTRADO ___ MIXTA ✓
OTRO ___

ORIGEN: NACIDO ___ RESCATADO ___ COMPRADO ✓ ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/PROPIETARIO

NOMBRES Y APELLIDOS: Mercedes Quevedo Castro
DIRECCIÓN: KR 124D 135B 18
TELÉFONO: 3134240485
CÉDULA: 20491802
EDAD: ✓ 38
NACIONALIDAD: Colombiana
CORREO ELECTRÓNICO: 3134340485@smsmovil.com
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria
TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO ___ FAMILIAR ___
¿TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD?: SI ___ NO ✓ ¿CUÁL?
BARRIO: La Gaitana
ESTRATO: 2
LOCALIDAD: SUBA
UPZ: 71

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

APTO PARA CIRUGÍA: SI ☐ NO ☐

¿CELO?: NO Aplica
¿EST. DESPARASITADORA?: NO Reporto
ÚLT. VACUNACIÓN RABIA: ✓ ¿DÓNDE?: PARVO: EQUIVALENTE:
TRIPLE FELINA: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA:
PRÓXIMA TRIPLE FELINA: TETRAVALENTE: RABIA:

4. EXAMEN CLÍNICO

VALORACIÓN DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO ✓ | SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno
HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno
CLASIFICACIÓN ASA: (I) II III IV V VI E | CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PRETRANSOPERATORIAS

F. CARDIACA: 117 l/m | F. RESPIRATORIA: 31 r/m | TEMPERATURA: 38,3 °C | PLC: 1 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREMEDICACIÓN	XILACINA	1,485 mL	1 mg/Kg IM
	KETAMINA	2,7 mL	5 mg/Kg IV ✓ 10 mg/Kg IM ☐
	MIDAZOLAM	5,4 mL	0,1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	9,45 mL	2 mg/Kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G.S.A.	1,89 mL	14.000 UI/Kg IM
	MELOXICAM	0,27 mL	0,2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de [Propietario/a Arrendatario/a Custodio/a] declaro que he entendido el procedimiento a realizar, la información suministrada sobre el mismo y los riesgos inherentes y propios de los riesgos relacionados con la Cirugía [Esterilización / Ovariohisterectomía / Orquiectomía] y que he tomado la decisión de manera libre y voluntaria su ACEPTACIÓN ✓ RECHAZO ___ para la realización del procedimiento descrito en la presente historia clínica.

NOMBRE Y DATOS DEL MV ANESTESIÓLOGO: Andrea Quiroga
TARJETA PROFESIONAL
Médico Veterinario
TP. 34836

FIRMA

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: Jennifer Gutiérrez Nonessque
TARJETA PROFESIONAL
Médico Veterinario - Zootecnista
TP. 33354

FIRMA

46

	CLÍNICA ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA CONSENTIMIENTO ESTERILIZACIONES 2024 CRLEM 2024	BOGOTÁ D.C. GUA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y he entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será sometido mi animal de compañía. Declaro que el auxiliar de esterilización, entiende que pueden presentarse riesgos como son: partos indeseados o sarpullidos, hemorragia, reacciones anestésicas, complicaciones neurológicas o hasta la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y sus alcances, los riesgos que se pueden presentar. De igual manera que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, que manifiesta consentimiento en el punto de quirófano, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, shores, talco, 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 son condiciones y ACEPTO _X__ o RECHAZO _____ la declinación calificación de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO les estoy al protegiendo) Anteriormente se me han explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía, sin derecho a ninguna reclamación alguna; exonerando de toda responsabilidad a la empresa sus y allegados médicos que realice el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, la cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En consecuencia, he dado mi información completa 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 rigurosamente 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 sin negligencia o impericia en la manipulación por mi animal de compañía, eximiendo a la Alcaldía Local de Suba, Empresa social del estado Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Propietario/Tenedor:	Nro de Identificación:
	20 491 802

Yo, _____ identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me RETRACTO de prestar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización) y contracepción de mi animal de compañía.
RAZÓN:

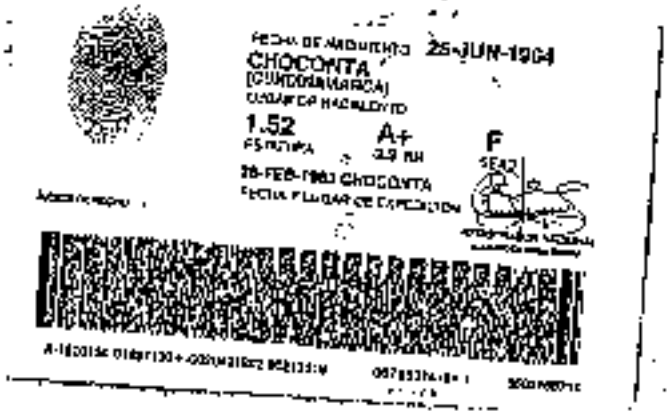
Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación:	

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Salón Comunal Gaitana | FECHA: 21-04-25 | HORA: 10 am

OBSERVACIONES:


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NUMERO 20.491.802
QUEVEDO CASTRO
MERCEDES


CHOCONTA
(CUNDINAMARCA)
1.52
A+
F
28-FEB-1963 CHOCONTA

acueducto
Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá-ESP
NIT. 899999094 - 1

Nelson Alexander Osorio
Representante Legal

Para el reparto ZONA:1 CICLO: J1 RUTA:J11301 BIMESTRAL

10600524
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

42706549419
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

Periodo facturado	02/04/2025	MAY/04/2025

Pago oportuno ABR/07/2025 Suspensión ABR/10/2025

Fecha límite de pago de esta factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
MAY/31/2025	MAR/22/2025 04:12:08	MAR/22/2025 11:04:32

¡Hola!

Factura a nombre de
MERCEDES QUEVEDO CASTRO

Dirección del predio
KR 124D 135B 18
Barrio LA GAITANA Localidad: SUBA
Descubre de cerca por acueducto

Datos adicionales del predio

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

¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambió
Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.

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

Línea de atención

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

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE
HOSPITAL CHAPINERO
CLÍNICA DE ESPECIALIDADES VETERINARIAS

HISTORIA CLÍNICA: HC-2025-0

MICROCHIP: 900256001725941

FECHA: 3-04-25

CÓDIGO: ESE-4

LUGAR DE REMISIÓN:

TIPO DE EMPRESA: SAC ___ PLC ___ ESE ___ PRIVADA ___ COMUNITARIA X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Rolly

COLOR: Chocolate

ESPECIE: CANINO X FELINO

SEXO: HEMBRA ___ MACHO X

RAZA: Mestizo

EDAD: 4 años

PESO: 9 Kg

RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTÓ ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X

AGRESIVIDAD: ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___ OTRO: ___

EVIDENCIA DE ANIMALES MASCOTAS: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: NINGUNO ___ CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___

VIVIENDA: PROPIA ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO X REGALADO ___ PERÍODO DE CUARENTENA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Laura Gimena Borda Gil

DIRECCIÓN: KR 142A 142F 39 SUR 3 AP 504

TELÉFONO: 3145799410

CÉDULA: 1001218026

EDAD: 19 X

NACIONALIDAD: Colombiana

CORREO ELECTRÓNICO: gimena43938@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO X FAMILIAR ___

TIENE MASCOTA EN CASA ACTUALMENTE: SI ___ NO X ¿CUÁL?

BARRIO: Bilbao

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71

3. ANTECEDENTES

Buen estado de Salud

APTO PARA CIRUGÍA: SI X NO

CELO: N.A

FECHA DESPARASITACIÓN: N.R.

ULT. VACUNACIÓN: RABIA X CANINOS PARVO

FECHA SIGUIENTE:

FIPRIL: PENTAVALENTE:

FECHA SIGUIENTE: DESPARASITACIÓN Y ANTIPULGA:

FECHA SIGUIENTE: RABIA

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMAS O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: (I) II III IV V VI E

CONDICIÓN CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 116 l/m

F. RESPIRATORIA: 32 r/m

TEMPERATURA: 38,7 °C

TLLC: 1 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,495 ml	1 mg/Kg IM
	KETAMINA	0,9 mL	5 mg/Kg IV X 10 mg/Kg IM ☐
	MIDAZOLAM	1,8 ml	0,1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	3,15 ml.	2 mg/Kg IV
POSOPERATORIO	PENICILINA G.S.A.	0,63 ml	37.000 UI/Kg IM
	MELOXICAM	0,09 ml.	0,2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cuidador principal/Acudiente/Dueño) he recibido de manera clara y comprensible la información sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos particulares que la Cirujana veterinaria [nombre] ha considerado de manera libre y voluntaria su ACEPTACIÓN X RECHAZO ___ para la realización de procedimiento con sedación preanestésica.

NOMBRE SI DIFERENTE MV CIRUJANO: TARJETA PROFESIONAL

FIRMA

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: TARJETA PROFESIONAL

FIRMA

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONSULTORIO VETERINARIO
CALLE 150

BOGOTÁ
SUBA

7. 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 Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será intervenido mi animal de compañía. Declaro que al aceptar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos como la cirugía como son; paros respiratorios o cardíacos, 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 de estos los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis en durante la implantación del microchip puede generar dolor y molestias como también algunas complicaciones que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y son: inflamación, un aburrimiento, sobre de perdida infección en el área por el uso pudiendo ocasionar lesiones, abscesos, tejidos, aplicación de antibióticos, curitas secos y cuando estén húmedas que limpie y cambie la zona, tiempo de las 5 días posteriores a la implantación

De igual manera autorizo al medico 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 realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente me entran explicado verbalmente, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y los derivados a consecuencia de alguna complicación de falta responsabilidad al momento y el equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen algunas complicaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia baja, la 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 Medico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

CONSENTIMIENTO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir rigurosamente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y cuidados que sean necesarios para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía, después de la intervención asumo todos los gastos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con el animal de compañía, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impreson y al equipo Medico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	No de Identificación:
Laura Gamboa Gil.	1001218026.

Yo, _____ identificado con CC. No _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización) y cedo por lo tanto mi animal de compañía.
RAZÓN:

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

8. CITA DE ENTREGA DE PUNTOS

LUGAR: Salon Comunal Gaitana	FECHA: 21-04-26	HORA: 10:am

OBSERVACIONES:

SE LE EXPLICA AL TENEDOR RESPONSABLE SOBRE LOS RIESGOS QUIRÚRGICOS Y ANESTÉSICOS DEL ANIMAL, DEBIDO A LA RAZA CONDICIÓN CORPORAL Y ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Laura Gamboa Gil.
1001218026.

Andres Quiroga
Médico Veterinario
TP. 34939

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.001.218.026



Apellidos
BORDA GIL

Nombres
LAURA GIMENA

Nacionalidad
COL

Sexo
F

Fecha de nacimiento
15 NOV 2003

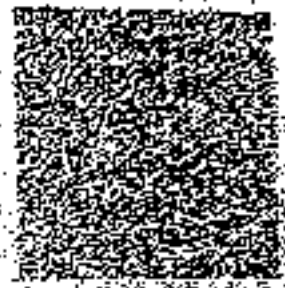
Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
25 NOV 2021, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expiración
09 MAR 2033





REGISTRADOR NACIONAL

I<COL0178761686150O1<<<<<<<<<<<
0311155F3303090COL1001218026<6
BORDA<GIL<<LAURA<GIMENA<<<<<<<

BUEGBTRAL

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Para el reparto ZONA: CICLO: H1 RUTA:H11014

11876304
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

40707216319
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanee y pague el documento electrónico equivalente

¡Hola! 3-504

Factura a nombre de
CIUDADELA CAFAM II CIUDADELA C

Dirección del predio
KR 147A 142F 39 IN 3 AP 504

Barrio: BILBAO Localidad: SUBA

Dirección de correspondencia:

Datos adicionales del predio

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

Periodo facturado	FEB01/2025	MAR01/2025

Pago oportuno	ABR04/2025	Suspensión	ABR09/2025
Fecha límite para pago oportuno	Fecha y hora de generación factura		Fecha y hora de generación factura
MAY29/2025	MAR19/2025 04:53:05		MAR19/2025 10:38:55

¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambió
Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.

En este periodo **consumiste menos agua** que en el anterior.

Abre y descubre el detalle de tu pago y consumo

Contáctanos

acueducto

Ingresa a www.acueducto.com.co/pqrs de la EAAB-ESP para radicar tu PQR y obtener información de los puntos de atención, costos de atención y realiza tu pago a través de Internet.

HISTORIA CLÍNICA

MICROCHIP: 990000013796518

FECHA: 3-04-25

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Klass

COLOR: Cafe

ESPECIE: CANINO ✓ FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO ✓

RAZA: mestizo

EDAD: 9 meses

PESO: 12 kg

RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO ✓

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO ✓

ADHESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___ OTRO: ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO ✓

TIPO DE ALIMENTACIÓN: HUMANA ___ CASERO ___ CONCENTRADO ✓ MIXTO ___ OTRO ___

ORIGEN: ADAPTADO ___ RESCATADO ___ CONFINADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO ✓ PERRO CALLEJERO ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR RESPONSABLE

NOMBRE Y APELLIDOS: Flor Heli Rodriguez

DIRECCIÓN: KR 140 #137 23

TELÉFONO: 3204130125

CÉDULA: 28723180

EDAD: ___ AÑOS ✓

NACIONALIDAD: Colombiana

CORREO ELECTRÓNICO: Flor4451@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO ✓ FAMILIAR ___

TIENE ALGUNA ENCEFALOPATÍA: SI ___ NO ✓ ¿CUÁL? ___

BARRIO: Berlan

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

APTO PARA CIRUGÍA: ✓ SI ___ NO ___

ESTERILIZADO: NO aplica

ULT. DESPARASITACIÓN: No Reporta

ULT. VACUNACIÓN: CANINOS: RABIA: ___ TRIPLE FELINA: ___ LEUCEMIA: ___ TRIPLE: ___ PERTENECIENTES: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: ___ RABIA: ___

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASE CATALANA: I II III IV V VI ✓ CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 118 x/m | F. RESPIRATORIA: 34 x/m | TEMPERATURA: 38,2 °C | TLLC: 1 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICADO		DOSIS/VÍA/FRECUENCIA
PREANESTESIA	XILACINA	0,65 mL	1 mg/kg IM
	KETAMINA	1,2 mL	5 mg/kg IV ☒ 10 mg/kg IV ☐
	MIDAZOLAM	2,4 mL	0,1 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	4,2 mL	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G.B.A.	0,84 mL	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	10/12 mL	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

Con calidad de (Cabeza de Familia/Acudiente), autorizo que durante el procedimiento anestésico mencionado en este documento, se me brinde toda la información relacionada con el mismo, incluyendo los riesgos inherentes a la misma. Declaro que he recibido la información completa sobre el procedimiento quirúrgico y que he comprendido los riesgos relacionados con la cirugía, los cuales he discutido con el médico veterinario tratante y he resuelto todas mis inquietudes. Por lo tanto, autorizo de manera libre y voluntaria su realización. ACEPTACIÓN ✓ RECHAZO ___, para lo cual suscribo el presente documento en constancia de lo anteriormente expuesto.

NOMBRE(S) Y APELLIDOS MÉDICO VETERINARIO: Andres Quiroga

TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario TP. 34839

FIRMA: [signature]

NOMBRE DEL/LA ACUDIENTE: Yennifer Gutierrez Noriega

TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358

FIRMA: [signature]

	[illegible]	BOGOTÁ [illegible]

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento de Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. He decidido esterilizar la mascota, sabiendo que pueden presentarse riesgos de cada la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones a anestesia, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y concreta 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 pueden generar riesgos o reacciones adversas que se pueden presentar en la zona de implantación, y de manifiesto que la aplicación en el punto de punción, además de posible infección en el sitio por el uso para el de tijeras, jabones, talco, aplicación de antirrabia, baños secos y otras actividades que irriten y contaminen la zona, dentro de las 5 días posteriores a la implantación.

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

Además soy conveniente y ACEPTO _X__ o RECHAZO _____ La **clasificación** y realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y 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 reclamación alguna, exonerando de esta responsabilidad a Imperios así y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen circunstancias imprevisibles, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, he sido bien informado, he comprendido y aceptado.

En consecuencia, he sido suficientemente informado y manifiesto mi deseo 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 POSTOPERATORIO
Me comprometo a seguir las instrucciones dadas, las recomendaciones y a tomar las medidas de prevención 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, tenedores y el equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	No de Identificación: 28723180

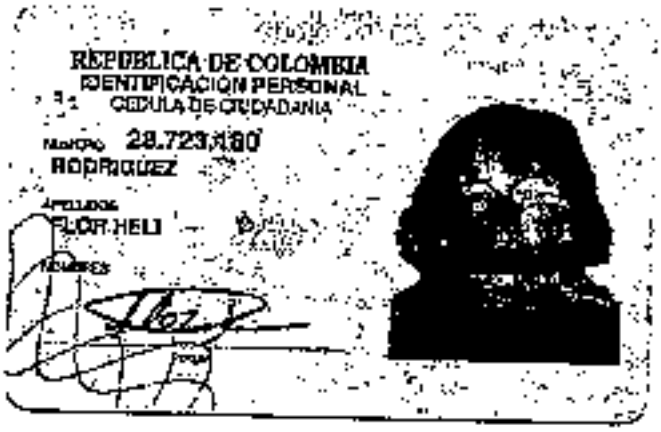
Yo, _____ identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, con RETRACTO de realizar la Intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía, esterilización y castración de mi animal de compañía **RAZON:**

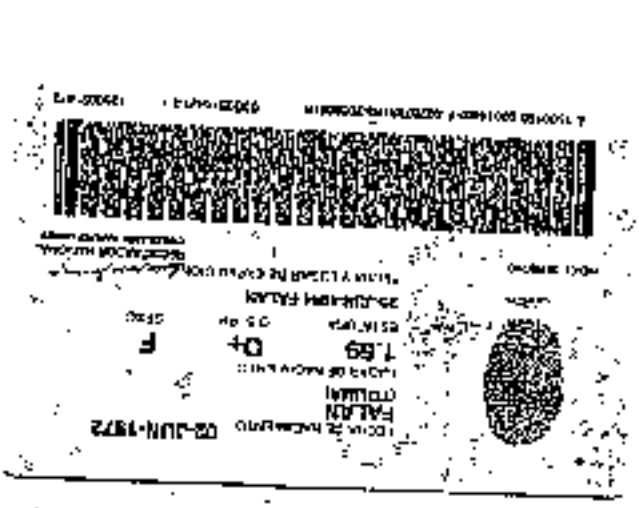
Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
No. Identificación:	

3. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: S.C Gaitana FECHA: 21 Abril /23 HORA: 10 a.m

OBSERVACIONES:


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 28.723.480
RODRIGUEZ
APELLIDOS
FLOR HELI
NOMBRES



enel Bogotá

1678697-1

CUENTA

LUIS MIGUEL MARTIN

BOGOTA D.C. - BOGOTA



COMPORTAMIENTO CONSUMO

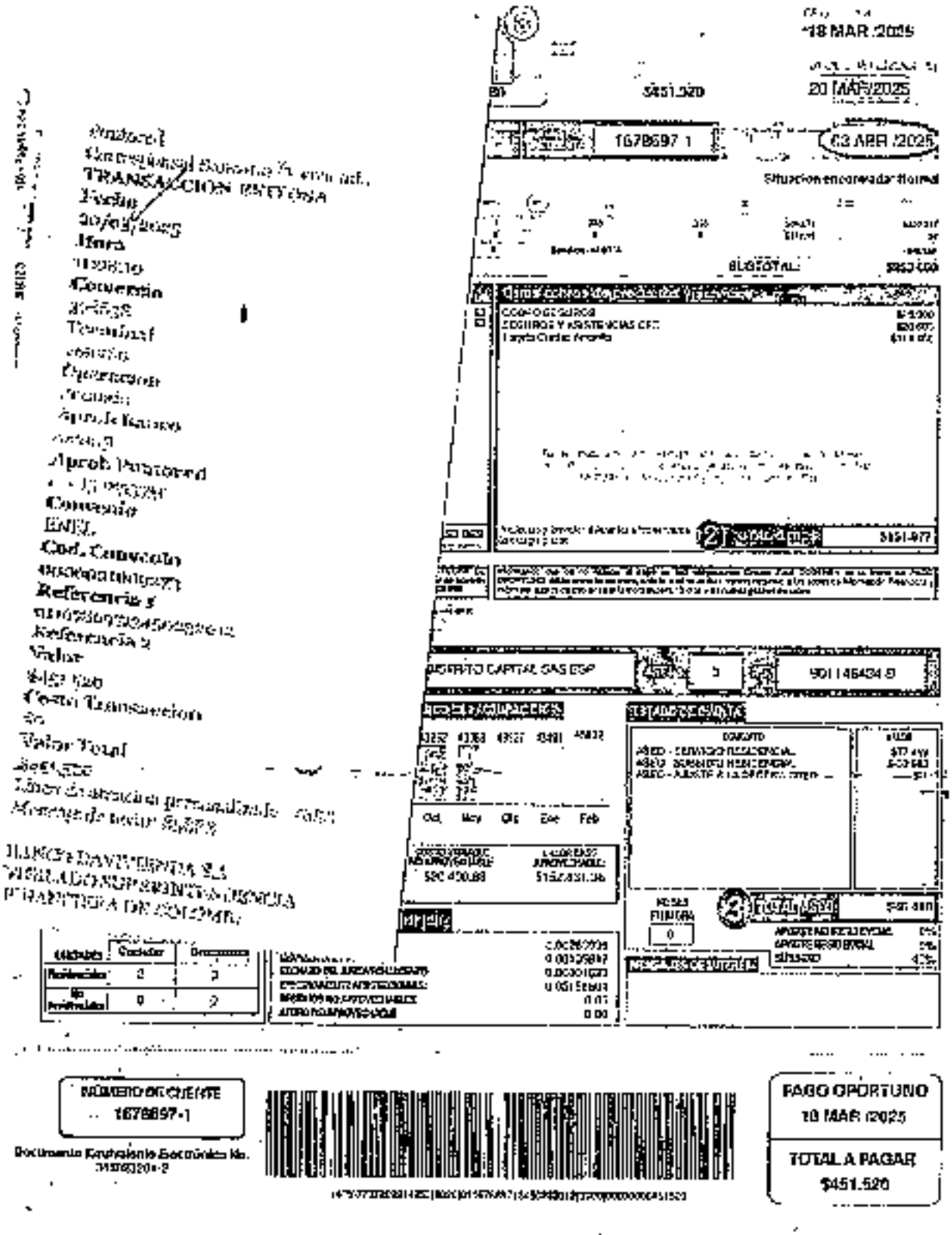
Pesos

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CONTÁCTANOS

PUNTOS DE ATENCIÓN PRESENCIAL

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?



TRANSACCION EXITOSA

18 MAR 2025

20 MAR 2025

451.520

1678697 1

03 ABR 2025

Situación encontrada: Normal

$ 451.520

CONSUMO GAS/GAS
COBROS Y ASISTENCIAS CEC
Tarjeta Crédito Amarilla

$ 451.520

DISTRITO CAPITAL GAS ESP

5

901146434 9

Oct Nov Dic Ene Feb

DONCELLO

ABEO - CARGO FIJO RESIDENCIAL
ABEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL
ABEO - AJUSTE A LA DECENA

$ 451.520

Medidas	Cocidos	Procesos
Residenciales	0	0
No residenciales	0	0

NÚMERO DE CUENTA
1678697-1

Documento Equivalente Electrónico No.
[illegible]

PAGO OPORTUNO
18 MAR 2025

TOTAL A PAGAR
$451.520

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CIRUGÍAS Y TOMAS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CANCHA LA GAITANA

HISTORIA CLÍNICA: HC-999E-0
CHIP: 900255001726961
FECHA: 3-04-25
CONSEC. EST-4

LUGAR DE LA JORNADA:

TIPO DE TRABAJO: ONG ___ RES. ___ CES ___ ADJ 64 ___ COMUNIDAD: X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Hous
COLOR: Café
ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X
RAZA: Bulldog Frances
EDAD: 1 año
PESO: 11 Kg
RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIONES COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ NERVIOSO ___ OTRO: ___
EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X
TIPO DE ALIMENTACIÓN: H/S/R CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___
ORIGEN: H/S/R ___ RESCATADO ___ COMPRADO X ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERDIDO CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Kevin Santiago Gonzalez Nieto
DIRECCIÓN: TV 126F No 133 33
TELÉFONO: 3043066860
CÉDULA: 1031648358
SEXO: M X
CIUDAD/MUNICIPIO: Colombia
CORREO ELECTRÓNICO: santiagogonza43218@gmail.com
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller
TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRENDO X FAMILIAR ___
¿TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD? SI ___ NO X CUAL?
BARRIO: La Gaitana
ESTRATO: 2
LOCALIDAD: SUBA
UPZ: 71

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

AUTORIZA CIRUGÍA: SÍ X NO ___

T.T. CELO: N.A.
N.A. DESPARASITACIÓN: N.R
ULT. VACUNACIÓN: ANTIRRÁBICA X CANINA PARVO: ___
DESVALENCHES: ___
PELIROJO-VINPLE PELIRA: ___
LEUCEMIA: ___
PARTO: ___ RECIENTEMENTE: ___
PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: ___
RABIA: ___

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE PATOLOGÍAS APARENTE SI ___ NO X
OBSERVACIONES ADICIONALES: Ninguno
HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno
CLASIFICACIÓN ASA: I X II III IV V VI E
CONDICIÓN CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PRECIRUGÍA

F. CARDIACA: 114 l/m
F. RESPIRATORIA: 30 r/m
TEMPERATURA: 38,9 °c
TLC: 2 seg
MUCOSAS: Rosadas
OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCESO MÉDICO	MEDICACIÓN		OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,60 mL	3 mg/Kg IM
	KETAMINA	1,1 mL	5 mg/Kg IV X — 10 mg/Kg IM ___
	METADOLAM	2,2 mL	0,1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	3,85 mL	2 mg/Kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G.S.	0,37 mL	22.000 UI/Kg SC
	MELOXICAM	0,11 mL	0,2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de Kevin Santiago Gonzalez Nieto, acudiente del paciente canino con historia clínica de esterilidad arriba relacionada, he leído, entendido y comprendido todo el procedimiento quirúrgico y pos-quirúrgico a realizar a mi mascota por la Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud, Hospital Suba II Nivel. Doy mi consentimiento para la realización del procedimiento. ACEPTACIÓN X
RECHAZO ___, para la realización del procedimiento será sin anestesia ni analgésicos.

NOMBRE Y DATOS DEL VETERINARIO: FIRMA PROFESIONAL
FIRMA:

NOMBRE DEL VETERINARIO/A AUX. FIRMA PROFESIONAL
FIRMA: 46

	HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO CIRUGÍA	Versión: 01 Julio 2021

2. 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 Quirúrgico de esterilización en el cual está estipulado un mínimo de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que existen posibles complicaciones durante la cirugía como: shock, paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones metabólicas e incluso la muerte.

Asimismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de intervención quirúrgica y se valoran los riesgos que se pueden presentar. Se resalta énfasis que durante la intervención del mismo puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de intervención, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección ocasionada por el uso no correcto de todos los elementos, jabones, sales, aplicación de antibióticos, baños secos y cepas sistémicas que irriten y contaminen la zona, dentro de las 5 días posteriores a la intervención.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la intervención del procedimiento de mi animal de compañía. Igualmente autorizo el manejo de medicinas pertinentes, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y ACEPTO _X_ o RECHAZO _____ la declinación evaluación de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO les cubre el programa) Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, 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; eximiendo de toda responsabilidad a Impactos sta y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen efectos secundarios, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, la cual he sido informado, he comprendido y aceptado. AP

En consecuencia, he dado esta información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas, 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 rigurosamente las recomendaciones y a tomar la mayor diligencia de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones con mi animal de compañía.

Con mi aceptación del estado 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, exonerando a la Alcaldía local de Suba, Impactos sta y al equipo Médico Veterinario prestador de la salud de por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor: Santiago Gonzalez	No de identificación: 1031648358

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

Nombre del Responsable/Tenedor: No. Identificación:	Firma:

3. OTA DE ACEPTO DE PUNTOS

LUGAR: Salon Comunal Gaitana | FECHA: 21-04-25 | HORA 10 am

OBSERVACIONES:

SE LE EXPLICA AL TENEDOR RESPONSABLE SOBRE LOS RIESGOS QUIRÚRGICOS Y ANESTÉSICOS DEL ANIMAL, DEBIDO A LA CONDICIÓN DE SUBIDA

Santiago Gonzalez
1031648358

Andres Quiroga
Médico Veterinario
TP. 34830

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.031.648.358

GONZALEZ NIETO

KEVIN SANTIAGO

COL 1.05 M

08 ENE 2008 O+

BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

15 ENE 2024, BOGOTA D.C.

15 ENE 2024

Santiago G.

ICCOL037106436215001<<<<<<<<<<<
0601094M3401114COL1031648358<0
GONZALEZ<NIETO<<KEVIN<SANTIAGO

enel | Bogotá

1785914-9

CUENTA

JOSE AURELIO GONZALEZ DAZA

¿Quieres actualizar tu dirección? Escríbenos al código

COMPORTAMIENTO CONSUMO

Activa

Sep Oct Nov Dic Ene Feb Mar

EL PRESTAMO DE LA CIUDAD

¡LLEGÓ A TU CASA!

Tu PRÉSTAMO DE HASTA

$12.000.000

¡Recuerda que tu factura llega a tu correo electrónico!

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:

CONSUMO DEL SERVICIO

CONTÁCTANOS

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PAGA TU FACTURA

Línea de servicio al cliente

HISTORIA CLÍNICA

HC-RTPL-2

9002560172O112

FECHA: 3 Abril 24

CUERPO 455-4

LUGAR DE LA JORNADA:

TIPO DE INTERCEPCIÓN: CPC ___ REC. CES ___ PRUEBAS ___ COMUNIDAD X

II. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Rayo

COLOR: Negro

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X

RAZA: mestizo

EDAD: 1 año

PESO: 3 kg.

RAZA DE RIESGO DE ESPECIE: Si ___ NO X

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

AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___

OTRO: ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO

SI ___ NO X

CONDICIÓN ALIMENTACIÓN

BUENA ___

CASERO ___ CONCENTRADO ___ MIXTO X

OTRO: ___

ORIGEN: NATAL ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO X REGALADO ___ PERDIDO DE CUADRA ___ OTRO ___

III. DATOS PROPIETARIO/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Laura Alvarez Rios

DIRECCIÓN: KR 107B 132D 09

TELEFONO: 3214714529

CEDULA: 1032480688

EDAD: 14 X

NACIONALIDAD: Colombiana

CORREO ELECTRÓNICO: 3214714529@sancorreo.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Técnico

PARA: PROPIO X ARRENDO ___ FAMILIAR ___

TIPO DE VIVIENDA:

CUENTA ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X ¿CUÁL?

BARRIO: Villa María

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71

IV. ANAMNESIS

Buen estado de salud

APTO PARA CIRUGÍA: SI X NO ___

VAC. CANINA: NO Aplica

DESPARASITACIÓN: NO Reporta

ULT. VACUNACIÓN: Triple X Canigen Nobivac

VIRUS: PERITONEUMONIA INFECCIOSA FELINA

RABIA: ___

ULT. DESPARASITACIÓN: ___

LEUCEMIA: ___

V. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X ¿CUÁL/ES SISTEMA/S AFECTADO/S: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICIONES ESPECIALES: N/S

VI. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PARAQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 120 l/m

F. RESPIRATORIA: 34 r/m

TEMPERATURA: 38.3 °C

TRC: 1 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

VII. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.165 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0.3 ml.	5 mg/kg IV X 10 mg/kg IM ___
	MIDAZOLAM	0.6 ml.	0.1 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1.05 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G.A.	0.21 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.03 ml.	0.2 mg/kg SC

ANTIBIÓTICOS ANTERIORES: Ninguno

En calidad de [illegible] acepto y/o autorizo el procedimiento descrito como constancia de haber sido informado(a) oportunamente sobre el mismo, sobre posibles complicaciones y especificaciones relacionadas con la Cirugía electiva, [illegible] ACEPTACIÓN X

RECHAZO ___ para la realización del procedimiento descrito anteriormente.

NOMBRES Y APELLIDOS MÉDICO VETERINARIO TARJETA PROFESIONAL: Andrés Quiroga Médico Veterinario TP. 34839

FIRMA:

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL: Yennifer Gutiérrez Nomesqua Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358

FIRMA:

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que fui recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será atendido mi animal de compañía. Declaro que al suscribir este tariff boletín, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paro respiratorio o cardiaco, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Adicionalmente manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclaran los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis en 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 inyección, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que liben y contaminen la zona, dentro de las 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.

Adicional soy consciente y **ACEPTO _X__ o RECHAZO _____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía** (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en mi totalidad la responsabilidad de la cirugía y/o derecho a contravención a que se someta de toda responsabilidad e imprevistos y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen complicaciones, 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 tomar las medidas de precaución y cuidados que sean necesarios 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, comprometo a la Alcaldía Local de Suba, Inspectores y/o Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir

Nombre del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Salón Comunal Guaimaro	FECHA: 21 - 04 - 25	HORA: 10 am

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.032.480.688
ALVAREZ RIOS

APELLIDOS
LAURA

NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 13-ABR-1998
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

22-ABR-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá ESP
NIT. 899999094-1

Para el reparto ZONA:1 CICLO: K1 RUTA:K11419 BIMESTRAL

10556121
Cuenta contrato
Núm de identificación de este predio

11749933617
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Si desea descargar el documento escanee este código

Periodo facturado	NOV/07/2024	ENE/06/2025

Pago oportuno	FEB/10/2025	Suspensión	FEB/13/2025

Fecha límite para pronto pago	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación de la factura
ABR/02/2025	ENE/20/2025 09:33:20	ENE/20/2025 13:29:36

¡Hola!

Factura a nombre de
NEKNINID ARIAS G

Dirección del predio
KR 107B 132D 00
Barrio VILLA MARIA Localidad: SUBA

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambió
Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.

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

Tu consumo en este período

En los periodos anteriores tu promedio de consumo fue 17

16 16 14 15

MAY-JUL $83.249 | JUL-SEP $94,188 | SEP-NOV $7.059.346 | ÚLTIMO CONSUMO

Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

En este período 15.000

Promedio al día 246

En este período consumiste más agua que en el anterior.

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura actual período 2020
Lectura anterior 2014
Tu consumo este período 15

Fecha próximo pago: Cancelado
Base promedio
Descargue factura alterna 0

Datos de tu medidor

Medidor: Kinet
Serie: $qCT3088616

Tipo: M3 Ultra
Último mes pagado: X

Para reducir tu consumo, recuerda:

Ducharte en 3 minutos para reducir tu consumo

Tener siempre un balde en la ducha para reusar el agua recogida

Cerrar la llave al enjabonar los platos

Tu cobro en este período

Acueducto $42.705,89 (1) + Alcantarillado $39.096,55 (2) + Otros cobros $25.340- (3 4 5 6)

Escanea y paga virtual

Conoce cuáles de estos códigos corresponden al final de la página

Total facturado del período
Valores que ya pasaron por tu factura anterior

= Total a pagar $58.463

Detalle de tu consumo este bimestre

1 Acueducto

Concepto	Cant.	Valor unitario	Subsidio %	Subsidio Valor	Tarifa	Total	Cargo fijo	Valor unitario	Aporte %	Aporte Valor	Tarifa	Total
Cargo fijo residencial (mes)	1,00	[illegible]	-40	[illegible]	[illegible]	[illegible]	1,00	[illegible]	40	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Consumo residencial hasta (m³)	15,00	[illegible]	-40	[illegible]	[illegible]	[illegible]	15,00	[illegible]	40	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Consumo residencial subsidio básico (m³)	-						-					
Cargo fijo no residencial (mes)	-						-					
Consumo no residencial (m³)	-						-					
Subtotal				[illegible]		[illegible]				[illegible]		[illegible]

2 Alcantarillado

- Corresponde a descuento de subsidio del consumo básico. Aplica para estratos 1, 2 y 3 para consumos hasta 20 m³ en estrato 1, 18 m³ en estrato 2 y 16 m³ en estrato 3.
- Corresponde a aporte solidario del sector residencial de estratos 5 y 6 y del comercio, la industria y el gobierno. Aplica para estratos 1, 2 y 3.

Tasa ordenada

	Tarifa Una Persona	Para Residencial
Tarifa consumo básico (M³/mes)	[illegible]	[illegible]
Tarifa consumo exceso básico (M³/mes)	[illegible]	[illegible]
Total por consumo facturado	[illegible]	[illegible]

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]
Subtotal	[illegible]

4 Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

5 Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

6 Deudas de estudio

Concepto	Valor
Subtotal	

7 Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	

Pagos por internet y apps bancarias: Nequi, Daviplata, Bancolombia, Efecty, Baloto, Red Multicolor

Puntos de pago presenciales: Punto de Pago, Su Red, Puntored, Transfiroo

Red GANA: Compra, transfiere y recibe dinero en monedas digitales sin costos ocultos.

Ubicate en [illegible] cerca de ti: Bancos, Corresponsales bancarios, Supermercados, Droguerías, Tiendas de conveniencia, Puntos de pago, Oficinas, Red GANA, Virtuales, Móviles, Digitales, Sucursal Virtual (Pc)

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$58.463

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.

Señor usuario, para el pago de esta factura en cualquier punto y fecha de vencimiento, recuerde que el valor a pagar incluye intereses de mora. Después de la fecha de vencimiento, el valor a pagar será el que aparece en la columna de [illegible].

[illegible]

11442

21212 10490 26

VIGILADO POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS - CONTRIBUCIÓN DEL 0,5% - ESP

HISTORIA CLÍNICA
HC 859 E-0

FECHA: 3 Abril/25

NOMBRE: Angel

EDAD: 5 años

PESO: 28 Kg

Eric Santiago Santacruz (San) Segura

CC 152 No. 116 21 IV 8 AP 102

TELEFONO: 3178928803

CÉDULA: 1031808475

Bachiller

Rincon de Santa Ines

ESTRATO: 3

LPC: 7-1

Buen estado de salud

Ninguno

Ninguno

Ninguno

FASE DE PREMEDICACIÓN	MEDICACIÓN		OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1.54 ml	2 mg/Kg IM
	KETAMINA	2.8 ml	5 mg/Kg IV ☒ 22 mg/kg IM ☐
	BUTORFANOL	5.6 ml	0,2 mg/Kg SC
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	9.8 ml	2 mg/Kg IV
POST OPERATORIO	PENTOXIFILINA G.L.A.	1.96 ml	17.000 UI/Kg IVS
	MELOXICAM	0.28 ml	0,1 mg/Kg SC

Ninguno

Andres Quiroga
Médico Veterinario
TP 34838

Yennifer Gutiérrez Homesque
Médico Veterinario - Zootecnista
TP. 33353

	[illegible]	[illegible] 5004

7. 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 Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será estabilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son: shock respiratorio, arritmias cardíacas, hemorragias, anestesias prolongadas, complicaciones severas o fatales 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 sus ventajas y riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o complicaciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, adquirir de peor la infección en el área por el mismo, migración de lesiones, tejidos, aplicación de anti pulgas, baños con geles y otros que cambien la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

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

Además soy consciente y ACEPTO _X_ o RECHAZO _____ la declaración realizada de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entendido, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por lo cual asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y renuncio a cualquier reclamación de cualquier índole a impetrar hoy y al equipo médico que realice el procedimiento. También entiendo que existen situaciones imprevistas durante cirugías, las cuales no son previsibles, he comprendido y aceptado.

En consecuencia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, sin ningún tipo de alteración 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.

CUIDADOS DE CIRUGÍAS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir fielmente las recomendaciones y acatar 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 las riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia e impericia en la manipulación con mi animal de compañía, eximiendo a la Alcaldía Local de Suba, Inspectores y el equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda surgir.

Firma del Responsable/Tenedor:	No de Identificación:
NOMBRE	1031808975

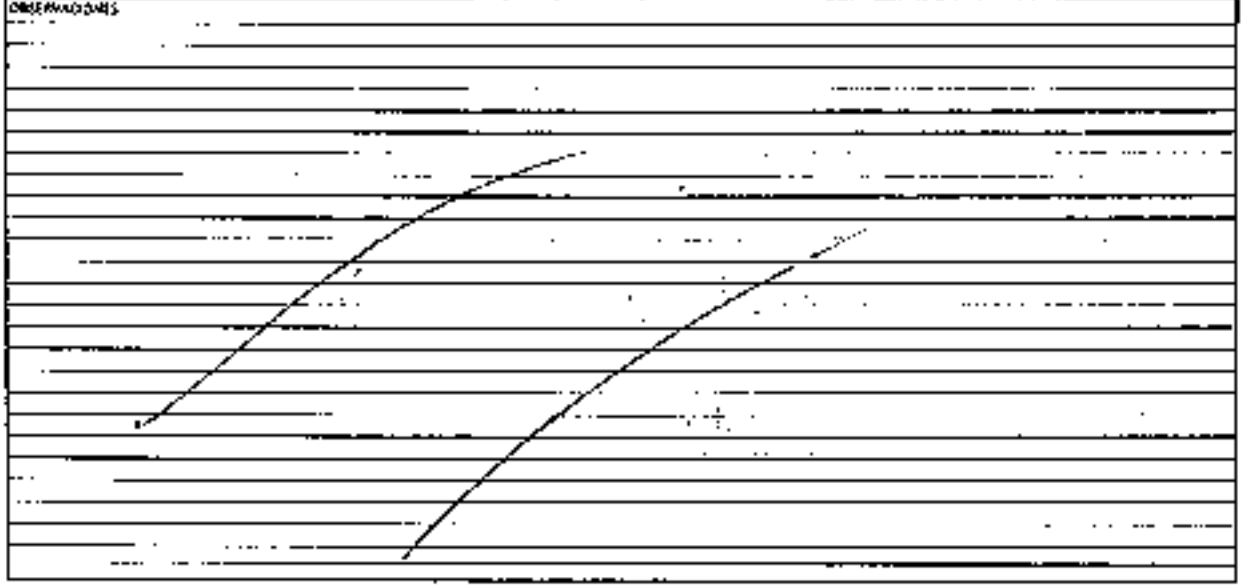
Yo, _____ identificado con CC. No _____ En pleno goce de mis facultades mentales, me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización) y castración) de mi animal de compañía.
RAZÓN:

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

8. ACTA DE RETIRO DE ANIMALES

LUGAR: Salón Comunal Gaitana FECHA: 21-04-25 HORA: 10 am

OBSERVACIONES:



CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NÚMERO 1.031.008.973

APELLIDOS
SANTACRUZ SEGURA

NOMBRES
ERIC SANTIAGO



ESTATURA 1.78 SEXO M

GRUPO SANGUÍNEA O+

LUGAR DE NACIMIENTO
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
03 ENE 2006, BOGOTA D.C

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO
03 ENE 2006

0715784174



```
ICCOL0715784174150D1<<<<<<<<<<<
D6120920350103GCOL103180897S<9
SANTACRUZ<SEGURA<<ERIC<SANTIAG
```

enel | Bogotá

Para pagos y consultas ve a Mi cuenta de Enel Co

2077435222

CUENTE

URBANA SA

CL 152 NO 11C 21 IN 5 AP 102
CANINO VERDE DEL CEREZO IN LA
BOGOTÁ, D.C. - RAMON N DE SANTA INAS

08 707 5032 / 065-1 / 05645

¿Quieres actualizar tu factura? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO

Activa

Nov Dic Ene Feb

VALOR APLICADO

CONSUMO COBRADO

VALOR UNITARIO

¡Este mes ahorraste! Tu LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO

EL PRESTAMO DE LA CIUDAD

¡LLEGÓ A TU CASA!

TU PRÉSTAMO DE HASTA

$12.000.000

Recibe dinero en tu cuenta sin papeleo.
¡Solicítalo en una de nuestras oficinas o en
Crédito Fácil COMFAMA!

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO: Residencial
ESTRATO: 3
UNIDAD: kWh
FACTOR: 1
FECHA PRÓXIMA LECTURA: 30/01/2025
FECHA LECTURA: 31/12/2024
MEDIDOR ACTUAL: 3720214662
MEDIDOR ANT: 3720214662
PRÓXIMA FACTURA: 05/02/2025
PERIODO FACT: mes 31/12/2024
MEDIDOR ANT: 065-1 / 05645

CONSEJO PARA EL AHORRO

Si te levantas con apagón, por favor desconecta los electrodomésticos que no vas a usar, así podrás ayudar a mejorar la recuperación del servicio y, además, ahorrar energía.

CONTRATANTES

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios de pagos de Enel

Alianza Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Efectivo

Centros de Servicio

Código QR

Almacenes de Cadena

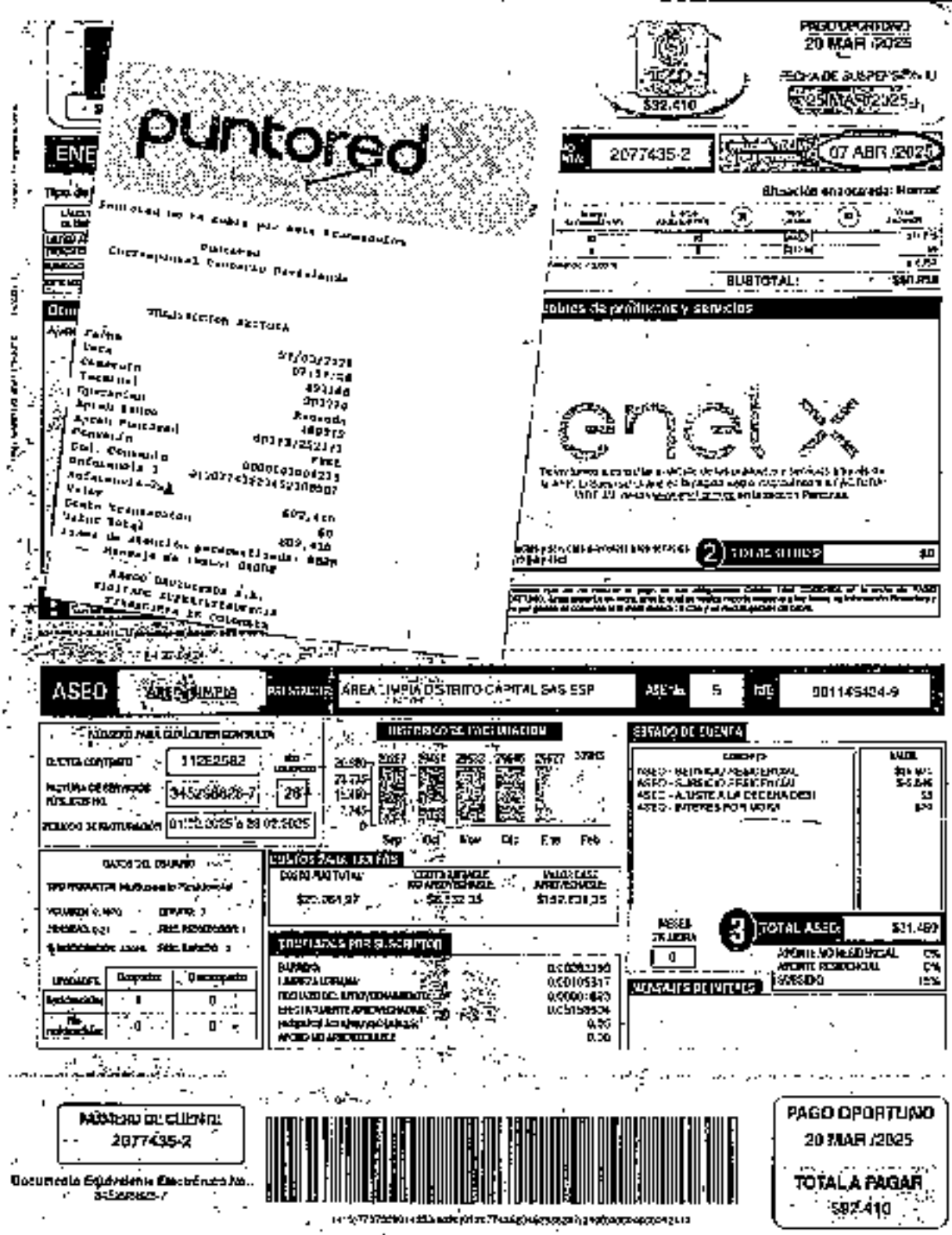
PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

Línea de servicio al cliente 100

COMPONENTES FACTURADOS

TARIFAS POLOS

FECHA GENERACIÓN
TOOM EXPEDICIÓN:



puntored

ENE

PAGO OPORTUNO
20 MAR /2025

$92.410

2077435-2

07 ABR /2025

SUBTOTAL: $91.490

Otros conceptos y servicios

enel x

TOTAL A PAGAR $0

ASEO

AREA LIMPIA

AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL SAS ESP

ASEO 5

NIT 901145404-9

DATOS PARA DILIGENCIAR CONSULTA

CUENTA CONTRATO 112E2582

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO. 345298628-7

PERIODO DE FACTURACIÓN 01/02/2025 a 28/02/2025

DIAS LIQUIDADOS 28

HISTORICO DE FACTURACION

Sep Oct Nov Dic Ene Feb

ESTADO DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR
ASEO - RETENCIA/AUTORRETENCION	$0
ASEO - SUBSIDIO FACTURADO	$-5.646
ASEO - AJUSTE A LA DECENA DEL	$3
ASEO - INTERES POR MORA	$0

DATOS DEL USUARIO

UNIDADES	Suspendido	Desmontado
Residenciales	0	0
No residenciales	0	0

CUADRO DE TARIFAS

CONSUMO FACTURADO	COSTO UNITARIO APROVECHABLE	VALOR BASE APROVECHABLE
$20.061,97	$8.332,35	$167.038,25

ASEO FACTURADO 0

3 TOTAL ASEO $31.490

APORTE NO RESIDENCIAL 0%

APORTE RESIDENCIAL 0%

SUBSIDIO 15%

COMPONENTES POR SUSCRIPTOR

BARRIDO	0.0098390
LIMPIEZA URBANA	0.0105317
TRATAMIENTO APROVECHAMIENTO	0.0000:820
DISPOSITIVO APROVECHABLE	0.0159504
	0.00
APORTE NO APROVECHABLE	0.00

MENSAJES DE UTILIDAD

NÚMERO DE CUENTA
2077435-2

Documento Equivalente Electrónico No.
[illegible]

PAGO OPORTUNO
20 MAR /2025

TOTAL A PAGAR
$92.410

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL

CONVENIO DE APORTE N° 4600004 2024

BOGOTÁ

Fecha de la cirugía (día/mes/año)

HISTORIA CLÍNICA: HC-598-E-D

DOCUMENTO: 900256001732712

FECHA: 23 Abril/25

CÓDIGO: EST-4

LUGAR DE LA INTERVENCIÓN:

SERVICIOS TENEDOR: CHIC__ RET__ CIS__ BRIPAS__ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Apolo

COLOR: Blanco Negro

ESPECIE: CANINO X FELINO__ SEXO: HEMBRA__ MACHO X

RAZA: Husky Siberiano EDAD: 2 AÑOS

PESO: 23,8 kg

RAZA DE MANEJO ESPECIAL: S__ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI__ NO X

AGRESIVIDAD__ MIEDO__ ANSIEDAD__ OTROS__

EVIDENCIA DE ANIMAL DE MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: MIXTA__ CASERO__ CONCENTRADO X HÚMEDO__ OTRO__

ORIGEN: NACIÓ__ RESCATADO__ COMPRADO X ADOPTADO__ REGALADO__ PERRO DE CUADRA__ OTRO__

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: David Andres Ortiz Avila

DIRECCIÓN: KR 128A No 137 47

TELÉFONO: 3102566463

CÉDULA: 1018411428

SEXO: M X F__

BARRIO/LOCALIDAD: Colombiana

CORREO ELECTRÓNICO: Davidroduna@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Profesional

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA X ARRENDADO__ FAMILIAR__

¿TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD?: SI__ NO X ¿CUÁL?

EMPLEO: Trabajador Universal

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

AUTORIZA COBIJA: SI X NO__

ULT CELO: NO Aplica

ULT DESPARASITACIÓN: Enero /2025

ULT VACUNACIÓN (Rabia): CAMPAÑA PREVIA: HCSA AGENTE:

TRIPLE FELINA: LEUCEMIA:

TRIPLE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:

PENTAVALENTE:

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI__ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: (I) II III IV V VI E

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 115 l/m

F. RESPIRATORIA: 31 r/m

TEMPERATURA: 38,4 °C

TLC: 1 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREMEDICACIÓN	XILACINA	1,309 mL	1 mg/kg IM
	BETAMIDA	2,38 mL	5 mg/kg IV X 10 mg/kg IM__
	MELOXICAM	4,76 mL	0,2 mg/kg IM
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	8,33 mL	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G.B.A.	1,666 mL	17.800 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,238 mL	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

Entidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), a quien(es) estoy(amos) comprometido(s) a prestarle(s) mi(nuestro) servicio profesional. Manifiesto(amos) que he(hemos) explicado completamente sobre el procedimiento quirúrgico y anestésico a realizar a mi(nuestro) paciente y sus riesgos relacionados con la Cirugía/Anestesia/Procedimiento Quirúrgico/Anestésico (Esterilización/Vasectomía), que he(hemos) comprendido plenamente y que he(hemos) resuelto todas las inquietudes que he(hemos) planteado. Por lo tanto, autorizo(amos) de manera libre y voluntaria mi ACEPTACIÓN X RECHAZO__, para la realización de los procedimientos descritos en párrafos anteriores.

NOMBRE(S) DE LOS MV CIRUJANOS: Andres Quiroga - Médico-Veterinario TP. 34839

TARJETA PROFESIONAL

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: Jennifer Gutiérrez-Nomesque Médico Veterinario - Zootecnista TP. 32358

FIRMA

CÉDULA 1016

7. 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 Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual seré quirúrgado mi animal de compañía. Declaro que el suscrito la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son pero no limitados a: cardiacos, hemorragias, reacciones anestésicas, 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 acerca los riesgos que se pueden presentar. Se realiza detalladamente durante la implantación del microchip puede generar riesgos o eventos adversos que se pueden evidenciar en tiempo de implantación, y se manifiesta como la inflamación en el punto de punción, ausencia de posible infección en el área genital, posibles de lesiones, fisuras, ratos, aplicación de antibióticos, bifosfonatos y corticosteroides que irriten y contaminen la zona, durante las 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 anestésicos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Acorde a lo anteriormente y ACEPTO _X__ o RECHAZO ____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Así mismo se me han explicado y entendido, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, por esto asumo en mi totalidad la responsabilidad de los riesgos y sin derecho a cualquier reclamación alguna; eximiendo de toda responsabilidad a implicados y ejecutores médicos que realice el procedimiento. También entiendo que existen reacciones extraordinarias, con probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado mi información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, me he sentido bien dado explicado 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 cuidados que sean necesarios 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 el animal de compañía, eximiendo a la Alcaldía Local de Suba, funcionarios de la misma y al equipo Médico Veterinario en prestación del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
	1015411428

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

RAZON:

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

8. GUÍA DE REGISTRO DE PUNTOS

LUGAR: Salón Comunal Gaitana	FECHA: 21-04-25	HORA: 10 am

OBSERVACIONES

enel | Bogotá

0749800-0

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 3001144864-1

CLIENTE

DAVID ANDRES ORTIZ AVILA

08 708 1218 F003-1000003

EL PRESTAMO DE LA CIUDAD

¡LLEGÓ A TU CASA!

TU PRÉSTAMO DE HASTA

$12 000 000

COMPORTAMIENTO CONSUMO

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CANALES DE ATENCIÓN

COMPORTAMIENTO FACTURADO

PUNTOS DE ATENCIÓN HABILITADOS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.018.411.428**
ORTIZ AVILA

APELLIDOS
DAVID ANDRES

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **08-JUL-1987**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

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

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00350094-M-1018411428-20111229 0028842418A 1 3716211R6

HISTORIA CLÍNICA
HC-998-50

FECHA: 3 Abril 25

LUGAR DE LA CIRUGÍA:

TIPO DE BENEFICIARIO: CIC ___ ARC ___ LES ___ TECHOS ___ CONTRIBUYENTE X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: leo

ORIGEN: Amarillo

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: mestizo EDAD: 3 años PESO: 6 kg RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

¿CUÁL ES LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X

AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ DESTRUCCIÓN ___ OTRO: ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: CASERA ___ CONCENTRADO ___ MIXTO X OTRO: ___

MANEJO: HEMBRA ___ RESTRALADO X COMPRADO ___ APROPIADO ___ REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ana Cecilia Gomez de Hernandez

DIRECCIÓN: CL 136A 118 22

TELÉFONO: 3203066173

CÉDULA: 20490229

SEXO: M ___ F X

NACIONALIDAD: Colombiana

CORREO ELECTRÓNICO: AnaCeGomez22@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller.

TENENCIA DE VIVIENDA: PROPIA X ARRENDO ___ FAMILIAR ___

¿PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD? SI ___ NO X ___ CUÁL?

BARRIO: La Gaitana

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

APTO PARA CIRUGÍA: SÍ X NO ___

ÚLT. CELO: NO aplica

ÚLT. DESPARASITACIÓN: Enero 2025

ÚLT. VACUNACIÓN: ANUAL ___ CANINOS PARVO: ___ RESPIRATORIO: ___ TRIPLE FELINA: ___ LEUCEMIA: ___

TRIPLE: ___ RESPIRATORIO: ___ PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: ___ RABIA: Enero/25

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE SINTOMATOLOGÍA APARENTE: SI ___ NO X ¿CUÁLES O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: I X II III IV V VI E

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREOPERATORIAS

F. CARDIACA	117	l/m	F. RESPIRATORIA	34	r/m	TEMPERATURA	38.2	°c	TLLC	1	seg	MUCOSAS	Rosada S

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/DOSIS PREVENTIVAS
PREMEDICACIÓN	XILACINA	0.33 cc	1 mg/Kg IM
	KETAMINA	0.6 cc	5 mg/Kg IV ☒ 10 mg/Kg IM ☐
	MIDAZOLAM	1.2 cc	0.1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	3.1 cc	2 mg/Kg IV
POST QUIRÚRGICO	PENICILINA G.B.	0.42 cc	17.000 UI/Kg IM
	MELOXICAM	0.06 cc	0.2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cliente y/o Acudiente legal), manifiesto mi consentimiento para el procedimiento quirúrgico descrito en el presente documento, habiendo sido informado(a) sobre los procedimientos quirúrgicos a realizar, los riesgos relacionados con la cirugía, los posibles imprevistos y/o complicaciones, así como la anestesia de manera libre y voluntaria. ACEPTO X RECHAZO ___, para la realización del procedimiento mencionado anteriormente.

NOMBRE(S) DOCENTE VETERINARIO: Andres Quiroga
TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario TP. 34839

FIRMA:

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO:
TARJETA PROFESIONAL: Yennifer Gutiérrez Hernesque
Médico Veterinario - Zootecnista
TP. 33358

FIRMA:

F

		BOGOTÁ SUBA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será sometido mi animal de compañía. Declaro que además he especificación, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son: paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones anestésicas y hasta la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y los eventuales riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar algunas 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 no cuidado posterior de lociones, jabones, cloro, aplicación de antipulgas, baños con agua 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 acepto el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y ACEPTO _X__ o RECHAZO _____ la realización realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicional me han explicado y entendido, los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sus efectos e inconvenientes alguna, exonerando de toda responsabilidad a la empresa y el equipo médico que realice el procedimiento. También doy a conocer que existen situaciones excepcionales, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual ha sido informado, he comprendido y aceptado.

En consecuencia, he tenido una información veraz y amplia 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 descritas en este documento.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST QUIRÚRGICO

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 eximo los alcances y daños que lo puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, a cargo de la Alcaldía Local de Suba. Imposes sea y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda surgir.

Firma del Responsable/Tenedor: Sandra Bang	No de Identificación: 30490229.

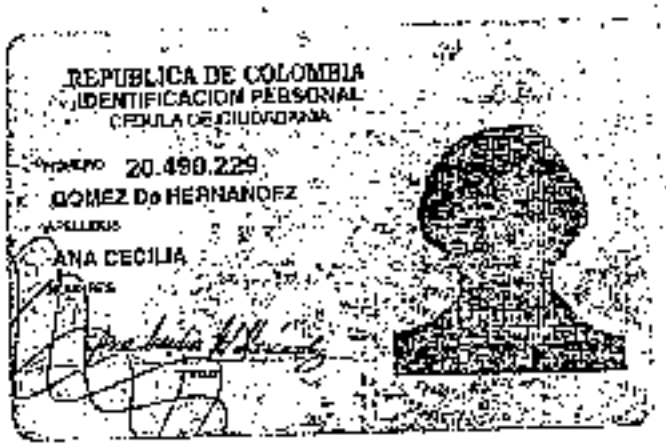
Yo, _____, Identificado con CC No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, con RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía.
RAZON:

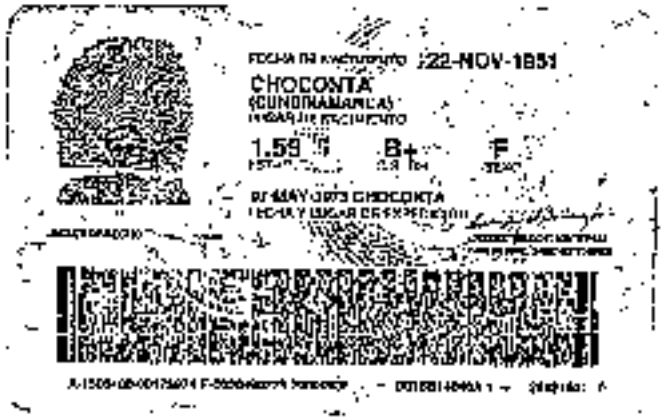
Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
No. Identificación.	

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Salon Comunal Gaitana | FECHA: 21-04-25 HORA: 10 a.m

OBSERVACIONES:


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 20.490.229
GOMEZ De HERNANDEZ
APELLIDOS
ANA CECILIA
NOMBRES


FECHA DE NACIMIENTO 22-NOV-1951
CHOCONTA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.59 m
B+
F
ESTATURA
G.S. RH
SEXO
22-MAY-1973 CHOCONTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá E.S.P.
NIT: 899999.061-1

Para el reparto ZONA:1 CICLO: 01 RUTA:JM1361 BIMESTRAL

10546614
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

11068894218
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el aplicativo en tu celular

Periodo facturado ENE/04/2025 MAR/04/2025

Pago oportuno ABR/07/2025 Suspensión ABR/10/2025

Fecha esperada próximo lectura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
MAY/31/2025	MAR/22/2025 04:11:48	MAR/22/2025 10:58:11

¡Hola!

Factura a nombre de

ULDARICO HERNANDEZ PRADA

Dirección del predio

CL 139A 91A 22

Barrio LA GAITANA Localidad SUBA

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambió
Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.

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

Mínimos 116 Acueducto

Entra a www.acueducto.com.co haz clic en Servicios al Ciudadano y obtén información de los puntos de atención, copia de esta factura y realiza tu pago o acuerdo de pagos.

BOGOTÁ

HISTORIA CLÍNICA: HC-999-E-2...

NÚMERO: 900255001732701

FECHA: 3-04-25

CÓDIGO: 65...

LUGAR DE LA JORNADA:

TIPO DE TERRENO: CHC ___ RIC ___ CTS ___ PEDRO ___ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Max

COLOR: Canino Oscuro

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 1año PESO: 15 Kg RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VACUNACIÓN PRESENTÓ ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X

AGRESIVIDAD: MIEDO ___ ANSIEDAD ___ OTRO: ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: HSNHL ___ CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO: ___

CIRUGÍA: HSNHL ___ ESTERILIZADO ___ COMPLETO ___ ASEPTRAPO X ESMALTADO ___ PERIODO DE CUARENTENA ___ OTRO: ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Luis Eduardo Salas Pirameque

DIRECCIÓN: CL 135A 150B 51

TELÉFONO: 3135958437

CÉDULA: 79688020

EDAD: X

MUNICIPIO/LOCALIDAD: Colombium

CORREO ELECTRÓNICO: luisep49@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller

TIPO DE OCUPACIÓN: PROPIA X ARRIENDO ___ FAMILIAR ___

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X CUÁL?

BARRIO: San Pedro

ESTRATO: 2 LOCALIDAD/ SUBA

UPZ: 71

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

APTO PARA CIRUGÍA: SÍ X NO

ULT. CELO: N.A

ULT. DESPARASITACIÓN: N.R

ULT. VACUNACIÓN: RSNHL: ___ OMEKOS PARVO: ___ HERVAVALENTE: ___ RIPE: ___ TRIVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDATELLA.

RENUNCIA COPIA FECHA: ___ BRUCELLA: ___ Rabia: Marc 25

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PRE QUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 118 x/m F. RESPIRATORIA: 32 r/m TEMPERATURA: 38,1 °C TLLC: 2 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna.

6. MEDICACIÓN

PLAN DE PROCEDIMIENTO	MEDICAMENTO	DOSIS	CONCENTRACIÓN/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,825 ml	1 mg/Kg IM
	KETAMINA	1,5 ml	5 mg/Kg IV X 25 — 10 mg/Kg IM ☐
	MIDAZOLAM	3 ml	0,1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	5,25 ml	2 mg/Kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G.B.A.	1,05 ml	17.000 UI/Kg IM
	MELOXICAM	0,15 ml	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

El propietario (Tenedor y/o Custodio legal), luego de leer el presente documento con el consentimiento de todos los procedimientos a realizar, la información completa acerca del procedimiento quirúrgico propuesto, sus riesgos, posibles complicaciones, alternativas y beneficios, ha tomado la decisión de aceptar los procedimientos. ACEPTACIÓN X RECHAZO ___ para la realización del procedimiento como lo solicitan.

NOMBRE DEL MVZ QUIRÚRGICO: Andres Quiroga
PROFESIONAL: Médico Veterinario TP. 34939
FIRMA:

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO: Yennifer Gutiérrez Nomesque
PROFESIONAL: Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33356
FIRMA:

	[illegible]	SL04

7. 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 de esterilización quirúrgica en el cual será intervenido mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como complicaciones anestésicas, hemorragias, reacciones alérgicas, complicaciones cardiológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación de microchip y he aclarado las dudas que se puedan presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos de reacciones que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y de manifiesta como inflamación, en el peor de los casos, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños constantes y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, debido a los beneficios a la información.

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 realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) adicional me han explicado y entendido, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y del derecho a reclamación alguna, exonerando de toda responsabilidad a la empresa y el equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen diversas eventualidades, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, la 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 responsable del paciente, AUTORIZO al Médico Veterinario y/o técnico Veterinario colaborador para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones que previamente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y cuidados que sean necesarios para evitar complicaciones en el 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 el animal de compañía, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, instituciones y el equipo Médico veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor: Luis Eduardo Galvis Piraneque	Nro de Identificación: 19'688.020 Bta

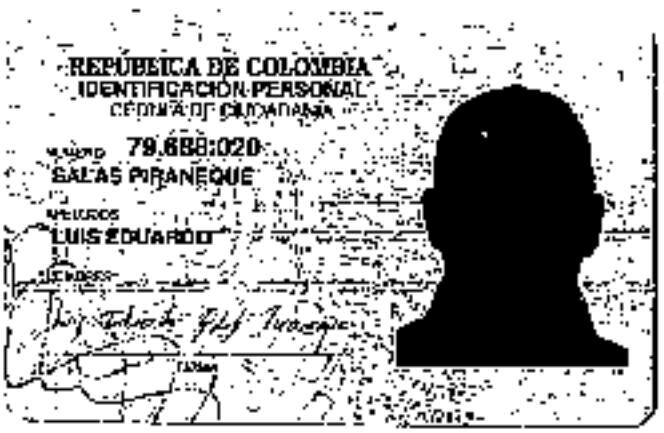
Yo, _____ identificado con CC. No _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica de esterilización / Orquiectomía (castración) de mi animal de compañía.
RAZÓN:

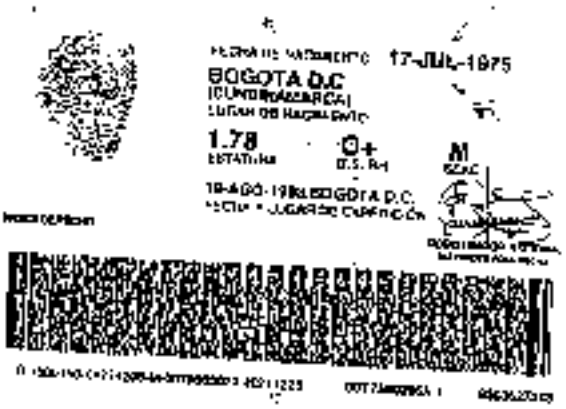
Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma
Nro. Identificación:	

B. CASA DE PREDIO DE PUNTOS

LUGAR: Salón Comunal Gaitana | FECHA: 21-04-25 | HORA: 10 a.m

OBSERVACIONES:


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
79.688.020
SALAS PIRANEQUE
LUIS EDUARDO


17-JUL-1975
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
1.78
O+
M
18-AGO-1993 BOGOTA D.C.

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Para el reparto ZONA:1 CICLO: J1 RUTA:J11365 BIMESTRAL

11363360
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

41352808210
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

Periodo facturado	ENE/04/2025	MAR/04/2025

Pago oportuno ABR/07/2025 Suspensión ABR/10/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
MAY/01/2025	MAR/22/2025 04:15:41	MAR/22/2025 11:12:44

¡Hola!

Factura a nombre de
MARIA MAGDALENA PINEDA

Dirección del predio
CL 135A 150B 31
Barrio: SAN PEDRO Localidad: SUBA

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambió
Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.

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 para conocer 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

HISTORIA CLÍNICA

N°: 999-[illegible]

FECHA: 3-09-25

LUGAR DE LA INTERVENCIÓN:

TENEDOR: CIAC ___ HLC ___ CAS ___ RESPAL ___ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Tony

COLOR: Blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 1 año PESO: 18,2Kg PAGA DE MANEJO EMOCIONAL: SI ___ NO X

¿PRESENTA ALTERACIONES CONDICIONALES?: SI ___ NO X

ADHERENCIA ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___ OTRO

EVIDENCIA DE AGRESIVIDAD: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: NINGUNA ___ CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO

ORIGEN: MADRE ___ PELICALADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO X REGALADO ___ PUNTO DE COMPRA ___ OTRO

2. DATOS DEL TENEDOR RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Luis Eduardo Salas Piraneque

DIRECCIÓN: Cl 135A 150B 31

TELÉFONO: 3135958432

CÉDULA: 79680020

NACIONALIDAD: Colombiano

CORREO ELECTRÓNICO: luissp49@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA X ARRIENDO ___ FAMILIAR ___

HAY ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X CUÁL

BARRIO: San Pedro

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

HIJOS: 71

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ACTO PARA CIRUGÍA: SI X NO

U.C.I. CELO: N.A

U.C.I. GESTACIÓN: N.R

U.C.I. VACUNACIÓN: NINGUNA ___ CANINOS PARVO: PENTAVALENTES: TRIPLE: PENTAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA:

REFUERZO TRIPLE FELINA: LEUCEMIA:

FECHA: Marzo 25

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SOPLO EN 5 SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PRE QUIRÚRGICAS

F. CARDÍACA: 113 LPM F. RESPIRATORIA: 34 R/M TEMPERATURA: 38,3°C TLLC: 1 SEG MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN
PREMEDICACIÓN	XILACINA	4,001 mL	1 mg/Kg IM
	KETAMINA	1,82 mL	5 mg/Kg IV X 10 mg/Kg IM ☐
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	BUPRENORFINA	364 mL	0,1 mg/Kg IV
	PROPOFOL	6,37 mL	2 mg/Kg IV
POST QUIRÚRGICO	PENICILINA G.A.	1,274 mL	30.000 UI/Kg IM
	MELOXICAM	0,182 mL	0,2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de [illegible] autorizo a mis mascotas para ser sometidas al procedimiento anestésico propuesto, habiendo sido informado de manera clara y suficiente sobre los riesgos asociados con la [illegible] y habiendo comprendido la información suministrada. Por lo anterior manifiesto de manera libre y voluntaria mi ACEPTACIÓN X RECHAZO ___ para la realización del procedimiento con [illegible]

NOMBRE(S) Y APELLIDOS DEL MÉDICO RESPONSABLE: Andrea Quiroga
TARJETA PROFESIONAL: Médica Veterinaria TP. 34835

FIRMA:

NOMBRE DEL ANESTESIÓLOGO: Yennifer Gutiérrez Namaguna
TARJETA PROFESIONAL: Médica Veterinaria - Zootecnista TP. 33368

FIRMA:

	HISTORIA CLINICA VETERINARIA PARA ANIMALES DE COMPAÑIA Y EXOTICOS CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE ESTERILIZACION CM-FR-0004	BOGOTÁ SUBA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y total uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será sometido mi animal de compañía. Declaro que el cirujano ha explicado, 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 de los posibles riesgos que se pueden presentar. Se me ha informado que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden presentar: en la zona de implantación, se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso público de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños, uñas y otras personas que interactúan con la mascota, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

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

Además suscribo este y ACEPTO _X__ o RECHAZO _____ la decisión de realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entendido, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo la totalidad la responsabilidad desde la cirugía y sin derecho a controversia alguna eximiendo de toda responsabilidad a terceros sea y al equipo médico que realice el procedimiento. También entiendo que existen situaciones imprevistas, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual ha sido informado. He comprendido y aceptado.

En constancia, he dado toda información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, todas mis dudas han sido aclaradas y he recibido y comprendido la información contenida 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.

CONSENTIMIENTO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

Como responsable del cuidado de mi animal de compañía, después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o imprudencia en la atención con mi animal de compañía, eximiendo de la Alcaldía Local de Suba, Inspección y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Nombre del Responsable/Tenedor: Luis Eduardo Galeano Piraquive	Nro de Identificación: 1.791.682.020.

Yo, _____ Identificado con CC. No. _____ En pleno y mi total uso de mis facultades mentales, me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía, RAZÓN:

_____

_____

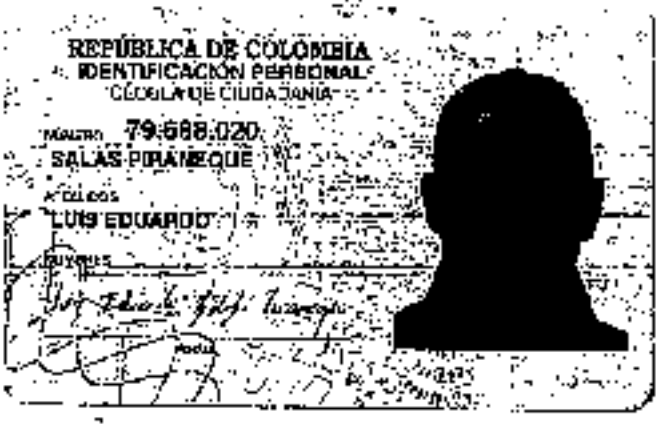
_____

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

8. CITA DE RETIRO DE ANIMAL

LUGAR: Salon Comunal Gaitana FECHA: 21-04-25 HORA: 10 am

OBSERVACIONES:



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 79.668.020
SALAS PIRANEQUE

APELLIDOS
LUIS EDUARDO

NOMBRES

FECHA DE NACIMIENTO 17-JUL-1975
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.78 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

15-AGO-1993 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

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: 1 CICLO: J1 RUTA: J1 1085 BIMESTRAL

11363360
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

41352808210
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Factura y descarga el Documento electrónico aquí

Periodo facturado	ENE/04/2025	MAR/04/2025

Pago oportuno	ABR/07/2025	Suspensión	ABR/10/2025

Fecha expedición próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
MAY/31/2025	MAR/22/2025 04:15:41	MAR/22/2025 11:12:44

¡Hola!

Factura a nombre de
MARIA MAGDALENA PINEDA

Dirección del predio
CL 135A 150B 31
Barrio: SAN PEDRO Localidad: SUBA

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambió
Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.

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

Estáticos **116** Acueducto

Entra a www.acueducto.com.co haz clic en Servicios al Ciudadano y podrás actualizar los datos de tu predio, copia de la factura y realiza tu pago a través de internet.

cadena, [illegible]

HISTORIA CLÍNICA
HC: 9[illegible]

900255001732717

FECHA: 3 abril 25

LUGAR DE LA CIRUGÍA:

TIPO DE RETENCIÓN: CHS ___ REC ___ CES ___ RECIPAE ___ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Baly

COLOR: Blanco Café

ESPECIE: CAN NO X PERRO ___ GATO HEMBRA ___ MACHO X RAZA Mestizo EDAD 2 años PESO 8.8 kg RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

DURANTE LA VACUNACIÓN PRESENTA REACCIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X

AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___

OTROS: ___

CONDICIÓN DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: NATURAL ___ CONCENTRADO ___ MIXTO X OTRO ___

ORIGEN: HOGAR ___ RESCATADO X COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERIODO DE CUARENTENA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Naifer Julieth Goyes Araujo

DIRECCIÓN: CL 129C 124 60

TELÉFONO: 3108813192

CÉDULA: 1001086939

SEXO: M ___ F X

MUNICIPALIDAD: Colombiana

CORREO ELECTRÓNICO: 3108813192@sincorreo.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Profesional

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA X ARRIENDO ___ FAMILIAR ___

TIENE ALGUNA ENCAPARACIÓN SI ___ NO X CUÁL ___

BARRIO: Tibabuyes

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71

Buen estado de salud

APLICO PARA LICENCIA: SI ___ NO ___

VET. CELO: NO Aplica

DIV. DESPARASITACIÓN: NO Reporta

VET. VACUNACIÓN: NINGUNA X CANINOS PARVO: REVACUNACIÓN: / TRIPLE: PENTAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: /

PRÓXIMA TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA

3. EXAMEN FÍSICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: (I) II III IV V VI E

CALIFICACIÓN CORPORAL: 3/5

4. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 114 x/m F. RESPIRATORIA: 32 r/m TEMPERATURA: 38.4 °C TRC: 1 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

5. MEDICACIÓN

FASE DE PREMEDICAMENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.484 mL	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0.88 mL	1 mg/kg IV X 10 mg/kg IM ___
	MIDAZOLAM	1.76 mL	0,1 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	3.08 mL	2 mg/kg IV
POSTQUIRÚRGICO	BENICETINA G.L.A.	0.616 mL	12.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.088 mL	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cónyuge y/o Acudiente/Apoderado) suscribo este documento como constancia de haber entendido el procedimiento a realizar, he aportado completa y verazmente los datos relacionados con la Unidad Biológica objeto de la cirugía y/o procedimiento, cuyos riesgos y beneficios me han sido explicados de manera clara y suficiente. ACEPTACIÓN X. RECHAZO ___, para la realización del procedimiento propuesto.

NOMBRE(S) DE QUIEN(ES) CIRCULA(N): Andres Quiroga

TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario TP. 34839

FIRMA:

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO: Yennifer Gutiérrez Homesque

TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33258

FIRMA:

	[illegible]	

2. 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 Ovariohisterectomía/Orquiectomía al cual será sometido mi animal de compañía. He sido informado(a) sobre los riesgos inherentes que puedan presentarse durante la cirugía como por ejemplo: hemorragias, reacciones a sustancias, complicaciones quirúrgicas a futuro o la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se advierte 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 el momento de la inserción, y se mencionan como la hinchazón en el punto de punción, además de posible infección en el área por el incorrecto cuidado de lesiones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras situaciones que irriten y contaminen la zona, dentro de las 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 acepto el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Ahora soy consciente y ACEPTO _X__ o RECHAZO _____ la dedicación, realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía [los cuales NO los cubre el programa] así como se me han explicado y entendido. Todas las inquietudes que quedan presentadas en el procedimiento, por mi cuenta en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y si durante la misma se encuentra alguna eventualidad o hallazgo asociado a hipocalcemia y el equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, la cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En consecuencia, 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 responsable del evidente. AUTORIZO al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario auxiliar 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 imprudencia en la manipulación con mi animal de compañía, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Uniparos una y el equipo Médico Veterinario prestador de los servicios por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor: Yader Goyes	Nro de Identificación: 1001056939

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

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro Identificación:	

3. CITA DE ESTERILIZACIÓN

LUGAR: Salon Comunal Gaitana	FECHA: 21-04-25	HORA: 10 am

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.001.086.939

GOYES ARAUJO

APELLIDOS

NAIFER JULIETH

NOMBRES

Naifer Julieth Goyes

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 26-DIC-1996

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1,56 O+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

24-ENE-2018 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

I< 1500160-00926245<1001 0NGXIP 20170618 0055160505M<1 9910000195

Factura de gas

Enero 2025

Cuenta o referencia de pago 61403163

BOGOTA

vanti

Fechas importantes

1. Pago oportuno: 13 Feb. 2025
2. Fecha de suspensión: 14 Feb. 2025
3. Periodo facturado: Dic. - Ene. 2024
4. Emisión de tu factura: 28 Ene. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario ($)	IVA ($)	Subtotal ($=A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	4M3	2.018,40	0,00	18.892,10
MENOS SUBSIDIO 150%	1UN	-8.446,20	0,00	-8.446,20
AJUSTE DECENA	1UN	4,80	0,00	4,80
RECAUDO TERCEROS Contribución	0	19.649,00	0,00	19.649,00

Pagado
Por Wafpa

1 – Total $28.100,00

Tus financiaciones

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

2 – Total $0,00

Valor facturas vencidas

$0,00

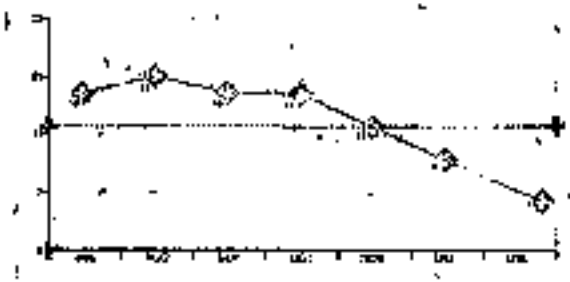
Total a pagar

$28.100,00

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial | Estrato Estrato Dos | Días de consumo 33

Fecha	Lectura	Tipo
23 Dic. 2024	5707	REAL
24 Ene. 2025	5715	REAL

Consumo = 5715 - 5707 * Factor de corrección = 8

Tu próxima lectura será

Entre 19 y el 23 de Febrero

Novedades de tu factura

Días a pagar

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $66.100

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

28 Feb. 2026

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor promedio que pagaste mes es de $3480.

Dic. $2250 Nov. $2302 Dic. $2062

Costo asignado para la Comisión de Regulación de Energía y Gas (CREG)

Componentes tarifarios

Gm 1239.65 Tm 514.02 Dm 611.88 Cm 0.0

Pr 61.85 Dm 0.6 Rm 4.8 Cm 0.0

Com 0.0 Fpm 42.475 DMR 0.0 DMR 0.0

kWh/Ty consumo en m³ de gas equivale a 11

kWh = (consumo en m³ de gas) x (factor de conversión)

Factor de conversión

Vm 8 Zpt 0.7644 Pb 1.0262 Fc 0.7878

Vd 0 Fm 11.58 Tb 15.56 Pm 1.0000

Fa 0.728 Fm 0.9234 Pm 1.0

Factor de conversión: 0.7878

Indicadores de calidad

PCS: 1060 DES: 0.0 ID: 1000 IPI: 1000





(415)7706650026025(8020)8140516361(3900)0000000028100

65212

C1

Por favor doble y rasgo para abrir la factura

Recibe tu factura en tu número digital

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

Solicita tu factura en línea y págala a través del botón Bancolombia o PSE

Tan fácil tenerla, tan fácil y seguro que es pagarla.

Solicita tu factura en línea aquí



Mundo digital Vanti

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

PSE

Botón Bancolombia

Pagos electrónicos en otras entidades

Efectivo

Recuerda que puedes pagar las facturas de gas o agua cuando quieras en una sola transacción

Entérate para pagar tu factura

*Permite adicionar monto total o parcial a débito automático.

Síguenos en nuestras redes sociales como @grupovanti y conoce nuestros beneficios

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Sudameris Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CAFE
Banco GNB Sudameris

Grandes Supertiendas
Metro, Jumbo, Éxito

*El pago en cheque, este debe ser de gerencia y a nombre de Vanti S.A. ESP.

Eficiencia energética

Recuerda nuestro consejo de energía: la factura en tu ahorro para la economía familiar y contribuye a disminuir las emisiones de gases de efecto invernadero, principales causas 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.

Por favor doble y rasgo para abrir la factura

¡Hola!

LUIS ALFREDO GOYES
CL 129C 124 60 - TIBABUYES
BOGOTA

vanti
Más fuentes de energía
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 3097106-126457

Lote: P16GN Ruta: 0011770592120000000 Código del Sector: 291

Cuenta o referencia de pago 61403163

vanti Listo

RECIBO VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 4.400.000**

65212



CON REGRESA A CLASE Y SÚPER GANA UN

vanti Listo

Escanea el código QR y participa aquí

Usando tu cupo Vanti Listo por un monto igual o superior a $2.500.000*

Promo válida del 13 de enero al 28 de febrero de 2025

Paga a cuotas a través de tu factura de gas natural

Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gasoriente S.A. ESP. Cantidad máx. de la compra financiada a un plazo de 12 meses. Aplica para ciertos productos. Vanti Listo solo aplica para el servicio de distribución no bancario o virtual por el Cupo Vanti Listo otorgado exclusivamente a través de la factura de gas natural. Consulta términos y condiciones en grupovanti.com/vantilisto/productos. Compra válida entre los días 13 de enero hasta el 28 de febrero de 2025 o hasta agotar existencias, el que ocurra primero. Cupo otorgado sujeto a aprobación crediticia. Aplica para 1 compra por factura.

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

Línea gratuita 01 8000 942 794
Bogotá (601) 307 8121
Bucaramanga (607) 685 4758

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 426 4164
Mi Vanti en línea
https://m.grupovanti.com/

Recuerda que puedes elegir tu comercializador para gas natural de acuerdo a la Ley 2300 de 2023.

Autorización línea Gratuita para pagos de Servicios Públicos Domiciliarios en cuotas fijas mensuales sujetas a cupo y aprobación crediticia. Consulta términos y condiciones en www.grupovanti.com/vantilisto/productos. Vigencia de la autorización: 1 año. Vanti S.A. ESP. puede revocar esta autorización en cualquier momento sin costo alguno. Consulta la línea gratuita para el pago aplicable.

Gestión de solicitudes de conexión S.A.S. NIT. 830.140.128

HISTORIA CLÍNICA
HC-89960

900256001732711

FECHA: 3 Abril 25

CONSEC: 1514

LUGAR DE LA JORNADA:

TOMA: FÉMUR: CFC ___ REL ___ CEL ___ RELPAS ___ CONTINUIDAD ✓

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Goliat

COLOR: Cafe.

ESPECIE: CANINO ✓ FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO ✓

RAZA: mestizo

EDAD: 7 AÑOS

PESO: 37,1 KG

RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO ✓

DURANTE LA VACUNACIÓN PRESENTÓ ALTERACIÓN DE TEMPERATURA: SI ___ NO ✓

ACTIVIDAD ___ VÓMITO ___ CAMBIO ___

OTRO: ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO ✓

TIPO DE ALIMENTACIÓN: CASERO ___ CONCENTRADO ___ MIXTO ✓

OTRO: ___

CRIADO: NUNCA ___ RESCATADO ___ CALLEJERO ___ ADOPTADO ___ REGALADO ✓ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR / RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yadran Farid Melo Manjares

DIRECCIÓN: KR 149A No 149 12

TELÉFONO: 3236203709

CÉDULA: 1221963148

SEXO: ___

NACIONALIDAD: Colombiano

CORREO ELECTRÓNICO: Douglas2310@hotmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO ✓ FAMILIAR ___

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO ✓ ¿CUÁL?

BARRIO: Tibabuyes Occidental

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: NO

ÚLT. CELO: NO Aplica.

ÚLT. DESPARASITACIÓN: NO Reporta.

ÚLT. VACUNACIÓN: RABIA ✓ CANINOS PARVO HEPATITIS INFECCIOSA: ___ LEPTOSPIROSIS: ___ BORDETELLA: ___ PARAINFLUENZA: ___ OTRAS: ___

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO ✓

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CASO HOGAR CASA: (1) C. DE IV. V. VI. E.

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 119 x/m

F. RESPIRATORIA: 31 x/m

TEMPERATURA: 38,2 °C

TLC: 2 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/UNIDAD/VÍAS
PREMEDICACIÓN	XILACINA	1.398 ml	1 mg/Kg IM
	KETAMINA	3.16 ml	5 mg/Kg IV ☒ 10 mg/Kg IM ☐
	MIDAZOLAM	6.32 ml	0.1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	11.06 ml	2 mg/Kg IV
POST OPERATORIO	BUPRENORFINA O L.A.	2.212 ml	0.020 LB/Kg IM
	MELOXICAM	0.316 ml	0.2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

Con la calidad de [Propietario/a/Arrendatario/a] manifiesto mi consentimiento como he leído y he sido informado/a de manera clara y completa sobre el procedimiento quirúrgico respectivo, los riesgos asociados con la Cirugía Electiva a realizar, la cual he solicitado/aceptado/autorizado, quien ha contribuido de manera libre y voluntaria: SI ACEPTADO ✓ ___ ACEPTADO ___ para los fines pertinentes del procedimiento a realizarse.

NOMBRE(S) Y APELLIDOS VETERINARIO: Andres Quiroga

PARA LA PROFESIONAL

Médico Veterinario
TP. 34539

FIRMA

NOMBRE Y APELLIDOS ANESTESIÓLOGO: Yennifer Gutiérrez Nomesque

PARA LA PROFESIONAL

Médico Veterinario - Zootecnista
TP. 33358

FIRMA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

Siendo yo mayor de edad, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será intervenido mi animal de compañía. Dadas que al momento de la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son: problemas 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 he sabido los riesgos que se pueden presentar. Se me han indicado que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta consentimiento en el punto de punción, además de posible infección en el lugar por el uso posterior de fotosensibilizantes, tatuajes, talco, aplicación de antipulgas, baños con cremas y otras sustancias que toque y contamine el área, 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, doy consentimiento y ACEPTO: _X_ o RECHAZO _____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa). Adicionalmente se me ha explicado y entiendo todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo con su totalidad la responsabilidad de la cirugía y no derecho a contravención alguna; eximiendo de toda responsabilidad a Impetus SAS y al equipo médico que realice el procedimiento. También entiendo que existen alternativas anestésicas, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual ha sido informado, he comprendido y aceptado.

En consecuencia, he dado mi autorización libre y exenta de vicio para el ingreso 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 realizarle intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST-OPERATORIO
Me comprometo a seguir lineas establecidas, recomendaciones y acatar las medidas de protección y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía, después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia e impericia en la manipulación con mi animal de compañía, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impetus SAS y al equipo Médico Veterinario de prestación del servicio por cualquier tipo de daño que pueda surgir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Huella Identificación:
Yadran Mela	1221963141

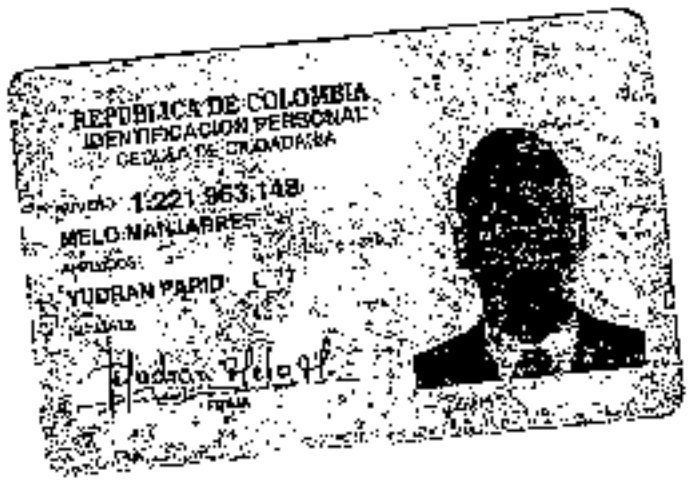
Yo, _____ identificado con CC No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me AUTORIZO a realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía a (este/esta) de mi animal de compañía.
NOMBRE

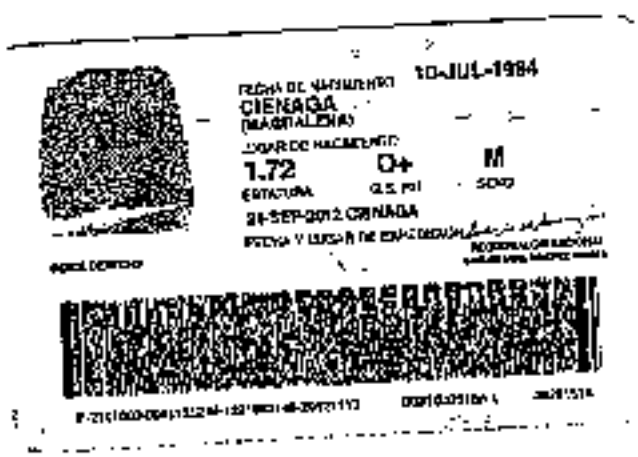
Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación:	

CONTROL DE PUNTOS

LUGAR: Salon Comunal Gaitana	FECHA: 21-04-25	HORA: 10 am

OBSERVACIONES:


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.221.963.148
MELO MALLARINO
YUDRAN PAPID


10-JUL-1984
CIENAGA
(MAGDALENA)
1.72
O+
M
24-SEP-2012 CIENAGA

enel | Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **1865260-9**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. [illegible]

CLIENTE

MARIA STELLA PEA
KR 149 A NO 143 12
BOGOTA, D.C. - TIBABUYES OCCIDENTAL

[illegible] / 018-[illegible]

EL PRÉSTAMO DE TU CIUDAD

¡LLEGÓ A TU CASA!

TU PRÉSTAMO DE HASTA

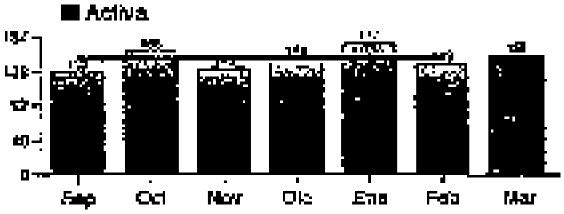
$12.000.000

Recibe el dinero en tu cuenta de preferencia.
¡Acércate ya a una de nuestras puntos Crédito Fácil CODENSA!

Encuéntralos escaneando el código.

"La aprobación y el monto del crédito está sujeto al perfil del solicitante. Conoce más en www.creditofacilcodensa.com

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR KWH APLICADO
CONSUMO DIARIO: 6,45 kWh
VALOR CUATODE

PERIODO FACTURADO:

DÍAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES

¡Esta mes [illegible] LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía [illegible]!

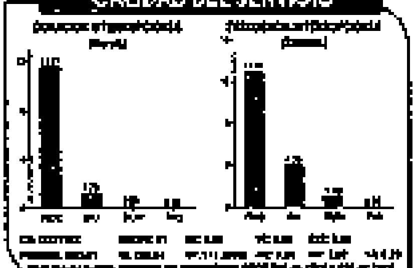
INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA KW:	[illegible]
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	[illegible]
RUTA LECTURA:	[illegible]
MANZANA DE LECTURA:	[illegible]
MEDIDOR NO:	010-[illegible]
MEDIDOR NO:	010-[illegible]

USO SEGURO DE LA ENERGÍA

Es importante que apagues por completo todos los dispositivos que no vas a usar, si no se pueden apagar te recomendamos configurarlos en modo ahorro de energía.

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

App Enel Clientes Colombia

Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115

115

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Cientifica

Centros de Servicio

Almacenes de Cadena

Código QR

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

Línea de atención al cliente 110

FECHA GENERACIÓN:
[illegible]
FECHA EXPEDICIÓN:
[illegible]

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ
SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSULTORIO ESTERILIZACIÓN MÓVIL

HISTORIA CLÍNICA: HC-989 E-5
MACROCEP: 990000013803009
FECHA: 3 Abril/25
CONSULTA: 1ra vez

LUGAR DE LA JORNADA:

TIPO DE TENEDOR: DIC ___ REC ___ CES ___ REDES ___ COMUNITARIO X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Toby
COLOR: Blanco
ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X
RAZA: French poodle
EDAD: 4 años
PESO: 2,8 kg
BAJA DE MANTENIMIENTO ESPECIAL: SI ___ NO X
REQUIERE VALORACIÓN PREVIA POR ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X
ADHESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___
OTRO: ___
EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X
TIPO DE ALIMENTACIÓN: CASERA ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___
ORIGEN: VÍA CALLE ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO X REGALADO ___ PERRO DE CASERA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRE Y APELLIDO: Ivonne Adriana Alvarez Silva
DIRECCIÓN: TV 126F No 133 82 P 2
TELÉFONO: 3026730189
CÉDULA: 1019 067356
SEXO: M ___ F X
NACIONALIDAD: Colombiana
CORREO ELECTRÓNICO: ivonneadriana19@gmail.com
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria
TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO X FAMILIAR ___
TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X ¿CUÁL?
BARRIO: La Gaitana
ESTRATO: 2
LOCALIDAD: SUBA
UPZ: 71

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

APTO PARA CIRUGÍA: SI X NO ___

ÚLT. CELO: NO aplica
ÚLT. DESPARASITACIÓN: No Reporta
ÚLT. VACUNAS EXISTENTES: Kennels Parvo
EQUIVALENTE:
PREÑEZ: ___ PLANEAMIENTO: ___
FECHA PROBABLE PARTO: ___ SEGUIMIENTO: ___
PATERNIDAD Y BONDAD: ___

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X
SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno
HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno
CLASIFICACIÓN ASA: (I) II III IV V VI E
CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PRE-QUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 113 x/m
F. RESPIRATORIA: 32 x/m
TEMPERATURA: 38,4 °C
TRC: 1 seg
MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. ANESTESIA

ANESTESIA PREANESTÉSICO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,154 ml	1 mg/Kg IM
	KETAMINA	0,29 ml	5 mg/Kg IV X 10 mg/Kg IM ___
	MIDAZOLAM	0,56 ml	0,1 mg/Kg IV
INDUCCIÓN/MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,98 ml	2 mg/Kg IV
POST OPERATORIO	BENZOILNALGUAL	0,196 ml	37,100 Lg/Kg IM
	METOXICAM	0,028 ml	0,2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Tenedor/Responsable) propietario del documento como constancia de haber entendido al responsable o tenedor, la información consignada en el presente formato y Autorizo y especifícamente a los médicos veterinarios adscritos a la Clínica Móvil de la Secretaría Distrital de Salud, para realizar el procedimiento de esterilización quirúrgica en mi mascota de manera libre y voluntaria su AUTORIZACIÓN X

NOMBRE: Andres Buitrago
FIRMA:
Médico Veterinario
TP. 34839
Vanniter Gutiérrez Nomesque
Médico Veterinario - Zootecnista
TP. 33358

NOMBRE DEL AUXILIAR/ESTUDIANTE:
TARJETA PROFESIONAL:
FIRMA:

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será intervenido mi animal de compañía. Declaro que el suscrito ha sido informado, antes de que puedan presentarse riesgos durante la cirugía como: sangrado, pocos reflejos o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas y/o letalidad finalmente.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se explora 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 loción, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños diarios y otras actividades que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al medico 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 doy consentimiento y ACEPTO _X__ o RECHAZO ____, la declinación realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO fueron ofrecidos por el programa) Adicionalmente se me han explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por ello asumo bajo mi total libertad la responsabilidad en la cirugía y sin derecho a reclamación alguna; exonerando de toda responsabilidad a Impecunious y el equipo médico que realiza el procedimiento. 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 responsable del paciente. Autorizo al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente descritas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POSTOPERATORIO
Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precauciones 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, eximiendo a la Alcaldía Local de Suba, Impecunious y al equipo Médico Veterinario por cualquier tipo de daño que pueda surgir.

Firma del Responsable/Tenedor:	No de Identificación:
Adriana Alvarez	1019067356

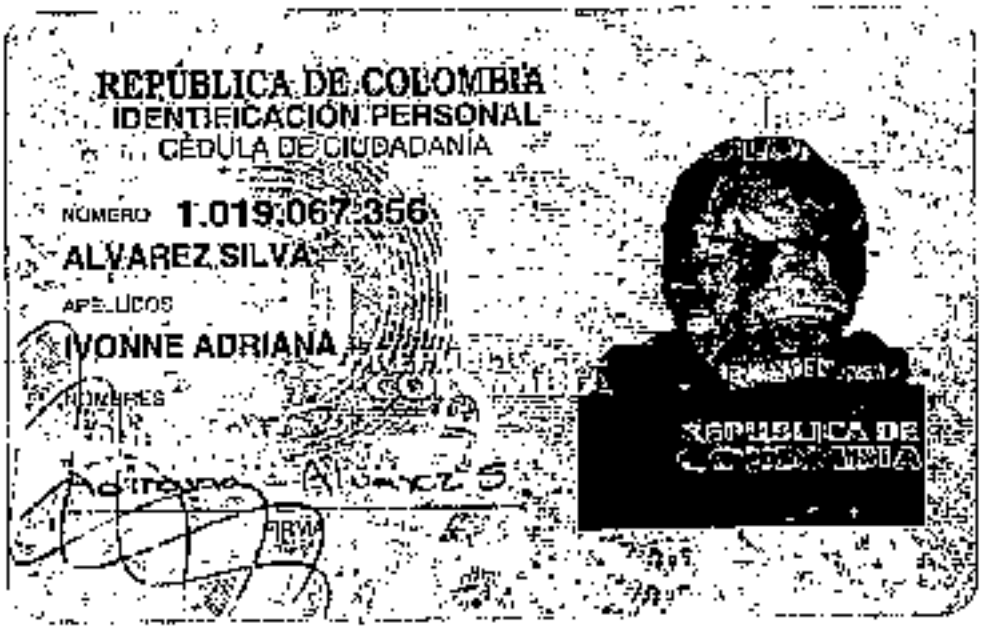
Yo _____ identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me HE NEGADO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía.
RAZON:

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Num. Identificación:	

8. CUPO DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Salon Comunal Gaitana | FECHA: 21-04-25 | HORA: 10 am

OBSERVACIONES:



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.019.067.356

ALVAREZ SILVA

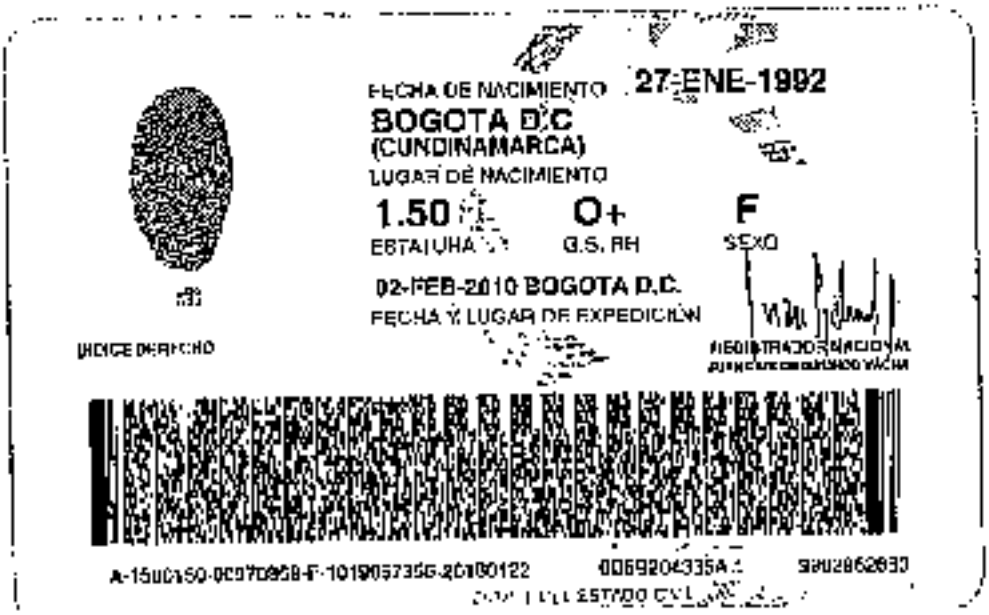
APELLIDOS

IVONNE ADRIANA

NOMBRES

FIRMA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



FECHA DE NACIMIENTO 27-ENE-1992

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

02-FEB-2010 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-1500150-00970958-F-1019067356-20100122 0069204335A 2 9802862830

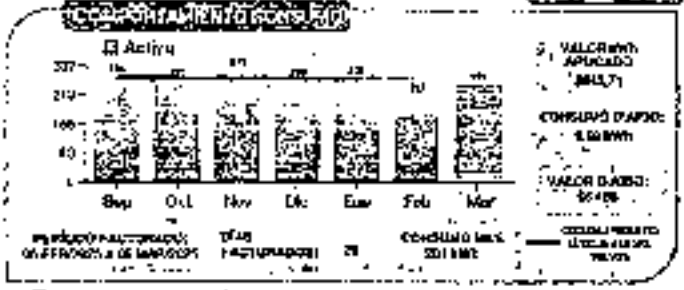
ESTADO CIVIL

enel Bogotá

2151670-7

JOSE J SILVA
P 2
BOGOTA, D.C. - LA GAITANA



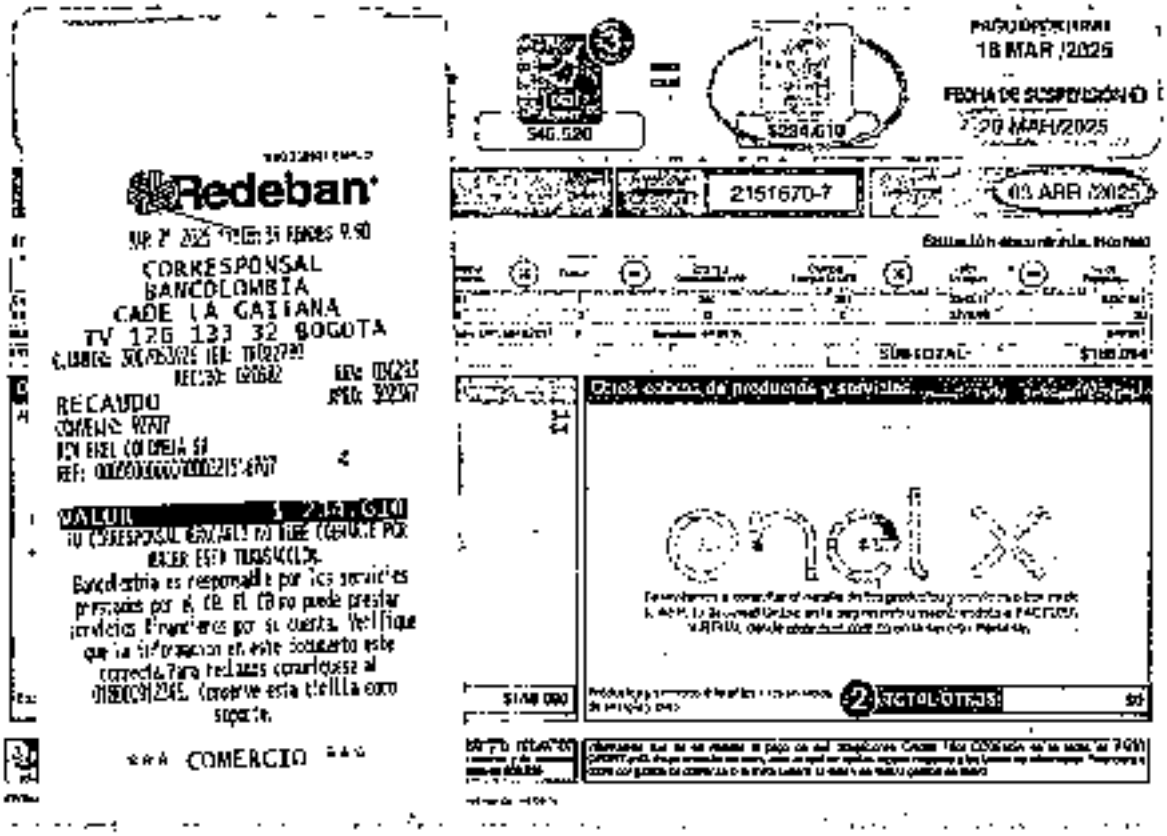


INFORMACIÓN DE LA CUENTA

¿COMO PAGAR TU FACTURA?

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

Línea de servicio al cliente 118



Redeban

CORRESPONSAL
BANCOLOMBIA
CADE LA GAITANA
TV 126 133 32 BOGOTA

RECAUDO
COMERCIO
REF:

COMERCIO

PAGO OPORTUNO
18 MAR /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN
20 MAR/2025

2151670-7

03 ABR /2025

Otros cobros de productos y servicios

ASEO

ASEOLIMPIEZA

AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL SAS ESP

5

900140634-9

NÚMERO PARA COMUNICARSE CONMIGO

CUENTA CONTRATO 700015854

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO. 3460434379 0

28

PERIODO DE FACTURACIÓN 01/02/2025 a 28/02/2025

DATOS DEL USUARIO

USUARIOS	Cantidad	Desocupados
Residenciales	2	0
No residenciales	0	0

HISTÓRICO DE FACTURACIÓN

45830 43760 43728 43697 43491 19922

Sep Oct Nov Dic Ene Feb

ESTADO DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR
ASEO SERVICIO RESIDENCIAL	$77.488
ASEO SERVICIO NO RESIDENCIAL	$40.868
ASEO - AJUSTE A LA DECENA DEL	$2
ASEO SALDOS FAVOR ASEO	$57

COSTOS PARA VARIAS

COSTO PUC TOTAL	COSTO UNITARIO APROVECHABLE	VALOR DE APROVECHABLE
$40.729,89	$20.449,68	$152.551,96

MESES EN MORA 0

TOTAL A COBRAR $46.500

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

SUBSIDIOS Y SUPERAVIT

BARRIDO	0,0026
LIMPIEZA URBANA	0,0010
RECAUDO DE APROVECHABLES	0,0000
APORTE SUBSIDIO APROVECHABLES	0,0051
RESIDUOS NO APROVECHABLES	0,05
LAVADO NO APROVECHABLE	0,00

DESCUENTOS EN CUOTAS

NÚMERO DE CUENTA
2151670-7

Documento Equivalente Electrónico No.
3460434379 0

PAGO OPORTUNO
18 MAR /2025

TOTAL A PAGAR
$234.610

HISTORIA CLÍNICA: HC-9995-9

MICROCHIP: 990000013803018

FECHA: 3-04-25

LUGAR DE LA JORNADA:

1. CANINO / FELINO

NOMBRE: Bruno

COLOR: Café

ESPECIE: CANINO X FELINO — SEXO: HEMBRA __ MACHO X — RAZA: Mestizo — EDAD: 2 años — PESO: 10 Kg — RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI __ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI __ NO X

AGRESIVIDAD __ MIEDO __ ANSIEDAD __ OTRO: __

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI __ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: HOGAR __ CASERO __ CONCENTRADO X MIXTO __ OTRO __

TENENCIA: HOGAR __ RESCATADO __ COMPRADO __ ADOPTADO X REGALADO __ PERRO DE CUADRA __ OTRO __

2. DATOS DEL TENEDOR RESPONSABLE

NOMBRE Y APELLIDOS: Alfredo Enrique Covada Ballesta

DIRECCIÓN: CL 129A No 97 67 CA 0

TELÉFONO: 3118465347

CÉDULA: 1007027990

NACIONALIDAD: Colombiano

CORREO ELECTRÓNICO: alfredocovada@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA __ APARTAMENTO X MANSIÓN __

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI __ NO X ¿CUÁL?

BARRIO: San Cayetano

ESTRATO: 2

OCUPACIÓN: Ama de casa

UPZ: 71

3. ANTECEDENTES

Buen estado de Salud

APTO PARA CIRUGÍA: SÍ X NO __

ÚLT. CELO: N.A

ÚLT. DESPARASITACIÓN: N.R

U.C. VACUNACIÓN: MÚLTIPLE X CANINO BIVALENTE / FELINO TRIPLE FELINA / RABIA: TAELE: PENTAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: LEUCEMIA: RABIA

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: (1) II III IV V VI E

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS Y BIOQUÍMICAS

F. CARDIACA: 118 l/m — F. RESPIRATORIA: 33 r/m — TEMPERATURA: 38,3 °C — TLC: 1 seg — MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.532 mL	1 mg/kg IM
	KETAMINA	1.04 mL	5 mg/kg IV ☒ 10 mg/kg IM ☐
	MIDAZOLAM	2.08 mL	0.1 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	3.64 mL	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G.S.A.	0.728 mL	17.000 UI/Kg IM
	MELOXICAM	0.104 mL	0.2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

Estoy de acuerdo [Con base en los Artículos 6(g)(i), 8 del Decreto 1500 de 2018] con el procedimiento propuesto, he recibido información completa sobre el tipo de procedimiento quirúrgico y he podido comentar los riesgos relacionados con el. Doy mi consentimiento [Con base en los Artículos 6(g)(i), 8 del Decreto 1500 de 2018] con el procedimiento propuesto, he recibido información completa sobre el tipo de procedimiento quirúrgico y he podido comentar los riesgos relacionados con el. Doy mi consentimiento libre y voluntario de manera libre y voluntaria. ACEPTACIÓN X

RECHAZO __ para la realización del procedimiento quirúrgico propuesto.

NOMBRE(S) DE(LOS) VETERINARIO(S): Andres Collazos
CARGO: Médico Veterinario
TARJETA PROFESIONAL: TP. 34839

FIRMA:

NOMBRE DEL ANESTESIÓLOGO: Yennifer Gutiérrez Romesque
CARGO: Médico Veterinario - Zootecnista
TARJETA PROFESIONAL: TP. 33358

FIRMA:

	[illegible]	BOGOTÁ SUMA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual seré especialista mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como: paro respiratorio o cardiaco, hemorragias, reacciones anestésicas, 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 advierte los riesgos que se pueden presentar. Se explica además que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden extender en la zona de implantación, y se manifiesta como infracción en alguno de ellos, además de posible infección en clínica con el incorporación de factores, fiebres, calores, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a su 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 realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entendido todas las riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esta razón asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y el derecho a contravención alguna, eximiendo de toda responsabilidad a Impecosas y al equipo médico que realice el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, la cual ha sido informada, he comprendido y aceptado.

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

En razón de lo anterior y según lo dispuesto en el parágrafo 1 del artículo 5 de la Ley 1774 de 2016, AUTORIZO al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas

COMPROMISO DE CUIDADOS POSTOPERATORIO

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

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía, desisto de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o imprudencia en la manipulación con mi animal de compañía, eximiendo a la Alcaldía local de Suba, Impecosas y al equipo Médico Veterinario o prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación: 1007027780

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

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

8. CITA DE REITORO DE PUNTOS

LUGAR: Salon Comunal Gaitana	FECHA: 21-04-25	HORA: 10 am

Observaciones:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.007.027.780

CAVADIA BALLESTA
APELLIDOS

ALFREDO ENRIQUEZ
NOMBRES



FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 11-MAR-1991
DISTRITO FEDERAL-CARACAS
VENEZUELA
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

12-ABR-2018 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

P-1500160-01017271-M-1007027780-20180628 0061707903A 1 5041376O

Bogotá

3874194-1

JUAN VICENTE CIFUENTES
CL 129 A NO 9C-67 CA 0
CASA 0
RENGIFO, D.C. - SAN CAYETANO

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

BOGOTÁ

FECHA: 3-04-25

CONSECUTIVO: 990000013803015

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Tomy

COLOR: Café

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 1 año PESO: 6,6Kg RAZA DE ADIESTRAMIENTO ESPECIAL SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTÓ ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X

AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___ OTRO ___

EVIDENCIAS APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR ___ CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ CERO ___

ORIGEN: PROPIO ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO X PERMUTA ___ CRIA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Alfredo Enriquez Cavadia Ballesta

DIRECCIÓN: CL 129A No 97 67 CA 0

TELÉFONO: 3118465347

CÉDULA: 1007027780

EDAD: N.A

NACIONALIDAD: Colombiano

CORREO ELECTRÓNICO: alfredocavadia98@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRENDO X PRESTADA ___

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X ¿CUÁL?

BARRIO: San Cayetano

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

APTO PARA CIRUGÍA: SI X NO ___

ULT. CELO: N.A

ULT. DESPARASITACIÓN: N.R

ULT. VACUNACIÓN: RABIA: Y CANINOS: PARVO: DHPPI: PERITONAVALENTE: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA:

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICIÓN CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PRE QUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 110 LPM F. RESPIRATORIA: 32 r/m TEMPERATURA: 38,5 °C TLLC: 1 Seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILAZINA	0,363 ml	1 mg/Kg IM
	METADONA	0,66 ml	5 mg/Kg IV ☒ 10 mg/Kg IM ☐
	MIDAZOLAM	1,32 ml	0,1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	2,91 ml	1 mg/Kg IV
POST QUIRÚRGICO	PENICILINA G.S.A.	0,462 ml	17.000 UI/Kg IM
	MELOXICAM	0,066 ml	0,2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

Yo cuidador de (Hija, sra y/o Amo) del paciente, autorizo este procedimiento con el conocimiento de haber brindado la mejor posible atención, toda vez que cumplo todo el procedimiento quirúrgico y preanestésico descrito en la historia clínica. Estoy de acuerdo con la (Hospitalización) (cirugía) propuesta, quien ha manifestado sus dudas y aclaraciones. ACEPTACIÓN X RECHAZO ___ para la realización del procedimiento con el cual estoy de acuerdo.

NOMBRE MÉDICO VETERINARIO: Andres Quiroga
TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario TP. 34839

FIRMA

NOMBRE DEL RESPONSABLE: Yephiller Gutiérrez Nomesque
TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358

FIRMA

	[illegible]	[illegible]

7. 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 Ovariohisterectomía/Orquiectomía que consiste en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que aun tomando la precauciones, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como: dolor, paros respiratorios o cardiacos, hemorragia, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte

Asimismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y entiendo los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden presentar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de aplicación, además de posible infección sistémica por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antiguos, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 3 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo mediante el presente 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 realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) estos me han explicado y 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 contravenir alguna, exonerando de toda responsabilidad a terceros ya sí el veterinario que realiza el procedimiento. También entiendo que existen complicaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual ha sido informado, he comprendido y aceptado.

En consecuencia, los datos y la información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido atendidas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del mismo, 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, empleo de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impecs pa y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir

Firma del Responsable/Tenedor:	No de Identificación: 1007027780

Yo, _____ _____ identificado con C.C. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (según sea el caso) y castración) de mi animal de compañía. RAZÓN:

_____

_____

_____

Número del Responsable/Tenedor:	Firma:
No. Identificación:	

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Salon Comunal Gaitana	FECHA: 21-04-25	HORA: 10 am

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.007.027.780**

CAVADIA BALLESTA
APELLIDOS

ALFREDO ENRIQUEZ
NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **11-MAR-1991**

DISTRITO FEDERAL-CARACAS
VENEZUELA
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

12-ABR-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

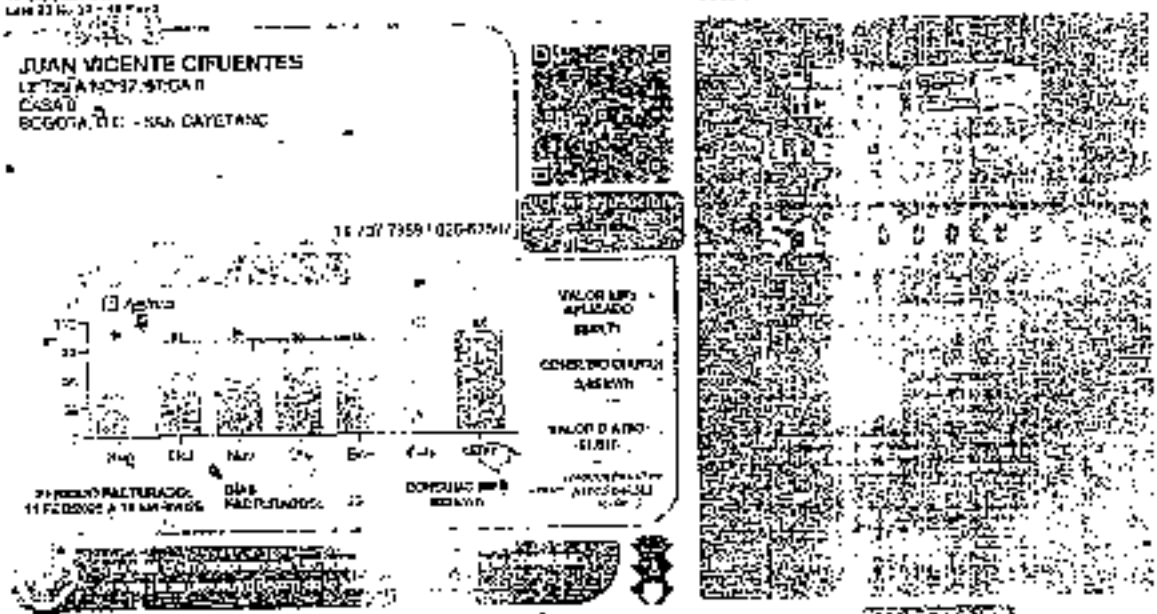
REGISTRADOR NACIONAL

P-1500160-01017274-M-1007027780-20160326 0061707900A 1 50413767

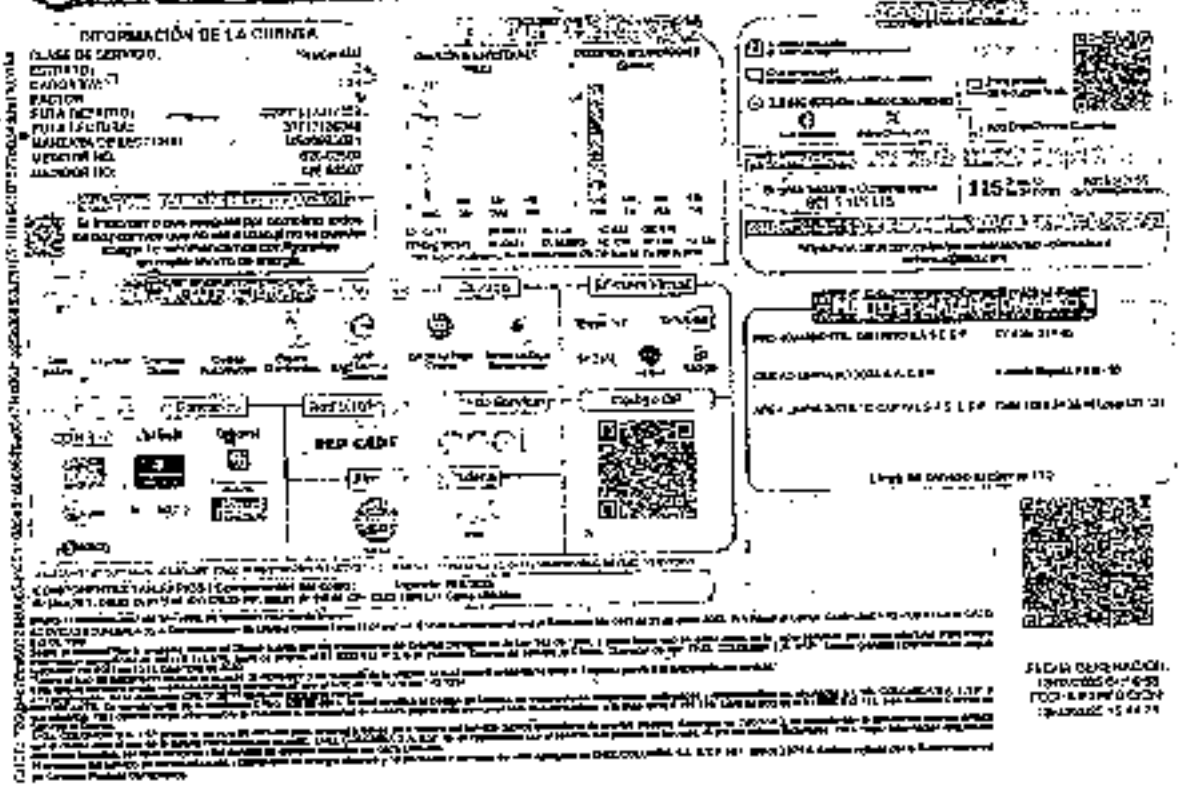
Bogotá

3074194-1

JUAN VICENTE CIFUENTES



INFORMACIÓN DE LA CUENTA



AGENCIA LOCAL DE SALUD

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN DE GATINAS Y FELINAS

PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN MOVIL

CONVENIO ESTERILIZACIONES 2024

HISTORIA CLÍNICA: HC-999_E-0

MICROCHIP: 990000013803006

FECHA: 3-04-25

CÓDIGO EST #

LUGAR DE LA JORNADA:

TIPO DE TENEDOR: CHC ___ REC ___ CES ___ RESCATE ___ CONVENCIDO X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: max

COLOR: Café

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X

RAZA: Pincher EDAD: 1 AÑO

PESO: 3,3 Kg

RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

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

AGRESIVIDAD ___ MIEDO: ___ ANSIEDAD ___

OTRO: ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: NEVER ___ CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___

OTRO: ___

ORIGEN: CALLE ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO X REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria de Jesus Gomez Galeano

DIRECCIÓN: Cl 132D No 153 64AP 200

TELÉFONO: 3272783707

CÉDULA: 39781941

EDAD: 45

NACIONALIDAD: Colombiana

CORREO ELECTRÓNICO: 3272783707@smsonline.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Profesional

TENENCIA DE VIVIENDA: PROPIA X ARRIENDO ___ FAMILIAR ___

PERSONA CON DISCAPACIDAD: SI ___ NO X CUAL?

BARRIO: Lisboa

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

APTO PARA CIRUGÍA: SI X NO ___

ULT. CELO: NO Aplica

ULT. DESPARASITACIÓN: NO Reporta

VAC. VACUNACIÓN: RABIA: X CANINO PARVO: (TRIPLE/QUINTUPLE) TRIPLE FELINA: LEUCEMIA:

TRIPLE: PENTAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

HISTORIAS DISTINTAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS (NO VISUALES): Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: I II III IV V VI E

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PRECIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 121 x/m | F. RESPIRATORIA: 34 r/m | TEMPERATURA: 38,7 °C | TLLC: 1 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
ANTEMEDICACIÓN	XILACINA	0.185 mL	3 mg/Kg IM
	KETAMINA	0.33 mL	5 mg/Kg IV X 10 mg/Kg SC
	BUPIVACAINA	0.66 mL	0,1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1.155 mL	2 mg/Kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G.B.A.	0.231 mL	12.000 UI/Kg IM
	MELOXICAM	0.033 mL	0,2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

La calidad de (Cirujano/a Veterinario/a), un(a) antes este documento como constancia de haber brindado al propietario o tenedor, la información completa sobre el procedimiento quirúrgico y aquellos riesgos relacionados con la (Anestesia, cirugía, hospitalización, recuperación) y/o haya suministrado de manera libre y voluntaria su AUTORIZACIÓN. X

RECHAZO: ___, para la realización del procedimiento quirúrgico referenciado anteriormente.

NOMBRE(S) Y APELLIDOS UNIVERSITARIO: Andres Quiroga

TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario TP 34839

FIRMA

NOMBRE DE MV ASISTENTE/APOYO:

TARJETA PROFESIONAL: Yennifer Gutierrez Hernesqua Médico Veterinario - Zootecnista TP 33358

FIRMA

46

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

Estando en uso normal de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al suscribir la autorización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como: sangrado, malos latidos o cardiacos, hemorragia, reacciones anestésicas, complicaciones intestinales e incluso la muerte.

Adicionalmente manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información acerca del procedimiento de implantación del microchip y de todos los riesgos que se pueden presentar. Se explica en clase 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 piel en el uso posterior de factores, jabones, talco, aplicación de antibióticos, baños secos y otros sustancias que irritan y contaminan 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 nacional de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Adicionalmente y ACEPTO _X__ o RECHAZO _____ la realización evaluación de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO hacen parte del programa) Adicionalmente se me han explicado y 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; eximiendo de toda responsabilidad a terceros y al equipo médico que realice el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, con probabilidad de ocurrencia es baja, la cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En consecuencia, 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 Estudiante Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO:
Me comprometo a seguir inmediatamente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y cuidados especiales necesarios para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía, después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia e imprevisión en la manipulación con mi animal de compañía, eximiendo a la Alcaldía Local de Suba, Impresos así el cual el médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor	Tipo de Identificación
María de Jesús Gómez	39781841

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

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
No. Identificación:	

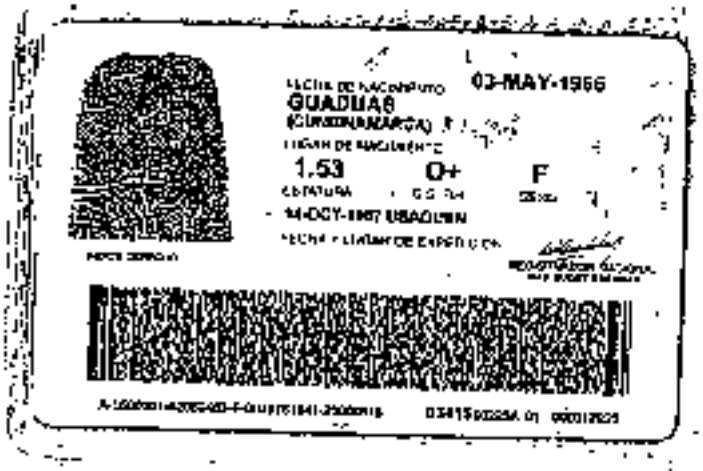
8. CITA DE RECIBO DE PUNTOS

LUGAR: Salón Comunal Gaitana | FECHA: 21-04-25 | HORA: 10am

OBSERVACIONES:



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 39781841
GOMEZ GALEANO
APELLIDOS
MARIA DE JESUS
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 03-MAY-1966
GUADUAS
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.53 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
14-OCT-1987 GUADUAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

enel | Bogotá

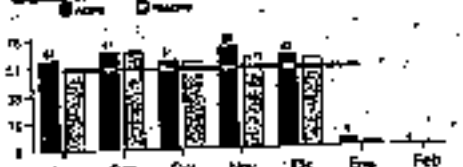
2055821-8

CLIENTE

ARNOLDO SOLER GONZALEZ
CL 150 D NO 150 54 AP 209
MBD 2
BOGOTA, D.C. - USAQUEN



COMPORTAMIENTO CONSUMO



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CALIDAD DEL SERVICIO



PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

GELSA
Grupo Empresarial en Línea
NIT 830.111.257-3
Avenida calle 26 # 69d-01 piso 3
Teléfono (571) 3700600 Bogotá D.C.

ARTICULO CONVENIO - 157 ENEL CODENSA

VALOR DEL RECAUDO: $ 12.360

Fecha del recaudo: 20/02/2025 - 11:50:41
Código del PDV: 149
Nombre del PDV: PDV TU BELLA VISTA
Código del Asesor: 000485
Terminal: 2300466858

Número de autorización: 0183832081
ID de transacción: b10251200779

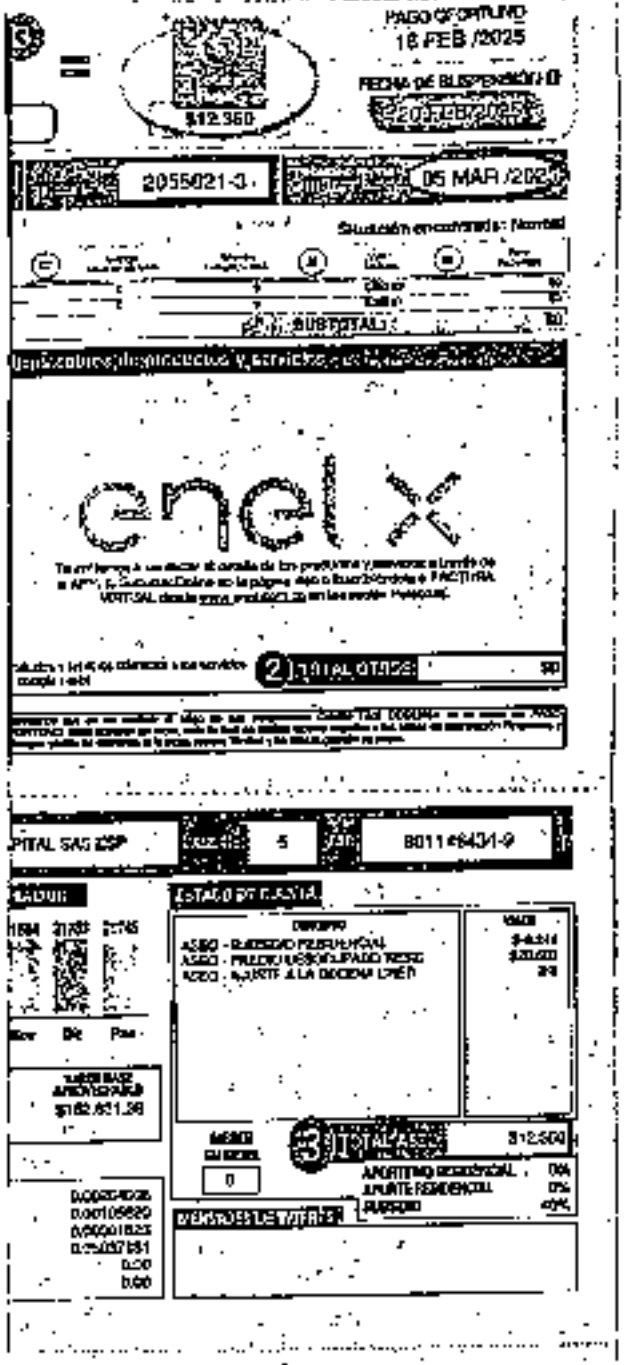
NUMERO DE CLIENTE: 20550213

Esta transacción no tiene aplicación á reverso.

Grupo empresarial en línea es operador de recaudo autorizado por el convenio, cualquier reclamación o sugerencia será atendida en las líneas. (+571) 3738600 Extensión 115/-1150
(+571) 9000233
ó puede escribirnos al correo:
servicio.alcliente@gelsa.com.co

También puede tramitar su sugerencia directamente en los canales de atención del convenio.

Conserve este comprobante como soporte.



NÚMERO DE CUENTE
2055021-3

Documento Equivalente Electrónico No.
9410620200

PAGO OPORTUNO
18 FEB /2025

TOTAL A PAGAR
$12.360

HISTORIA CLÍNICA
HC 998[illegible]

MICROCHIP: 990000013885413

FECHA: 3 abril 25

NOMBRE: Oreo

EDAD: 4 años

RAZA: Schnauzer

PESO: 6 Kg.

COLOR: Gris

SEXO: HEMBRA ___ MACHO X

RAZA DE MARCADA ESPECIAL: SI ___ NO X

COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X

ACOMETIDO ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___

OTRO: ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: HOME ___ CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___

OTRO ___

ORIGEN: HOME ___ RESCATADO X COMPRADO ___ ACEPTADO ___ REGALADO ___ OTRO DE CRIANZA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Vanessa Villamil Rodriguez

DIRECCIÓN: CL 130D Bis No 103A 56

TELÉFONO: 3113039485

OFICINA: 5279402

CELULAR: 3113039485

NACIONALIDAD: Colombiana

CORREO ELECTRÓNICO: 3113039485@sinconet.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRENDO ___ FAMILIAR X

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X ¿CUAL?

BARRIO: Lago de Suba

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

APTO PARA CIRUGÍA: SI NO

ULT. COMIDA: No aplica

ULT. DES/PARASITACIÓN: No Reporta

VACUNACIÓN: MIXTA ___ CANINA PARVO ___ TRIPLE: REFUERZO: Oct/24 RENOVABLE EN: PARA ANESTESIA Y ESPECIFÍCELA: /

TOMADA YA EN ESTA CLÍNICA: / LUGAR: / RAZA: /

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD ANAQUITE: SI ___ NO X

SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

LESIONES ENCONTRADAS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: (I) II III IV V VI E

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PRE QUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 117 x/m

F. RESPIRATORIA: 32 r/m

TEMPERATURA: 38,2 °C

TLC: 1 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

HORA DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREMEDICACIÓN	XILACINA	0.33 ml	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0.6 ml	5 mg/kg IV ☒ 10 mg/kg IM ☐
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	MIDAZOLAM	1.2 mL	0,1 mg/kg IV
	PROPOFOL	2.1 mL	2 mg/kg IV
ANALGESIA POST-OPERATORIA	BUPRENORFINA E.A.	0.42 mL	30.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.06 mL	0,2 mg/kg SC

DIFICULTADES ANORMALES: Ninguno

Declaro que (Clínica y/o Anestesiólogo) me informó de forma clara y comprensible sobre el procedimiento a realizar, información completa sobre el estado de salud de mi mascota y los riesgos relacionados con la anestesia y/o procedimiento quirúrgico a realizar, por lo cual doy mi CONSENTIMIENTO para la realización del procedimiento descrito con anterioridad.

NOMBRE(S) CÉDULA(S) Y FIRMA(S) DE RESPONSABLE(S): Andrea Quiroga
PARENTESCO PROFESIONAL: Médico Veterinario TP. 34839

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA ANESTESIÓLOGO: Yennifer Gutiérrez Nomesque
PARENTESCO PROFESIONAL: Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358

FIRMA: [signature]

		9.01

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y comprendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía que será practicado al animal de compañía. Declaro que estoy de acuerdo en la esterilización, asumiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son: sangrado respiratorios, anestésicos, hemorragias, shock, intoxicación, 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 advierte los riesgos que se pueden presentar. Se realiza señalando que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar antes, en el momento de la implantación, y una vez implantado como la inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el no apropiado manejo de lesiones, jabones, talcos, aplicación de antibióticos, baños, tierra y otras contaminantes que irritan y contaminan la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

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

Adicionalmente y CONSCIENTE y ACEPTO _X__ o RECHAZO _____ la directriz de la realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entendido, los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a controversias alguna, exonerando de toda responsabilidad a médicos y al centro médico que realice el procedimiento. También entendiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual ha sido informado, ha comprendido y aceptado.

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y adoptar las medidas de prevención 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impresa Social y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de queja que pueda surgir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
[signature]	52108402

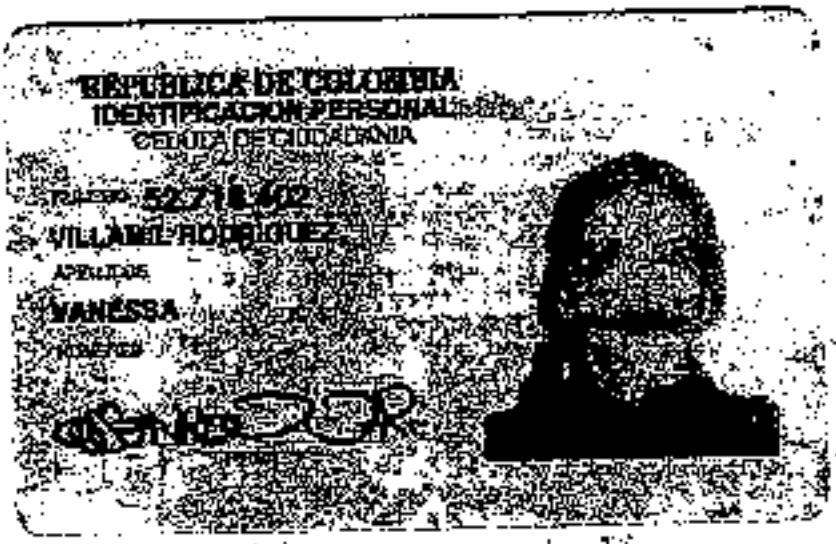
Yo, _____ Identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización) y castración del animal de compañía. RAZÓN:

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Salón Comunal Gaitana | FECHA: 21-04-25 | HORA: 10:00am

OBSERVACIONES:



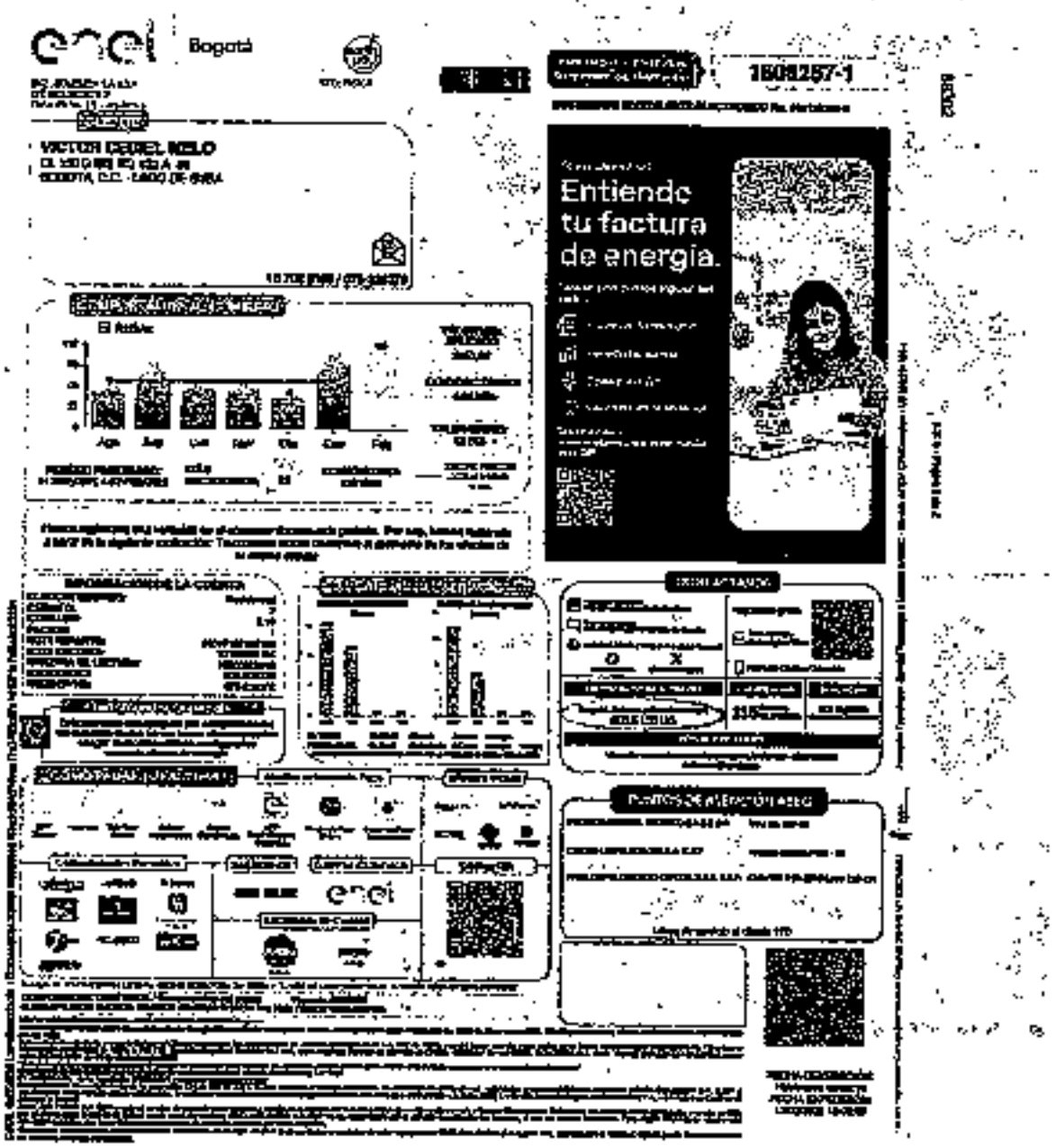
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 52718402
VILLAMIL RODRIGUEZ
APELLIDOS
VANESSA
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 08-AGO-1981
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.54 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
18-MAY-2000 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-1500150-00000000-F-0052718402-20100108 0042A02720A 1 1480000778


Bogotá
VICTOR DANIEL MELO
Entiende tu factura de energía.

HISTORIA CLINICA: MC-999-E0

990000013885409

FECHA: 3 Abril 25

TIPO DE TENEDOR: CMC ___ RUC ___ CES ___ MIXTAS ___ COMUNIDAD X

I. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Bango

COLOR: Cafe

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X

RAZA: mestizo

EDAD: 2 AÑOS

PESO: 13 Kg

RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

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

AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___

OTRO: ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACION: CASERA ___ CONCENTRADO ___ MIXTA X

OTRO: ___

CASTRO ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO X REGALADO ___ PERRO DE GUARDA ___ OTRO ___

II. DATOS DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Orlando Rea Carranza

DIRECCION: Cl 132B 138 6 INT 00201

TELEFONO: 3502759567

CEDULA: 19412538

SEXO: M ___ F ___

NACIONALIDAD: Colombiana

CORREO ELECTRONICO: Orca59@hotmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA X ARRIENDO ___ FAMILIAR ___

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X ¿CUAL?

BARRIO: La Toscana

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71

III. ANAMNESIS

Buen estado de salud

¿APTO PARA CIRUGIA: SI ___ NO ___

VACUNAS: NO aplica

ULT DESPARASITACION: NO Reporta

HOJA VACUNACION: CARNET PARTE: SI ___ NO ___ RESPONSABLE: ___ FECHA: ___ PROXIMA: ___

PRUEBA TRIPLE FELINA: ___ LEUCEMIA: ___

TIPO DE: PERMANENTE: ___ PARA REFERENCIA Y BIOSEGURIDAD: ___ RAZA: ___

IV. EXAMEN CLINICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X ESPECIFIQUE SISTEMAS AFECTADOS: Ninguna

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguna

CONDICION CORPORAL: I II III IV V VI VII 3/5

V. CONSTANTES FISIOLOGICAS PRIOPERATORIAS

F. CARDIACA: 114 l/m

F. RESPIRATORIA: 32 r/m

TEMPERATURA: 38,6 °C

TLLC: 1 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

VI. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,915 mL	1 mg/Kg IM
	KETAMINA	1,3 mL	5 mg/Kg IV X 10 mg/Kg IM ___
	SUBAZOLAM	2,6 mL	0,1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTESICO	PROPOFOL	4,55 mL	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	POLICRUGAL	0,91 mL	10.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,13 mL	0,2 mg/kg SC

INCIDENTES MOTIVADOS: Ninguno

Entiendo de X cuyo propósito es [illegible] sin duda alguna, propio para cumplir con lo indicado. Manifiesto que he leído el procedimiento quirúrgico y anestésico que se llevará a cabo con la Dra. [illegible] y que he resuelto todas mis inquietudes, quien ha resuelto de manera clara y completa mi ACEPTACION X RECHAZO ___ para la realización del procedimiento [illegible]

NOMBRES Y APELLIDOS MEDICO(S) TRATANTE(S): Andres Quiroga

FIRMA:

TARJETA PROFESIONAL: Médico-Veterinario TP. 34839

NOMBRE DEL MV ANESTESIOLOGO: Jennifer Gutiérrez Nomesque

TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33356

FIRMA: 16

7. 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 Ovariohisterectomía/Orquiectomía que al cual será sometido mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, estando que existen pequeños riesgos de cirugía como son, pero no limitados a: cólicos, hemorragias, reacciones a anestésicos, complicaciones respiratorias o cardiacas, 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 sobre los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip pueden presentar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y entre las afectaciones inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el lugar, así como presencia de lesiones (abscesos, heridas, aplicación de antibióticos, cuidados locales y otras funciones que limiten y/o contengan la zona, dentro de las 3 días posteriores a la implantación.

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

Adicionalmente, considero y ACEPTO _X__ o RECHAZO _____ la declaración realización de exámenes para-clínicos a mi animal de compañía [Los cuales NO los cubre el programa] Adicionalmente se me han explicado y entendido, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y el derecho a controvertirlo. Ajustándose comprometido de todas las posibilidades a inspeccionar y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entendido que se tienen ilustraciones adicionales, 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 imprevisión en la manipulación con mi animal de compañía, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Hospital Suba y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación: 1.19412.538

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

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

CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Salón Comunal Gaitana	FECHA: 21-04-25	HORA: 10 am

OBSERVACIONES

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 19.412.536
ROA CARRANZA

APELLIDOS
ORLANDO

NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 02-ENE-1959
FUSAGASUGA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

30-ENE-1978 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

tu factura
de manera digital

diligencia el formulario y empieza a recibir tu factura de manera digital.



Mundo digital Vanti

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

Pagos electrónicos en otras entidades

Bancolombia · Davivienda · BBVA · Scotiabank Colpatria · Itaú · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Daviplata · Tpaga · dale!

Recibo PSE

Botón Bancolombia

Recuerda que puedes pagar tus facturas de Vanti a través de nuestros canales cuando quieras sin una sola transacción

Escanea para pagar en tiempo

*Permite solicitar menor inscripción o 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 Bancolombia
RedCODE
Banco GNB Sudameris

Giros Superficies
Metro, Jumbo, Éxito

*El contacto con el cobro, cobrador y/o proveedor es responsabilidad 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.

¡Hola!

ORLANDO ROA
CRA 38 C 130 C INT 2020 1 CA TOSCANA
BOGOTA

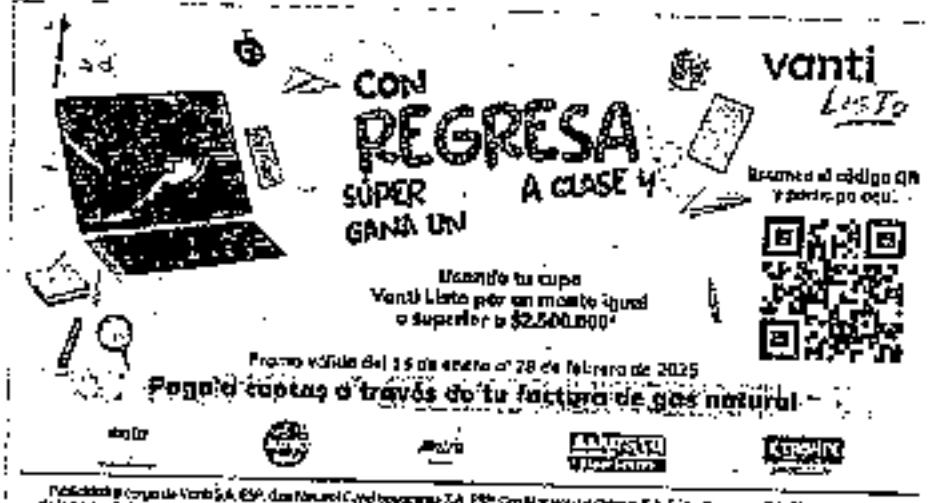
vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5037101-73756

Leído 2025N Ruta: 001170827890000000 Código del Sector 486

Cuenta o referencia de pago 61700520

vanti Listo

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: $ 4.400.000



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 325 486 4564

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

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

Febrero 2025

Cuenta o referencia de pago: 61700520

vanti

Fechas importantes

1 Pago oportuno: 22-Feb-2025

2 Fecha de suspensión: 23 Feb. 2025

3 Periodo facturado: Ene. - Feb. 2025

4 Emisión de tu factura: 05 Feb. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSID C	SM3	3.742,48	0,00	20.070,84
MENOS SUBSID C (50%)	1 UN	-14.958,92	0,00	-14.958,92
AJUSTE DECENA	1 UN	-3,91	0,00	-3,91
Vlor D Mes Con Permanencia	1 UN	11.824,37	2.295,63	14.120,00

1 - Total $29.157,00

Tus financiaciones

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

2 - Total $0,00

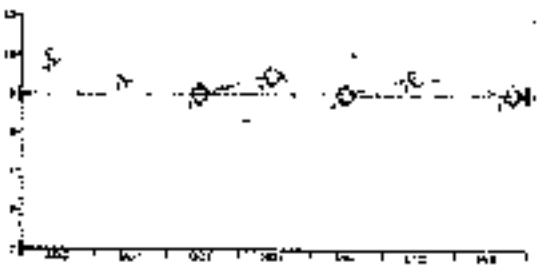
3 - Valor facturas vencidas: $0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3: $29.157,00

Pago por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial. Cocina/Calefacción. Días de consumo 31

Fecha	Lectura	Tipo
05 Ene. 2025	2601	REAL
04 Feb. 2025	2612	REAL

m³ consumidos: 2612 - 2601 * Factor de corrección = 0

Tu próxima lectura será: Entre 01 y el 06 de Marzo

Novedades de tu factura

Cuota $220.84

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $70.254

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria: **31 Ago. 2029**

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas está fijado en: $3371

Nov. $2960 Dic. $2962 Ene. $2400

Tarifa expedida según Resolución de Regulación de CREG y Gas Natural.

Componentes tarifarios

Cargo Comercialización	Vlor: 617,63	Descuentos	Cargo Fijo
Cargo Distribución	Vlor: 1.014	Cargo Variable	Cargo Fijo
Componente Transporte	Vlor: 42.438	Cargo Variable	Cargo Fijo

Valor Tarifa Componente de gas expedida por la CREG y Gas Natural

Valor Tarifa Componente Transporte expedida por la CREG y Gas Natural

Factor de corrección

Vlor: 11	Alt: 0,70257	Mc: 1,00823	Pz: 0,7725		
Vlr: 3	Pm: 1,0000	Tm: 1,0000	Pcc: 1,01000		
Pcc: 0,7752	Pcc: 0,7725	Pcc: 0,7725			

Factor de corrección: 0,7725

Indicadores de calidad

PCS: 1050 | Z: 0,9975 | Pz: 1,0000 | Pcc: 1,0000



(415)7709998026025(8020)617005201(3900)0000(96)20250131

1 de 1

1064654

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA DE LESIONES CAUSADAS A FAUNA
PROGRAMA DE EDUCACIÓN AMBIENTAL
CONTROL Y VIGILANCIA AMBIENTAL

HISTORIA CLÍNICA
HC-999E-C

MICROCHIP: 990000013885411

FECHA: 3 Abril 25

CÓDIGO EST-4

LUGAR DE LA ATENCIÓN:

TIPO DE CONSULTA: CAC ___ RPC ___ CTE ___ RELEAS ___ COMISORIO X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Zeus

COLOR: Blanco Café.

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X

RAZA: Mestizo

EDAD: 1 Año

PESO: 18,5 kg

MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIONES CITOPORTAMENTALES: SI ___ NO X.

AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___
OTRA: _____

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: SOLA ___
CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___
OTRO: _____

ORIGEN: PROPIA ___ ROGATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO X PERDIDO O CAPTURA ___ OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Brigid Tatiana Cuellar Nieto

DIRECCIÓN: CL 83B No 95D 50 A 1

TELÉFONO: 3178870730

CÉDULA: 1233909485

EDAD: 21

NACIONALIDAD: Colombiana

CORREO ELECTRÓNICO: nietocbrigidtatiana@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO X FAMILIAR ___

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X ¿CUÁL?

BARRIO: La Chucua

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: SUBA

EDAD

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud.

¿PRESENTA VIOLENCIA? SI ___ NO X

U.T.F. CELO: TXO Aplica

U.T. REPRODUCTIVA: NO Reporta

ULT. VACUNACIÓN - TIPO: ANUAL

ULT. DESPARASITACIÓN - TIPO: INTERNO: EXTERNO:

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS PREDOMINANTES: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: I II III IV V VI E

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREOPERATORIAS

F. CARDIACA: 113 LPM

F. RESPIRATORIA: 35 r/m

TEMPERATURA: 38,1 °C

TLC: 1 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	ATROPINA	0,18 mL	1 mg/kg IM
	KETAMINA	1,85 mL	5 mg/kg IV ☒ 10 mg/kg IM ☐
	MIDAZOLAM	2,3 mL	0,1 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	6,475 mL	2 mg/kg IV
	PENTOTAL G.E.A.	1,295 mL	25 mg/kg IM
POSTOPERATORIO	MELOXICAM	0,185 mL	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

Finalidad de la cirugía y/o tratamiento: Esterilización. Beneficios: Disminución de la probabilidad de padecer enfermedades del aparato reproductor y mamario. Riesgos y procedimientos relacionados con la cirugía: Reacciones a los medicamentos, sangrado, infección, dolor y muerte. Alternativas: Ninguna. Riesgos y voluntariedad: SI ACEPTACIÓN X

YO LUISA ZO, con la rotulación del propietario o tenedor de este animal

NOMBRE Y No DE LA TARJETA PROFESIONAL: Andrés Quiroga Médico Veterinario TP. 34899

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO: Yennifer Gutiérrez Romesque Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358

FIRMA

46

	[illegible]	BOGOTÁ

7. 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 Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el (nombre) que identificado mi animal de compañía. Declaro que al suministrar la autorización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son: partos respiratorios o cardíacos, 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 sus adversos riesgos que se pueden presentar. Se realiza el retiro que durante la implantación del microchip se presenten riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar antes de la implantación, y se consideran como información en el punto de punción, además de posible infección en el lugar o dolor posterior de lesiones, jaboneo, calor, 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 exámenes personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además he comprendido y ACEPTO _X__ o RECHAZO _____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Autorizo mismo dicho procedimiento, informándome de los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a reclamación alguna; eximiendo de toda responsabilidad a empresas y al equipo médico que realizará el procedimiento. También entiendo que existen situaciones no contempladas, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, lo comprendo y acepto.

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 imprudencia en la manipulación con mi animal de compañía, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, hospedaje y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir

Firma del Responsable/Tenedor:	Fecha de identificación:
Tatiana Coellar	1233909485

Yo, _____ identificado con CC. No. _____ de _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, hago RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (Esterilización y castración) de mi animal de compañía RAZÓN:

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

8. FIRMA DE RECIBIDO DE PLANILLA

Lugar: Salón Comunal Gaitana | FECHA: 21-04-25 | HORA: 10 am

Nombre Asistente:

A AM
OUTRA COMIDA
AGUA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.233.909.485

CUELLAR NINCO

BRIYID TATIANA



IDCOL1039820615015001<<<<<<<<<<<
9907032F3402096COL1233909485<1
CUELLAR<NINCO<<BRIYID<TATIANA<

enel Bogotá

2788694-4

MARGARITA ROSA CASTRO

Entregar factura de energía

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

$47.100 + $0 + $32.940 = $80.040

PAGO OPORTUNO
24 FEB /2025

FECHA DE SUSCRIPCIÓN
28 FEB/2025

11 MAR /2025

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

SUBTOTAL: $47.179

1 TOTAL A PAGAR $47.100

2 TOTAL OTROS $0

ESTIMADO CLIENTE

ASEO LIMPIA

AMBA LIMPIA DISTRITO CAPITAL SAS ESP

CICLO 5

RUTA 5B1145434-9

FACTURACIÓN CUALQUIER CONCEPTO

CUENTA CONTRATO 11743247

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 2422410248-5

PERIODO DE FACTURACIÓN 01 ENE 2025 a 31 ENE 2025

No. días 31

CONSUMO PROMEDIO FACTURADO

Ago Sep Oct Nov Dic Ene

CONCEPTO VALOR

ASEO - ALMACENAMIENTO RESIDENCIAL $ 41.237

ASEO - BARRIDO RESIDENCIAL $ 33.454

ASEO - LIMPIEZA DE ESCOMBROS $ 7.843

ASEO - LIMPIEZA LA DECIMA $ 0

DATOS DEL MEDIDOR

No. MEDIDOR: Referencia

VOLUMEN: ESTRATO: 3

TECNOLOGÍA: RED ACUEDUCTO

CONSUMO m3: PER. NUMÉR.: 3

CICLOS	Ocupada	Desocupada
Residencial	1	0
No residencial	0	0

COSTOS DE LA TARIFA

CUARTIL DE CONSUMO	COSTO MARGINAL RECUPERACIÓN	VALOR BASE APROVECHABLE
$ 10.114.574	$ 10.500,84	$ 10.124.131,36

VALORES DE LA FACTURACIÓN

BARRIDO	$ 33.454
LIMPIEZA URBANA	$ 41.237
PROMOCIÓN DEL APROVECHAMIENTO	$ 0
COSTO MARGINAL APROVECHABLE	$ 7.843
RECARGO POR SOBRECAPACIDAD	$ 0
APORTE NO APROVECHABLE	$ 0

3 TOTAL ASEO $ 82.534

MESES CUMPLE 0

APORTE NO RESIDENCIAL 0%

APORTE RESIDENCIAL 0%

SUBSIDIO 35%

VENTANILLA DE ATENCIÓN

NÚMERO DE CLIENTE
2706894-4

Documento Equivalente a Factura de Venta No. 2422410248-5

PAGO OPORTUNO
24 FEB /2025

TOTAL A PAGAR
$80.040

HISTORIA CLÍNICA: HC-9994-0

PROPIETARIO: 990000013796517

FECHA: 3 abril 15

PACIENTE: Rocky

COLOR: Dorado

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X

RAZA: Cocker Spaniel

EDAD: 1 año

PESO: 13 Kg

RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE ANIMAL MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: NATURAL ___ CASERO ___ CONCENTRADO ___ MIXTO X OTRO ___

UNIÓN: NORMAL ___ SEPARADO ___ CONFLICTO X ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERDIDO ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRE Y APELLIDOS: Karina Paola Rodriguez Berona

DIRECCIÓN: CL 133 No 154A 52

TELÉFONO: 3015839924

CÉDULA: 1005659721

EDAD: ___ X

NACIONALIDAD: Colombiana

CORREO ELECTRÓNICO: 3015839924@hotmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Tecnico

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRENDADO X FAMILIAR ___

PERSONA ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X ¿CUÁL?

BARRIO: Santa Cecilia

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71.

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

APTO PARA CIRUGÍA: SI X NO ___

ULT. CELO: NO Aplica

ULT. DESPARASITACIÓN: NO Reporta

ULT. VACUNACIÓN: MENOR X CANINOS PARVO: HEXAVALENTE: /

RECHOS: TRIPLE FELINA: RELEVANCIA: /

TITULO: PERTINENTE: PARA INFLUENZA Y BORDETELLA: /

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

ESTADO SISTEMAS EVALUADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: I X II III IV V VI E

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS Y TERAPÉUTICAS

F. CARDIACA: 118 LPM

F. RESPIRATORIA: 33 RPM

TEMPERATURA: 38,3 °C

TLLC: 1 SEG

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,315 mL	3 mg/Kg IM
	DEXTOMIDINA	1,3 mL	3 mg/Kg IV X 10 mg/Kg IM ___
	BUPRENORFINA	2,6 mL	0,3 mg/Kg IM
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	4,55 mL	2 mg/Kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G.S.A.	0,91 mL	17.000 UI/Kg IM
	MELOXICAM	0,13 mL	0,2 mg/Kg SC

HALLAZGOS AVERIGUADOS: Ninguno

Facilidad de (Ingrese y/o Asistente) a cirugía con los riesgos inherentes descritos y conocidos. Información suficiente para el procedimiento quirúrgico y pre-anestésico, los riesgos involucrados y la Opción Terapéutica elegida. Autorizo la realización del procedimiento mencionado. ACEPTADO X RECHAZO ___ para la realización del procedimiento mencionado.

NOMBRE(S) DOCTOR(A) RESPONSABLE: Médico Veterinario TP. 34839

FIRMA

NOMBRE DEL ANESTESIÓLOGO: Yennifer Gutiérrez Homesque Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33388

FIRMA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información esencial precedente sobre Characterización/Orquiectomía en el cual será sometido mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la intervención, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son: paro cardiorespiratorio, hemorragias, reacciones anestésicas, 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 sobre los riesgos que se pueden presentar. Se resalta énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantacion, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el sitio por ingreso de bacterias, hongos, virus, inflamación de articulaciones, huesos cercanos y otras anormalidades que se han presentado raras, dentro de estas a las pertenecientes a la implantación.

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

Acerca de lo mencionado y ACEPTO _X_ o RECHAZO _____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente no me han explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo la total responsabilidad de la cirugía y no derecho a contravención alguna exonerando de toda responsabilidad a Impecsas y al equipo médico que realice el procedimiento. 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 ha sido comprendida 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 POSTOPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y cuidados 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 imprevisto en la manipulación de mi animal de compañía, exonerando a la Alcaldía local de Suba, Impecsas y al equipo Médico Veterinario practicante de intervención por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor: Karina Rodriguez	Nro. de Identificación: 1005659721

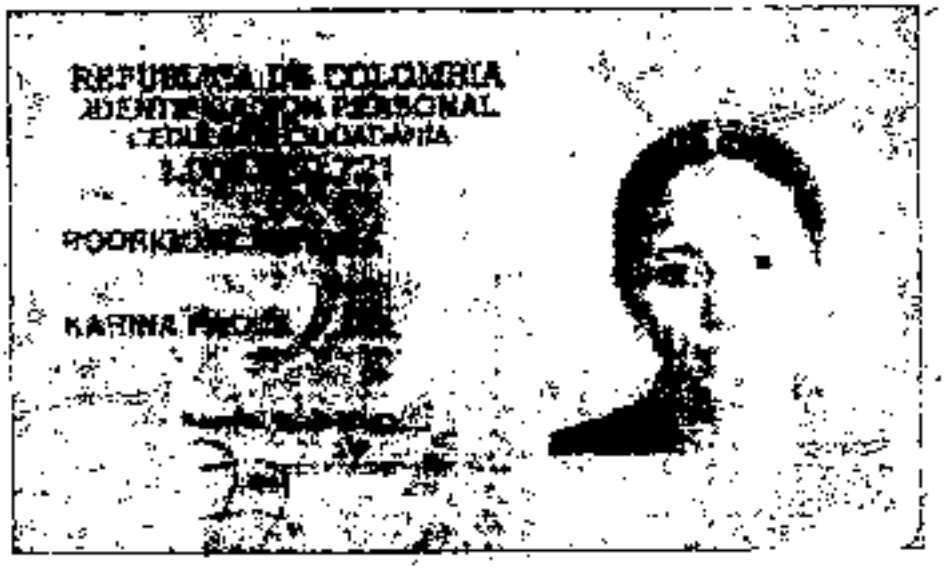
Yo, _____ identificado con CC No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica (castración/esterilización) de mi animal de compañía, RAZÓN:

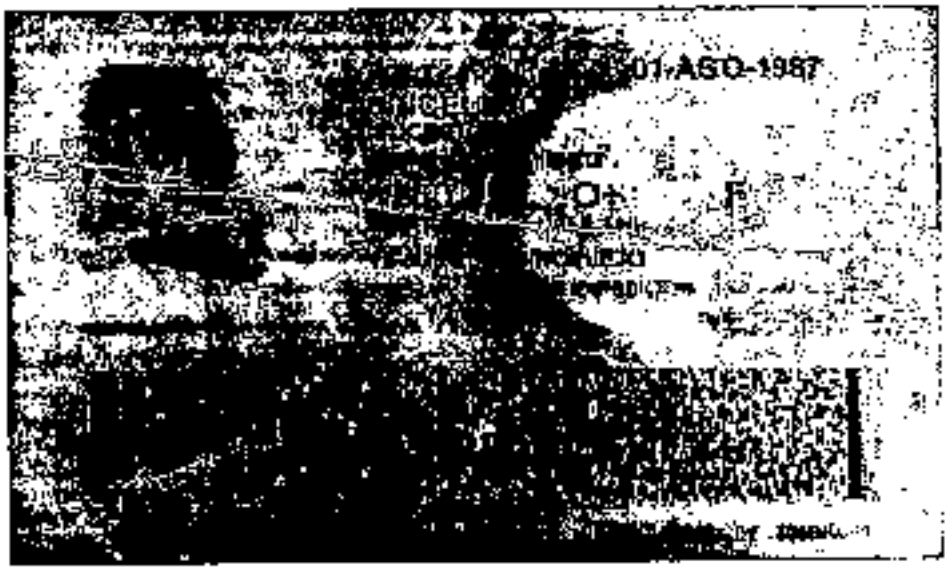
Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación:	

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Salon Comunal Guaimaro FECHA: 21-04-25 HORA: 10 am

OBSERVACIONES:


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
KARINA


01-AGO-1987
O+

enel Bogotá

1856679-9

MARIA HILDA ORJUELA DUEAS
CL 133 NO 15A-[illegible]
BOGOTA, D.C. - SANTA ECCLIA

CIUDAD
LLEGO A TU CASA
S12 000 000

CONSUMO Y MEDICIÓN

Activa

Sep Oct Nov Dic Ene Feb Mar

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA KW:	3.08
FACTOR K:	1
JUSTA REPARTO:	[illegible]
JUSTA LECTURA:	[illegible]
MARCA MEDIDOR:	[illegible]
MEDIDOR No:	[illegible]
MEDIDOR No:	[illegible]

FORMAS PARA PAGAR TU FACTURA

Virtual

Oficinas de Cobro

Red Enlace

Canales de Servicio

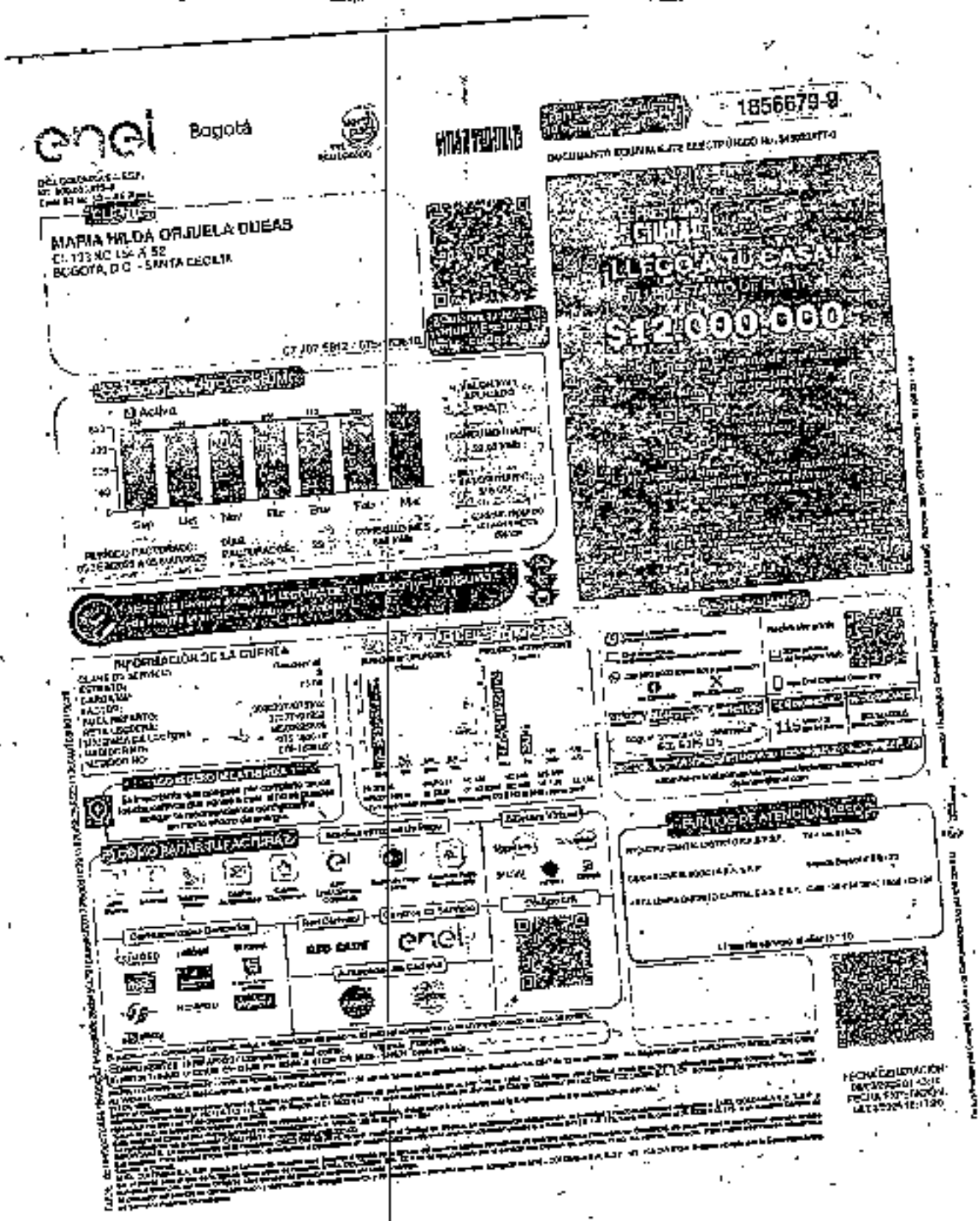
Corresponsales Bancarios

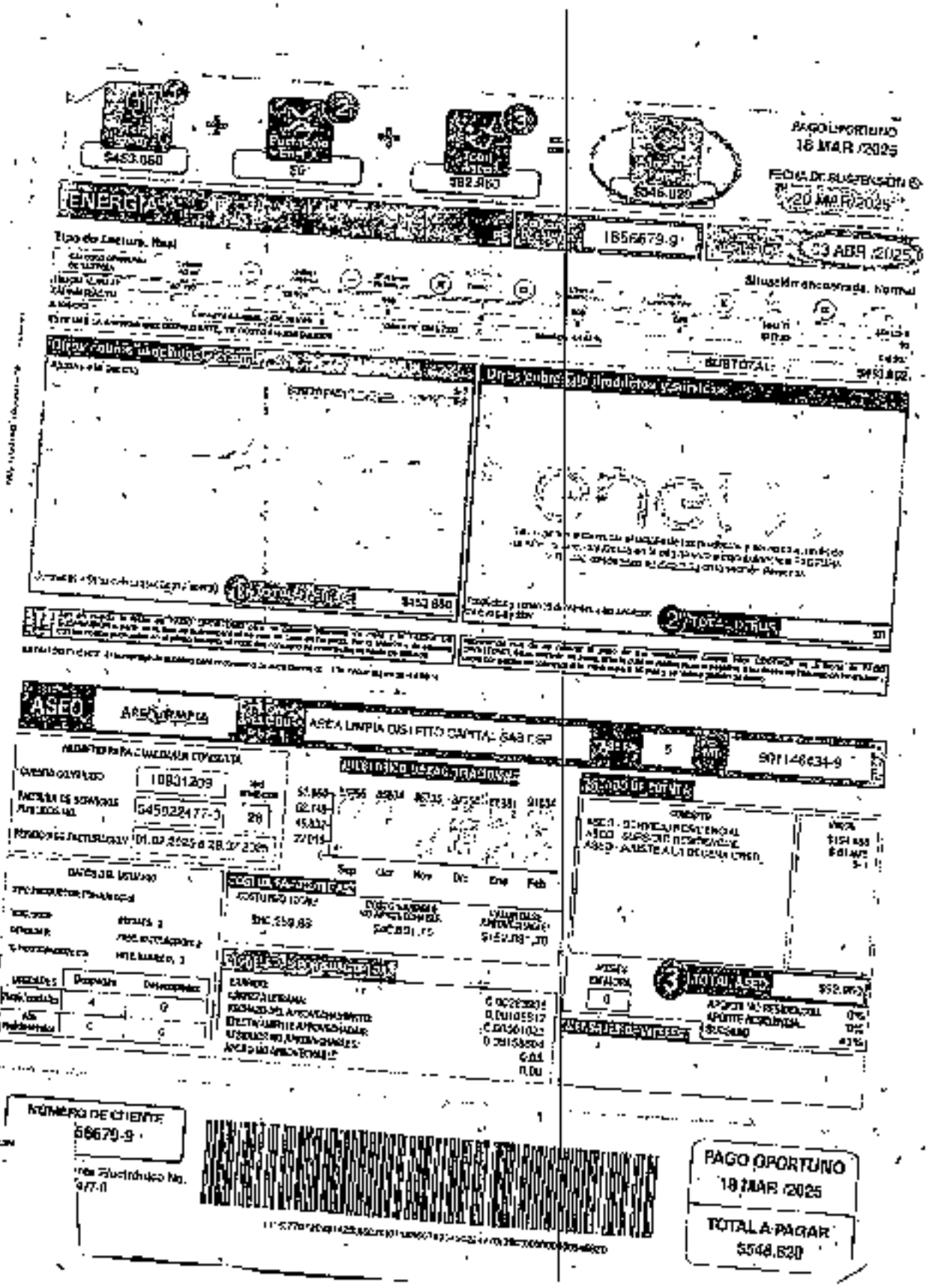
Almacenes de Cadena

PUNTOS DE ATENCIÓN

Línea de servicio al cliente 115

FECHA DE EXPEDICIÓN
30/09/2025 01:43:18
AGENTE: [illegible]
30/09/2025 15:17:25


enel Bogotá
1856679-9
MARIA HILDA ORJUELA DUEAS
CL 133 NO 154 A 52
BOGOTA, D.C. - SANTA CECILIA
$2.000.000
INFORMACIÓN DE LA CUENTA
PUNTOS DE ATENCIÓN



NÚMERO DE CLIENTE
56679-9

PAGO OPORTUNO
18 MAR /2025

TOTAL A PAGAR
$548.620

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

HISTORIA CLÍNICA

HC 999-5-0

99000001396511

FECHA: 3-04-25

LUGAR: IST-4

LUGAR DE RADICACIÓN:

TIPO DE TENENCIA: CHIP ___ RDC ___ LIC ___ VETAS ___ COLLAR DATA X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Onix

COLOR: Blanco Negro

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 5 años PESO: 31 Kg RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

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

AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___

OTRO: ___

EVIDENCIA DE AFRONTE MALTRATO SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: CASERA ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___

ORIGEN: ITCMP ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO X PERROS CLÍNICA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Rosalbina Gamba Vallejo

DIRECCIÓN: CL 134 124 4

TELÉFONO: 3142140288

CÉDULA: 52096846

EDAD: ___ M ___ F X

CIUDAD/VEREDA: Colombuna

CORREO ELECTRÓNICO: rosalbagambavallejo29@gmail.com

MOTIVO DE CONSULTA: Primaria.

TIPO DE VACUNA: RABIA ___ AMBIENTO X TRIVALENTE ___

TIPO DE CASTRACIÓN: SI ___ NO X EDAD: ___

SEXO: Tibabuyes

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

PPP: 71

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ESTADO PARA CIRUGÍA: APTO ___ CLÍNICO

ULT. CELO: N. A

ULT. DESPARASITACIÓN: N. R

ULT. VACUNACIÓN: ESTADO: CANINOS: PARVO: HEPATITIS: TRIPLE: ___ *ENFERMEDAD PARAINFLUENZA Y BORDETELLA

FELINOS: TRIPLE: RABIA: LEUCEMIA: ___ AÑOS: Agos 24

4. EXAMEN CLÍNICO

¿HAY SIGNOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: I II III IV V VI E

CONDICIÓN CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES PARA CIRUGÍA MAYOR MENORES

F. CARDIACA: 116 l/m F. RESPIRATORIA: 32 r/m TEMPERATURA: 38,5 °C TLLC: ___ MM: ___ MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

CASA DE PRODUCTO ANTES		PRESENTACIÓN	DOSIS/OBSERVACIONES
PREMEDICACIÓN	XILACINA	1.405 ml	1 mg/Kg IM
	KETAMINA	3.1 ml	5 mg/Kg IM X 10 mg/Kg IM ___
	MIDAZOLAM	6.2 ml	0,1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	10.85 ml	2 mg/Kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G.S.A.	2.17 ml	17.000 UI/Kg IM
	MELOXICAM	0.31 ml	0,2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cedamo y/o representante legal), autorizo este documento como constancia de haber recibido la información suficiente, veraz, clara y oportuna sobre el procedimiento quirúrgico y anestésico a realizar a mi paciente con la finalidad de mejorar su calidad de vida y bienestar. Entiendo que existen riesgos inherentes a todo procedimiento y que no se garantiza un resultado específico. Por lo anterior, manifiesto que he leído y comprendido la información suministrada y que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y aclarar mis dudas. Por lo tanto, doy mi CONSENTIMIENTO para que se realice el procedimiento descrito en el presente documento.

NOMBRE Y DATOS MVZ REMISIÓN:

CARRERA PROFESIONAL

Andres Quiroga
Médico Veterinario
TP. 34839

FIRMA

HUELLA

Yennifer Gutiérrez Nomesque
Médico Veterinario - Zootecnista
TP. 33358

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

Explicado y comprendido de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el animal previamente identificado de mi propiedad. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la misma como: paro respiratorio y cardíaco, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones anestésicas e incluso la muerte.

Asimismo manifiesto cuelle recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se advierten los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos a 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 lugar por alguna complicación de lesiones, laceraciones, abscesos, aplicación de antitupidas, heridas secas y otras situaciones que lesionen 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

Adicional por consiguiente y ACEPTO X , o RECHAZO ____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entregado todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por lo cual asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y/o derecho a cobrar emolumento alguno, exonerando de toda responsabilidad al Veterinario y al equipo médico que realice el procedimiento. También entiendo que existen situaciones excepcionales, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, la 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, sus implicaciones han sido aclaradas y he leído y comprendido la información aquí plasmada en este documento.

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

CUIDADOS 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 responsable del cuidado de mi animal de compañía, después de la intervención asumo los riesgos y efectos que se pueden presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, exonerando a la Alcaldía local de Suba, Impresoras y a este posible(s) Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro. Identificación: 5?ag6xq6 Bt

Yo, _____ identificado con CC. No _____ de _____ en pleno y completo uso de mis facultades mentales, me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía.
RAZÓN:

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

8. CITA DE RECIBIR DE PUNTOS

LUGAR: Salón Comunal Gaitana	FECHA: 21-04-25	HORA: 10 am

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.095.846

GAMBA VALLEJO

APELLIDOS

ROSALBINA

NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 14-SEP-1970

CAMPOHERMOSO
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 | O+ | F

ESTATURA | G.S.RH | SEXO

03-AGO-1989 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL



A-1500150-00172001-M-0052095846-20030709 0004250874A 1 1830014471

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

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

Comunica:

Evita fraudes en línea al pagar tu factura.
Ingresa siempre digitando:

- www.grupovanti.com

Pueblo Nuevo opera con Vanti S.A. ESP. Con Nuevo Gas opera con Gases de Occidente S.A. ESP. Gasoriente S.A. ESP.

Mundo digital Vanti

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

Pagos electrónicos en otras entidades

Bancolombia · BBVA · Davivienda · Nequi · dale!

Buzón PSE · Botón Bancolombia

Descarga la app guarda por los factura más cómo vertes tendrás CASHBACK en una sola transacción!

Escanea para pagar tu factura

*Permite adicionalmente recargar saldo a celulares prepagados

Síguenos en nuestras redes sociales como @grupovanti y conoce nuestros tríticulos.

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CAS.
Banco GNB Sudameris

Puntos Supergiros:
Alkosto, Jumbo, Éxito

*El concepto no es propio, debe ser cancelado y a nombre de Vanti S.A. ESP.

Eficiencia energética

Reducir nuestro consumo de energía se traduce en tu alivio 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.

¡Hola!

ANA CECILIA HERNANDEZ
CL 134 134 44 TIBABUYES
BOGOTA

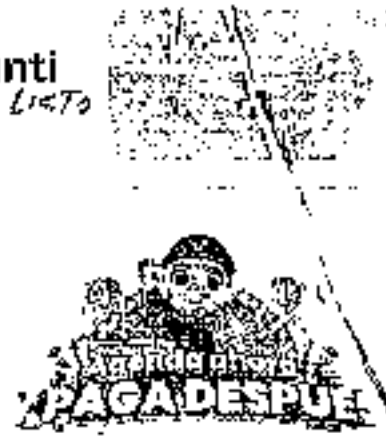
vanti
Más formas de ayudar
Vanti S.A. ESP.
Multidor Gas No. 6187192-87810

Lote: P16GN Ruta: 0011770601000005000 Código del Sector: 254

Cuenta o referencia de pago **60757864**

vanti Listo

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



Si tu Revisión Periódica Obligatoria de Gas se vence entre julio y diciembre de 2026

¡Agenda ahora y comienza a pagar en el mes de tu vencimiento!



Si la certificas en el mes de abril, mayo o junio

Escanea el código QR para agendar tu Revisión

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 942 294
Bogotá (601) 207 0121
Bucaramanga (607) 680 4755

Atención virtual
Gestiona tus solicitudes sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 418 4184
Mi Vanti en línea
https://mi.grupovanti.com/

Para dudas o quejas puedes acudir a la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios a través de la línea gratuita 01 8000 910 165 o en la página web www.superservicios.gov.co

Vanti

Marzo 2025

Cuenta o referencia de pago 60757864

Fechas importantes

1 Pago oportuno 11 Abr. 2025

2 Fecha de suspensión 12 Abr. 2025

3 Periodo facturado Feb. - Mar. 2025

4 Emisión de tu factura 27 Mar. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario ($)	IVA (C)	Subtotal B=(A*B)+C
CONS. SIN SUBS (M3)	2MM	2.825,91	0,00	$ 451.82
CONS. CON SUBSIDIO	28M3	3.165,11	0,00	01.908,59
MENOS SUBSIDIO (41%)	11M	-28.129,72	0,00	-35.123,22
AJUSTE TELEFONIA	1UN	-2,00	0,00	-2,83
REDAUDO TARIFA(25) Cosecpark Proiec	0	42.712,00	0,00	42.712,00

1 Total $87.140,00

Tus financiaciones

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

2 Total $0,00

Valor facturas vencidas

$0,00

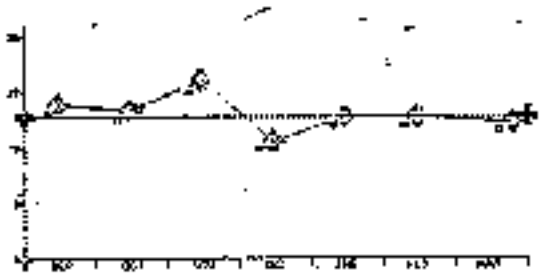
Total a pagar 1+2+3

$87.140,00

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial Estrato 2 Días ciclo de consumo 29

Fecha	Lectura	Tipo
22 Feb. 2025	7003	REAL
22 Mar. 2025	7035	REAL

m³ consumidos= 7035 - 7006 * Factor de corrección = 29

Tu próxima lectura será: Entre 20 y el 25 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 $70.754

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Oct. 2026

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

Dic $2382 Ene $2480 Feb. $357

Componentes tarifarios

Factor de corrección

Indicadores de calidad





(415)7709039020025(8020)60757864(3900)000000087140

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA DE CASTRACIÓN CANINA Y FELINA
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CENTRO MÓVIL DE ESTERILIZACIÓN

BOGOTÁ
UMS

HISTORIA CLÍNICA
HC-099 Exp

PRECINTO: 990000013796318

FECHA: 3-04-25

CÓDIGO

LUGAR DE LA JORNADA:

TIPO DE TENEDOR: CHE ___ GEC ___ CAS ___ MENOR ___ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Terry | COLOR: Chocolate

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | RAZA: Pitbull | EDAD: 4 años | PESO: 28,5Kg | RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI X NO ___

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: S ___ NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ APEGADO ___
CUAL: ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: MIXTA ___ CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___

ORIGEN: AGUA ___ HISTÓRICO ___ CONTRATO ___ ADOPTADO ___ REGALADO X PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Rosario Chaves Prada | DIRECCIÓN: Kra 108 131 10 Bod 025 01 001 | TELÉFONO: 3208819226

CÉDULA: 52931309 | EDAD: 41 X | NACIONALIDAD: Colombiano | CORREO ELECTRÓNICO: rosario28chaves@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller | TIPO DE VIVIENDA: PROPIA X ARRIENDO ___ FAMILIAR ___ | TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X ¿CUAL?

BARRIO: La Toscana | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: SUBA | CPE: 71

TIEMPO DE RESIDENCIA EN EL BARRIO: Buen estado de Salud

APTO PARA CIRUGÍA: SI X NO ___

ULT. CELO	ULT. DESPARASITACIÓN	ULT. VACUNACIÓN: RABIA X CANINOS RABIA (FELINOS)	TRIPLE FELINA	PENTAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA
N.A	ENE 25	JUEGOS: TRIPLE FELINA:	LEUCEMIA	RABIA

4. EXAMEN CLÍNICO

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

PALPADOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: (I) II III IV V VI E | LONGITUD CEFÁLICA: 5 cm

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA	F. RESPIRATORIA	TEMPERATURA	TEC	MUCOSAS
119 lpm	32 rpm	38,4 °C	1 seg	Rosada S

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1,5645 mL	1 mg/Kg IM
	KETAMINA	2,85 mL	5 mg/Kg IV X 10 mg/Kg IM ___
	MIDAZOLAM	5,7 mL	0,3 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	4,995 mL	2 mg/Kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G.L.A.	1,995 mL	22.000 UI/Kg IM
	METOCLOPRAM	0,285 mL	0,2 mg/Kg SC

OBSERVACIONES ADICIONALES: Ninguna

Entiendo de (Explicación del procedimiento) que existe un riesgo inherente a cualquier procedimiento anestésico y específicamente a los riesgos asociados con la (Explicación del procedimiento) que he autorizado de manera libre y voluntaria. ACEPTACIÓN X
RECHAZO ___ para la realización del procedimiento y/o toma de muestras de mi animal bajo mi responsabilidad.

NOMBRES Y APELLIDOS MV CIRUJANO: Andres Quiroga
CIENCIA PROFESIONAL: Médico Veterinario TP. 34839
FIRMA

NOMBRE DEL MV ANESTESIOLOGO: Jennifer Gutiérrez Nomesque
TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33368
FIRMA

	HISTORIA CLINICA UNIFICADA GENERAL ANIMALES CONSENTIMIENTO INFORMADO 2024	Versión 1 SUDI

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales. Manifiesto que he recibido y comprendido la información acerca del procedimiento (hembra/macho) quirúrgico en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como: paro cardiorrespiratorio, convulsiones, hemorragias, muertes estadísticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Asimismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se me han explicado los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar ligeras 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 pestaño: de la Cruz, Jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias químicas y contaminantes, todo, dentro de los 5 días posteriores a la implantación

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la toma de muestras sanguíneas, de mi animal de compañía, igualmente acepto el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente

Advierto hoy consciente y ACEPTO _X__ o RECHAZO ____ la declaración realizada de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO les cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entendido todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por ello asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía sin derecho a reclamación alguna; exonerando de toda responsabilidad a Uspeces sas y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, le cual ha sido informado, he comprendido y aceptado.

En consecuencia, he sido una información amplia 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 técnico Veterinario auxiliar para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir fielmente todas las recomendaciones y acatar las medidas de precaución y cuidados que sean necesarios para el total completamiento en el 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 imperida en la manutención con el animal de compañía, eximiendo a la Alcaldía local de Suba, Uspeces sas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier suceso ajeno que pueda ocurrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	No de Identificación:
Rosa Ochoa Rodriguez	1.57451.307 SIA H-HA

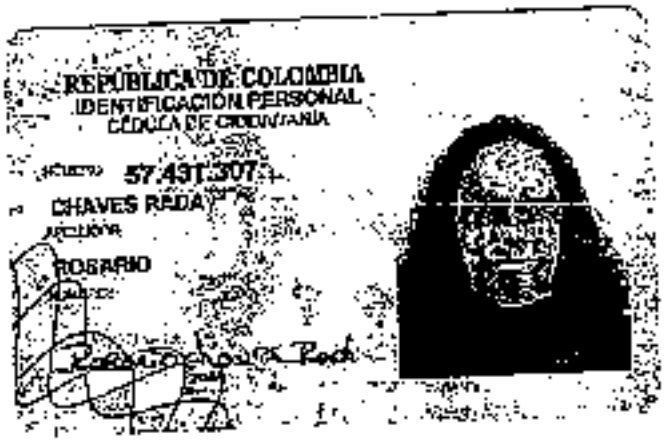
Yo, _____ Identificado con C.C. No _____ _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales. Me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía en el RAZÓN:

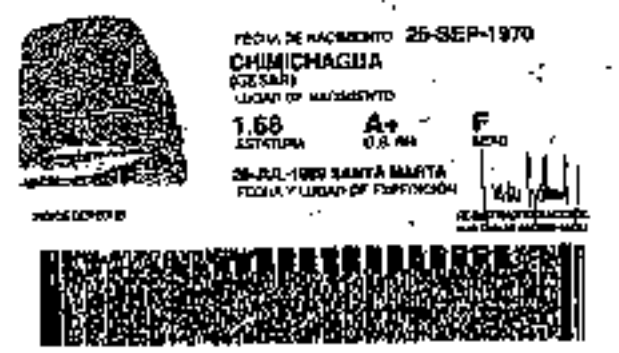
Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
No. Identificación:	

8. CITA DE RETIRO DE PACIENTE

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Salón Comunal Gaitana	21-04-25	10am

OBSERVACIONES:


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
57.431.307
CHAVES RADA
ROSARIO


25-SEP-1970
CHIMICHAGUA
1.68
A+
F
SANTA MARTA

Disponible para leer **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/
- Pagos electrónicos en otros entidades

Débito PSE

Botón Bancolombia

Recuerda que puedes pagar tus facturas de gas a través de varios canales con tan solo tu número de factura

Escanea para pagar tu factura

Davivienda · Davivienda · Nequi · dale!

*Puedes adicionalmente incorporar débito automático

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

Puntos Presenciales

- Corresponsales Banco BBVA
- Corresponsales Bancolombia Colpatria
- Corresponsales Grupo Aval
- Corresponsales Banco Davivienda
- Red CADE
- Banco GNB Sudameris
- Unidades Especiales: Manizales, Armenia, Pereira

Transacciones en dólares, Gas debe pedirse gratuita 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.

¡Hola!

ROSARIO CHAVES
KR 140B 131 10 BOG 025 01 00001 - LA TOSCANA
BOGOTA

vanti
Más fonitos de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 2077100-292541

Loca: P02GN Ruta: 00117/0000000005000 Código del Sector: A56

Cuenta o referencia de pago: 61874376

vanti listo

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:



CON VANTI LISTO REGRESA SÚPER LISTO A CLASE Y GANA UN COMPUTADOR

vanti listo

Escanea el código QR y participa aquí

Usando tu cupo Vanti Listo por un monto igual o superior a $2.500.000*

Promo válida del 13 de enero al 28 de febrero de 2025

Pago a través de tu factura de gas natural

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Comprimido S.A. ESP y Gases del Oriente S.A. ESP. Consulta las condiciones de la campaña ingresando a grupovanti.com/terminos-y-condiciones-vanti-listo/. Vanti Listo es la marca del servicio de financiación no bancario ofrecido por el Grupo Vanti. Aplican condiciones y restricciones. El beneficio de descuento del concurso en grupovanti.com/vanti-listo/terminos-y-condiciones/. Campaña válida desde el 13 de enero 2025 al 28 de febrero de 2025 o hasta agotar existencias, lo que ocurra primero. Aplica para 10 ganadores.

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

Atención telefónica
Lunes a viernes 7 a.m. a 6 p.m.
Sábados 7 a.m. a 1 p.m.
Línea gratuita 01 8000 942 784
Bogotá (601) 307 8121
Bucaramanga (607) 695 6755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 318 616 4164

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

Febrero 2025

Fecha oportuna de pago: 0187176

Fechas importantes

Pago oportuno	Fecha de suspensión	Periodo facturado	Emisión de la factura
22-Feb-2025	25 Feb. 2025	Ene. - Feb. 2025	05 Feb. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unidad ($) (B)	IVA % (C)	Subtotal ($) (A*B)+C
[illegible]	1505	3.742,48	0,00	87.214,84
[illegible]	1019	-19.566,32	0,00	-33.608,23
[illegible]	1019	0,21	0,00	0,21
[illegible]	0	9.760,00	0,00	3.760,00
[illegible]	1019	77.770,74	0,00	77.770,74

Total: $121.213,36

Valores financiados

Tasa de Interés/Concepto	Cuota N°	Capital	Intereses	Subtotal
1,90 % V-Electro Hogar Vari	14/36	$3.003,08	40.287,24	$0.000,00
1,90 % V-Electro Hogar Vari	13/36	31.470,17	25.337,66	31.470,17
1,06 % V-Moda (Textil y Calzado) Vari	7/12	79.722,99	18.145,62	79.722,99

Total: $160.193,16

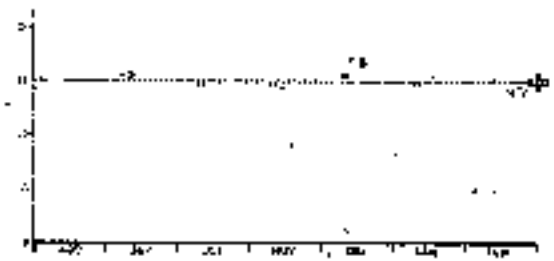
Valor facturas vencidas

$0,00

Total a pagar

$285.409,00

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial — Estrato 3 — Días de consumo 32

Fecha	Lectura	Tipo
04 Ene. 2025	6191	REAL
01 Feb. 2025	5234	REAL

Factor corregido: 5,00 - 5181 - Factor de corrección: 1,0

Tu próxima lectura será

Entre 01 y el 06 de Marzo

Novedades de tu factura

Cobro asistido

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $70.354

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

27 Feb. 2027

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ para este mes es de: $3371.

Niv: $2952 Dic: $2069 Ene: $2430

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

Componentes tarifarios

[illegible]

Factor de corrección

[illegible]

Indicadores de calidad

[illegible]



BOGOTÁ

HISTORIA CLÍNICA Nº: 999-5-0

CHIP: 990000013796304

FECHA: 3-04-25

CUERPO CST-4

LUGAR DE LA JORNADA:

TIPO DE ATENCIÓN: CMC ___ REC ___ CES ___ JORNADA COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Fonter

COLOR: Blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X

RAZA: Mestizo EDAD: 4 Años PESO: 6,1 Kg RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

¿DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X

AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___ OTRO: ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

ORIGEN ALIMENTACIÓN: HOGAR ___ CALLERO ___ CONDENERADO X PARTO ___ OTRO: ___

ORIGEN: H/M ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO X PERROS CLAGRA OTRO: ___

2. DATOS DEL TENEDOR RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Eusebio Camargo Oonisio

DIRECCIÓN: CL 139 125A 26

TELEFONO: 3008221790

CÉDULA: 19436253

SEXO: X

NACIONALIDAD: Colombiano

CORREO ELECTRÓNICO: 3008221790@sintorred.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO X FAMILIAR

TIENE ALGUNA OCUPACIÓN: SI ___ NO X CUAL?

BARRIO: Tibabuyes

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ANTIDOPAJE CARRERA: SI X NO

U.T. ESPECIFICO	U.T. DESPARASITACIÓN:	U.T. VACUNACIÓN: HOJA X CARNÉ:	PARTO:	TRIPLE:	PERITONITIS:
N.A	N.R	FECHA ÚLTIMA VACUNA:	HEMBRA: FIEL:	FECHA ÚLTIMA DOSIS:	Realimentación a [illegible]
			ESTÉRIL:	RAZA:	

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI ___ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: (I) II III IV V VI E

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 113 l/m

F. RESPIRATORIA: 35 r/m

TEMPERATURA: 38,4 °C

TLC: 1 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO		VOLUMEN	DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,335 ml	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,61 ml	3 mg/kg IV X 10 mg/kg IM ☐
	MIDAZOLAM	1,22 ml	0,1 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	2,135 ml	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G.S.A.	0,427 ml	17.000 UI/Kg IM
	METOCICLOPRAMIDA	0,061 ml	0,2 mg/kg SC

RIESGOS ANESTÉSICOS: Ninguno

En calidad de Cliente o Acudiente declaro, que he leído el presente documento y comprendido de forma clara y precisa el procedimiento quirúrgico y anestésico que se le realizará a mi mascota. Así mismo, he sido informado(a) sobre los riesgos relacionados con la cirugía y anestesia, los cuales he aceptado voluntariamente. ACEPTACIÓN X RECHAZO ___, para lo cual firmo el presente documento en constancia de lo anteriormente expuesto.

NOMBRE(S) Y APELLIDOS MVZ CIRUJANO: Andres Quiroga

CARGO PROFESIONAL: Médico Veterinario

TP. 34839

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO: Yennifer Gutiérrez Homesque

CARGO PROFESIONAL: Médico Veterinario - Zootecnista

TP. 33358

FIRMA

96

		SUDI

9. 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 Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será intervenido mi animal de compañía. Declaro que el autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son, pero no limitados a: cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y concisa 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 presentar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el no cumplimiento de lavados, jabonado, talco, aplicación de antipulgas, baños secos y otros elementos que irritan 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 realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entendido, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y en el cuidado y compromiso de alguna complicación durante el proceso y el equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen situaciones excepcionales, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, la 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, más arriba relacionada 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 responsable y cuidador del estado de mi animal de compañía, después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en los cuidados relacionados con mi animal de compañía. Eximiendo a la Alcaldía local de Suba, Inspectores y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda surgir.

Firma de (la) tenedor/Tenedor: Yeseth Camargo D	No de identificación: 1.194.36.853

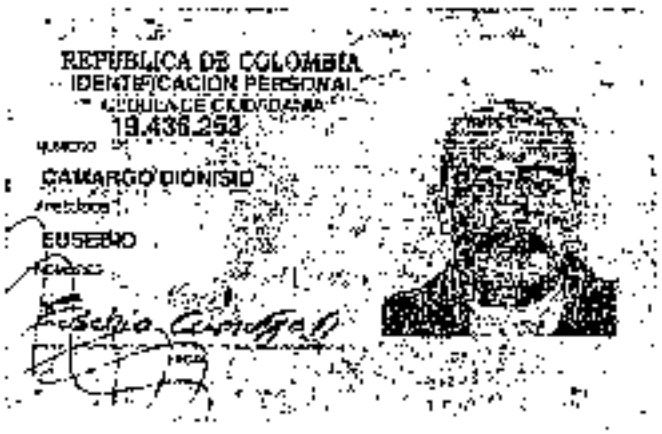
Yo, _____ _____ identificado con CC. No._____ _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, no he TRATADO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía NADA.

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma
N°D identificación:	

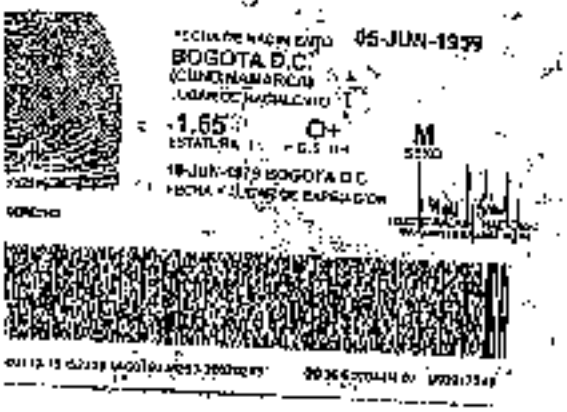
8. CITA DE RETIRO DE PERROS

LUGAR: Salón Comunal Gaitana | FECHA: 21-04-25 | HORA: 10 am

OBSERVACIONES:



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
19.436.253
APELLIDOS
CAMARGO DIONISIO
NOMBRES
EUSEBIO
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 05-JUN-1939
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
18-JUN-1979 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR

Marzo 2025

Cuenta o referencia de pago 60769524

vanti

Fechas importantes

1 Pago oportuno 11 Abr. 2025

2 Fecha de suspensión 12 Abr. 2025

3 Periodo facturado Feb. - Mar. 2025

4 Emisión de tu factura 27-Mar-2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario ($)	IVA ($)	Subtotal ($) (A*B)+C
CONS. SIN SUBSIDIO	8040	2.888,91	0,00	56.512,80
CONS. CON SUBSIDIO	2040	3.198,01	0,00	65.292,20
MENOS SUBSIDIO (41%)	1UN	-25.173,37	0,00	-25.173,37
AJUSTE DECENA	1UN	-0,64	0,00	-0,64
RECAUDO TERCEROS Gasexport France	0	24.045,00	0,00	24.045,00
Subsidio Mecanismo Base Reacio	1UN	84,75	0,00	84,76

1 — Total $118.400,00

Tus financiaciones

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

3 — Total $0,00

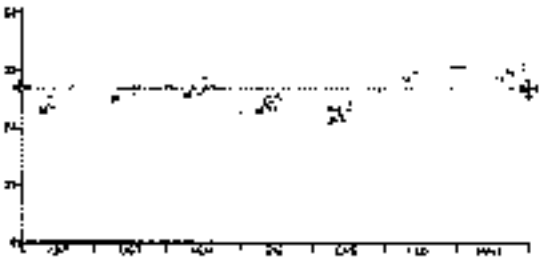
3 — Valor facturas vencidas $0,00

Total a pagar $118.400,00

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial — Gas Natural — Días del consumo 29

Fecha	Lectura	Tipo
28 Feb, 2025	8040	REAL
28 Mar, 2025	8095	REAL

m³ corregidos= 8095 - 8040 * Factor de corrección = 60

Tu próxima lectura será

Entre 26 y el 25 de Abril

Novedades de tu factura

CUANDO ESTÉS AL DÍA

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $70.254

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 May. 2028

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas en los meses de agosto, Dic $2.282 Ene. $2.480 Feb $3.071

Componentes tarifarios

Factor de corrección

Indicadores de calidad



(415)7709998026025(8020)60769524(3900)00000000118400

Por favor doble y rasgue para abrir la factura

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

Comunica:

Evita fraudes en línea al pagar tu factura. Ingresa siempre digitando:

www.grupovanti.com

Publicidad cargo de Vanti S.A. ESP. Con Natural Con la Energía S.A. ESP, Gases del Norte S.A. ESP, Gases del Oriente S.A. ESP

Mundo digital Vanti

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

Pagos electrónicos en otros canales

Botón PSE

Botón Transferencia

Recuerda que para recibir tu factura de manera digital debes contratar el servicio de facturación

Escanea para acceder a tu factura

Redeban · Baloncolombia · Nequi · dale!

*Aplica adicional costo de conexión a datos móviles

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: Makro, Jumbo, Éxito

*Recaudos con cheque, datáfono y tarjeta débito de Vanti S.A. ESP.

Eficiencia energética

Reducir tu gasto consumo de energía te traduce en un ahorro para tu 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 horarios para agendar tu cita.

LÍNEAS DE SOLUCIONES EMERGENCIAS Y ATENCIÓN AL CLIENTE VER REVERSO

Por favor doble y rasgue para abrir la factura

¡Hola!

BONZA CECILIA DE CAMARGO
CL 138 125A 26 - TIBABUYES
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 6167799-87550

Lote: B10CN Ruta: 0011700409CC005000 Código del Sector: 291

Cuenta o referencia de pago **60769524**

vanti Listo

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



Si tu Revisión Periódico Obligatorio de Gas se vence entre julio y diciembre de 2025

¡Agenda, diligencia y recibe el pago en el mes de tu vencimiento!



Si te certificas en el mes de abril, mayo o junio,

Escanea el código QR para agendar tu revisión

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 947 794
Bogotá (601) 307 8121
Barrancabermeja (307) 660 4795

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 310 436 4164

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

Recuerda que puedes elegir la opción de portabilidad para cambiarte de comercializador de acuerdo a la Ley 2500 de 2025.

HISTORIA CLÍNICA: N.A-1-0

VACUNACIÓN: 990000013796303

FECHA: 3-04-25

UPZ/UPR: UPZ-4

LUGAR DE LA NOVEDAD:

TIPO DE TENENCIA: CHC ___ REC ___ CES ___ PERROS ___ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Lio

COLOR: Blanco

ESPECIE: CANINO X GATO NO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X

RAZA: French Poodle

EDAD: 2 años

PESO: 8,1 kg

RAZA DE MAYOR RIESGO: SI ___ NO X

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

NERVIOSISMO ___ MIEDO ___ AMS EDAD ___

OTRO: ___

EVIDENCIA DE ABANDONO CANINO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: HUMA ___

CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___

CUAL: ___

ORIGEN: HUMA ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO X PERRO DE CALLEJERO ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Karina Andrea Guaranizo Peralta

DIRECCIÓN: KR 140 B No 131 10 MZ H 034

TELÉFONO: 3125281321

CÉDULA: 1014232519

TIPO: CC X

NACIONALIDAD: Colombiana

CORREO ELECTRÓNICO: KKIOR1992@hotmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Tecnico.

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA X ARRENDADO ___ FAMILIAR ___

DESDE ALGUNA OCUPACIÓN: SI ___ NO X ¿CUÁL? ___

BARRIO: Tibabuyes

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71

3. HALLAZGOS

Buen estado de Salud

APTO PARA CIRUGÍA: SI X NO ___

CICLO	ANT. DESPARASITACIÓN	ULT. VACUNACIÓN: HEXA ___ CANINO PARVO ___	TRIPLE:	POSTOPERATORIO:
N.A	N.R	TIEMPO: TRIPLE FELINA:	TRATAMIENTO: RABIA:	PARASITICIDA Y BORDETELLA: Enero 25

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: (I) II III IV V VI E

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA	F. RESPIRATORIA	TEMPERATURA	TLLC	MUCOSAS
119 lpm	36 rpm	38,1 °C	1 seg	Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN	DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILAZINA 0,4455 mL	2 mg/Kg IM
	BETAMINA 0,91 mL	5 mg/Kg IV X 10 mg/Kg IM ___
	MIDAZOLAM 1,62 mL	0,1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL 2,835 mL	2 mg/Kg IV
POSTOPERATORIO	DEXAMETASONA G.L.A. 0,567 mL	0,1 mg/Kg IM
	MELOXICAM 0,081 mL	0,2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

La calidad de (Cliente y/o Acudiente/Tutor), a través de la presente como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento que implica el manejo anestésico y quirúrgico, así como los riesgos relacionados con la misma, y/o procedimiento(s) complementario(s) que requiera el paciente durante su hospitalización, en la cual autorizo el procedimiento (Procedimiento(s) quirúrgico(s) y/o anestésico(s)) quedando constancia de ello en el presente documento y/o historia clínica. ACEPTACIÓN X RECHAZO ___ para la realización del procedimiento con el Médico Veterinario Andres Quiroga.

RESPONSABLE DILIGENCIAMIENTO: Andres Quiroga

TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario TP. 34839

FIRMA:

NOMBRE DEL ANESTESIÓLOGO: Jennifer Gutiérrez Nomesque

TARJETA PROFESIONAL: Medica Veterinaria - Zootecnista TP. 33358

FIRMA:

		BOGOTÁ

2. 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 Ovariohisterectomía/Orquiectomía en mi (cualidad especificado) 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 anestésicas, 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 los potenciales riesgos que se pueden presentar. Se explica además, 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 trayecto por el uso potencial de lesiones (abscesos, tejidos, aplicación de antibióticos, 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 realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO dan cubre el procedimiento) Adicionalmente me han explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en mi totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna; exonerando de toda responsabilidad a la empresa que realice el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, las cuales no han sido informadas, he comprendido y aceptado.

En conciencia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, las preguntas 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 inmediatamente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y asistencia 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 culpas que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con el animal de compañía, eximiendo a la Alcaldía Local de Suba, funcionarios y el equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Propietario/Tenedor:	Firma de Identificación: 1010427325

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

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

3. GUÍA DE REGISTRO DE PUNTOS

LUGAR: Salón Comunal Gaitana	FECHA: 21-04-25	HORA: 10 a.m.

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.014.232.519

GUARNIZO PERLAZA

APELLIDOS

KARINA ANDREA

NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 07-MAY-1992

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

11-MAY-2010 BOGOTA D/C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO



enel | Bogotá

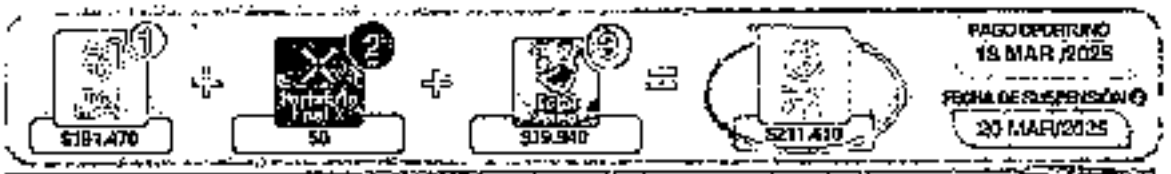
2431165-1

LUZ KARINA PERLAZA GOMEZ

¡LLEGÓ A TU CASA!

TU PRÉSTAMO DE HASTA

$12.000.000

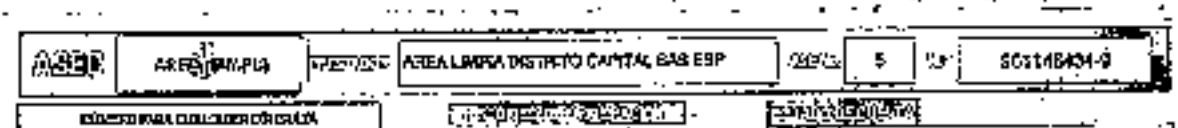


ENERGÍA | 2431165-1 | 03 ABR /2025

Tipo de Lectura: Real | Selección encontrada: Normal

SUBTOTAL: $191.480

Pagado
MW
190325



ASEO | ARE ZONA PODA | PRESTADOR: AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL BAS ESP | CICLO: 5 | RUTA: SC11B404-9

ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	
ASEO - AJUSTE A LA DECENA ($40)	

APORTE SOLIDARIO RESIDENCIAL	0%
APORTE RESIDENCIAL	0%
SUBSIDIO	40%

	Propios	Recuperables
Reflectivos	7	0
No reflectivos	0	0

NÚMERO DE CLIENTE
2431165-1

PAGO OPORTUNO
18 MAR /2025

TOTAL A PAGAR
$211.410

HISTORIA CLÍNICA: HC-SVR-[illegible]

MICROCHIP: 990000013796319

FECHA: 3-04-25

LUGAR DE LA ATENCIÓN:

TIPO DE TERAPIA: CITC ___ REL ___ CES ___ RESPAS ___ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Milan

COLOR: Blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: French Poodle EDAD: 2años PESO: 8,4Kg PAGA DE MANERA ESPECIAL: SI ___ NO X

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

AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___ OTRO:

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: HSNR ___ CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___

ORIGEN: HSNR ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ACEPTADO ___ REMITIDO X DONACIÓN ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Karina Andrea Guarnizo Perlaza

DIRECCIÓN: KR 104B No 131 10 MZ H CA 34

TELÉFONO: 3125281027

CÉDULA: 1014232519

EDAD: 1 X

NACIONALIDAD: Colombiana

CORREO ELECTRÓNICO: karguarnizo1992@hotmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Tecnico

PROPIA X TIPO DE VIVIENDA: ARRIENDO ___ FAMILIAR ___

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X CUAL?

BARRIO: Tibabuyes

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71

3. EXAMENES: Buen estado de Salud

APTO PARA CIRUGÍA: X SI ___ NO

ULT. CELO: N.A

ULT. GESTACIÓN: N.R

ESQUEMA VACUNACIÓN: CANINA: PARVO: / MÚLTIPLE: / RABIA: / LEUCEMIA: / TRIPLE ___ PENTAMULTIPLE ___ PARAINFLUENZA Y BORDETELLA ___

ÚLTIMA: Enero 25

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: I II III IV V VI

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS REQUERIDAS

F. CARDIACA: 121 X/m | F. RESPIRATORIA: 36 r/m | TEMPERATURA: 38 °C | TLLC: 1 seg | METODO: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.462 mL	5 mg/Kg IM
	KETAMINA	0.84 mL	5mg/Kg IV [X] 10 mg/Kg IM [ ]
	MIDAZOLAM	1.68 mL	0.1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	3.94 mL	2 mg/Kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G.B.	0.588 mL	17.500 UI/Kg IM
	METOCAM	0.084 mL	0.2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

Yo calidad de [Cirujano o/o Anestesiólogo], acepto de mi entera voluntad como constancia de haber brindado al responsable o acudiente, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y anestésico, los riesgos relacionados con la Cirugía, el tratamiento, Complicaciones, Pronóstico, Alternativas y Costos. Declaro que he leído este documento y RECHAZO ___ / acepto la realización del procedimiento que quedó registrado en el mismo. ACEPTACIÓN X

Andres Quiroga

NOMBRE(S) Y APELLIDOS MV CIRUJANO: Andres Quiroga

TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario TP. 34839

FIRMA:

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: Yennifer Gutiérrez Nomesque

TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358

FIRMA:

	[illegible]	[illegible]

7. 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 Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será tratado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, soy consciente que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son: paro respiratorio, hemorragias, reacciones anestésicas, complicaciones metabólicas o incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de manera clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclaran los riesgos que se pueden presentar. Se explica también que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, tales como hinchazón, información en el punto de inserción, alrededor o en el área por el uso posterior de lesiones, abscesos, tejidos, aplicación de antipulgas, baños secos y cosas inusuales que ocurrieren y comunidad en la zona, centro 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 realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía [los cuales NO los cubre el programa] Adicionalmente se me han explicado y entendido, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por este motivo eximo de toda responsabilidad la responsabilidad de la cirugía y de efectos a consecuencia alguna, en el momento de toda responsabilidad la inspección y ninguno médico que realice el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, le 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 atendidas 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 los procedimientos anteriormente enunciados.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO
Me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y atención 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 costos que se puedan presentar por negligencia o impericia de la manipulación con mi animal de compañía, encontrando a la Alcaldía local de Suba, limpia una vulneración presente del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir

Firma del propietario/tenedor:	No de identificación: 1014232519

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

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
N°. Identificación:	

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Salón Comunal Gaitana | FECHA: 21-04-25 | HORA: 10am

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.014.232.519
GUARNIZO PERLAZA
APELLIDOS
KARINA ANDREA
NOMBRES



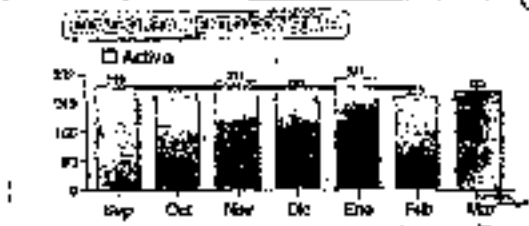


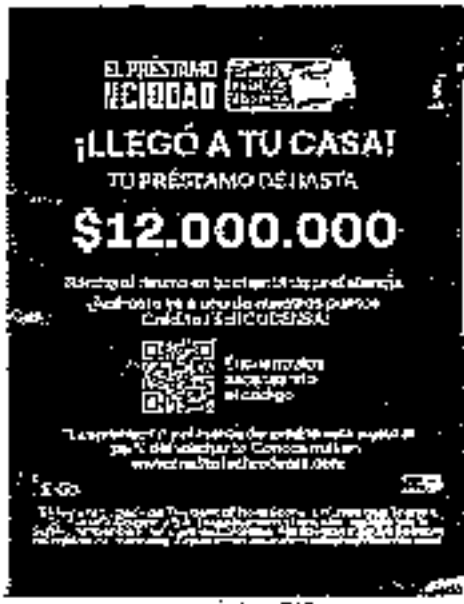
FECHA DE NACIMIENTO 07-MAY-1992
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
01-JUN-2010 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

enel | Bogotá

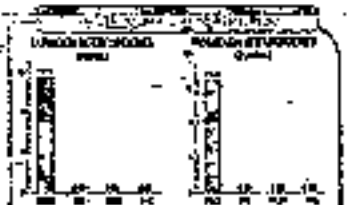
2431165-1

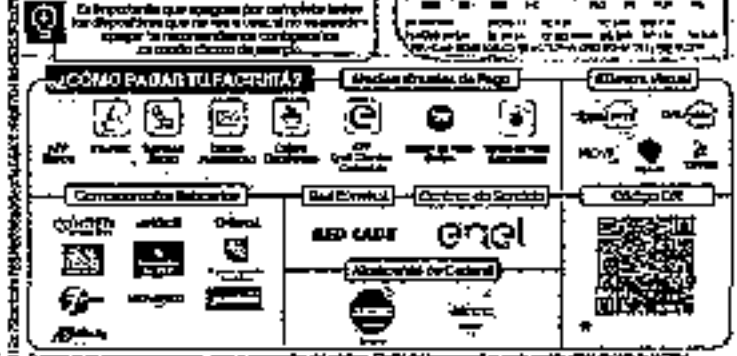
LUZ KARINA PERLAZA GOMEZ
KR 140 B 140 131 10 AZ H CA 34
LOMAS DE JOSE DE TIBABUYES
BOGOTA, D.C. - TIBABUYES















$191.470 + 2 Portafolio Enel X $0 + 3 $19.940 = $211.410

PAGO OPORTUNO
18 MAR /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN
20 MAR/2025

ENERGÍA | 2431165-1 | 03 ABR /2025

Tipo de Lectura: Real

SUBTOTAL $191.470

Pagado
MW
190325

Otros Cobros de Distribución y Comercialización

enel X

2 TOTAL OTROS $0

ASEO | AREA LIMPIA | AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL SAS ESP | 5 | 901146434-9

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$10.435
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-11.254
ASEO - AJUSTE A LA DECENA	$-1

CARGO FIJO	$19.940
APORTE SOLIDARIDAD	0%
APORTE RESIDENCIAL	0%
SUBSIDIO	40%

CARGO	0.000 $/kWh
TARIFA ENERGÍA	0.000 $/kWh
ASEO + ALUMBRADO + APROVECHAMIENTO	0.000 $/kWh
CONTRIBUCIÓN APROVECHAMIENTO	0.000 $/kWh
PÉRDIDAS DE APROVECHAMIENTO	0.00
AJUSTE DE APROVECHAMIENTO	0.00

NÚMERO DE CLIENTE
2431165-1

Número Equivalente Electrónico No.
345008788-5

PAGO OPORTUNO
18 MAR /2025

TOTAL A PAGAR
$211.410

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ
Secretaría Distrital de Ambiente
PROGRAMA DE CONTROL POBLACIONAL
Unidad de Esterilización Móvil

FECHA: 3-04-25

HC: 999 E.O

990000013796312

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Toko

COLOR: Amarillo Negro

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO HEMBRA ___ MACHO X RAZA Mestizo EDAD 5 meses PESO 13,6 Kg RAZA DE PARTICIPACIÓN ESPECIAL SI ___ NO X

EXPERTO LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO SI ___ NO X

AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___ OTRO ___

SOSPECHA DE MALTRATO SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ CUAL ___

ORIGEN: NACIÓ ___ RESCATADO ___ COMPRADO X ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERRO DE GRANJA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRE Y APELLIDO: Maritza Ortiz Ramirez

DIRECCIÓN: TV 127C Bis No 139A 99

TELÉFONO: 3203694449

CÉDULA: 51623717

EDAD: X

NACIONALIDAD: Colombiana

CORREO ELECTRÓNICO: teresitagarcia0811@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Tecnologo

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO ___ FAMILIAR X

TIENE MASCOTA GESTANTE: SI ___ NO X CUAL ___

BARRIO: Sabana de Tibabuyes

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71

3. OBSERVACIONES

Buen estado de Salud

APTO PARA CIRUGÍA: X SI ___ NO ___

ULT. CICLO: N.A.

ULT. DESPARASITACIÓN: N.R

ULT. VACUNACIÓN: N/R X CUÁNDO: BIVALENTE: / TRIPLE: / RABIA: / PENTAVALENTE: / PARVOVIRUS Y MOQUILLO: /

PARTOS: TRIPLE / CESÁREA: /

4. EXÁMEN CLÍNICO

SOSPECHA DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: (I) II III IV V VI E

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PRE-QUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 117 Lpm

F. RESPIRATORIA: 33 rpm

TEMPERATURA: 38,4 °C

TLLC: 1 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO		MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,748 mL	1 mg/Kg IM	
	KETAMINA	1,36 mL	5 mg/Kg IV X	10 mg/Kg IM ___
	MEDADERM	2,72 mL	0,1 mg/Kg IV	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	4,76 mL	2mg/Kg IV	
POST OPERATORIO	PENICILINA G.S.A.	0,952 mL	27.000 UI/Kg SM	
	MELOXICAM	0,136 mL	0,2 mg/Kg SC	

Medicación adicional: Ninguna

En calidad de [Propietario/a/Acudiente/Otro], manifiesto que conozco el procedimiento quirúrgico a realizar, he sido informado/a completa sobre el procedimiento quirúrgico y especialmente sobre los riesgos relacionados con la anestesia inherentes a [Propietario/a/Acudiente/Otro], que he manifestado de manera voluntaria mi ACEPTACIÓN X

FECHA: 03/04/25 para la realización del procedimiento quirúrgico de esterilización.

NOMBRE(S) Y APELLIDO(S) DEL PROPIETARIO/A/ACUDIENTE/OTRO: Maritza Ortiz Ramirez

TARJETA PROFESIONAL: ___

FIRMA: [signature]

NOMBRE(S) Y APELLIDO(S) DEL MÉDICO VETERINARIO: Andres Quiroga Médico Veterinario TP. 34939

TARJETA PROFESIONAL: ___

FIRMA: [signature]

Yennifer Gutiérrez Nomesque
Médico Veterinario - Zootecnista
TP. 33258

		SUD1

7. 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 Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el (nombre) de mi animal de compañía. Declaro que al suscribir la autorización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardíacos, 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 señalan los riesgos que se pueden presentar. Se registra dentro de los riesgos de la implantación del microchip: puede generar reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se mencionan como: inflamación en el punto de punción, pérdida de pelo la cual es por efecto posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que limiten o 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.

Acorde a mi conciencia y ACEPTO _X__ o RECHAZO _____ la declinación /aceptación de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entendido, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía sin derecho a compensación alguna; eximiendo de toda responsabilidad a impetrados y/o equipo médico que realice el procedimiento. También entiendo que algunas situaciones extraordinarias, pese a la baja probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En consecuencia, he dado una información veraz y precisa sobre el estado de salud de mi animal de compañía, originalmente han sido señaladas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de propietario o tenedor 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 POSTQUIRÚRGICOS
Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precauciones 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 imprudencia en la manipulación con mi animal de compañía, eximiendo a la Alcaldía local de Suba, Empresas y/o equipo médico Veterinario prestador del servicio por cualquier clase de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	No de identificación:
	51623.717

Yo, _____ identificado con CC No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica (Esterilización/ Orquiectomía) sobre (Hembra y Macho) de mi animal de compañía.
RAZÓN:

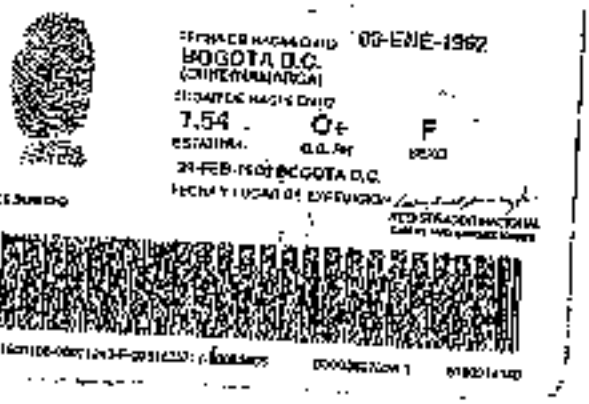
Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
No. identificación:	

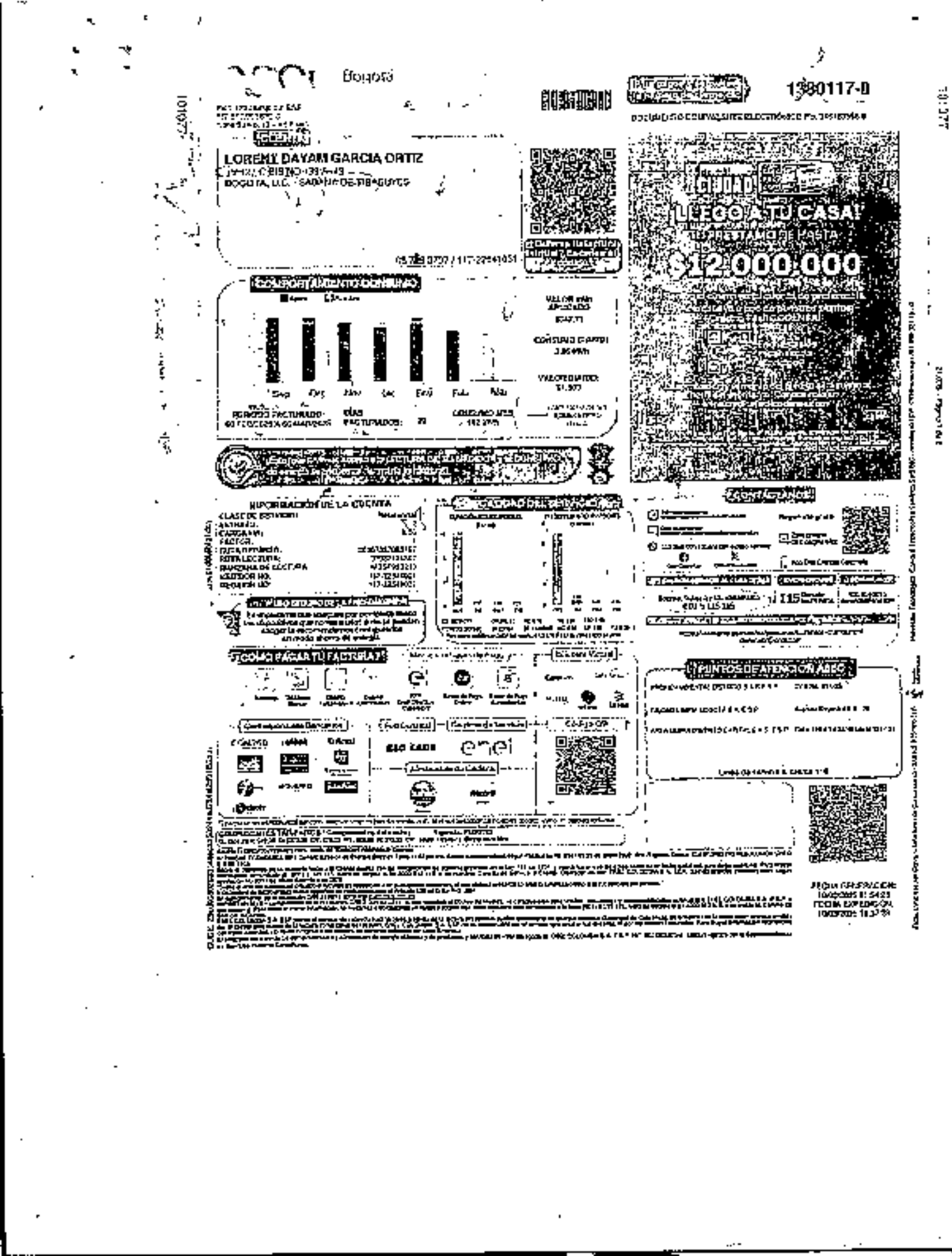
8. NOTA DE OTROS PUNTOS

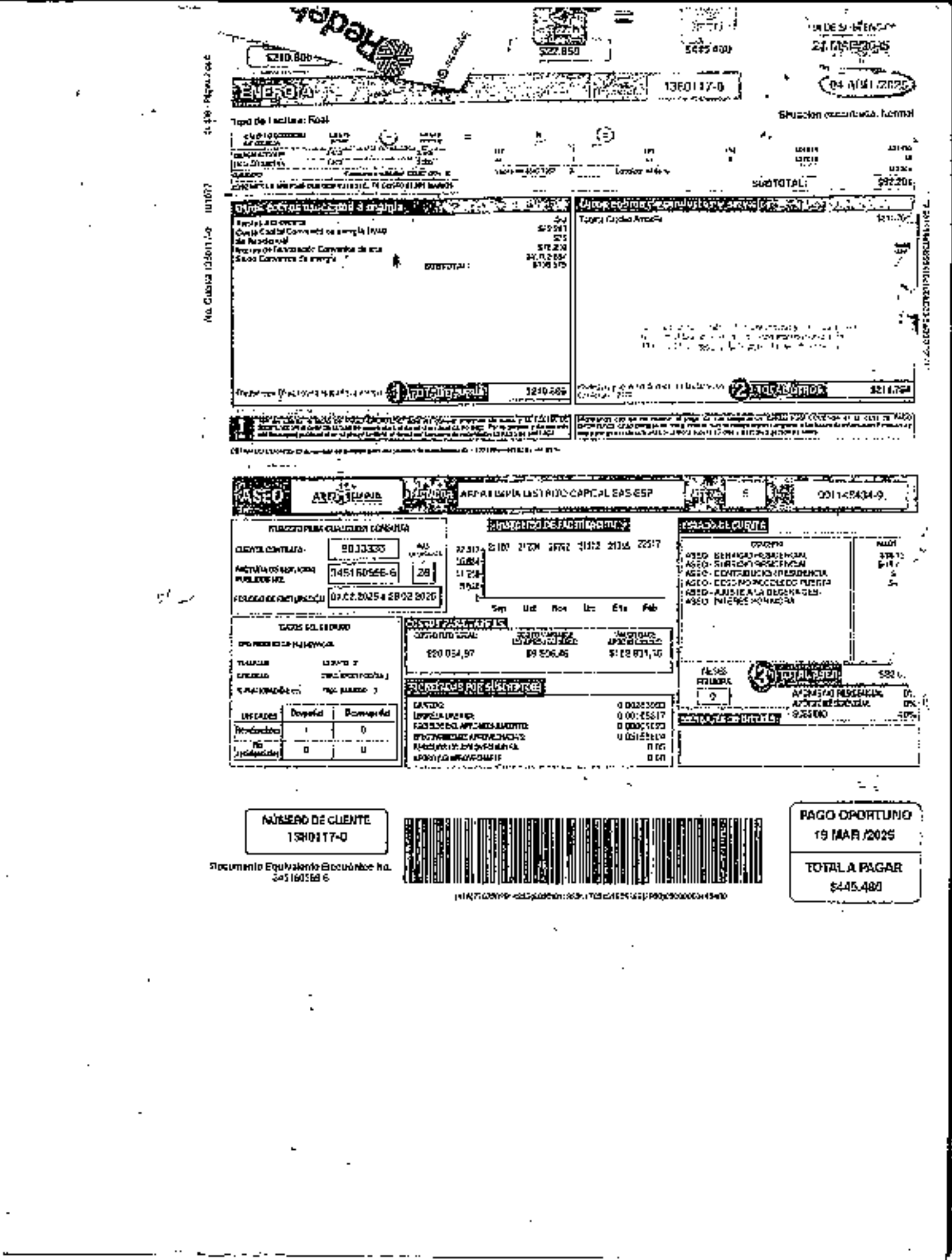
LUGAR: Salón Comunal Gaitana	FECHA: 21-04-25	HORA: 10 am

OBSERVACIONES:


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
51.933.217
ORTEZ RAMIREZ
MARITZA


09-ENE-1982
BOGOTA D.C.
7.54
O+
F





NÚMERO DE CLIENTE
1380117-0

Documento Equivalente Electrónico No.
3451605666

PAGO OPORTUNO
19 MAR /2025

TOTAL A PAGAR
$445.480

HISTORIA CLÍNICA
HC 928-L-0

MICROCHIP: 900265001720980

FECHA: 03/04/25

BOGOTÁ

LUGAR DE ATENCIÓN:

TIPO DE CONSULTA: CITA ___ DOC ___ CEX ___ URGENCIAS X SEGUIMIENTO ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Rayas

COLOR: Amarillo blanco

ESPECIE: CANINO FELINO X SEXO HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Mestizo EDAD: Año PESO: 3,2Kg RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ NERVIOSO ___
OTROS: ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: HUMA... CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___

ORIGEN: MUNA ___ RESCATADO X COMPRADO ___ ABANDONO ___ REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Luisa Fernanda Martinez Quintero

DIRECCIÓN: CL 139C #6B-94 INT 3 APTO 303

TELEFONO: 3044685922

CÉDULA: 52433513

EDAD: ___ SEXO: F X

ASEGURADORA: Colombiana

CORREO ELECTRÓNICO: lufernanda19@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Profesional

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA X ARRIENDO ___ FAMILIAR ___

VIVE ACTUALMENTE EN ESTRATO: SI ___ NO X ¿CUÁL?

BARRIO: Nueva Tibabuyes

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

APTO PARA CIRUGÍA: SI X NO ___

ULT. CELO: N.R

ULT DESPARASITACIÓN: N.R

ULT. VACUNACIÓN: RABIA: X CANINOS PARVO: HEPATITIS: LEPTOSPIRA: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA: RINOTRAQUEITIS FELINA Y CALICIVIRUS: PENTAVALENTE:

4. EXAMEN FÍSICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PRE-QUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 162 lpm F. RESPIRATORIA: 34 rpm TEMPERATURA: 39,1 °C TRC: 2 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

PREMEDICACIÓN			DOSIS/OBSERVACIONES
ANESTESIA	XILACINA	0,16 mL	1 mg/Kg IM
	KETAMINA	0,32 mL	5 mg/Kg IV ☐ 10 mg/Kg IM ☒
	MIDAZOLAM	___ mL	0,1 mg/Kg IV
ANALGESIA TRANSQUIRÚRGICA	METADOL	1,12 mL	2 mg/Kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G S.A.	0,224 mL	17.000 UI/Kg IM
	MELOXICAM	0,032 mL	0,2 mg/Kg SC

Hallazgos anormales: Ninguno

Entiendo que (Declaro que) la(s) intervención(es) descrita(s) como conducente de dolor, incomodidad o angustia, y/o riesgo de complicaciones sobre el procedimiento quirúrgico y anestésico, los riesgos asociados con la Clínica Veterinaria y/o el equipo médico veterinario, optimiza el bienestar de mi mascota y voluntariamente AUTORIZO ___ o ACEPTO ___ X ___ para la realización del procedimiento quirúrgico.

NOMBRE(S) DE LOS VETERINARIOS: Mónica Vázquez Millán
TARJETA PROFESIONAL: Médica Veterinaria TP. 11804
FIRMA: MVM

NOMBRE DEL/LAS ANESTESIÓLOGO: Yennifer Gutiérrez Hernesque
TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358
FIRMA: YG

	[illegible]	[illegible]

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y total uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y comprendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será intervenido mi animal de compañía. Declaro que al aceptar la intervención, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paro respiratorio o cardíaco, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y precisa la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y los posibles riesgos que se pueden presentar. Se realiza el implante durante la implantación del microchip puede generar algunas reacciones adversas que se pueden evidenciar durante la implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por alguno proveedor de lesiones, fiebres, fatiga, aplicación de antipulgas, baños secos y otros cuidados que irriten y contaminen la zona, desconozco los demás posibles 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

Declaro que soy consciente y ACEPTO _X__ o RECHAZO ____ la explicación realización de procesos pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) adicionalmente se me han explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto atribuyen su total carga responsabilidad de la cirugía y en derecho a contravención alguna; exonerando de toda responsabilidad a Impecables y al equipo medico que realiza el procedimiento. También entiendo que debido a complicaciones imprevisibles, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, he confirmado lo informado, he comprendido y aceptado.

En consecuencia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis dudas 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 todas las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y actitud que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía, responde de la intervención alumno, cirujano y declaro que no guardo rencor alguno por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, exonerando a la Alcaldía Local de Usaquén, Impecables y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Tipo de Identificación:
	C.C. 1.121.933.513

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

RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
No. Identificación:	

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

Lugar: Salón Comunal Gaitana	FECHA: 21-04-25	HORA: 10 am

OBSERVACIONES:

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 52.433.513



Apellidos
MARTINEZ QUINTERO

Nombres
LUISA FERNANDA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.55	F

Fecha de nacimiento
29 JUL 1977

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
14 AGO 1995, BOGOTA D.C.

Fecha de expiración
27 DIC 2031



I<COL001504848615001<<<<<<<<<<<
7707294F3112272COL52433513<<<<1
MARTINEZ<QUINTERO<<LUISA<FERNA

Botiquín para animales de compañía.



Es esencial, como tenedor de un animal de compañía, tener siempre en cuenta la prevención y estar preparado para cualquier imprevisto. Un botiquín de primeros auxilios para perros o gatos puede ser de gran ayuda en momentos de emergencia, permitiéndote actuar rápidamente antes de llevar a tu mascota al veterinario. Ganar incluso unos minutos puede marcar la diferencia, sobre todo en casos graves.

Recuerda que tu mascota no solo puede sufrir enfermedades repentinas, sino que también podría verse involucrada en incidentes como:

- Mordeduras de otros animales
- Envenenamiento con sustancias tóxicas
- Caídas, torceduras o lesiones
- Quemaduras
- Accidentes de tránsito
- Sismos, incendios o desastres naturales

La rapidez en la atención en estos casos es crucial, y un botiquín bien preparado te ayudará a actuar de manera eficaz mientras trasladas a tu mascota a la atención veterinaria de urgencia.

Lo que no debe faltar en el botiquín

Es fundamental tener un botiquín bien equipado para actuar de manera rápida y eficaz ante cualquier emergencia con nuestras mascotas. Aquí te dejo una lista de los medicamentos y suministros básicos que podrías incluir en el botiquín de primeros auxilios de tu animal de compañía:

1. Gasas y vendas: Para controlar hemorragias y proteger las heridas de infecciones.
2. Tijeras con punta redonda: Para cortar vendas y gasas de manera segura.
3. Toallitas de limpieza sin alcohol: Para limpiar heridas o áreas afectadas sin causar irritación.

enel | Bogotá

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas ingresa en: 0748968-9

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860063875-8
Calle 80 No. 13 – 45 Piso 1

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 345491818-3

133634

CLIENTE

ELVIA QUINTERO SANABRIA
CL 130 C NO 121 C 10 BQ 44 IN 3 AP 403
BQ 44 IN 3 AP 404
BOGOTA, D.C. - NUEVA TIBABUYES

ID 703 2914 / 075-143423

EL PRÉSTAMO DE LA CIUDAD

¡LLEGÓ A TU CASA!

TU PRÉSTAMO DE HASTA

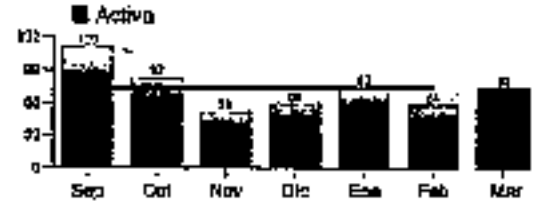
$12.000.000

Recibe el dinero en tu cuenta el día programado.
¡Acércate ya a uno de nuestros puntos Crédito Fácil COMFENALCO!

Para más datos escanéame el código.

*La aprobación y el desembolso del crédito está sujeto al perfil del solicitante. Conoce más en www.creditofacilcomfenalco.com

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $843,71

CONSUMO CUARIO: 2,53 kWh

VALOR ESTRATO: $1.265

PERÍODO FACTURADO: 10 FEBRERO A 10 MARZO/26

DÍAS FACTURADOS: 31

CONSUMO MES: 80 kWh

CRÉDITO PERMITIDO: 11 kWh

¡Estamos cerca! Accede a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía se encuentra dentro de lo habitual!

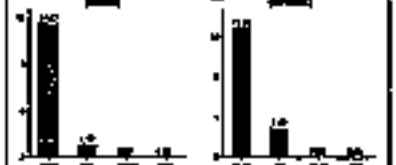
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	10.00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3650710700[illegible]
RUTA LECTURA:	3710[illegible]
UNIDAD DE LECTURA:	1650[illegible]
MEDIDOR No:	075-143423
MEDIDOR No:	075-143[illegible]

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

Es importante que apagues por completo todos los dispositivos que no estés usar, ya no pueden apagar las recomendadas corrigiendo en mayor ahorro de energía.

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Registrate gratis

Zona virtual de la oficina Web

Bogotá, Cesena y Cundinamarca 601 6 515 115

Línea gratuita nacional 115 Opción 1

Línea gratuita nacional

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios electrónicos de Pago

Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Multired

Centros de Servicio

Código QR

Almacenes de Cadena

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMAMBIENTAL DISTRITO S.A.S. E.S.P.	TV 49A 91A-25
[illegible]	[illegible]
AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 13b # 94-30 Int 1 Local 101-104

Línea de Atención al cliente 115

COMPONENTES TARIFARIOS / Descontinuidad del cobro: Vigencia: FEBRERO

FECHA GENERACIÓN: 12/03/2026 04:46:37
FECHA EXPEDICIÓN: 12/03/2026 05:00:26

Política Tratamiento de Datos Personales y Autorización: www.enel.com.co/politicadatos

COMPORTAMIENTO NATURAL: A pesar de estar en un entorno humano, debemos garantizar a nuestro animalito la posibilidad de expresar los comportamientos propios de su especie. Ladrar, rascar, olfatear son acciones inherentes a ellos.

PASEOS Y SOCIALIZACIÓN: El momento del paseo es muy importante para nuestro animal de compañía. Es cuando se encuentran con sus pares para jugar, correr y relacionarse. Además, liberan estrés, lo que genera estados de tranquilidad.

EVITAR EL MALTRATO: Es importante evitar comportamientos humanos que causen dolor innecesario o estrés a los animales. Estos van desde la negligencia en los cuidados básicos hasta la tortura, mutilación o asesinato intencional.

Existen dos tipos de maltrato:

MALTRATO DIRECTO: Tortura, mutilación, asesinato intencional, golpes físicos y emocionales.



MALTRATO INDIRECTO:
Explotación reproductiva, peleas clandestinas. Privación de alimentos, refugio, atención médica veterinaria.

EUTANASIA:

Es la acción que se realiza para evitar el sufrimiento innecesario de pacientes desahuciados, acelerando su muerte teniendo en cuenta el dictamen médico y con el consentimiento de su tenedor legal, sin causarle dolor físico.
La eutanasia es: Indolora, Rápida pérdida del conocimiento con pérdida definitiva de la función cerebral., Minimiza el estrés del animal, permitiendo un ambiente familiar y evitando el miedo, Segura e irreversible.

HISTORIA CLÍNICA: HC-999-I-0

FECHA: 13-04-25

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Lola

COLOR: Negro

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Mestizo EDAD: 6 meses PESO: 2,7Kg RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA AGRESIVIDAD O COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___
CUÁL: ___

EVIDENCIA DE APARATO EXCRETOR: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: BARF ___ CASERO ___ CONCENTRADO ___ MIXTO X
CUÁL: ___

ORIGEN: NACIÓ ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO X FERIA DE CLÍNICA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Flor Feni Cano Vega

DIRECCIÓN: CL 136A 126C 47 A 3

TELÉFONO: 3113053780

CÉDULA: 1075624915

SEXO: F X

NACIONALIDAD: Colombiana

CORREO ELECTRÓNICO: Flevecanovega@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Técnico

TIPO DE VIVIENDA: FINCA ___ APARTAMENTO X FAMILIAR ___

CERCA A CLÍNICA O ESCUELA MÓVIL: SI ___ NO X (CUÁL)

BARRIO: La Gaitana

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: Suba

UPZ: 71

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

APTO PARA CIRUGÍA: X SI ___ NO

ÚLT. CELO: No ha tenido

ÚLT. DESPARASITACIÓN: N.R

ÚLT. VACUNACIÓN: RABIA: X CUÁNTOS: PARVO: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: / TRIPLEFELINA O BORDETELLA: /

FIEBRE TIFOIDEA: / LEUCEMIA: / RABIA: /

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE EXAMEN FÍSICO ANORMALES: SI ___ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS RECONTADOS: Ninguno

CALIFICACIÓN ASA: I II III IV V VI E

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PRE-ANESTÉSICAS

F. CARDIACA: 165 LPM | F. RESPIRATORIA: 30 RPM | TEMPERATURA: 38,4 °C | TLLC: 1 SEG | M. MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.135 mL	3 mg/Kg IM
	KETAMINA	0.27 mL	5 mg/Kg IV ☐ 15 mg/Kg IM ☒
	MIDAZOLAM	___ mL	0.1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.945 mL	2 mg/Kg IV
POST OPERATORIO	PENTOXIFILINA G.L.A.	0.189 mL	10.000 UI/Kg SID
	MELOXICAM	0.027 mL	0.2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de [illegible] he sido informado(a) de manera clara y comprensible de los procedimientos a realizar, los riesgos relacionados con la [illegible] y los beneficios esperados. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la intervención. ACEPTACIÓN X RECHAZO ___

NOMBRE DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: [illegible]
TARJETA PROFESIONAL: [illegible]

Mónica Vázquez Milán
Médica Veterinaria
TP. 11804

Yennifer Gutiérrez Nomesque
Médico Veterinario - Zootecnista
TP. 33358

FIRMA: MV

NOMBRE DEL ANESTESIÓLOGO: [illegible]
TARJETA PROFESIONAL: [illegible]

FIRMA: YG

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será intervenido mi animal de compañía. Declaro que fui informado la esterilización, entendido que puedo presentarse riesgos durante la cirugía como reacciones, hemorragias, reacciones a anestésicos, complicaciones como infección y hasta la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y los cuidados y riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip pueden generarse riesgos como reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de inserción, además de posible infección en el área por lo cual contiene de lociones, alcohol, talco, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y comprometan la zona, dentro de los 7 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 realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entendido, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por ello asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna; eximiendo de toda responsabilidad a Impetus SAS y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen complicaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En compensación, he dado esta información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, más importantes han sido declarados y he leído y comprendido la información contenida en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del cachorro, 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 cuidados que sean necesarios para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Quien sea responsable del cuidado de mi animal de compañía, después de la intervención asume los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o imperito en la manipulación con mi animal de compañía, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impetus SAS y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Nombre del Responsable/Tenedor: 1	Nro de Identificación: 1075624915

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

_____

_____

_____

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

8. LISTA DE ASISTENCIA PUNTOS

LUGAR: Salón Comunal Gaitana FECHA: 21/04/25 HORA: 10 am

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.075.624.916
CARO VEGA
APELLIDOS
FLOR FENI
NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 12-OCT-1987
TOCAIMA V
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
13-OCT-2006 TOCAIMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO



I-1075624916<0<<<<<<<<<<<<<<<
0012411976A1 M0615078

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Retenedor Autorizado Gran Contribuyente Local

Para el reparto ZONA:11 CICLO: J1 RUTA:J11373 BIMESTRAL

12534571
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este recibo

407068788019
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el convenio electrónico actualizado

Periodo facturado ENE/04/2025 MAR/04/2025

Pago oportuno ABR/07/2025 Suspensión ABR/10/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
MAY/31/2025	MAR/22/2025 04:07:56	MAR/22/2025 11:14:59

¡Hola!

Factura a nombre de
RUTH MERY CARO VEGA

Dirección del predio
CL 136A 26C 47 PI 3

Barrio LA GAITANA Localidad SUBA

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso tu factura cambió
Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo leerás la nueva factura.

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

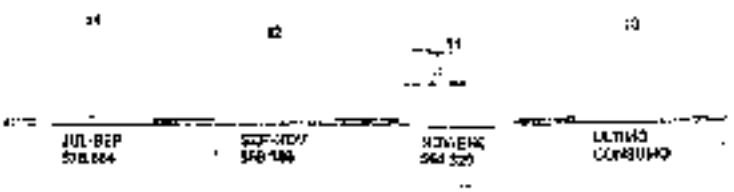
Bogotá Limpia 116 Acueducto

Envía a servicioalcliente@acueducto.com.co tus dudas, sugerencias y quejas sobre la factura y realiza tu pago a través de Internet.

caderi&

Tu consumo en este período

En los periodos anteriores tu promedio de consumo fue 17



Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

En este período

13.000

Promedio al día

217

En este período consumiste más agua que en el anterior

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura anterior (m³)	Promedio diario
Lectura actual (m³)	Consumo facturado
Tu consumo este período (m³)	Descargas (unidades)

Datos de tu medidor

Marca	Tipo
Serie	Diámetro pulgadas

Para reducir tu consumo, recuerda:

- Ducharte en 3 minutos para reducir tu consumo
- Tener siempre un balde en la ducha para reusar el agua recogida
- Cerrar la llave al enjabonar los platos

Tu cobro en este período

Acueducto		Alcantarillado		Otros cobros
$38.482,84	+	$34.682,93	+	$25.333-

Escanea y paga virtual

Consulta y gestiona de forma CÓMODA en la Oficina Virtual del Hogar

Total ingresos del período

= Total a pagar $47.733

Cancelamos con pago oportuno o presentación al final de la página

Detalle de tu consumo este bimestre

1 Acueducto

	Cant.	Valor unitario	%	Subsidio/Aporte	Tarifa	Total
Cargo fijo residencial (mes)						
Consumo residencial básico (m³)						
Consumo residencial complementario básico (m³)						
Cargo fijo comercial (mes)						
Consumo no residencial (m³)						
Ajustes						

2 Alcantarillado

	Cant.	Valor unitario	%	Aporte Solidaridad	Tarifa	Total

Tarifas aplicables

	Tarifa Vivir (de acuerdo)	Tarifa Normal (de acuerdo)
Tarifa consumo básico (m³)		
Tarifa consumo complementario básico (m³)		
Tarifa consumo no básico (m³)		

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
Subtotal	

4 Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

5 Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

Deudas en estudio

Concepto	Valor
Subtotal	

Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	

Pagos por aplicación y sus oficinas

Para cobros a terceros

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$47.733

SOLO PARA USO EXCLUSIVO DEL SISTEMA FINANCIERO

(415)7707204853271(8020)4070870800950(3900)0000047733

ACUERDO DE LA JORNADA

HISTORIA CLÍNICA: HC-999-E-0

MICROCHIP: 900256001725943

FECHA: 3-09-25

TIPO DE ATENCIÓN: CX ___ REC ___ CES ___ RELAS ___ DOMICILIO X

II. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Perla

COLOR: Blanco Crema

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: Mestiza | EDAD: 6 meses | PESO: 2,7Kg | RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ OTRO: ___

EVIDENCIAS DE ABANDONO/MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: NINGUNO ___ CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___

ORIGEN: NACIDO ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO X DECOMISADO ___ PERDIDO DE CUIDADOR ___ OTRO ___

III. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: (Allison) Alisson Natally Diaz Reyes

DIRECCIÓN: cl 136A 126C 49 03

TELÉFONO: 3218237894

CÉDULA: 1000949920

EDAD: ___ AÑOS X

NACIONALIDAD: Colombiano

CORREO ELECTRÓNICO: allisondiazreyes@yahoo.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Técnico

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRENDADO X FAMILIAR ___

VIVE ACTUALMENTE CON PACIENTE: SI ___ NO X ¿CUÁL?

BARRIO: Tibabuyes

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 74

IV. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

APTO PARA CIRUGÍA: SI ___ NO ___

ULT. CELO: No ha tenido

ULT. DESPARASITACIÓN: Enero 25

VAC. VACUNACIÓN: MIXTA: X CANINO: PARVO: ___ TRIPLE: ___ RABIA: ___

ANTIPULGAS: ___ ¿CUÁL?: ___

DESPARASITANTE: ___ ¿CUÁL?: ___

PARA PUREZA Y BORDETELLA: ___ FECHA: ___

V. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS EN CONTRATACIÓN: Ninguno

CONDICIÓN ASA: (I) II III IV V VI | CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

VI. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PRE-QUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 167 /m | F. RESPIRATORIA: 36 /m | TEMPERATURA: 38,5 °C | TLC: 1 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

VII. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREMEDICACIÓN	XILACINA	0,135 ml	5 mg/Kg IM
	KETAMINA	0,27 ml	5 mg/Kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☒
	MIDAZOLAM	___ ml	0,1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1,0945 ml	2 mg/kg IV
POST QUIRÚRGICO	PENICILINA G.S.A.	0,189 ml	17.000 UI/Kg IM
	MELOXICAM	0,027 ml	0,2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de [illegible] escrito a continuación, suscribo este documento como constancia de haber brindado al propietario/tenedor, información completa acerca del procedimiento quirúrgico y estético al cual serán sometidos con la Clínica Veterinaria Local Vía Especializada [illegible] quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACIÓN ___ Y RECHAZO ___ para la realización del mismo mediante la firma de la presente.

NOMBRE(S) DE QUIEN(ES) REALIZA(N) EL PROCEDIMIENTO: Mónica Vázquez Milán
TARJETA PROFESIONAL: Médica Veterinaria TP. 11804

FIRMA: MVM

NOMBRE DEL ANESTESIÓLOGO: Yennifer Gutiérrez Hormosque
TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33289

FIRMA: YG

HISTORIA CLÍNICA MUNICIPAL DE ANIMALES DOMÉSTICOS Y FELINOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CPS-FM-2024

BOGOTÁ

SUBA

7. 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 Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será catalogado mi animal de compañía. Declaro que al otorgar la autorización, entiendo que pueden presentarse riesgos propios de la cirugía como: picos respiratorios o cardíacos, hemorragias, reacciones anestésicas, 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 sus posibles riesgos que se pueden presentar. Se realiza la aclaración que durante la implantación del microchip pueden ocurrir reacciones adversas que se pueden evidenciar en el momento de la implantación, y tienen Alerta como: Infección en el punto de punción, además de posible infección en el área por efectos posteriores de lesiones, abscesos, fallos, aplicación de antirrabia, baños secos y otras contingencias que limiten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

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

Además soy consciente y ACEPTO _X__ o RECHAZO _____ la **declaración** realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entendido todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto autorizo en su total dicha responsabilidad de la cirugía y/o derecho a contravención alguna en contra de toda responsabilidad administrativa y al equipo médico que realizará el procedimiento. También entiendo que existen situaciones excepcionales, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información clara y completa 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 responsable del paciente, AUTORIZO al Médico Veterinario y/o Medico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y todas las medidas de precaución y cuidados que usted me indique 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 imprudencia en la manipulación con mi animal de compañía, eximiendo a la Alcaldía Local de Suba, Protectora y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable del Paciente:	Firma de Identificación:
	1000949420.

Yo, _____ identificado con CC. No _____ Es clara y entendí todas las dudas especiales, me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía y castración de mi animal de compañía.
RAZÓN:

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Salon Comunal Gaitana FECHA: 24-04-25 HORA: 10 am

OBSERVACIONES:

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.000.949.420

Apellidos
DIAZ REYES

Nombres
ALISSON NATALLY

Nacionalidad
COL

Estatura
1.57

Sexo
F

Grupo sanguíneo
O+

06 MAR 2000
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
16 AGO 2018, TOCANCIPA

Firma

Fecha de vencimiento
06 NOV 2032

007145894

REGISTRADOR NACIONAL
Alexandra Vega Rueda

ICCOL007145894815292<<<<<<<<<<<
0003056F3211094COL1000949420<4
DIAZ<REYES<<ALISSON<NATALLY<<<

Marzo 2025

Cuenta o referencia de pago 63904991

BOGOTA

NIT: 900.673.013-6
Vanti S.A. ESP.
www.grupovanti.com

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1 Pago oportuno 11 Abr. 2025

2 Fecha de suspensión 12 Abr. 2028

3 Período facturado Feb. - Mar. 2025

4 Emisión de tu factura 27 Mar. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor Unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. COMERCIAL MENOS $ LEY 50 (31%) AJUSTE DECENA	1m3 UUN UUN	3,195.11 -20,610.80 -1.06	0,00 0,00 0,00	37,51 1,28 -20,610.80 -1,06

1 — Total: $34.000,00

Tus financiaciones

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

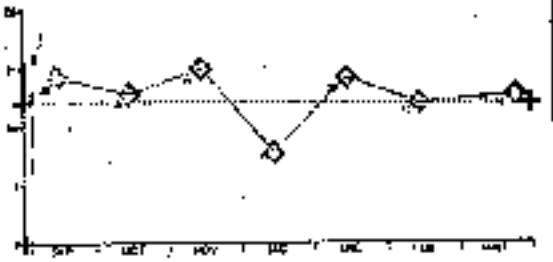
2 — Total: $0,00

3 Valor facturas vencidas $0,00

Total a pagar ①+②+③ $34.000,00

Pago por PSE

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial | Estrato/Cat.Cos | Días de consumo 28

Fecha	Lectura	Tipo
22 Feb. 2025	830	REAL
21 Mar. 2025	857	REAL

m³ consumo= 557 - 539, Factor de corrección = 18

Tu próxima lectura será

Entre 20 y el 25 de Abril

Novedades de tu factura

Saldo $32541

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $70.154

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

29 Abr. 2028

La revisión de la instalación interna en la oportunidad fijada y dejar constancia en el acta, acatando lo establecido en la regulación vigente (Resoluciones 059 de 2013 y 41066 de 2017)

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas para marzo de $2825.

Dic. $2262 Ene. $2480 Feb $3071

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

Componentes tarifarios

Gen. ($/m³)	Trn	Dist	Com
2275	Com	Fijo	Comb
Com	Restric	CAUD	CAUD

Factor de corrección

Vm		Pcs		Pc	
Vc		Pci		Tc	
Pci		Pm		Fc	

Indicadores de calidad



[415]7709990726035[8020]63904991[3900]0000000034000

62883

C1

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

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

Comunica:

Evita fraudes en línea al pagar tu factura.
Ingresa siempre digitando:

www.grupovanti.com

Gas Natural S.A. ESP. Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP. Gasoriente S.A. ESP. Gasnorte S.A. ESP.

Mundo digital Vanti

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

Pagos electrónicos en otras entidades

Bobolsa PSE · Botón Bancolombia

Recuerda que puedes pagar tus facturas de una o varias cuentas contrato en este sitio habilitado

Pásalo para pagar tu factura

*Para el débito automático no aplica el último dígito.

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Bancolombia
Red SAOS
Banco GNB Sudameris

Gaseosas Sabanales
Mayorista Gas Zona

*Recuerda que en efectivo, éste debe ser de denominación y circulación 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 puntos para agendar tu cita.

CATASTRAL SOLUCIONES DE CAPTURA Cra 15 # 88-64 Of. 313 Tel. 6235134

¡Hola!

RUTH MERY CARO
CL 136A 19B 47 03 - TIBABUYES
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 0095202200CC047817

Lote: P1BGN Ruta: 0011770551660005000 Código del Sector: 551

Cuenta o referencia de pago 63904991

vanti Listo

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:



Si tu Revisión Periódica Obligatoria de Gas se vence entre julio - diciembre de 2025



Si te conectas en el mes de abril, mayo o junio

Escanea el código QR para agendar tu Revisión

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 940 794
Bogotá (601) 307 8121
Bucaramanga (607) 685 4755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164
Mi Vanti en línea
https://m.grupovanti.com/

Recuerda que puedes elegir tu canal de interacción para conocernos de acuerdo a la Ley 2300 de 2023.

HISTORIA CLÍNICA

HC: 8944-0

MICROCHIP: 900256001725942

FECHA: 3-04-25

CÓDIGO

LUGAR DE CAPTURA

TIPO DE TUTELA: CHC ___ REC ___ CES ___ RELAVS ___ DOMICILIO X

I. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Celeste

COLOR: Atigrado blanco

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Mestizo EDAD: 1año PESO: 3,7Kg RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTÓ ALTERACIÓN DE TEMPERAMENTO: SI ___ NO X

AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___ OTRO: ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

TIPO DE INMOVILIZACIÓN: MANO ___ CABESTRO ___ CONCENTRADOR X MEDIO ___ OTRO ___

ORIGEN: MENAL ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO X CRIADERO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL PROPIETARIO RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Alisson Nataly Diaz Reyes

DIRECCIÓN: Cl 136A 126C 47 03

TELÉFONO: 3218273804

CÉDULA: 1000949420

U.M.V. X

MUNICIPIO: Colombia

CORREO ELECTRÓNICO: Natibeareyes@yahoo.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Tecnico

ESTRATO: 2

TIPO DE VIVIENDA: ARRIENDO X FAMILIAR ___

TIENE ALGUNA OCUPACIÓN: SI ___ NO X (CUAL?)

BARRIO: Tibabuyes

LOCALIDAD: Suba

EDAD: 31

3. ANTECEDENTES

Buen estado de Salud

APTO PARA CIRUGÍA: SI ___ NO ___

ULT. CITO: Marzo 25

ULT. DESPARASITACIÓN: Enero 25

ULT. VACUNACIÓN: ESTAR X CANINOS PARVO: ___ HEXAVALENTE: ___ TRIPLE: ___ PENTAVALENTE: ___

FECHOS: TRIPLE FELINA: ___ RABIA: ___ PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: ___

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

DESCRIPCIÓN DE ENFERMEDAD AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: I II III IV V VI

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PRE QUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 168 Lpm

F. RESPIRATORIA: 31 r/m

TEMPERATURA: 38,9 °C

TLLC: 2 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0-185 ml	1 mg/Kg IM
	KETAMINA	0,37 ml	5 mg/Kg IV ☐ 10 mg/Kg IM ☒
	MIDAZOLAM	— ml	0,1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1.295 ml	3 mg/Kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G.B.	0.259 ml	37.000 UI/Kg IM
	MELOXICAM	0.037 ml	0,2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

Yo, en calidad de (Tenedor y/o propietario) declaro en este acto que he sido informado(a) por parte del médico veterinario tratante sobre el procedimiento quirúrgico propuesto, los riesgos relacionados con la (Esterilización/Castración/Ovariohisterectomía/Orquiectomía/Criptorquidectomía/Laparotomía exploratoria) y autorizo la realización del procedimiento. ACEPTACIÓN X RECHAZO ___, para la realización del procedimiento quirúrgico propuesto.

NOMBRE(S) DE QUIEN AUTORIZA: ___

TARJETA PROFESIONAL: ___

FIRMA: ___

NOMBRE DEL MÉDICO VETERINARIO: Mónica Velazquez Milan

TARJETA PROFESIONAL: Médica Veterinaria TP 11804

FIRMA: ___

NOMBRE DEL MÉDICO VETERINARIO: Yennifer Gutiérrez Nomesque

TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358

FIRMA: ___

7. 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 Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será intervenido mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse algunas de estas la cirugía como son; paro respiratorio o cardiaco, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclaran los riesgos que se pueden presentar. Se realizó 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 con el uso para el mismo posterior de factores, jabones, talco, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y sustancias en la ropa, cerrar de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo a la institución veterinaria 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 toma Exención de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entiendo todos los riesgos que pueden presentarse con el procedimiento, por esto asumo la total capacidad responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contraprestación alguna; asumiendo de toda responsabilidad a terceros sus y el equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, la cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En consulta, 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 propietario del paciente, AUTORIZO al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones antes mencionadas y declaradas.

COMPROMISO DE CUIDADOS PRE OPERATORIO
Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y normas las medidas de precaución y cuidados que sean necesarios para evitar cómo el cuidado general 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 ausencia en la manipulación con mi animal de compañía, exonerando a la Alcaldía local de Suba, Impecosas y al equipo médico veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Nombre del Responsable/Tenedor:	Identificación:

No. _____ Mayor de edad con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. RAZÓN:

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

8. ACTA DE RETROALIMENTACIÓN

LUGAR: Salon Comunal Gaitana FECHA: 21-04-25 HORA: 10 am

OBSERVACIONES:

NUIP 1.000.949.420

DIAZ REYES

ALISSON NATALLY

COL

05 MAR 2000

BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

3 ABR 2018 TOCANCIPA

09 NOV 2032

0071458948

REGISTRADURIA NACIONAL

ICCOL0071458948152921<<<<<<<<<<<
0003056F3211094COL1000949420<4
DIAZ<REYES<<ALISSON<NATALLY<<<

Marzo 2025

Cuenta o referencia de pago: 63004091

vanti

Fechas importantes

1 Pago oportuno: 11 Abr. 2025

2 Fecha de suspensión: 12 Abr. 2025

3 Periodo facturado: Feb. - Mar. 2025

4 Emisión de tu factura: 27 Mar. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor total/tarifa (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	100,0	1.165,11	0,00	57.511,58
MENOS SUBSIDIO (41%)	1UN	-23.510,90	0,00	-23.510,90
AJUSTE DECENA	1Un	-1,08	0,00	-1,08

(1) Total: $34.000,00

Tus financiaciones

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

(2) Total: $0,00

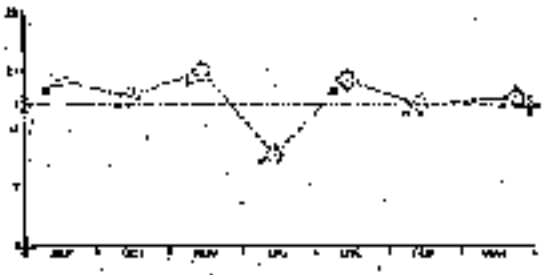
(3) Valor facturas vencidas: $0,00

Total a pagar (1+2+3): $34.000,00

Paga por:

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso: Residencial | Estrato: Cal Dos | Días de consumo: 28

Fecha	Lectura	Tipo
22 Feb. 2025	533	REAL
21 Mar. 2025	557	REAL

m³ consumidos: 557 - 533 | Factor de corrección: 18

Tu próxima factura será: Entre 20 y el 25 de Abril

Novedades de tu factura

Deuda $ 0.00.

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $70.254

Revisión Periódica Obligatoria

Verificación Revisión Periódica Obligatoria

29 Abr. 2028

La revisión de la instalación interna de gas natural debe realizarse en los plazos establecidos en la Resolución 058 de 2013 y en la 066 de 2017.

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor de mi cargo este mes es de $2826.

Dic $2092 Ene $2450 Feb $2071

Verificado y aprobado por la Comisión de Regulación de Energía y Gas (CREG)

Componentes tarifarios

Gm 1004.87	Tm $26.07	Rm $2.22	Cm 0.0
d 7275	Cvm $0.-	Cdm 0.0	Cvd 0.0
Dvc 0.0	Dpcc 43,175	DMDL 0.0	DMDR 0.0

Vgtc: Tu consumo en m³ bajo condiciones estándar (b.c.)

Mthy: el producto entre la presión y el volumen es igual a una constante.

Factor de corrección

Tmm: 24	Pm: 0.75609	Hs: 1.00000	Pb: 0.77205
Vd: 1.0	Tm: 14.0°	Ts: 15.56	Pc: 1.01000
Pa: 1.0psi	Zmc: 0.9979	Fpv: 1.0	

Factor de corrección: 0.77205

Indicadores de calidad

PCS: 1000.3 | 1025.0 | 1000.3 | 1048.3



(415)7709998028025|(8020)8893499(3900)000000084000

Impreso por: [illegible] Factura No. F1503000044453 C1

Tu factura

diligenciado
el formulario y te avisaremos a recibir
tu factura de manera digital.

Comunícate

Evita fraudes en línea al
pagar tu factura.
Ingresa a alianza.digitalgas.com.co

Vigilado Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios

Para pagos en línea a través de PSE, Botón de Pagos, Tarjeta de crédito y débito, Efectivo en corresponsales bancarios y Billeteras digitales, ingresa a nuestra página web www.vantiapp.com/pagos-en-linea

Puedes pagar en Bancolombia, Banco de Bogotá, BBVA, Davivienda, Nequi, Daviplata y Dale!

Síguenos en nuestras redes sociales como @vantiapp y contacta nuestros canales oficiales

Puntos Presenciales

Puedes pagar en Banco BBVA, Supercade Capucha, Supercade Calle 80, Supercade Suba, Supercade Bosa, Supercade Tintal, Supercade Américas, Supercade Kennedy, Supercade Fontibón, Supercade Las Ferias, Supercade Chapinero, Supercade Usaquén, Supercade Suba Centro, Supercade Ciudad Tunal, Supercade Ciudad Bolívar, Supercade Patio Bonito, Supercade Engativá, Supercade Américas, Supercade Kennedy, Supercade Fontibón, Supercade Las Ferias, Supercade Chapinero, Supercade Usaquén, Supercade Suba Centro, Supercade Ciudad Tunal, Supercade Ciudad Bolívar, Supercade Patio Bonito, Supercade Engativá

Puedes pagar en la red de oficinas a nivel nacional de Banco BBVA S.A. BBVA

Eficiencia energética

Evita fraudes en línea al pagar tu factura.
Ingresa a alianza.digitalgas.com.co

Línea telefónica única para emergencias
Atención todos los días las 24 horas
Fijo: 01 8000 919 052 Movil: 164

Atención presencial
Ingresa a www.grupovanti.com
y conoce las sedes para agendar tu cita

¡Hola!

RUTH MERY CARO
CL 1364 1265 47 03 - TIBABUYES
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 0338226280000017617

Lote: P18GN Ruta: 0011770551650005000 Código del Sector: 28

Cuenta o referencia de pago **63904991**

vanti

TU SERVICIO VANTI ESTÁ
APROBADO ES:



Si tu Revisión Periódica Obligatoria de Gas se vence entre Julio y diciembre de 2025



Si te certificas en el mes de abril, mayo o junio,

Escanea el código QR para agendar la Revisión

Comunícate con nosotros y solucionamos tus inquietudes

Atención telefónica
Lunes a viernes 7 a.m. a 8 p.m.
Sábado 7 a.m. a 1 p.m.

Línea gratuita 01 8000 942 784
Bogotá (601) 307 3171
Barrancabermeja (607) 607 4755

Atención Virtual
Canales de atención 24 horas al día

Línea de WhatsApp 315 418 4181

Mi Vanti en línea
https://grupovanti.com

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

enel | Bogotá

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

1920807-1

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA No. 3[illegible]

CLIENTE

JORGE ELIECER CHIA
KR 138 B NO 149 30 AP 203
PISO 2
BOGOTA D.C. - SAN CARLOS DE SUBA

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



PERÍODO FACTURADO: 06 FEB 2025 A 06 MAR 2025 | DÍAS FACTURADOS: 28 | CONSUMO kWh: 157 kWh | VALOR kWh APROVECHAMIENTO: $[illegible] | CONSUMO DIARIO: 4,78 kWh | VALOR PROMEDIO: $1.318 | CONSUMO PROMEDIO: [illegible] kWh

¡Cuéntanos por qué aumentó la LECTURA DE TU MEDIDOR y el CONSUMO de energía en comparación al mismo periodo de facturación!

EL PRÉSTAMO DE LA CIUDAD

¡LLEGÓ A TU CASA!

TU PRÉSTAMO DE HASTA

$12.000.000

Recibe el desembolso en tu misma cuenta de nómina.
¡Cotízalo ahí a través de nuestros canales Crédito Fácil COOMEVA!

Encuéntralos actualizados en enlace.go

*Tasa nominal anual vencida mes vencido entre el [illegible] y el [illegible] de [illegible] de [illegible]. Consulta más en www.coomeva.com.co

Vigilado Superintendencia Financiera de Colombia

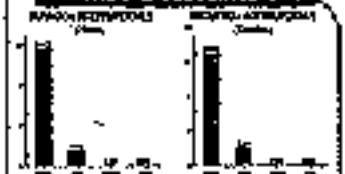
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

Uso del servicio:	Residencial
ESTRATO:	2
[illegible]:	AAA
FACTOR:	1
[illegible]:	[illegible]
[illegible]:	[illegible]
[illegible]:	[illegible]
[illegible]:	[illegible]

USO INDEBIDO DE LA ENERGÍA

La interrupción del suministro por incumplimiento en el pago [illegible] no exime al usuario del pago de las sumas causadas en el mes de suspensión.

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Registro de quejas

Línea gratuita de Bogotá y Área Metropolitana

Línea gratuita nacional

App Red Comercial Corporativa

Bogotá, Soacha y Área Metropolitana
601 9 115 115

115

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Electrica

Centros de Servicio

Oficina Cel

Almacenes de Cadena

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

[illegible]

FECHA GENERACIÓN: [illegible]
FECHA EXPEDICIÓN: [illegible]

1 Total Energía $391.912 + 2 Portafolio Enel X $167.188 + 3 Total Aseo $69.730 = Total a Pagar $628.830

PAGO OPORTUNO 19 MAR /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN 21 MAR/2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA 1920007-1

04 ABR /2025

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

CALCULO CONSUMO FACTURADO	Lectura Actual	(+)	Lectura Anterior	(-)	Constante	(X)	Ajuste	(=)	Consumo Mes	Factor Multiplicador	(X)	Otros Conceptos	(=)	Consumo Facturado
LECTURA ACTIVA	82.337		81.394		1.00		0		943	1.00		0		943
LECTURA REACTIVA	0		0		1.00		0		0	1.00		0		0

PERIODO: Consumo y Facturación 1 Mes(es) | Inicio: 04/03/2025 | Fecha de Corte: 04/04/2025

ESTIMADO LA ENERGÍA QUE EFECTIVAMENTE CONSUMIÓ EN EL MES

SUBTOTAL $391.912

Otros cobros regulados a energía

SUBTOTAL $0

Contribución + Otros cobros facturados a energía

1 TOTAL ENERGÍA $391.912

Otros cobros de productos y servicios

CUOTA DE FINANCIACIÓN CODENSA 1 $18.040

Tarjeta Crédito Amplifica+ $150.148

enel x

Para información de consultar el detalle de los productos y servicios a través de la APP, ¡El Asesor Digital en la página web o en el servicio de ASISTENCIA VIRTUAL desde www.enelx.com/co/es/servicios-hogares.html

Productos y servicios adicionales a los servicios de energía $0

2 TOTAL OTROS $167.188

ASEO

PRESTADOR: AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL BAS ESP

RUTA 5

NIT 901146486-9

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

CUENTA CONTRATO	10970591	Mes Vencido
LECTURA DE MEDIDOR: 3451551274	28	
PERIODO DE FACTURACIÓN	01.02.2025 a 28.02.2025	

HISTÓRICO DE FACTURACIÓN

Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb
64451	64870	65052	65250	65206	65748

ESTADO DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$196.234
ASEO - SERVICIO NO RESIDENCIAL	$ 48.431
ASEO - AJUSTE A LA DECENA CREE	$ -4
ASEO - INTERES POR MORA	$11

DATOS DEL USUARIO

ITO RESIDENCIAL Residencial

ESTRATO: 2

MEDIDOR: PERIODICIDAD: Bimestral

S. FACTURACIÓN: PERIODO: 2

UNIDADES	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	2	0
No residenciales	0	0

COSTOS PARA TARIFAS

COSTO FIJO TOTAL	COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE	VOLUMEN APROVECHABLE
$66.184,91	$30.901,32	$152.831,38

TARIFADOS POR SUSCRIPTOR

SUBSIDIO	$ 0,0265909
LIMPIEZA URBANA	$ 0,0305817
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO	$ 0,0001653
DISPOSICIÓN DE APROVECHABLES	$ 0,0158804
RESIDUOS NO APROVECHABLES	0,05
ATRASO NO APROVECHABLE	0,00

3 TOTAL ASEO $69.730

MESES DE MORA 0

APORTE NO RESIDENCIAL 0%

APORTE RESIDENCIAL 0%

DESCUENTO 40%

DEVOLUCIÓN DE MESES

NÚMERO DE CUENTA 1920007-1

Documento Equivalente Electrónico No. 3451551274

PAGO OPORTUNO 19 MAR /2025

TOTAL A PAGAR $628.830

Alcaldía Local de Suba
Hospital Clínica de Pequeñas Especies Caninas y Felinas
Programa de Esterilización Canina
Control de Esterilización de Perros

Historia Clínica: HC-SUBA-E-U

Medicante: 900266001725964

Fecha: 3 Abril 25

Código: EST-4

Lugar de la Intervención:

Tipo de Intervención: ORD ___ DES ___ Urgencias ___ Convencional ___

1. Datos del Paciente

Nombre: Luna

Color: Beige.

Especie: Canina Perruna ✓ Felina ___ Macho ___ Raza: Mestizo Edad: 9 meses Peso: 2,3 kg

Raza de Manejo Especial: SI ___ NO ✓

Cuenta con la vacunación pertinente al tratamiento de comportamiento: SI ___ NO ✓

Agresividad ___ Miedo ___ Ansiedad ___ Otro: ___

Evidencia de Aparente Maltrato: SI ___ NO ✓

Tipo de Alimentación: Mixta ___ Casero ___ Concentrado ✓ Húmedo ___ Otro ___

Origen: Calle ___ Rescatado ___ Comprado ___ Adoptado ✓ Regalado ___ Perro de Cuadra ___ Otro ___

2. Datos del Tenedor Responsable

Nombres y Apellidos: Leidy Yussed Manrique Morales

Dirección: KR 138 B No. 143 30 AP 200

Teléfono: 3104933061

Cédula: 52927118

Sexo: M ___ F ✓

Nacionalidad: Colombiana

Correo Electrónico: 3104933061@smtp.com

Nivel de Escolaridad: Bachiller

Tenencia de Vivienda: Propia ___ Arrendada ✓ Familiar ___

Tiene alguna discapacidad: SI ___ NO ✓ ¿Cuál?

Barrio: San Carlos de Suba

Estrato: 2

Localidad: Suba

UPZ: 71

3. Anamnesis

Buen estado de salud

Apto para cirugía: INST: ___ NO

Ult. Celo: No Reporta

Ult. Desparasitación: No Reporta

Ult. Vacunación: Rabia ✓ Cuádruple Felina ___ Refuerzo anual: / Triple: ___ Pentavalente: ___

Parvovirus ___ Leucemia: ___ Parainfluenza y Bordetella: / Moquillo: ___

4. Examen Clínico

Hallazgos de enfermedad aparente: SI ___ NO ✓ Sistemas afectados: Ninguno

Hallazgos encontrados: Ninguno

Clasificación ASA: (I) II III IV V VI

Condición Corporal: 3/5

5. Constantes Fisiológicas Preoperatorias

F. Cardiaca: 165 l/m F. Respiratoria: 34 r/m Temperatura: 38,9 °C TLC: 1 seg Mucosas: Rosadas

Observaciones: Ninguna

6. Medicación

Tiempo de procedimiento	Medicación		Dosis/Observaciones
Premedicación	Xilazina	0.115 ml	1 mg/Kg IM
	Metadona	0.23 ml	5 mg/Kg IV ☐ 10 mg/Kg IM ☒
	Midazolam	___ ml	0,1 mg/Kg IV
Mantenimiento anestésico	Propofol	0.805 ml	2 mg/Kg IV
Post operatorio	Penicilina G.L.A.	0.161 ml	27.000 UI/Kg IM
	Meloxicam	0.023 ml	0,2 mg/Kg SC

Hallazgos anormales: Ninguno

En calidad de (Cuidador Responsable Legal) suscribo este documento como constancia de haber entendido el procedimiento, informado de complicaciones y riesgos relacionados con la Ovariohisterectomía/Orquiectomía, estoy de acuerdo en que se realice el procedimiento quirúrgico y autorizo a los médicos veterinarios para la realización de la misma. ACEPTACIÓN ✓ RECHAZO ___, para lo cual firmo a continuación.

Nombres y Apellidos del Cirujano: Mónica Yaqueline Muñoz Muñoz
Tarjeta Profesional: Médica Veterinaria TP. 11804
Firma: MM

Nombre del Anestesiólogo: Yennifer Gutiérrez Nomesque
Tarjeta Profesional: Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358
Firma: YG

	INSTITUCIÓN CLÍNICA VETERINARIA CAMBIAR Y PEGAR CONSENTIMIENTO INFORMADO DD-MM-AAAA	BOGOTÁ SUBA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y comprendido la información acerca del procedimiento Ovario Histerectomía/Orquiectomía en el cual será intervenido mi animal de compañía. Declaro que el veterinario la explicación, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como: reflejos respiratorios deprimidos, hemorragias, reacciones alérgicas, 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 advierten los riesgos que se pueden presentar. Se resalta además que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y de manifiesta como inflamación en el punto de aplicación, además de posible infección por el uso paterno de tijeras, jabones, toallas, aplicación de antibióticos, 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 clasificación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicional mente soy consciente que existe un riesgo que pueden presentarse en el procedimiento, por este asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y de derecho a controversia alguna, exonerando de toda responsabilidad a implicados hasta el estudio médico realizado al procedimiento. 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 esta 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 realizarle 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 torpeza en la manipulación con mi animal de compañía, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Inspectores y el equipo Médico Veterinario presente del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma Responsable/Tenedor: Heidy Manrique	Huella Identificación: 52927118

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

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación	Firma:

LUGAR DE RETIRO DE PUNTOS		
Lugar: Salud Comunal Gaitana	Fecha: 21-04-25	Hora: 10 am
OBSERVACIONES		

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52927118

MANRIQUE MORALES
APELLIDOS

LEADY YUSSED
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-ENE-1982
SANTAFE DE BOGOTA DC
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

26-ABR-2000 SANTAFE DE BOGOTA DC
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
[illegible]



P-1500111-40083432-F-0052927118-20000529 18552 00271A 01 0602254B0

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

[illegible]

PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN [illegible]

[illegible] 2024

BOGOTÁ

HISTORIA CLÍNICA HC-[illegible]

RADICADO: 9002550017259 46

FECHA: 23 Abril /25

CÓDIGO [illegible]

LUGAR DE LA JORNADA:

TIPO DE REMISIÓN: [illegible] ___ CONVENIO X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Mistic	COLOR: Corey
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X · SEXO: HEMBRA X MACHO ___	RAZA: Mestizo · EDAD: 8 meses · PESO: 2,3 Kg · RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___ OTRO: ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___

ORIGEN: [illegible] ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO X REGALADO ___ [illegible] ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TUTOR/A RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Marisol García Nuñez	DIRECCIÓN: KR 123B 132C 24	TELÉFONO: 3125690328
CÉDULA: 52340574	NACIONALIDAD: Colombiana	CORREO ELECTRÓNICO: mg06032@gmail.com
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria	TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO X FAMILIAR ___	TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X
BARRIO: La Gaitan	ESTRATO: 2 · LOCALIDAD: SUBA	UPZ: 74

3. ANAMNESIS

Bueno estado de salud

APTO PARA CIRUGÍA: ☒ SI ☐ NO

CELO:	DESPARASITACIÓN:	VACUNACIÓN:		
01 marzo/25	12 marzo/25	NINGUNA X CANINOS: [illegible] / FELINOS: TRIPLE FELINA / LEUCEMIA		RABIA

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS EN CONTRARIO: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 167 l/m · F. RESPIRATORIA: 33 r/m · TEMPERATURA: 38,3 °C · TLLC: 2 seg · MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILAZINA	0,115 ml	1 mg/Kg IM
	KETAMINA	0,23 ml	6 mg/Kg IV ☐ 10 mg/Kg IM ☒
	MIDAZOLAM	——— ml	0,3 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,805 ml	2 mg/Kg IV
POSTOPERATORIO	PENICILINA G L.A.	0,161 ml	17.000 UI/Kg IM
	MELOXICAM	0,023 ml	0,2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

[illegible] ACEPTACIÓN X RECHAZO ___ [illegible]

NOMBRE(S) DEL (LOS) MV CIRUJANO/S: Mónica Velásquez Milán, Médica Veterinaria, TP. 11804

TARJETA PROFESIONAL · FIRMA: [signature]

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: Yennifer Gutiérrez Nomesque, Médico Veterinario - Zootecnista, TP. 33358

TARJETA PROFESIONAL · FIRMA: [signature]

	CLÍNICA LOS ESPECIALISTAS CONSENTIMIENTO INFORMADO CPT POS 2004	BOGOTÁ SEDE

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

Con pleno y natural uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y comprendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía con el cual se desea cubrir el animal de compañía. Declaro que entiendo la especificación, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son: paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones anestésicas y hasta la muerte.

Así mismo manifiesto que se me dado de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y he aclarado los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden presentar en la zona de implantación, y se mencionan como inflamación en el punto de punción, además de permitir infección en el área por mal cuidado posterior de lesiones, jabones, talcos, aplicación de antibióticos, 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 efectividad de realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa). Adicionalmente se me ha explicado y entendido, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y la anestesia a continuación, eximiendo de toda responsabilidad a la empresa sus y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen situaciones excepcionales, 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 descrita en el cuerpo del presente documento.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST QUIRÚRGICO

Me comprometo a seguir rigurosamente las recomendaciones y a tener los siete días de precaución y acciones que usted me comunica 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 imprudencia en la manipulación con mi animal de compañía, eximiendo a la Clínica local de Suba, Imagen vet y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda subir.

Firma del Propietario/Tenedor:	Huella Identificación:

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

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
No. Identificación.	

8. HOJA DE TOMA DE MUESTRAS

LUGAR: Salon Comunal Gaitana | FECHA: 21-04-25 | HORA: 10 am

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.340.574**

GARCIA NUÑEZ

APELLIDOS

MARISOL

NOMBRES



FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-MAY-1972**

ESPINAL
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

24-JUN-1993 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1500100-00118001-F-0052340574-20011024 0004792137A 1 4250907722

acueducto
AGUAS Y ASEO DE BOGOTÁ

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

Nuestra empresa cuenta
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 1 CICLO: J1 RUTA: J11361 BIMESTRAL

10569724
Cuenta contrato
Núm. de identificación del este predio

40708442898
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico adjunto

¡Hola!

Factura a nombre de
MANUEL A PEDRAZA

Dirección del predio
KR 129B 132C 24
Barrio LA GAITANA Localidad SUBA
Dirección de correspondencia

Periodo facturado	ENE/04/2025	MAR/04/2025
Pago oportuno	ABR/07/2025	Suspensión ABR/10/2025

Fecha estimada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
MAY/31/2025	MAR/22/2025 04:11:35	MAR/22/2025 11:01:02

Datos adicionales del predio

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

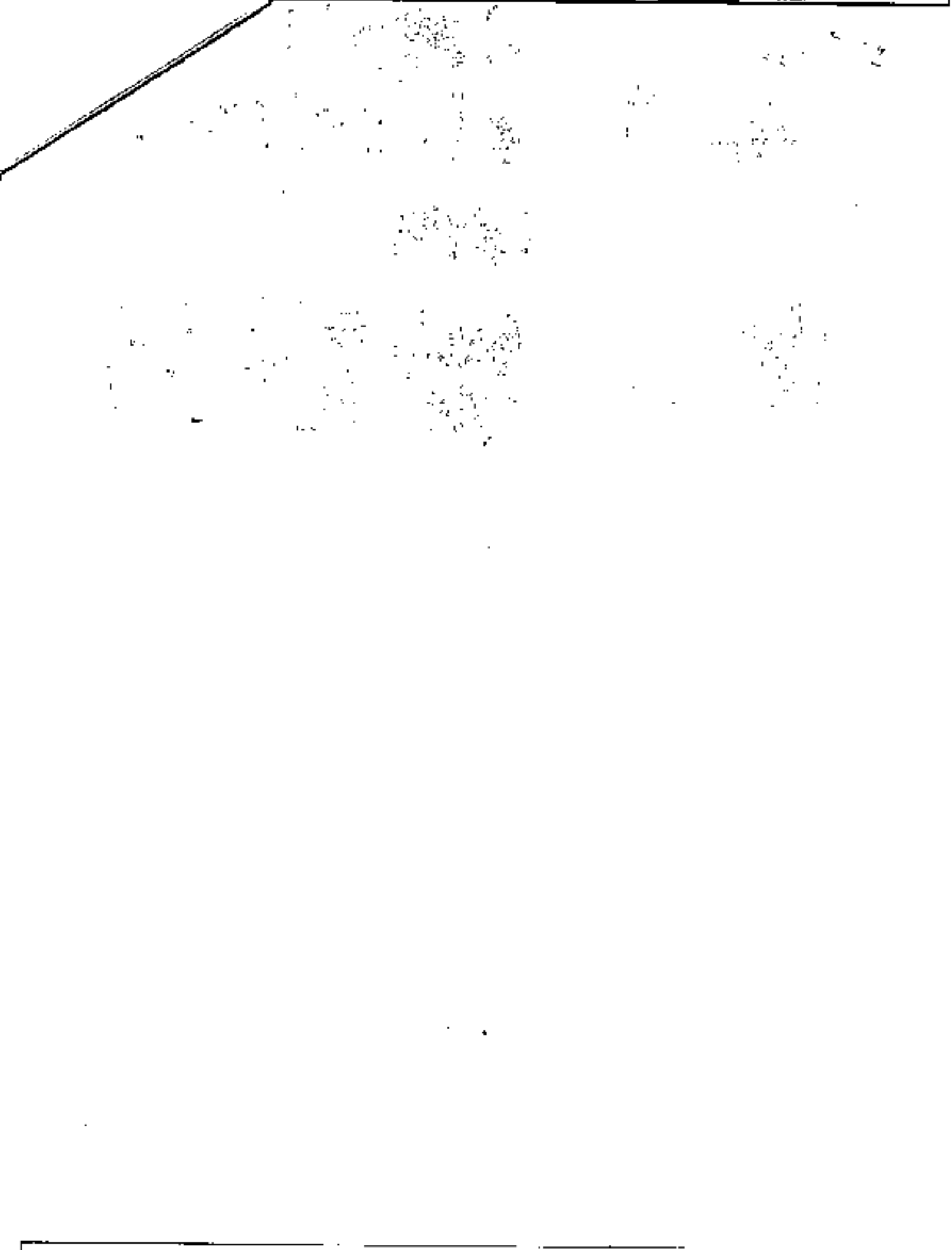
¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambió
Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura

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

Líneas de atención 116 Acueducto

Ingresa a www.acueducto.com.co para más canales de atención al Cliente y para obtener información de los puntos de atención, copia de la factura y realizar tu pago a través de Internet.

cadena



HISTORIA CLÍNICA
HC: 999-[illegible]

FECHA: 3 Abril 25

CÓDIGO

LUGAR DE LA JORNADA:

RIESGO DE TENENCIA: DIC ___ VEC. CIS ___ PERROS ___ CONVIVIENTES ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: MIA

COLOR: Blanco amarillo

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Persa EDAD: 10 meses PESO: 2.3 kg RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

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

¿PERSISTIDO ___ NUEVO ___ ANSIEDAD ___
CUAL: ___

EVIDENCIA DE AMBIENTE MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: MIXTA ___ CASERO ___ CONCENTRADO X MEDIO ___ OTRO ___

ORIGEN: PROPIO ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO X REGALADO ___ PERRO DE GUARDA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL PROPIETARIO/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Angela Julieth Alfonso Daza

DIRECCIÓN: TV 126F No. 133 33

TELÉFONO: 3134766858

CÉDULA: 1019039286

SEXO: M ___ F X

NACIONALIDAD: Colombiana

CORREO ELECTRÓNICO: Yuliafonsita@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Profesional

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRENDO ___ FAMILIAR X

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X CUAL? ___

BARRIO: La Gaitana

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

EPS: [illegible]

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

APTO PARA LACTAR: SI ___ NO ___

U.T. CELO: No Reporta

U.T. OVARIOHISTERECTOMÍA: No Reporta.

U.T. VACUNACIÓN (MES/AÑO): Canigen Parvo

HOSPITALIZACIÓN: ___

TRIPLE: ___ TRIVALENTE: ___

FELINOS: FECHA: ___ CEPA: ___

RABIA: ___

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: (I) II III IV V VI

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PRE-QUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 163 l/m

F. RESPIRATORIA: 34 l/m

TEMPERATURA: 38.5 °C

TLC: 1 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

BASE DE PREMEDICACIÓN	MEDICACIÓN		DOSIS/VIA DE APLICACIÓN
PREANESTESIA	XILACINA	0.115 cc	1 mg/Kg IM
	KETAMINA	0.23 cc	5 mg/Kg IV ☐ 10 mg/Kg IM ☒
	MIDAZOLAM	___ mL	0.1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.805 mL	2 mg/Kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G.A.	0.161 mL	17.000 UI/Kg IM
	MELOXICAM	0.023 mL	0.2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno.

En calidad de (Cliente y/o Arrendatario), autorizo con el presente para continuar con los procedimientos anteriormente descritos, informándole completa veracidad sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomía/Orquiectomía, que he recibido de manera libre y voluntaria. SI X ___ RECHAZO ___ para constancia del procedimiento quirúrgico firma el presente documento

NOMBRE(S) DE QUIEN(ES) ME CONTRAVIENE: [illegible]

FIRMA: MVC

NOMBRE DEL MVZ RESPONSABLE: Mónica Vanessa Vásquez Milán
Médica Veterinaria
TP. 11904

FIRMA: [illegible]

TARJETA PROFESIONAL: [illegible]

Yennifer Gutiérrez Fonseca
Médico Veterinario - Zootecnista
TP. 39256

F. N/A: 46

	[illegible]	BOGOTÁ [illegible]

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

Con pleno y total uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será intervenido mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que se deben presentar riesgos durante la cirugía como son: paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclaran los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y así mismo se manifiesta como infamación en el punto de aplicación, además de posible infección a mediano plazo por el mal uso de instrumentos (agujas, jeringas, bisturí, etc.) y/o ambientales, hallazgos clínicos y otras contingencias que afectan y contaminan la zona, dentro de los 3 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 he comprendido y **ACEPTO** _X_ o **RECHAZO** _____ la declinación o aceptación de estudios pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicional siento que me han explicado y 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; asumiendo de toda responsabilidad a Impecos sas y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, la cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En consecuencia, he dado una información veraz y completa sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis respuestas han sido claras y he aclarado todas las dudas 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 descritas.

CUIDADOS POSTOPERATORIOS

Me comprometo a seguir irrestrictamente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y cuidados que sean necesarios para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Eximo por responsabilidad del estado de mi animal de compañía, después de la intervención quirúrgica los riesgos y riesgos que se puedan presentar son responsabilidad exclusiva de la manipulación que el animal de compañía, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impecos sas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Propietario/Tenedor:	Nro de Identificación:
[illegible] Alfonso	1019.079.236

Yo, _____ identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía/ Orquiectomía (retiro de ovarios y útero/testículos) de mi animal de compañía.

RAZÓN:

Nombre del Propietario/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación:	

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Salón Comunal Gaitana	FECHA: 21-04-25	HORA: 10 am

OBSERVACIONES:

SE LE INFORMA AL TENEDOR RESPONSABLE SOBRE LOS RIESGOS DOMÉSTICOS Y QUIRÚRGICOS DEL ANIMAL DEBIDO A LA CONDICIÓN DE SUPERA

[illegible] Alfonso
1019.079.236

Mónica Vásquez Milán
Médica Veterinaria
TP. 11804

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.019.039.286
ALFONSO DAZA

APELLIDOS
SANYELA JULIETH

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 19-NOV-1989
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

27-NOV-2007 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

0-1500150-00095161 F 1019039286 20081015 0004339037A 1 23926995

enel | Bogotá

1785914-9

JOSE AURELIO GONZALEZ DAZA
TV 126 ENO 131 33
BOGOTA D.C. - LA GAITANA

¡CIUDAD
LLEGO A TU CASA!
PRÉSTAMO DE LISTA
$12.000.000

Activa

Sep Oct Nov Dic Ene Feb Mar

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	
CARGA KW:	
FACTOR:	
RUTA DE PARTIDA:	
RUTA LECTURA:	
MANZANA DE LECTURA:	
MEDIDOR No:	
MEDIDOR No:	

¡CONSULTAS Y PAGOS SIN FILAS!

Puntos de Atención ASEO

Línea de servicio al cliente 115

FECHA EXPEDICIÓN
DATOS DEL USUARIO
FECHA EXPEDICIÓN

HISTORIA CLÍNICA: HC-0000-0

FECHA HP: 900255001725117

FECHA: 3-04-25

CÓDIGO IST-C

LUGAR DE LA JORNADA:

TIPO DE VINCULACIÓN: CNC ___ REC. CFS ___ RELAS ___ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Kathy

COLOR: Calico

ESPECIE: CANINA ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Mestizo EDAD: 1 año PESO: 3,6Kg TALLA DE MANDO ESPECIAL SI ___ NO X

QUIÉN TE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIONES COMPORTAMENTALES: SI ___ NO X

AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___ OTRO: ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: HOME CASERA ___ CONCENTRADO X SECO ___ OTRO ___

ORIGEN: HOGAR ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO X REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Luz Mercedes Castiblanco Pulga

DIRECCIÓN: KR 133 132D 14

TELÉFONO: 3009483983

CÉDULA: 1014211589

SEXO: F X

PAÍS DE NACIONALIDAD: Colombiana

CORREO ELECTRÓNICO: mcas44blanco0703@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Tecnico

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO ___ FAMILIAR X

TIENE ALTURA (ESCALERAS): SI ___ NO X CUÁL?

BARRIO: Toscana

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ANTICOAGULACIÓN: TBM ___ DHD ___

ULT. DESP.: Marzo 25

ULT. DESPARASITACIÓN: N.R

ULT. VACUNACIÓN: MÓVIL ___ CANINO PATIO: ___ JAULA/JAULA: ___

FECHAS TRIPLE FELINA: Ener 25 RÁBICA: ___

TRIPLE: ___ PENTAVALENTE: ___ PARVOVIRUS Y TRIQUETRIA: ___

Nota: Enero 25

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMAS O ÓRGANOS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: (I) II III IV V VI E

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDÍACA: 189 l/m | F. RESPIRATORIA: 34 r/m | TEMPERATURA: 38,3 °C | TLLC: 2 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN
PREANESTESIA	LIDOCAINA	0.18 ml	3 mg/Kg IM
	METADINA	0.36 ml	0 mg/Kg IV ☐ 10 mg/Kg IM ☒
	MIDAZOLAM	— ml	0.1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1.76 ml	2 mg/Kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G.S.A.	0.252 ml	17.000 UI/Kg SC
	MELOXICAM	0.036 ml	0.2 mg/Kg SC

REACCIONES ADVERSAS: Ninguno

En calidad de (Cónyuge y/o Responsable) doy consentimiento como usuario(a) del servicio brindado al propietario o tenedor, en relación con el procedimiento quirúrgico propuesto, los riesgos asociados con la (hospitalización/cirugía/procedimiento) y el cobro de honorarios de mi confianza y voluntad de ACEPTACIÓN ___ RECHAZO ___ para la realización del tratamiento propuesto en este documento.

NOMBRE DEL MÉDICO VETERINARIO TARJETA PROFESIONAL: FIRMA: MVI

NOMBRE DEL ANESTESIÓLOGO: TARJETA PROFESIONAL: FIRMA: 46

	HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES Caninos y Felinos CONSENTIMIENTO ESTERILIZACIÓN Felinos Obligatorio	CÓDIGO GHEA

2. 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 Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será sometido mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son pero no comprometen a: sangrados, 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 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 inadecuado de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten o contaminen la zona, dentro de las 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.

Actuando con derecho y **ACEPTO** _X_ o **RECHAZO** _____ la decisión realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) adicionalmente no he omitido y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a reclamación alguna; eximiendo de toda responsabilidad a terceros así y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen afecciones preexistentes, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En consecuencia, he dado toda 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 las recomendaciones y alternas: las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como responsable del cuidado de mi animal de compañía, después de la intervención asumo los riesgos y costos que se puedan presentar por mal manejo o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, eximiendo a la Alcaldía local de Suba, Empresa ESP y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de razón que pueda surgir.

Firma del Responsable/Cuidador:	Huella Identificación:
HEROEDES CASTIBLANCO	1014211507.

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

RAZÓN:

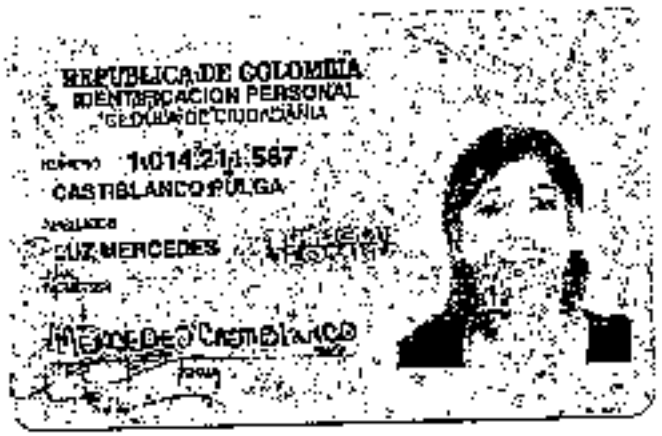
_____

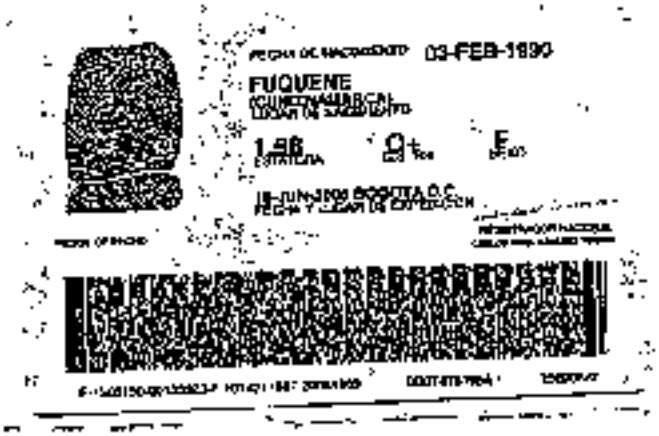
Nombre y/o Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación:	

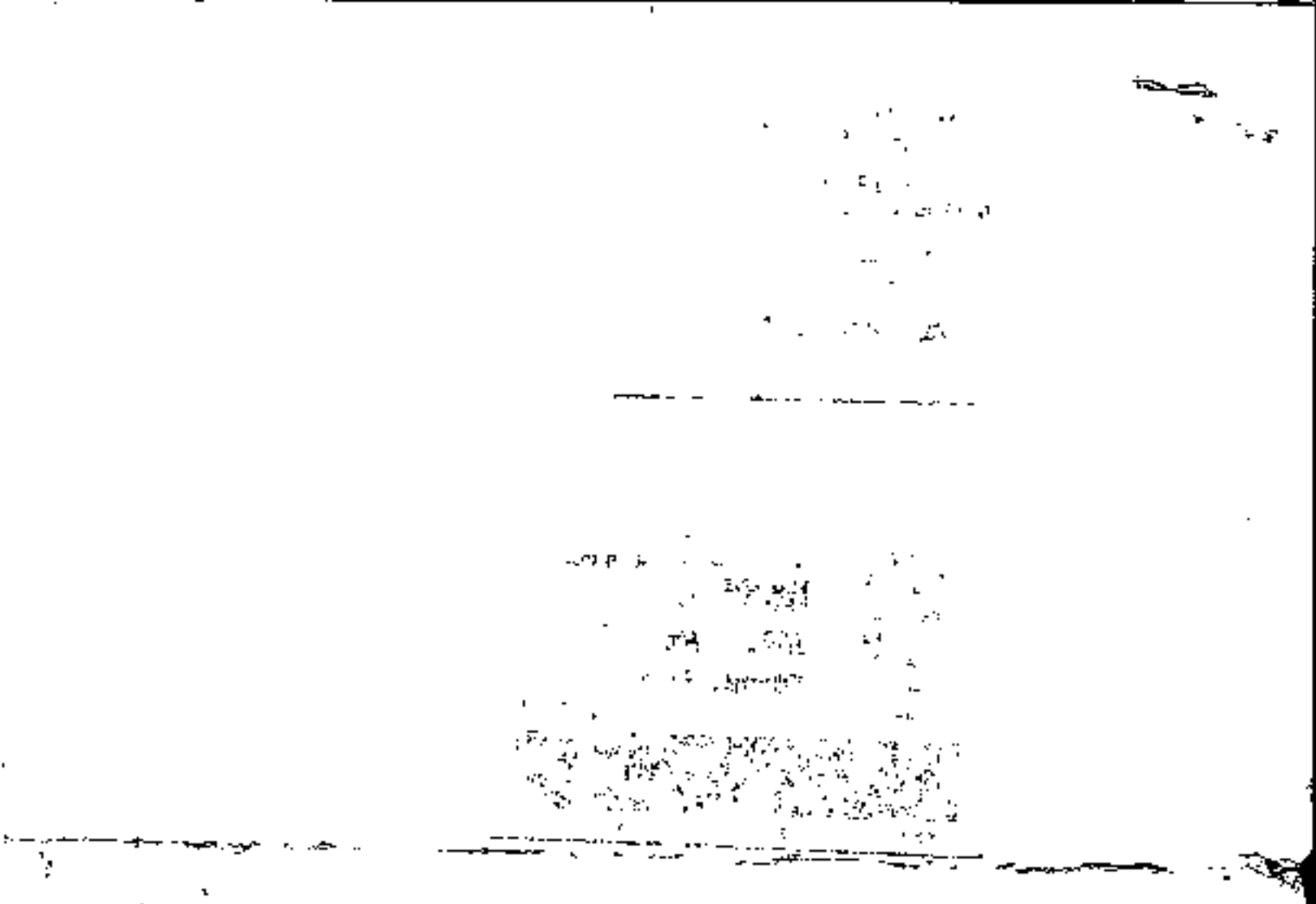
3. LUGAR DE ATENCIÓN DE PUNTOS

LUGAR: Salon Comunal Bonbona	Fecha: 21-04-25	Hora: 10 am

OBSERVACIONES:


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.014.211.567
CASTRILLON PULGA
LUZ MERCEDES


03-FEB-1990
FUQUENE
1.68
18-JUN-1998 BOGOTA D.C.









DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

KM6

Para el soporte ZONA: CICLO: RUTA:01077 BIMESTRAL

10816736
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

42706574318
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de
ANA LUCIA PULGA
Dirección del predio
KR [illegible]
Barrio TOSCANA Localidad: SUBA
Dirección de correo electrónico

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

Periodo facturado	ENE/04/2025	MAR/04/2025
Pago oportuno	ABR/07/2025	
Suspensión	ABR/09/2025	

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
MAY/01/2025	MAR/22/2025 04:12:43	MAR/22/2025 10:56:51

¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambió
Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.

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

Antes de [illegible] acércate a [illegible] y exhibe [illegible] copia de la factura y realiza tu pago en [illegible].

Lulemos 116 Acueducto

cadena.

9 05

Tu consumo en este período

En los periodos anteriores tu promedio de consumo fue 17



Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

En este período 14.000

Promedio al día 233

En este período consumiste más agua que en el anterior

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura anterior (m³)

Datos de tu medidor

Marca

Serie

Tipo

Para reducir tu consumo, recuerda:

Ducharte en 3 minutos para reducir tu consumo

Tener siempre un balde en la ducha para reutilizar el agua recogida

Cerrar la llave al enjabonar los platos

Tu cobro en este período

Acueducto	+	Alcantarillado	+	Otros cobros	Recaudos y pago virtual
$40.593,86 (1)		$36.840,24 (2)		$25.062- (3)(4)(5)(6)	

Consulta el detalle de estos cobros en las tablas correspondientes de abajo

Total ingresos del periodo

= Total a pagar $52.373

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

Detalle de tu consumo este bimestre

1. Acueducto

	Cant. (m³)	Valor unitario ($)	Subsidios y Sobrecostos %	Subsidios y Sobrecostos $	Tarifa** ($)	Total ($)
Cargo fijo residencial (mes)						
Consumo residencial básico (m³)						
Consumo residencial suntuario básico (m³)						
Cargo fijo no residencial (mes)						
Consumo no residencial (m³)						
Subtotal						

2. Alcantarillado

	Cant. (m³)	Valor unitario ($)	Subsidios y Sobrecostos %	Subsidios y Sobrecostos $	Tarifa** ($)	Total ($)

* Cálculo Especial ** Tarifa plena

Tasas aplicadas

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Mínimo Consumo (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m³)		
Tarifa consumo suntuario básico ($/m³)		
Tasa por consumo facturado		

3. Otros conceptos

Concepto	Valor
Subtotal	

4. Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

5. Conceptos financiados

Concepto	No. Cuotas	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

6. Descuentos en subsidio

Concepto	Valor
Subtotal	

7. Cobros o facturas

Concepto	Valor
Subtotal	

Paga con la página web, app y billeteras

Puntos de Pago

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$52.373

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.

Señor cajero: Si en la casilla de abajo no aparece ningún valor, el número de referencia, fecha límite de pago o valor a pagar, comuníquese con Emcali y Red CENIT, no podrá recibir este pago.

(415)7707230410527(8020)42(96)5143(37)3600(390)0000052373

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS. Vía Único de Registro Nacional de PQR: ESP

HC 899-1-0

FECHA: 3 Abril 25

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Kitty

COLOR: Blanco Negro

ESPECIE: CANINO. FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO

RAZA: Mestizo

EDAD: 8 meses

PESO: 2,2 Kg

RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

¿ANTES DE LA VACUNACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X

AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___ OTRO: ___

EVIDENCIA DE ABANDONO 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: Laura Alvarez Rios

DIRECCION: CL 133 104 64

TELEFONO: 3214714529

CEDULA: 1032480688

SEXO: M ___ F X

NACIONALIDAD: Colombiano

CORREO ELECTRONICO: 3214714529@simorro.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Tecnico.

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRENDADO ___ FAMILIAR X

TIENE ALGUNA ENFERMEDAD: SI ___ NO X ¿CUAL? ___

BARRIO: Villa Maria

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ANTIPARA CHIQUA: DSN ___ NG ___

VAC. CELO: No Reporta

ULT. DESPARASITACION: No Reporta

ULT. VACUNACION: Año X CANINOS PARVO: ___ TRIPLE: ___ RABIA: ___

FELINOS: TRIPLE FELINA: ___ LEUCEMIA: ___ PANLEUCOPENIA Y RINOTRAQUEITIS: ___

4. EXAMEN CLINICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD ANALOGA: SI ___ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CALIFICACION CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREANESTESICAS

F. CARDIACA: 191 x/m

F. RESPIRATORIA: 35 r/m

TEMPERATURA: 38,2 °C

TLC: ___ seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACION

FASE DE PREMEDICACION	MEDICACION		DOSIS/CONCENTRACION
PROMESTESIA	KETAMINA	0.11 ml	2 mg/Kg IM
	RETEMINA	0.22 ml	5 mg/Kg IV ☐ 10 mg/Kg IM ☒
	MIDAZOLAM	— ml	0.1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTESICO	PROPOFOL	0.79 ml	2 mg/Kg IV
POS OPERATORIO	PENICILINA G LA	0.154 ml	17.000 UI/Kg IM
	MELOXICAM	0.022 ml	0,2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Consentimiento Anestesiológico) autorizo este documento como constancia de haber brindado al responsable o titular la información completa acerca del procedimiento quirúrgico propuesto, los riesgos relacionados con la (Anestesia general) seleccionada, y los cuidados necesarios, y que he aceptado de manera libre y voluntaria su REALIZACION X

RECHAZO ___ para la realización del procedimiento descrito.

NOMBRE DEL OFTALMOLOGO: Monica M. Vazquez Millan
TARJETA PROFESIONAL: Médica Veterinaria TP. 11804

FIRMA: MV

NOMBRE DEL ANESTESIOLOGO: Yennifer Gutiérrez Numesque
TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358

FIRMA: CG

	[illegible]	BOGOTÁ SUBA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y consciente uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información clara y completa del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que he sido informado(a) sobre la esterilización, entiendo que pueden presentarse ciertos riesgos durante la Cirugía como son: paro respiratorio, convulsiones, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones anestésicas 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 de estos los riesgos que se pueden presentar. Se me ha explicado que durante la implantación del microchip pueden generarse ciertas reacciones adversas que no pueden evidenciarse en la zona de implantación, y en manifiesto con mi información en el momento de perdida, además de posible infección en el lugar por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños con agua y otras situaciones 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

Acepto soy consciente y ACEPTO _X__ o RECHAZO _____ la disposición realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) adicional mente me han explicado y entiendo, todos los pasos que pueden presentarse en el procedimiento, por esta razón exonero totalmente la responsabilidad de la ringlay sin derecho a contravención alguna; eximiendo de toda responsabilidad a terceros sea y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias cuya probabilidad de ocurrencia es baja. Es 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, así mismo dudas 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 normas: los medicamentos y antibióticos que sean recetados para evitar complicaciones en mi animal de compañía

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía, asumo todos los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o imprevisto en la manipulación con mi animal de compañía, eximiendo a la Alcaldía Local de Suba, Implementos y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Huella Identificación

CC. ___ _____ Identificado con C.C. No _____ En pleno y consciente uso de mis facultades mentales, me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
No. Identificación:	

8. ACTA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Salón Comunal Gaitana | FECHA: 21-04-25 | HORA: 10 am

OBSERVACIONES:

acueducto
¡Hola!
Factura a nombre de
HERNANDO ARIAS GUTIERREZ
Dirección del predio
CRA 13 100 60
BARRIO VILLA MARIA Localidad SUBA
Periodo facturado
Datos adicionales del predio
Clase de uso: Residencial
Habitaciones:
Personas:
Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambia
Mira cómo hemos actualizado esta factura para entenderla mejor.
En este periodo consumiste menos agua que en el anterior.
Abre y descubre el detalle de tu pago y consumo
Tu co
Periodo facturado NOVIEMBRE 2024 ENERO 2025
Pago oportuno FEBRERO 2025 Suspensión MARZO 2025
ABRIL 2025 ENERO 01 2025 06:30:20 ENERO 28 2025 13:25:07
1078381O
cuenta contrato
Número para pagos
3935665547796
Para el reparto ZONA 1 CICLO 1 RUTA 1420
Hola!
Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá
Nit 899999115-1
¡AGUA!
CON LA SEGURIDAD
Cuidamos el agua para cuidarte
Reportá el daño de tu red de agua
Comunicate a través de la Acueducto 116 o en www.acueducto.com.co
Pilas de muestreo
Estructuras que sirven para la recolección de muestras del agua que consumimos.
Con el fin de realizar control y vigilancia de los parámetros establecidos por la norma.
Dichas disposiciones están conectadas a la red de agua potable de la ciudad.
Recuerda cuidar estos elementos que son fundamentales para tomar muestras que miden los parámetros de calidad del agua que consumimos en Bogotá.
SIMPLIFICAMOS TU FACTURA
para que tengas una nueva relación con el agua.
Moderna
Fácil de leer
Te orienta para cuidar el agua
Mirá cuánto tu consumo en litros para que la comprendas mejor.

sumo en este período

Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

En este período	Promedio al día
9.000	148

En este período consumiste menos agua que en el anterior.

Datos de la lectura de tu medidor

Para reducir tu consumo, recuerda:

- Ducharte en 3 minutos para reducir tu consumo
- Tener siempre un balde en la ducha para reusar el agua recogida
- Cerrar la llave al enjabonar los platos

Datos de tu medidor

Tu cobro en este período

Acueducto	Alcantarillado	Otros cobros
$30.037,76	$25.555,69	$19.007-

Escanea y paga virtual

Total a pagar $54.602

Detalle de tu consumo este bimestre

1 Acueducto

2 Alcantarillado

Otros conceptos

Saldos anteriores

Conceptos financiados

Deudas en estudio

Cobros a terceros

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$54.602

OPCIONAL EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DE SERVICIO PÚBLICO No.

12069

22384 11077 20

HISTORIA CLÍNICA
HC-985E

CONSECUTIVO: 900265001732714

FECHA: 3-04-25

NOMBRE: Pancha

COLOR: Cafe beige

ESPECIE: CANINO X FELINO

SEXO: HEMBRA X MACHO

RAZA: Mestizo

EDAD: 6 meses

PESO: 2,4Kg

RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI NO X

GUARDA LA VACUNACIÓN PRESENTA MUTILACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI NO X

AGRESIVIDAD: MIEDO: ANSIEDAD (X)

OTRO:

EVIDENCIA DE ABANDONO/MALTRATO: SI NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: BARF: CASERO: CONCENTRADO X MIXTO:

OTRO:

ORIGEN: PROPIA: RESCATADO: CUIDADO: ADOPTADO: REGALADO: X PERRO DE CALLE: OTRO:

2. DATOS DEL TENEDOR RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jose Orlando Sierra Acosta

DIRECCIÓN: cr 126 bis 127 B 35

TELÉFONO: 3212741620

CÉDULA: 19905534

EDAD:

BARRIO: Tibabuyes

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: Suba

CPE: 71

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA X ARRENDO: FAMILIAR:

CORREO ELECTRÓNICO: josesierra2020@gmail.com

SISBEN ALGUNA DISCAPACIDAD: SI: NO X CUAL?

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

APTO PARA CIRUGÍA: SI NO

ÚLT. CELO: No ha tenido

ÚLT. DESPARASITACIÓN: N.R

ÚLT. VACUNACIÓN: M/M: X PARVO. TRIPLE: PERMANENTE:

REFUERZO: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA:

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI NO X ASPECTO GENERAL AFECTADO: Ninguno

HALLAZGOS EN CONTINUACIÓN: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: (1) II III IV V VI E CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 166 /m F. RESPIRATORIA: 32 /m TEMPERATURA: 38,4 °C TLC: 1 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREMEDICACIÓN	XILAZINA	0.12 ml	1 mg/Kg IM
	KETAMINA	0.24 ml	5 mg/Kg IV ☐ 10 mg/Kg IM ☒
	MIDAZOLAM	— ml	0.1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.64 ml	2mg/Kg IV
POST OPERATORIO	PERFOCURA G.L.A.	0.168 ml	17.000 UI/Kg SC
	MELOXICAM	0.024 ml	0.2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

Se advierte al (Cliente y/o Acompañante), permitir este Procedimiento con la firma de haber brindado el respectivo consentimiento informado completo, sobre el procedimiento quirúrgico a realizar. Teniendo en cuenta los riesgos relacionados con la Cirugía, Anestesia y/o Hospitalización, declara haber leído y entendido de manera clara y voluntaria su ACEPTACIÓN X RECHAZO ___ para la realización del procedimiento y/o tratamiento propuesto.

NOMBRE DEL VETERINARIO TRATANTE: Mónica Lorena Suárez Millán
TARJETA PROFESIONAL: Médica Veterinaria MP-17804

FIRMA:

NOMBRE DEL ANESTESIÓLOGO: Jennifer Gutiérrez Nomesque
TARJETA PROFESIONAL: Médica Veterinaria - Zootecnista TP. 33358

FIRMA:

	[illegible]	[illegible]

7. 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 Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será intervenido mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la Cirugía como son; pueden tener reacciones a anestésicos, hemorragias, infecciones, complicaciones durante el parto o incluso la muerte.

Así mismo, manifiesto que he recibido la información y comprendo la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y he aclarado 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 identifica como inflamación en el punto de punción, ulcera de pronta infección en el área por el uso prolongado de lentes, joyas, tatuajes, 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

Autorizo voluntariamente y ACEPTO _X__ o RECHAZO _____ la declaración en aplicación de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía [los cuales NO los cubre el programa] Adicionalmente se me han explicado y entendido, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo mi total libertad y responsabilidad de la cirugía sin derecho a compensación alguna; exonerando de toda responsabilidad a Impecuos y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen situaciones imprevistas, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, he quedado bien informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información de veraz y clara 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 responsable del paciente, AUTORIZO a el Médico Veterinario y/o Auxiliar Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir rigurosamente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en el estado de salud de mi compañía.

Como dueño y responsable del estado de mi animal de compañía, declaro de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o imprevistos en la manipulación con mi animal de compañía, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impecuos y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda surgir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Huella dactilar Opcional: 1 1920553 4

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

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

8. TIRA DE PUNTOS DE PUNTOS

LUGAR: Salon Comunal Gaitana	FECHA: 21-04-25	HORA: 10 am

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 19.305.534
SIERRA ACOSTA

APELLIDOS
JOSE ORLANDO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 31-DIC-1956
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

27-DIC-1976 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00308342-M-0019305534-20080425 0000179170A 1 1610005325

Factura de gas

Marzo 2025

Cuenta o referencia de pago: 81886831

BOGOTÁ

NIT: 892.007.813-5
Vanti S.A. ESP.
www.grupovanti.com

vanti

Más tiempo de disfrutar

Fechas importantes

1. Pago oportuno: 11 Abr. 2025
2. Fecha de suspensión: 12 Abr. 2025
3. Periodo facturado: Feb. - Mar. 2025
4. Emisión de tu factura: 27 Mar. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario ($)	IVA (C)	Subtotal ($) A+B+C
CONS. SIN SUBSIDIO	18M3	2.825,91	0,00	50.866,38
CONS. CON SUBSIDIO	29M3	3.195,11	0,00	83.902,29
MENOS SUBSIDIO (-15%)	18M3	-28.122,22	0,00	-96.191,22
AJUSTE DECENA	1UN	-4,30	0,00	-4,30
REGALIDO TERCEROS Cocepan, Prestac	0	12.195,00	0,00	12.195,00
REGALIDO TERCEROS Surgas Vida Privada	0	7.560,00	0,00	7.560,00
INTERESES FINANCIAMIENTO - NO GRA	1UN	57.252,02	0,00	57.252,02
Intereses Moratorios Base Tarifaria	1UN	51,19	0,00	51,19
Intereses Moratorios Base Tarifaria	1UN	82,69	0,00	82,69
Vanti Más	1UN	11.924,37	2.265,62	14.190,00

(1) Total: $179.971,89

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota N°	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A
1.87 % V-Tecnología Vanti	4/24	57.361,34	37.779,66	57.581,34
1.87 % V-Tecnología Vanti	3/24	27.016,77	19.472,50	27.616,77

(2) Total: $85.198,11

Valor facturas vencidas

$0,00

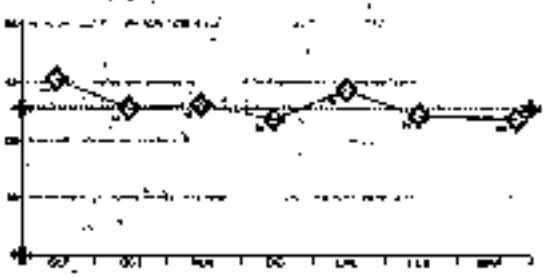
Total a pagar (1)+(2)+(3)

$265.170,00

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial — Estrato/Cat Cds — Días de consumo 20

Fecha	Lectura	Tipo
25 Feb. 2025	9435	REAL
22 Mar. 2025	9485	REAL

m³ consumidos: 9485 - 9435 * Factor de corrección = 35

Tu próxima lectura será

Entre 20 y el 25 de Abril

Novedades de tu factura

Corte 8 2023 31

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $70.254

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Jul. 2028

La revisión de la instalación interna es de riesgo y obligatoria y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente (Resoluciones 058 de 2017 y 011 de 2021).

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

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

Dic. $2382 Ene. $2480 Feb. $3371

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

Componentes tarifarios

Gm: $604,91	Tm: $0,00		Gm: $91,57	Cm: 0,0	
Pr: 72,75	Cvm: 0,0		Dvm: 0,0	Cvm: 0,0	
Cm: 0,0	Pvm: 49,47		DAUS: 0,0	DAUS: 0,0	

Ajuste tarifario mensual de gas equivalente a: [illegible] y el promedio mensual de Vm es: $ 37,809

Factor de corrección

Vm: [illegible] Pc: 0,9995 Ru: 1000 Fc: 0,91265

Vb: 36 Tmb: 14,0 Tv: 15,00 Pm: 1,01000

Pb: 0,755 Pvm: 0,7220 P prom: 0,0

Factor de corrección: 0,77968

Indicadores de calidad

PSI: 100,0 DES: 0,0 IQ: 100,0 IM: 100,0





(415)7709998226025(8020)0 *B86831(3900)000000000265170*

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



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

Vanti Comunica:

Evita fraudes en línea al pagar tu factura.
Ingresa siempre digitando:

www.grupovanti.com

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Comercializadora S.A. ESP, Depropane S.A. ESP, Gasnorte S.A. ESP.

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

Pagos electrónicos en otras entidades

Recuerda que puedes pagar tus facturas en una o varias compras evitando un mal momento

Escanea para pagar tu factura

*Permite adicionalmente incorporar débito automático.

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Bancos BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Otros Gana Sistemas

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: **01 8000 919 052** Móvil: **164**

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

¡Hola!

LUZ DARY RIVERA
CL 129 BIS 123B 35 - TIBABUYES
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No 5087101-18135

Lote: P18GN Ruta: 001177014325100S060 Código del Sector: 281

Cuenta o referencia de pago 61886631

vanti Listo

Compra tu(s) electrodoméstico(s), celular(es), joyas y mucho más, y luego recárgalo a través de tu factura de gas.

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 2.230.513**



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 942 784
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://virtual.grupovanti.com/

Recuerda que puedes elegir un canal de atención para comunicarnos de acuerdo a la Ley 2300 de 2023

C1 58533

SECRETARÍA DE SALUD
Historia clínica para esterilización canina y felina
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
BOGOTÁ

HISTORIA CLÍNICA: HC-0005-0
MICROCHIP: 900256001725104
FECHA: 3 Abril 25
CÓDIGO: EST-4

LUGAR DE LA INTERVENCIÓN:
PROCEDENCIA: CIC ___ SEC ___ CES ___ RELEVO ___ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Princesa
COLOR: Tigre Gris
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___
RAZA: mestizo
EDAD: 2 años
PESO: 2.2 kg
RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___
OTRO: ___

EMERGENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: RISTRE ___ CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___
OTRO: ___

ORIGEN: MANA ___ SECUESTRADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO ___ CRIADERO X PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yuri Teresa Mateute Molina
DIRECCIÓN: KR 138 No 136 17
TELÉFONO: 3163852821
CÉDULA: 52356876
SEXO: M ___ F X
BARRIO: Colombiana
CORREO ELECTRÓNICO: 3163852821@smeco.com
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria
TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO X FAMILIAR ___
TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X ¿cuál?
BARRIO: Santa Cecilia
ESTRATO: 2
LOCALIDAD: SUBA
UPZ: 74

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

APTO PARA CIRUGÍA: SI ☐ NO ☐

ÚLT. CELO: Marzo/25
ÚLT. GESTACIÓN/PARTO: NO Reporta
VAC. VACUNACIÓN: RÁBICA X CANINOS: PARVO/MOQUILLO: FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA:
TRIPLE FELINA: PENTAVALENTE: PANLEUCOPENIA Y RINOTRAQUEITIS: RABIA:

4. EXAMEN CLÍNICO

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

CLASIFICACIÓN ASA: I II III IV V VI E
CONDICIONES CORPORAL: 3A

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PRE-QUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 167 x/m
F. RESPIRATORIA: 34 r/m
TEMPERATURA: 38,5 °C
TLC: 1 seg
MUCOSAS: Rosadas
OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.11 mL	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0.22 mL	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☒
	MIDAZOLAM	— mL	0.5 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.77 mL	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G.B.A.	0.154 mL	17.500 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.022 mL	0.2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de [Dueño / Responsable], autorizo la(s) descrita(s) como cirugía(s) debidamente diligenciada(s) y que fue(ron) leída(s) en su totalidad. Información completa sobre el procedimiento quirúrgico y especificaciones de riesgos relacionados con la Cirugía(s) autorizada(s). Igualmente he sido informado(a) de manera clara y suficiente sobre [ACEPTACIÓN] [RECHAZO] ___, para la realización del procedimiento con el(la) paciente.

Manuela [illegible] Gutiérrez Milan

FIRMA(S) Y SELLO(S) MVC EMPLEADO(S) TARJETA PROFESIONAL: Médica Veterinaria TP. 11804
FIRMA: MVC

NOMBRE DEL MVZ ANESTESISTA CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL: Yennifer Gutiérrez Hornesque, Médico Veterinario - Zootecnista, TP. 33358
FIRMA: YG

	[illegible]	BOGOTÁ

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido previamente información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que entiendo 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.

Adicionalmente manifiesto que de manera clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y los beneficios y los riesgos que se pueden presentar. Se realiza la lectura que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar a corto plazo en el implante del mismo, y se manifiesta como inflamación en el punto de inserción, además de posible infección en el área, pero estos son mínimos en relación a los beneficios, (Perdidas, robos, aplicación de antirrabicas, bañas caninas y otras razones que hallan y comprometan la zona, destruyendo los datos 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.

Acepto las condiciones y ACEPTO _X_ o RECHAZO ____ la realización realizados de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entiendo, 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, eximiendo de toda responsabilidad a médicos as y al equipo médico que realice el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En consecuencia, 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 de, paciente, AUTORIZO al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario contratado para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

CONVENCIMIENTO DE CUIDADOS POST OPERATORIO
Me comprometo a seguir estrictamente 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 imprudencia en el manejo posterior con mi animal de compañía. Exonero a la Alcaldía local de Suba, Inspectores y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Huella del Paciente:
Yeimy Alexandra M.	1-52356876.

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

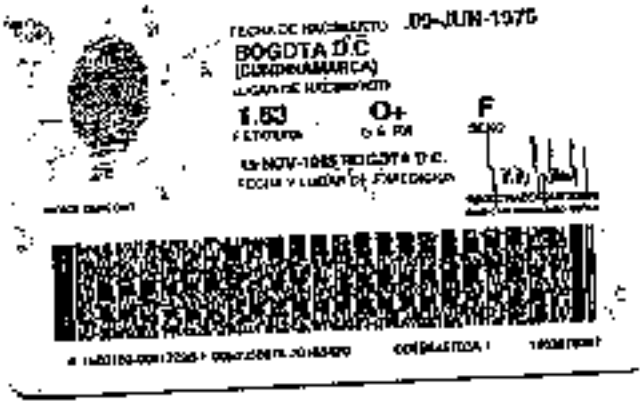
Nombre de Responsable/Tenedor:	Firma:
Num. Identificación:	

8. CITA DE RECEPCIÓN DE PUNTOS

LUGAR: Salón Comunal Guaimaral	FECHA: 21-04-25	HORA: 10 am

OBSERVACIONES:


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
52.356.876
MATEUTE MOLINA
YURI TERESA


09-JUN-1975
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
1.63
O+
F
13-NOV-1995 BOGOTA D.C.

enel Bogotá

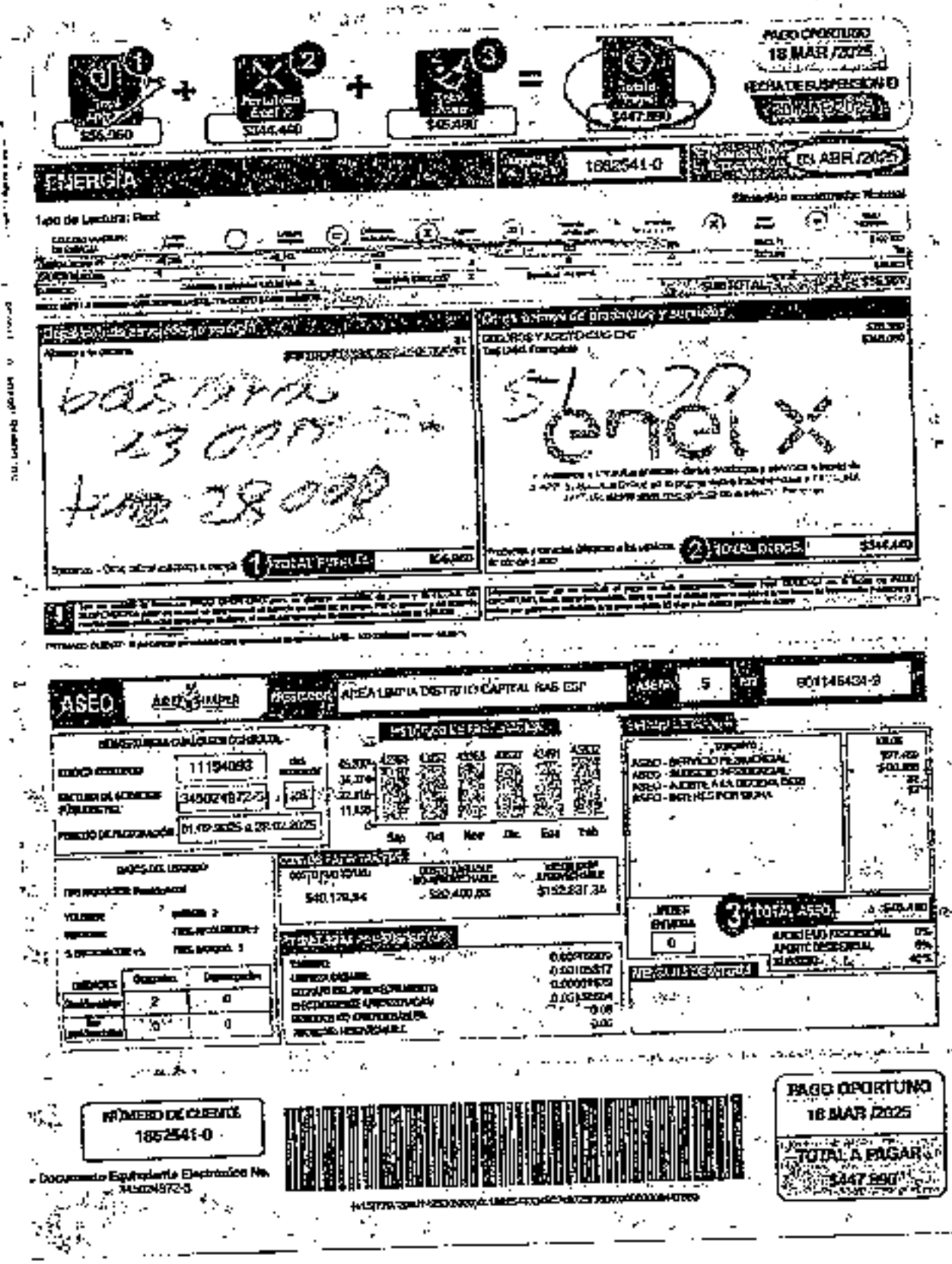
LUIS HERNAN CASTRO

¡LLEGÓ A TU CASA!

$12.000.000

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO



PAGO OPORTUNO
18 MAR /2025
$447.990

ENERGÍA
1852541-0
05 ABR /2025

Lugar de Lectura: Real

$56.960 + $344.440 + $45.490 = $447.990

ASEO
AGUAS KPACIFER
AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL EAB ESP
5
901145434-9

PAGO OPORTUNO
18 MAR /2025
TOTAL A PAGAR
$447.990

NÚMERO DE CLIENTE
1852541-0

Documento Equivalente Electrónico No.
345024972-3

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
LEY 1801 DE 2016 - LEY 2054 DE 2020
FMI
MELVOCHIP: 900255001725120
FECHA: 3 Abril 25
CÓDIGO: EST-4
HISTORIA CLÍNICA: HC-999-E-2
LUGAR DE LA JORNADA:
TIPO DE TENEDOR: CIC ___ RES. ___ CIS ___ FELINAS ___ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Miel
COLOR: Atigrado
ESPECIE: CANINO FEMENINO X MACHO ___ RAZA: Mestizo EDAD: 4 meses PESO: 2.3 kg RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___ OTRO:
EMERGENCIA O PACIENTE MALTRATADO: SI ___ NO X
TIPO DE ALIMENTACIÓN: MIXTA CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___
COLOCÓ: JAULA ___ APRISIONADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO ___ RESCATADO X PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yineth Garzon Oyola
DIRECCIÓN: CL 138 No 141A 22 P: 2
TELÉFONO: 3245866697
CÉDULA: 52316729
EDAD: V ___ X
NEIGHBORHOOD: Colombiana
CORREO ELECTRÓNICO: 3245866697@sancor.com
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller
TIPO DE VIVIENDA: PROPIA X ARRENDO ___ FAMILIAR ___
TIENE A QUIEN DEJAR CUIDANDO: SI ___ NO X CUAL?
BARRIO: Sabana de Tibabuyes
ESTRATO: 2
LOCALIDAD: SUBA
UPZ: 74

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

APTO PARA CIRUGÍA: SI X NO ___
LEY 1801: No Reporta
ANT. ESTERILIZACIÓN: NO Reporta
ANT. VACUNACIÓN: RABIA: X CUÁNDO: PARVO:
HEMOPARÁSITOS: TIENE: PERTENENCIA:
GARRAPATAS: PULGAS: TELEMIA: FARMACORRECTIVA Y HOMEOPÁTICA:
ALERGIA:

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD GRAVENTE: SI ___ NO X
SINTOMAS SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno
HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno
CLASIFICACIÓN ASA: I II III IV V VI S.
CONDICIÓN CORPORAL: 3/9

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 161 l/m
F. RESPIRATORIA: 35 r/m
TEMPERATURA: 38,9 °C
TLLC: 2 seg
MUCOSAS: Rosadas
OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.115 ml	1 mg/Kg IM
	BETAMONA	0.23 ml	8 mg/Kg IV ☐ 30 mg/Kg IM ☒
	MIDAZOLAM	___ ml	0,1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.805 ml	1 mg/Kg IV
POST QUIRÚRGICOS	PENICILINA G.B.A.	0.161 ml	17 000 UI/Kg IM
	MELOXICAM	0.023 ml	0.2 mg/Kg SC

RESULTADOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de Cirujano y/o Anestesiólogo, suscribo este documento como constancia de haber brindado el mencionado tratamiento. Información propia para el procedimiento en lenguaje y claro. Firmo en la casilla relacionada con la Clase de Procedimiento (Esterilización, Ovariohisterectomía, Orquiectomía, Cesárea, Laparotomía exploratoria, Cistotomía, Enucleación, Amputación, Otro) que he autorizado de manera libre y voluntaria su ACEPTACIÓN X RECHAZO ___, para la realización del procedimiento mencionado.

NOMBRE Y DATOS DEL MV CIRUJANO: Mónica Vásquez Milán
TARJETA PROFESIONAL: Médica Veterinaria TP. 118044
FIRMA

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: Yennifer Gutiérrez Nomesque
TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33959
FIRMA

	[illegible]	

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

Estando yo mayor de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/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 cardiorrespiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Asimismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación de microchip y se aclaran los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se presenten inmediatamente en la zona de implantación, y se manifiesta como hinchazón en el punto de punción, ademas de posible infección en el lugar por el uso para el aseo de lociones, jabones, jabon, aplicación de antipulgas, baños frecuentes y otras circunstancias que irriten y contaminen la zona, durante 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 hoy consciente y ACEPTO _X__ o RECHAZO _____ la dosificación realizadas de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO incluye el programa) Adicionalmente se me han explicado y entendido, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por este motivo eximo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y/o derecho a cometer omisión alguna durante el procedimiento de toda responsabilidad a Impecorpet y al equipo médico que realice el procedimiento. También entiendo que existen situaciones excepcionales, cuya probabilidad es muy muy baja, lo cual ha sido investigado, he comprendido y aceptado

En consecuencia, 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 enunciadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir rigurosamente las recomendaciones y/o formulas, medidas de procedimiento y acciones que se me suministren para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Declaro ser 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 el animal de compañía, eximiendo a la Alcaldía Local de Suba, Impecorpet y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Gineth Gaitán Ayala	52316729 Bta

Yo, _____ Identificado con C.C. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, no RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (tachar lo que no corresponda) de mi animal de compañía.
RAZÓN:

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

8. LISTA DE ASISTENCIA DE PUBLICO

LUGAR: Salon Comunal Gaitana	FECHA: 21-04-25	HORA: 10 am

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.316.729

GARZON OYOLA

APELLIDOS

YINETH

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 23-JUL-1972

NATAGAIMA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50
ESTATURA

A+
G S RH

F
SEXO

27-ABR-1995 BOGOTA D C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

A 1500150-00303409 F 005316729-20120731 0030M00000A 1 3161952160

Bogotá

FACTURA

1925768-2

CLIENTE

JOAQUIN BONILLA
CL 143 B 6D 141 A 25 P12
BANRIO ARBAO
BOGOTA, D.C. - SUBANA DE TIBABUYES

¡LLEGO A TU CASA!

PRÉSTAMO HASTA

$12.000.000

Consumo Mensual de Energía

El Ahorro

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

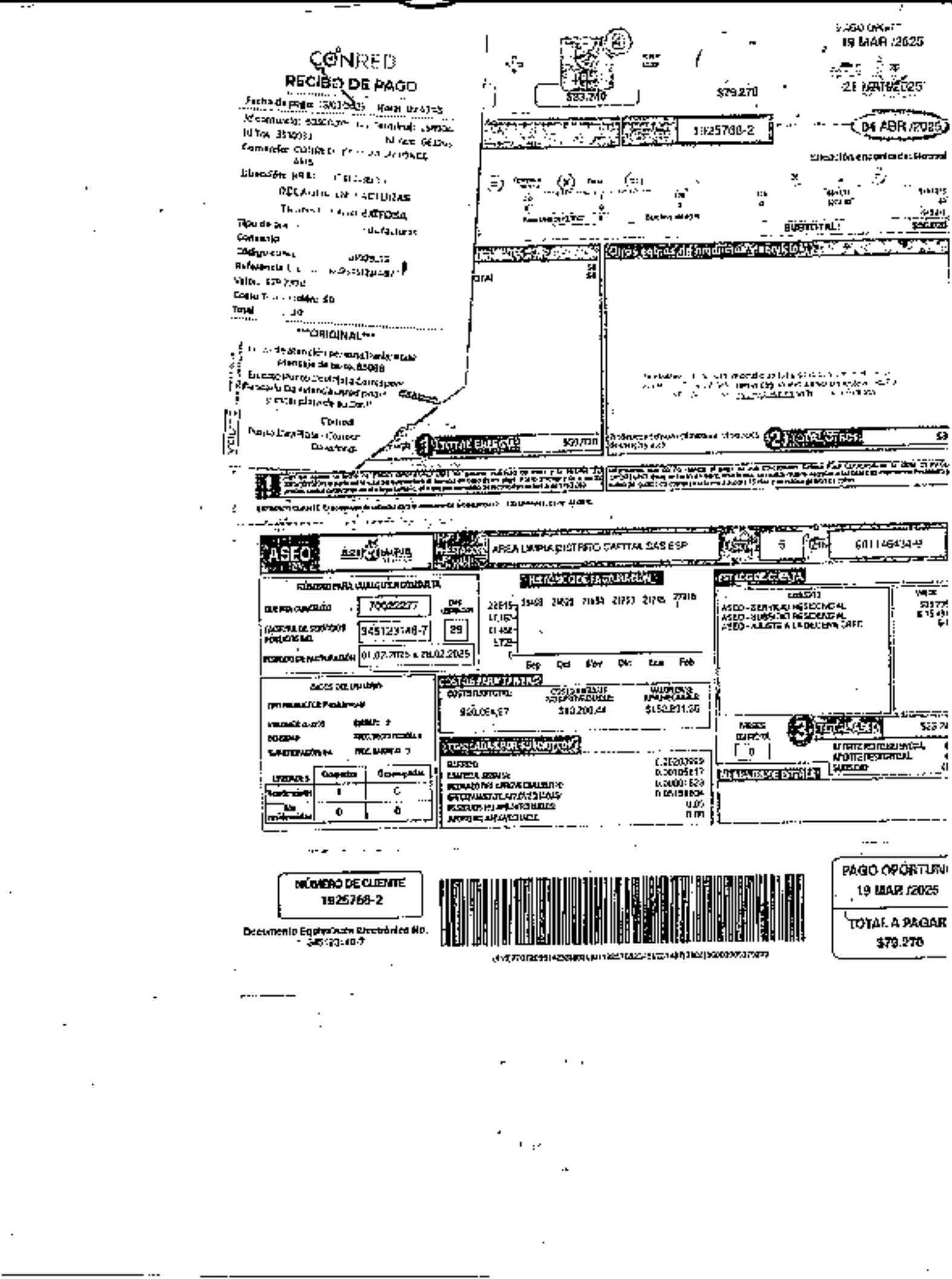
CONTÁCTANOS

PUNTOS DE ATENCIÓN Y ASEO

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

CONRED

RECIBO DE PAGO



$83.270

$79.270

19 MAR /2025

25 MAR/2025

04 ABR /2025

1925768-2

ORIGINAL

ASEO

ASEO CAPITAL

AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL SAS ESP

6011464342

PÁGUESE PARA CUALQUIER BANCO O EN EFECTIVO

70022277

3451239748-7

29

01.02.2025 a 28.02.2025

Sep Oct Nov Dic Ene Feb

ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL
ASEO - AJUSTE A LA DECENA CAPT.

$79.270

NÚMERO DE CLIENTE
1925768-2

Documento Equivalente Electrónico No.
3451239748-7

PAGO OPORTUNO
19 MAR /2025

TOTAL A PAGAR
$79.270

HISTORIA CLINICA
HC-989E40

9002560017251D9

SEDE 2 Bosque

CURSO 1ST-4

LUGAR DE LA TOMA

TIPO DE TENEDOR: CHC ___ REC ___ CES ___ MILPAS ___ LOMA PARA X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Valkiria

APODO: Blanco Negro

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: mestizo EDAD: 1 AÑO PESO: 2,5 Kg RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

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

AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___ OTRO ___

EVIDENCIA DE ANIMAL DE ENTRENAMIENTO: SI ___ NO X

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: AUSTIN ___ CROMO ___ COLGANTE X MICRO ___ OTRO ___

CONDICIÓN: NORMAL ___ AGRESIVO ___ CONFIADO ___ ASUSTADO ___ AGRESIVO ___ PERRO DE GUARDA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yineth Garzon Ojeda

DIRECCIÓN: CL 143B No. 141A 22 Pi 2

TELEFONO: 3245866597

CEDULA: 52316729

EDAD: 42

NACIONALIDAD: Colombiana

CORREO ELECTRONICO: 3245866597@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller

TIPO DE TENENCIA: PROPIA X ARRIENDO ___ FAMILIAR ___

TIENE MASCOTA DISCAPACITADO: SI ___ NO X CUAL ___

BARRIO: Sabana de Tibabuyes

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

APTO PARA CIRUGIA: SI X NO ___

U.T. CELO: Febrero/25

ULT. DESPARASITACIÓN: No Reporta

ULT. VACUNACIÓN: CANINO: Parvo Rabia FELINO: TRIPLE FELINA

RESTRICCIÓN: TRIPLE FELINA LEUCEMIA PARVO

TRIPLE FELINA: PARVO RABIA

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREANESTÉSICAS

F. CARDIACA: 163 Lpm F. RESPIRATORIA: 34 rpm TEMPERATURA: 38,1 °C TLLC: 2 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	KETAMINA	0,125 mL	5 mg/Kg IM
	XILACINA	0,25 mL	5 mg/Kg IV ☐ 10 mg/Kg IM ☒
	MIDAZOLAM	___ mL	0,1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,875 mL	2 mg/Kg IV
POST OPERATORIO	BENCILINA G.B.A.	0,175 mL	17.000 UI/Kg SC
	MELOXICAM	0,025 mL	0,2 mg/Kg SC

SIGNOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de X propietario/a o acudiente, declaro que he sido informado/a sobre el procedimiento quirúrgico y anestésico que se le realizará a mi mascota en la Clínica Veterinaria Orquídeas y autorizo la realización del mismo. ACEPTACIÓN X

RETIRO ___ para la realización del procedimiento en mi ausencia.

NOMBRE DEL MÉDICO VETERINARIO: Mónica Vázquez Milán
TARJETA PROFESIONAL: Médica Veterinaria TP-11804

FIRMA

NOMBRE DEL/LA ANESTESIÓLOGO: Yennifer Gutiérrez Nomesque
TARJETA PROFESIONAL: Médica Veterinaria - Zootecnista TP-33358

FIRMA

	HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA CANINA Y FELINA CONSENTIMIENTO	BOGOTÁ

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

Estando yo en mi sano juicio y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el marco de la estrategia misional de compañía. Declaro que el cuidador he sido informado, 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 acerca del procedimiento de implantación del microchip y se aclaran los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden extender en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección causada por el uso posterior de: lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, durante los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al personal 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 de realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía [Incluidos NO los cubre el programa] Anteriormente se me han explicado y entendido, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y renuncio a cualquier reclamo, exonerando de cualquier responsabilidad a Impecables y al equipo médico que realice el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual ha sido informado, he comprendido y aceptado.

En consecuencia, 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 las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución pertinentes 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, exonero a la Alcaldía Local de Suba, Impecables y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio de cualquier tipo de riesgo que pueda suceder.

Firma del Responsable/Tenedor:	Fecha de Identificación:
Yineth Gaitan Ogola	1.53.16.729.810

Yo, _____ identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía [esterilización y castración] de mi animal de compañía.
RAZONES:

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Salon Comunal Gaitana	21-04-25	10 am

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA

CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 52.315.729

GARZON OYOLA

NIRETH





FECHA DE NACIMIENTO 23-JUL-1972

NATAGAIMA

(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 m ESTATURA A+ G.S. (R.H.) F SEXO

07-AGO-1990 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

FIRMA AUTORIZADA



enel | Bogotá

1925768-2

JOAQUIN BONILLA
CL 145 B NO 141 A 22 P 2
RAINCO BLANCO
BOGOTA, D.C. - SABANA DE TIBABUYES

¡LLEGÓ A TU CASA!

TU PRÉSTAMO DE HASTA

$12.000.000

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

AREA NACIONAL DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA CANINA Y FELINA

PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL

CONSULTORIO CLÍNICO VETERINARIO

ESPECIE: Canino

HISTORIA CLÍNICA

HC-999-3-0

ADOPCIÓN

900260001732716

FECHA: 3-04-25

CÓDIGO: PET-3

LUGAR DE LA ADOPCIÓN:

TIPO DE ATENCIÓN: CHC ___ RIC ___ EPS ___ PRIVADA ___ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Laika

COLOR: Negro

ESPECIE: LOBO ___ PERRO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Mestizo EDAD: 7 meses PESO: 3,3 Kg RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

¿DURANTE LA VALORACIÓN SE PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO? SI ___ NO X

AGRESIVO ___ MIEDO ___ ANSIOSO ___

OTRO: ___

EVIDENCIA DE ABANDONO MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: CASERA ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___

ORIGEN: NACIDO ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO X REGALADO ___ MADRE DE CAMADA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Johan Sebastian Macias Martinez

DIRECCIÓN: CL 19A 10B 6 00 DZ

TELÉFONO: 3187520297

CÉDULA: 1019061492

EDAD: 21 X

NACIONALIDAD: Colombiano

CORREO ELECTRÓNICO: johanmm520@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Tecnico

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA X ARRIENDO ___ FAMILIAR ___

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X ¿CUÁL?

BARRIO: Villa Maria

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

APTO PARA CIRUGÍA: SÍ X NO

ULT. CELO: Mar 25

ULT. DESPARASITACIÓN: Feb 25

ULT. VACUNACIÓN: RABIA X CANINOS PARVO: X

TRIPLE FELINA: ___ TRIVALENTE: ___

PERROS: TRIPLE FELINA: Mar 25 CANINOS: ___

PARAVOVIRUS Y BORDETELLA: ___

RABIA: Marzo 25

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE INFLAMACIÓN APARENTE: SI ___ NO X

MUCOSAS O ESTRUCTURAS AFECTADAS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: I X II ___ III ___ IV ___ V ___ VI ___ E ___

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS/EQUILIBRIO ÁCIDO

F. CARDIACA: 168 l/m

F. RESPIRATORIA: 31 r/m

TEMPERATURA: 38,5 °C

TLC: 1 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

PASE DE PREDOMINIO	MEDICACIÓN		DOSIS/VÍAS/VALORES
PREANESTESIA	XILACINA	0,165 mL	1 mg/Kg IM
	KETAMINA	0,33 mL	5 mg/Kg IV ☐ 10 mg/Kg IM ☑
	MIDAZOLAM	___ mL	0,1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1,155 mL	3 mg/Kg IV
POSTOPERATORIO	KETOROLACO S.S.A.	0,231 mL	22.000 UI/Kg IM
	MELOXICAM	0,033 mL	0,1 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

Yo Cédula de Ciudadanía, declaro que he leído el documento con el fin de haber brindado el consentimiento informado, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y especificamente los riesgos relacionados con la cirugía (incluyendo la posibilidad de muerte), aclarando mis dudas de manera libre y voluntaria su ACEPTACIÓN X RECHAZO ___ a que le realicen el procedimiento con mi mascota.

NOMBRE(S) Y APELLIDOS MÉDICO VETERINARIO: Mónica Vazquez Millán

TARJETA PROFESIONAL: Médica Veterinaria TP. 11804

FIRMA: MVC

NOMBRE DE LA AUXILIAR DE CIRUGÍA: Yennifer Gutiérrez Hornesque

TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358

FIRMA: YG

	[illegible] [illegible]	BOGOTÁ SALUD

7. 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 Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la intervención, 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 los posibles riesgos que se pueden presentar. Se hace 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/o 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 realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa). Así mismo me han sido explicados y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por ello asumo toda la responsabilidad de la cirugía y de su efecto sin contravención alguna, exonerando de toda responsabilidad a la entidad y al equipo médico que realiza el procedimiento. 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 impecablemente 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, exonerando a la Alcaldía Local de Bogotá, empresas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor	No. de Identificación:
[illegible]	1019061912

Yo, ______________________________ identificado con CC. No. ________________ en pleno y normal uso de mis facultades mentales, me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización o castración) de mi animal de compañía.

RAZÓN:

____

____

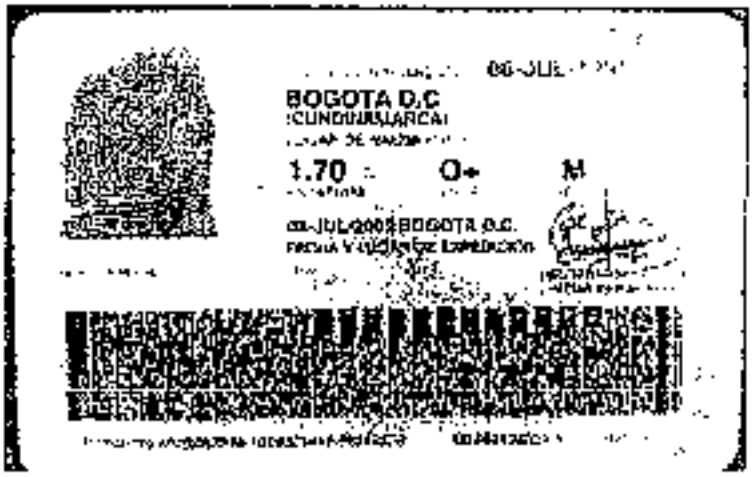
Nombre del Responsable/Tenedor: No. Identificación:	Firma:

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Salon Comunal Gaitana	FECHA: 21-04-25	HORA: 10 am

OBSERVACIONES:


IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.019.061.412
JOHAN SEBASTIAN


BOGOTA D.C
1.70
O+
M

Marzo 2025

Referencia de pago 61347765

Vanti

Fechas importantes

1 Pago oportuno 07 Abr. 2025 — 2 Fecha de suspensión 09 Abr. 2025 — 3 Periodo facturado Feb. - Mar. 2025 — 4. Emisión de su factura 20 Mar. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario ($)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	5MO	3.135,1	0,20	47.026,85
MENOS SUBSIDIO -(15%)	10M	-10.582,6	0,20	-10.582,41
AJUSTE DECENA	10M	-4,24	0,20	-4,76

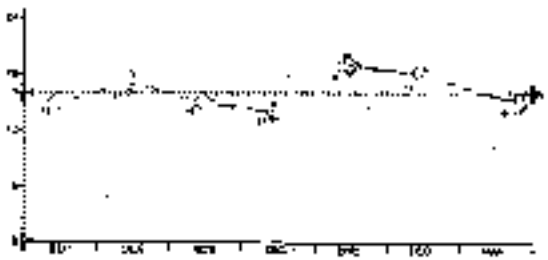
1 Total $28.330,00

Tus financiaciones

Tasa de Interés/Concepto	Cuota Nº	Capital A	Interes B	Saldo Cuota

2 Total $0,00

Tus últimas consumos



Datos de medición

Uso:Residencial Estrato/Con. Dos Días de consumo 29

Fecha	Lectura	Tipo
19 Feb. 2025	5078	REAL
18 Mar. 2025	5058	REAL

m³ consumidos 5094 - 5079 * Factor de corrección 15

Tu próxima lectura será Entre 13 y el 18 de Abril

Novedades de tu factura

Deuda $ 2829,01

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $70.254

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

29 Sep. 2029

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

Estrato del mes que este más alto es: $2026

Dic. $2332 Ene. $2460 Feb. $2378

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

Componentes tarifarios

Descripción Tm $2.8 Dm $2.0 Cm $0

Pr $2.5 Dcm $0 GdM $0 Ccm $0

Ccm $0 Pcm $2.8 GdM $0 Pcm $1.7

Cargo fijo mensual de $1.000 (no Aplica) $17

Cargo por conexión de $1.000 (no Aplica) $160.000

Factor de corrección

Vm 18 Xm 0.72887 Xk 1.0625 Pc 1.1707

Vc 15 Tm 1403 Tk 553 Pc 1.3000

Pm 5751 Dm Diario Pk 0.25

Factor de corrección promedio

Indicadores de calidad

DUFE 0.03 DES 0.1 IRC 100.0 IRP 100.0



Valor facturas vencidas

$0,00

Total a pagar 1+2+3

$28.330,00

Pague por

Escanee el código QR

(415)7709998020250802(8020)61347765(3900)000000028330

Vigilado Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios
Vanti S.A. E.S.P.
www.vanti.com
Línea de atención 018000 919 919
Fecha No. F1552025010141
A0238 F
C1

Por favor doble y rasga para abrir la factura

Recibirás con tiempo **tu factura** de manera digital

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

Comunica:

Evita fraudes en línea al pagar tu factura.
Ingresa siempre digitando:

www.grupovanti.com

Tu factura la emite Vanti S.A. ESP. Gas Natural Comercializadora S.A. ESP, Cálidda S.A. ESP, Gasoccidente S.A. ESP

Mundo digital Vanti

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

Pagos electrónicos en otras entidades

Débito PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

*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 SAI*
Banco GNB Sudameris

Oficinas Supergiros
Matrix, Juegos Éxito

*El cambio 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: **01 8000 919 052** Móvil: **164**

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

¡Hola!

ROSMAY MARTINEZ
CL 137A 30B 6 00302 - VILLA MARIA
BOGOTA

vanti
Más tiempo de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No 6037101-10022

Lote: P14GN1 Ruta: 331 4802655700005001 Codigo del Sector: 332

Cuenta o referencia de pago 61347765

vanti Listo

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



Si tu Revisión Periódica Obligatoria de Gas se vence entre julio y diciembre de 2025

¡Agenda ahora y comienza a pagar en el recibo del bimestral!



Si te certificas en el mes de abril, mayo o junio,

¡Participa en el sorteo de una de las 4 motos 0 km!

Escanea el código QR para agendar tu Revisión

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

Atención telefónica
Lunes a viernes 7 a.m. a 6 p.m.
Sábado 7 a.m. a 3 p.m.

Línea gratuita 01 8000 943 794
Bogotá (601) 307 8121
Resto país (607) 605 4755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4160

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 doble y rasga para abrir la factura

La información contenida en esta factura es de carácter personal y confidencial. Cualquier uso no autorizado de la misma será sancionado de acuerdo con la normatividad vigente. Si encuentra esta factura en un lugar público, por favor entréguela a su dueño o destrúyala.

HISTORIA CLÍNICA
HC-9918-9

MACROCHIP: 900256001725107

FECHA: 3-04-25

CÓDIGO

LUGAR DE LA JORNADA

ESTADO TENEDOR: CUC ___ AEC ___ CES ___ RELPAS ___ CUIDADOR X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Ariel

COLOR: Negro blanco Amarillo

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: Mestizo | EDAD: 7 meses | PESO: 3,2 Kg | PRUEBA DE EMBARAZO FEMENINO: SI ___ NO X

¿DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTÓ ALTERACIÓN?: CONFINAMIENTO: SI ___ NO X

AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___ OTRO(S) ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: HUMANA ___ CASERA ___ CONCENTRADO X MIXTA ___ OTRO ___

ORIGEN: HUMANA ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO X REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Johan Sebastian Macias Martinez

DIRECCIÓN: CL 139A 108 B 00102

TELEFONO: 3187520257

CÉDULA: 1019061912

EDAD: X

NACIONALIDAD: Colombiano

CORREO ELECTRÓNICO: jsmartinez520@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Tecnico

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA X ARRENDO ___ PRESTADA ___

¿TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X ¿CUAL?

BARRIO: Villa Maria

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71

3. EXAMEN CLÍNICO

Buen estado de Salud

APTO PARA CIRUGÍA: SI ___ NO ___

ÚLT. CELO: Marz 25

ÚLT. DESPARASITACIÓN: Feb 24-25

ÚLT. VACUNACIÓN: ANUAL ___ CANINO PARVO: ___ TRIPLE FELINA: ___ RABIA: Marzo 25

TRIPLE: ___ RENOVALENTE: ___ FAMILIAR CUADRUPLE Y BORDETELLA: ___

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMA O ESTRUCTURAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: I II III IV V VI

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

4. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 163 lpm | F. RESPIRATORIA: 32 rpm | TEMPERATURA: 38,5 °C | TLLC: 1 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIÓN(S): Ninguna

5. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,16 mL	1 mg/Kg IM
	KETAMINA	0,32 mL	5 mg/Kg IV ☐ 10 mg/Kg IM ☒
	MIDAZOLAM	___ mL	0,1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1,12 mL	2 mg/Kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G.C.A.	0,224 mL	37.000 UI/Kg IM
	MELOXICAM	0,032 mL	0,2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cónyuge o Acudiente) Madre del paciente, he sido informado(a) de manera clara y suficiente sobre el procedimiento quirúrgico que se le realizará a mi mascota, los riesgos anestésicos asociados, los beneficios esperados y posibles complicaciones. Entiendo que ningún procedimiento médico está exento de riesgos y voluntariamente doy mi ACEPTACIÓN AL PROCEDIMIENTO ___ para la realización del procedimiento con base en la información suministrada.

NOMBRE(S) DEL(OS) MVC(S) RESPONSABLE(S): Mónica V. Vázquez Milán
Médica Veterinaria
TP. 11804

FIRMA: MVV

TARJETA PROFESIONAL

MONITOR DEL RIV ANESTESIOLOGO:

TARJETA PROFESIONAL: Yennifer Gutiérrez Nomesque
Médico Veterinario - Zootecnista
TP. 33358

FIRMA: 46

HISTORIA CLINICA VETERINARIA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual autorizo realizar mi animal de compañía. Deseo que el veterinario tratante me informe de riesgos durante la cirugía como son paro respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones metabólicas e incluso la muerte.

Adicional a manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclaran los riesgos que se pueden presentar. Se resalta énfasis que durante la implantación del microchip puede generar ningún reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de aplicación, además de posible infección en el sitio por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antiinflamatorios, baños antes y antes cumplidas que haben y/o confirmación como, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

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

Adicionalmente, ACEPTO _X_ o RECHAZO _____, la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en totalidad la responsabilidad de la cirugía y no derecho a contravención alguna; exonerando de toda responsabilidad a terceros así y el equipo médico que realice el procedimiento. También entiendo que estas complicaciones son inusuales, pero probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual ha sido informado, lo comprendido y aceptado.

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

En calidad de propietario responsable del paciente, AUTORIZO al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar 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 cuidados que sean necesarios para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como propietario 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Interventoría y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier procedimiento que pueda suceder.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Sebastian Ayala	1016051412

Yo, _____ identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me RESTRUCTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (retiro total o parcial de testículos y cubierta) de mi animal de compañía, RAZON.

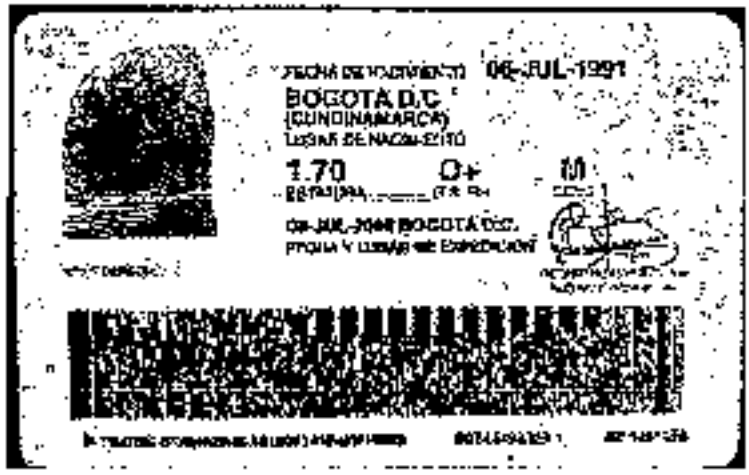
Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Num. Identificación:	

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Salon Comunal Gaitana | FECHA: 21-04-25 | HORA: 10 am

INSTRUCCIONES:


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
1.019.061.412
MACIAS MARTINEZ
JOHAN SEBASTIAN


06-JUL-1991
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
1.70
O+
M

Marzo 2025

Número referencia de pago 61347765

Vanti

Fechas importantes

1 Pago oportuno 07 Abr. 2025

2 Fecha de suspensión 08 Abr. 2025

3 Periodo facturado Feb. - Mar. 2025

4 Emisión de tu factura 20 Mar. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad/Unidad (A)	Valor unitario ($)	IVA (%)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	1543	5.109,11	0,00	47.226,05
APORTE SUBSIDIO (41%)	UN	-15.192,41	0,00	-19.502,41
AJUSTE DECENA	UN	-4,24	0,00	-4,24

1 Total $28.330,00

Tus financiaciones

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

2 Total $0,00

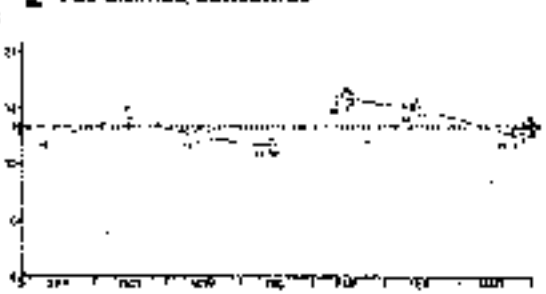
3 Valor facturas vencidas $0,00

Total a pagar 1+2+3 $28.330,00

Pague por

Escanee el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial	Estrato/Com,Ofic,Dep	Clase de consumo SS
Fecha	Lectura	Tipo
18 Feb. 2025	5075	REAL
18 Mar. 2025	5084	REAL

m³ facturados = 5084 - 5075 Factor de corrección = 15

Tu próxima lectura será Entre 13 y el 18 de Abril

Novedades de tu factura

Cuota $ 5075 b:

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $70.239

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

29 Sep. 2029

La revisión de tu(s) equipo(s) receptor(es) de gas combustible(s) y de tu(s) artefacto(s) conectado(s) a la red interna de gas combustible, debe realizarse antes de la fecha indicada. Resolución 41 de 2013 - CREG

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de este mes es de $2620

Dic $2392 Ene. $2480 Feb. $2571

Tarifa vigente con la Resolución de Precios y Tarifas (CREG).

Componentes tarifarios

Precio gas Tar. $2571 Dto. ($2.22) Cm. 3.8

PI 15.35 Com. 0.0 Calor Dep. Comp. 0.0

Com. 0.0 Pérdidas 42.6% Calor. 0.0 Distribución 0.0

Valor % subsidio en el m³ de gas consumido: 41%

Valor del subsidio en el m³ facturado: $1.064,83

Factor de corrección

Vol. (f) Pcs. (Mcal/m³) Kf Tf Pf

Vol. (f) Tm. 14.73 Tc. 15.56 Pc. 0.0000

Pm. 0.751 Pm. 0.7231 Pf (m) 1.0

Factor de corrección (f/m)

Indicadores de calidad

PCS: 1000 DIS: 0.0 D: 1.56 PM: 0.0

(415)7709998026025(8020)61347765(3900)0000000028330

Factura No. F1582XXXXXXX

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



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

Comunica:

Evita fraudes en línea al pagar tu factura.
Ingresa siempre digitando:

www.grupovanti.com

Prestación a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Comprimido S.A. ESP, Gasoriente S.A. ESP, Gasnorte S.A. ESP

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Baloto · Bancolombia · BBVA · Davivienda · GNB Sudameris · Bancolombia · Banco de Bogotá · Banco Popular · Banco Caja Social · Nequi · Efecty · Su Red · Davivienda · Apoyo Red · dale!

Recuerda que puedes pagar las facturas de gas vencidas emitidas en este sitio tu tendero/a

Efectivo para pagar la factura

*Permite cuotificar durante tu vigencia o dólar corriente.

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Sistecrédito Cuspuria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red EAFIT
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies:
Makro, Jumbo, Éxito

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

Eficiencia energética

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

Línea telefónica solo para emergencias
Atendida todos los días las 24 horas
Fija: 01 8000 919 052 Móvil: 164

Atención presencial:
Ingresa a www.grupovanti.com y revisa los puntos para agendar tu cita.

Si tienes alguna inquietud sobre el cobro de tu factura, comunícate con nosotros a través de nuestros canales de atención. Si no estás de acuerdo con la respuesta, puedes acudir ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha en la que recibiste la respuesta. Si no estás de acuerdo con la respuesta, puedes acudir ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha en la que recibiste la respuesta.

Por favor doble y rasgue para abrir la factura

¡Hola!

ROSMAY MARTINEZ
CL 137A 10B 6 00102 - VILLA MARIA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 6037101-10022

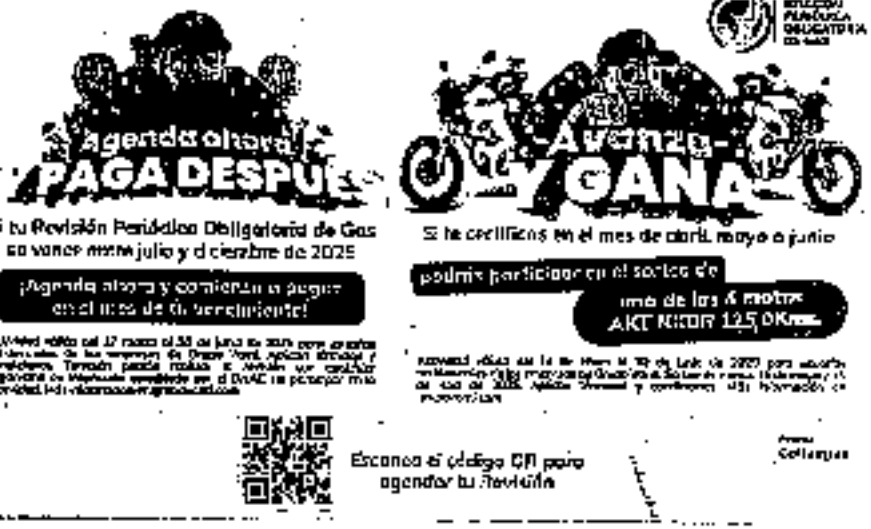
Lote: P143N Ruta: 0011400205570035000 Código del Sector: 332

Cuenta o referencia de pago **61347765**

vanti Listo

Compra, reserva, calcula y mucho más, a través de tu factura

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



Escanea el código QR para agendar tu Revisión

Comunícate con nosotros y solucionamos 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 7501 307 8121
Bucaramanga 607 7085 4755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4160

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

Recuerda que puedes acogerte a lo establecido para usuarios de acuerdo a la Ley 2300 de 2023

Por favor doble y rasgue para abrir la factura

ALCALDÍA LOCAL DE USAQUÉN
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CON CONDICIÓN POSITIVA PARA LA VIDA

UPS
990000013803019

HISTORIA CLÍNICA No.: HC-PPR-E-C

FECHA: 3 Abril 25

CÓDIGO CEF-4

LUGAR DE LA CIRUGÍA:

TIPO DE TENEDOR: CIC ___ AEC ___ CES ___ MEDIAS TRANSITORIAS ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Julieta

COLOR: Atigrado

PERFIL: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: mestizo EDAD: 2 años PESO: 2,8 kg RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

¿PRESENTA LA VACUNACIÓN ALTERACIONES COMPORTAMENTALES: SI ___ NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___ OTRO: ___

PRESENTA DE ANTEMANO: SI ___ NO X

TIPO DE ANESTESIA: INHALATORIA ___ CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___

CONSENTIR: VISUAL ___ RESCATADO X CONFISCADO ___ ADOPTADO ___ RELOCALIZADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TUTOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Linda Aura Jimenez Niño

DIRECCIÓN: CL 138B No 12A 32

TELÉFONO: 3118143028

CÉDULA: 52395516

EDAD: ___ X

NACIONALIDAD: Colombiana

CORREO ELECTRÓNICO: paramoraaura@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APARTADO ___ CAMPESINA X

VIVE ACTUALMENTE EN ESTA DIRECCIÓN: SI ___ NO X ¿CUÁL?

BARRIO: La Gaitana

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71

3. EXAMEN FÍSICO

Buen estado de salud

APTO PARA CIRUGÍA: SI ☐ NO ☐

U.S.E. EFEC: NO Reporta

REC. DE PARASITACIÓN: NO Reporta

ULT. VACUNACIÓN: RABIA (Fecha) NO SABE/NO RECUERDA

TRIPLE FELINA: (Fecha) NO SABE/NO RECUERDA

FECHA DE TRIPLE FELINA: ___ / ___ / ___

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CASO QUIRÚRGICO: ① II III IV V VI

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 164 l/m

F. RESPIRATORIA: 32 r/m

TEMPERATURA: 38,7 °C

TLLC: 1" seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.14 ml	1 mg/Kg IM
	KETAMINA	0.28 ml	5 mg/Kg IV ☐ 10 mg/Kg IM ☒
	MIDAZOLAM	— ml	0.1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.98 ml	2 mg/Kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G.B.A.	0.196 ml	17.000 UI/Kg IM
	MELOXICAM	0.029 ml	0.2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cargo) Médico Veterinario, acepto este documento como constancia de haber brindado el procedimiento quirúrgico y perioperatorio descritos en la Historia Clínica, que ha sido diligenciada de manera libre y voluntaria. ACEPTACIÓN X
RECHAZO ___ con la explicación entregada al propietario o cuidador.

NOMBRE(S) APELLIDOS/RAZÓN SOCIAL: TARJETA PROFESIONAL	Médica Veterinaria TP. 11804	FIRMA
NOMBRE DEL ANESTESIÓLOGO: TARJETA PROFESIONAL	Yennifer Gutiérrez Nemesqua Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33356	FIRMA

	[illegible]	[illegible]

2. 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 de Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual he identificado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la intervención, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como: paro respiratorio o cardíaco, hemorragia, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas o incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y concisa la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se informó los riesgos que se pueden presentar. Se me ha informado que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, que manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por un mal manejo de las lesiones. Infección, dolor, aplicación de antibióticos. Debo tener en otras cuestiones que limitar y contar con la cartilla dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, dar el ingreso 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 realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía [los cuales NO los cubre el programa] Anteriormente se me han explicado y entendido todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y del riesgo a contraer anestesia o guía, exonerando de toda responsabilidad a Impecosas y al equipo médico que realice el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, la cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En conformidad, 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 Auxiliar para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO
Me comprometo a seguir rigurosamente 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 todos los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o imprudencia en mis manipulaciones con mi animal de compañía, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impecosas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio de cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Propietario/Tenedor: [signature]	No de Identificación: 52 395 576

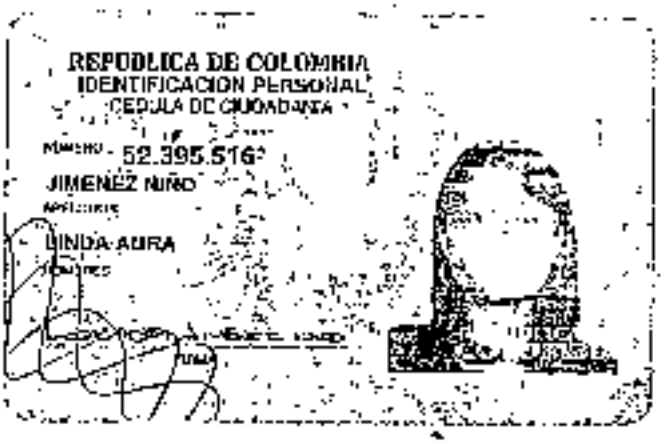
Yo. _____ Identificado con CC, No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Núm. Identificación:	

3. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

Lugar: Salón Comunal Gaitana	FECHA: 21-04-25	HORA: 10 a.m.

Observaciones:


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 52.395.516
JIMENEZ NIÑO
LINDA AURA

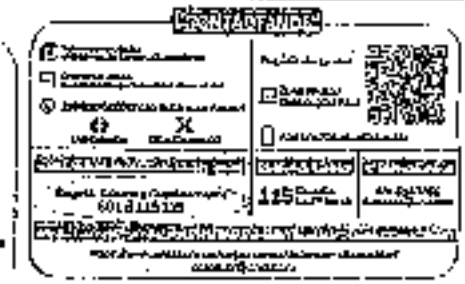

FECHA DE NACIMIENTO 13-MAY-1979
BOGOTA D.C.
1.56 A+ F
25-AGO-1997 BOGOTA D.C.

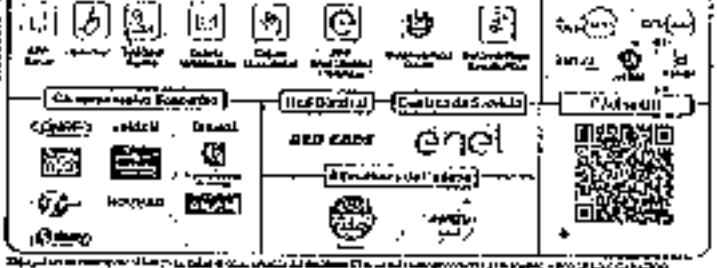
MARIA MERCEDES NIO DE JIMENEZ
CL 128 B NO 25 A 32
BOGOTA, D.C. - LA CAMPIÑA



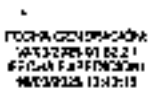


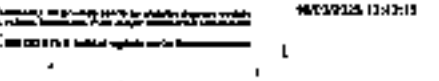






















0737203-2

04 ABR /2025

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

SUBTOTAL $37,740

Ajustes a decena

SUBTOTAL $0

$31.750

$0

AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL SAS ESP

5

SC1148434-9

ASEO - BARRIDO TRADICIONAL	$27,454
ASEO - SUELDO RESIDENCIAL	$ 10,286
ASEO - AJUSTE A LA DECENA CICLO	$ 2
ASEO - BARRIDO POR HORA	$77

$40.500

APORTE SOLIDARIDAD 0%

APORTE CONTRIBUTIVO 0%

	Ocupados	Desocupados
Trimestre vencido	2	0
Trimestre anterior	0	0

	0.00283093
	0.00105017
	0.00363629
	0.00154609
	0.00
	0.00

NÚMERO DE CLIENTE
0737203-2

Documento Equivalente Electrónico No. 345855815-0

PAGO OPORTUNO
19 MAR /2025

TOTAL A PAGAR
$78.250

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN CANINA
CENTRO DE ATENCIÓN Y ESTERILIZACIÓN ANIMAL - CAEA
DIRECCIÓN: CL 73 No 104 - 20
TELÉFONO: 3133693

HISTORIA CLÍNICA: HC-999-ED
MUNICIPIO: 99000013803007
FECHA: 3-04-25
CÓDIGO EST: 12

LUGAR DE LA CIRUGÍA:
TIPO DE TENEDOR: CIT ___ RET ___ CES ___ FELINAS ___ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Milagros
COLOR: Atigrado
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___
RAZA: Mestizo
EDAD: 2 AÑOS
PESO: 3,2 Kg
RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X
DURANTE LA VACUNACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___
OTROS: ___
EX-DISCIPLINA APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X
TIPO DE ALIMENTACIÓN: BARF
CASERO ___ CONCENTRADO ___ MIXTO 4
OTRO ___
ORIGEN: MUNA ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO X PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jeimmy Mireya Trujillo Garcia
DIRECCIÓN: CL 136A No 126A 46
TELÉFONO: 3123393479
CÉDULA: 1026260656
USO: M ___ F X
NACIONALIDAD: Colombiana
CORREO ELECTRÓNICO: 3123393479@Smcoco.com
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller
TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRENDADO X FAMILIAR ___
TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X CUAL?
BARRIO: La Gaitana
ESTRATO: 2
N° ANIMALES: 1
RECIBIERON TUTELA: ___
EPS: 71

Buen estado de salud

AUTORIZA CIRUGÍA: SI X NO ___

ULT. DOSIS: Febrero/25
ULT. DESPARASITACIÓN: No Reporta.
U.C. VACUNACIÓN (MES/AÑO): ___ CANINOS PARVO: ___ FELV/FIV: ___ FELINOS TRIPLE FELINA: ___
TR PLE: ___ PENTAVALENTE: ___ RABIA: Feb/25

4. EXAMEN CLÍNICO

FALLAS DE ESTERILIZACIÓN ANTERIOR: SI ___ NO X
SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno
FALLAS DE VOLUNTARIOS: Ninguna
CLASIFICACIÓN ASA: I II III IV V VI
CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES BIOLÓGICAS PRE-QUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 169 lpm
F. RESPIRATORIA: 35 rpm
TEMPERATURA: 38,3 °C
TRC: 1 seg
MUCOSAS: Rosadas
OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

PASO DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN	DOSIS	DOSIS/VOLUMEN/VÍA/CANT
PREANESTESIA	XILAZINA	0.16 ml	1 mg/Kg IM
	METADONA	0.32 ml	5 mg/Kg SC ☐ 10 mg/Kg IM ☒
	MIDAZOLAM	___ ml	0.3 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1.47 ml	2 mg/Kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G S.A.	0.224 ml	40.000 UI/Kg IM
	MELOXICAM	0.032 ml	0.2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

El cuidado de TÚ animal NO ANESTESIADO, DEBE tener este documento para constancia de haber brindado al responsable la educación, información y consejo sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Cirugía (mencionados) y recibir su consentimiento (con la firma), para la realización de nuestra labor y velar por el ACEPTACIÓN ___ K
RECHAZO ___ para la realización del procedimiento que se realizará por quirúrgicos.

NOMBRE DEL MV QUE CERTIFICA: Mónica Vanessa Vásquez Mitaí
TARJETA PROFESIONAL: Médica Veterinaria TP. 11804
FIRMA: MVM

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: Yennifer Gutiérrez Fonseca
TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358
FIRMA: YG

	[illegible]	[illegible]

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será intervenido mi animal de compañía. Declaro que a pesar de la esterilización, entiendo que puedes presentarse riesgos durante la cirugía como los comunes (depresión cardiaca, hemorragias, convulsiones, anafilácticas, complicaciones neurológicas a lo largo de la cirugía.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se advierte los riesgos que se pueden presentar. Se realiza aclaración que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se puedan evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de posición, además de posible infección en el sitio por el uso parte de heridas, pilosos, tatuaje, aplicación de antipulgas, baños secos y otras anotaciones que limiten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a implantar 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 realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Actualmente se me han explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, con esto asumo con totalidad la responsabilidad de la cirugía y no derecho a controversia alguna, exonerando de toda responsabilidad a Impetus SAS y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, de cual ha sido informado, he comprendido y aceptado.

En adelante, he recibido 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 los términos consignados 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 inmediatamente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y cuidados 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 ocasionar por negligencia o imprudencia en la manipulación de mi animal de compañía, eximiendo a la Alcaldía Local de Suba, Impetus SAS y el equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma de Responsable/Tenedor:	Tipo de Identificación:
Jeimmy Murcia Trujillo	1. 1026260656

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

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Num Identificación:	

8. CITA DE RETIRO DE ENSERES

LUGAR: Salón Comunal Gaitana | FECHA: 21-04-25 | HORA: 10:00 am

OBSERVACIONES:

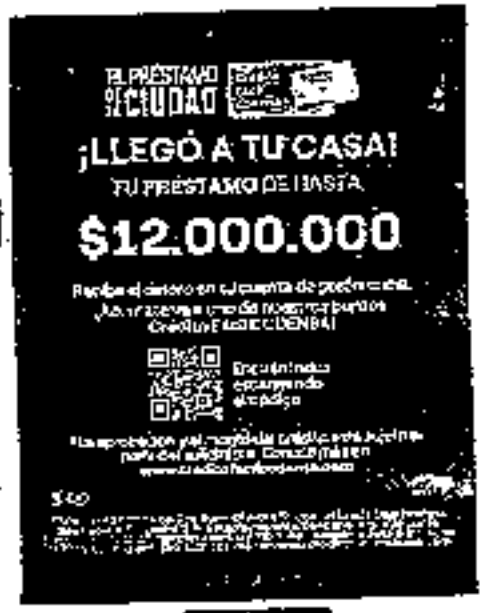

BOGOTA D.C.

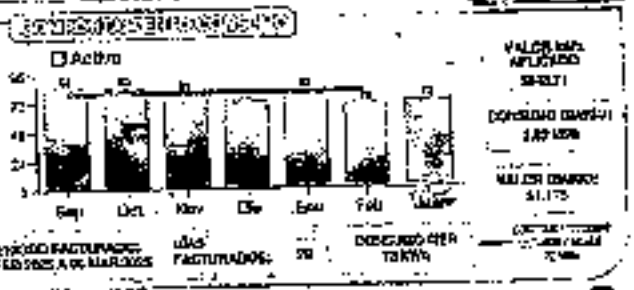

REPUBLICA DE COLOMBIA
026'260.856

enel Bogotá

e736571-4

JOSE REYES RINCON MORENO





INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CONTÁCTANOS

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

$34.080 + Paquete Enel X 60 + $23.240 = $57.320

PAGO OPORTUNO
19 MAR /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN
27 MAR/2025

ENERGÍA | 0736571-4 | 04 ABR /2025

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

SUBTOTAL: $34.080

Otros cobros de productos y servicios

enel X

Total otros: $0

Total: $34.080

ASEO | AGUAS DE BOGOTÁ | AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL SAS ESP | 5 | 5011446434.9

PAGUESE PARA CUALQUIER COMPRADOR

CUENTA CORRIENTE 10306178

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS 345141020 5

PERIODO DE FACTURACIÓN 01/02/2025 a 28/02/2025

CONCEPTO	VALOR
ASEO - BARRIDO Y LIMPIEZA	$28.723
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-15.087
ASEO - LIMPIEZA A LA CALZADA GRATU	$0
ASEO - INTERÉS POR MORA	$0

MESES EN MORA: 0

TOTAL ASEO: $13.245

CONCEPTO	Diagnóstico	Determinación
Facturación	1	0
Re-facturación	0	0

COSTO PARA ESTE	COSTO MÁXIMO NO APROVECHABLE	VALOR MÁXIMO APROVECHABLE
$20.004,97	$13.200,34	$182.831,39

DIARIO	0,000000%
EMPRESA URBANA	0,000000%
FACTURACIÓN APROVECHABLE	0,000000%
FACTURACIÓN APROVECHABLE	0,000000%
RESIDUOS COMERCIALES	0,00
APROVECHAMIENTO TOTAL	0,00

NÚMERO DE CLIENTE
0736571-4

Documento Equivalente Electrónico No. 345141020-5

PAGO OPORTUNO
19 MAR /2025

TOTAL A PAGAR
$57.320

HISTORIA CLÍNICA: HC 999EU

MICROCHIP: 990000013885404

FECHA: 3-04-25

CÓDIGO: EST-4

LUGAR DE LA CONSULTA:

TIPO DE DETENCIÓN: CMC ___ RIC ___ CEE ___ RECIPES ___ CORRECCIONAL X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Freya

APELLIDO: Carey

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: Mestizo | EDAD: 11 meses | PESO: 2,7Kg | RAZA DE RIESGO POTENCIAL: SI ___ NO X

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

AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___ OTRO: ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE ALTERACIÓN: ASEO ___ CANSADO ___ COMPORTADO X MIEDO ___ OTRO ___

DIETA: ADULTO ___ REDUCIDO ___ CONTROL ___ ADULTO X REGULADO ___ PERIODO CRIANZA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Giovanna Melendez Sanchez

DIRECCIÓN: Cl 143 No. 126 02 IN 36 LC 103

TELÉFONO: 3186283696

CÉDULA: 52356278

SEXO: M ___ F X

NACIONALIDAD: Colombiana

CORREO ELECTRÓNICO: giovamelendha@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Profesional

TIPO DE VIVIENDA: FINCA ___ APARTAMENTO X MANZANA ___

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X CUÁL: ___

BARRIO: Sabana de Tibabuyes

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

APTO PARA CIRUGÍA: SI X NO ___

ULT. CELO: Marzo 25

ULT. DESPARASITACIÓN: Marzo 25

ULT. VACUNACIÓN: M/T/P ___ CANINO ___ FELINO ___ | REFUERZO TRIPLE FELINA: / | REFUERZO LEPTO: / | RABIA: Feb 25 | TRIPLE: ___ PENTAVALENTE: ___ PARVOVIRUS Y BORDETELLA: ___

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CALIFICACIÓN: (I) II III IV V VI VII | CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PRE QUIRÚRGICAS

FC: CARDIACA: 164 x/m	F. RESPIRATORIA: 33 x/m	TEMPERATURA: 38,5 °C	PLC: 1 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

BASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.135 mL	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0.27 ml	4 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☒
	MIDAZOLAM	— ml	0,1 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.945 mL	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G.S.A.	0.189 mL	17.000 UI/kg IM
	METOCERAM	0.027 mL	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS RELEVANTES: Ninguno

En calidad de (Dueño y/o Responsable) acepto en este momento como constancia de haber sido debidamente informado, entendido completa y suficientemente sobre el procedimiento quirúrgico a realizar, los riesgos relacionados con la Cirugía, la técnica quirúrgica, opción de anestesia y voluntariamente. ACEPTACIÓN X

RECHAZO ___, para la realización del procedimiento con base en la información suministrada.

NOMBRE Y FIRMA DEL MVC RESPONSABLE: Mónica Velásquez Millán
Médica Veterinaria
TP. 11804

TARJETA PROFESIONAL: ___

FIRMA: MVM

NOMBRE DEL MV ASISTENTE/AUXILIAR: Yennifer Gutiérrez Romero
Médico Veterinario - Zootec
TP. 33358

FIRMA: 46

	[illegible]	[illegible]

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y comprendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será sometido mi animal de compañía. Declaro que al suscribir la autorización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anestésicas, 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 de sobre los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del mismo puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de aplicación, además de posible infección en el área por lo cual posterior se observa, [illegible], lesiones, aplicación de antipulgas, baños secos y otras contenidas que impiden y contaminen la cura, dentro de los 5 días posteriores a la intervención.

De igual manera autorizo al medico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, aportando además el cumplo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además doy consentimiento ACEPTO _X__ o RECHAZO _____ la declaración realizada de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y aclarado, todos los riesgos que genera con el procedimiento, por cuanto no en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y la derecha a consecuencia alguna, exonerando de toda responsabilidad a empresas ssa y al equipo médico quirúrgico del procedimiento. También entendido que existen circunstancias extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En consecuencia, he dado instrucciones claras y veraces sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información suministrada en este documento.

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POSTOPERATORIO

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

Cuido soy responsable del cuidado de mi animal de compañía, después de la intervención asumiré los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, exonerando a la Alcaldía local de Suba, Inspectores ssa y al equipo médico veterinario prestador de servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Giovanna Melendez Sauche	52966232

Yo, _____ identificado con CC No, _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, no AUTORIZO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía [illegible] Esterilización y castración de mi animal de compañía.
RAZON:

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma
Nro. Identificación:	

8. CITA DE INICIO DE JORNADA

Lugar: Salón Comunal Gaitana | FECHA: 21-04-25 | HORA: 10 a.m

OBSERVACIONES:

FECHA DE NACIMIENTO **05-ENE-1977**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

14-AGO-1995 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

A-3702500-00137710-M-0052500-20110214 0137710

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.356.278**
MELENDEZ SANCHEZ
APELLIDOS

GIOVANNA
NOMBRES

FIRMA



enel Bogotá

1559431-9

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 241535566-4

GABRIEL DARIO VELASQUEZ TANGARIFE
CL 143 NO 128 -02 INT 58 LC 103
SAN ANDRES AEROPUERTO III SE
BOGOTA, D.C. - SABANA DE TIBABUYES

Entiende tu factura de energía



Tu consumo actual varió. No fue comparado por tener menos de 12 meses de historial. Continúanos.

DISTRIBUCIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO	Residencial
ESTRATO:	
CARGA INSTALADA:	
FACTOR:	
RUTA REPARTO:	
RUTA LECTURA:	
SUBSIDIO CREG 038/14:	
MEDIDOR No:	
MEDIDOR MG:	

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

Línea de servicio al cliente 116

FECHA GENERACIÓN
FECHA EXPEDICIÓN

HISTORIA CLÍNICA
HC-9998-E-0

PACIENTE: 990000013885419

FECHA: 3-04-25

CONSEC: EST-4

LUGAR DE LA ENTREVISTA:

TIPO DE TENENCIA: CAT__ REC__ DES__ RESCATE__ CONFIANZA X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Kikyo

COLOR: Negro blanco Amarillo

ESPECIE: CANINO__ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO__ RAZA: Mestizo EDAD: 8 meses PESO: 2,16Kg RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X

DIAGNÓSTICO VACUNACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI__ NO X

AGRESIVIDAD__ MIEDO__ ANSIEDAD__ OTRO:

EVIDENCIA DE ABANDONO MALTRATO: SI__ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: RS/HR__ CASERO__ CONCENTRADO X MIXTO__ CUAL:

ORIGEN: HR/RR__ RESCATADO X CEDIDO__ ADOPTADO__ REGALADO__ PERRO DE CUADRA__ OTRO__

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jamie Carolina Rodriguez Bacazeta

DIRECCIÓN: CL 133 152 36

TELEFONO: 3014031424

CIUDAD: 1014185399

SEXO: H__ M X

PROCEDENCIA: Colombiana

CORREO ELECTRÓNICO: Rto.bacazeta@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Tecnico

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA__ ARRIENDO__ FAMILIAR X

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI__ NO X CUAL?

BARRIO: Lisboa

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71

3. ANTECEDENTES

Buen estado de Salud

APTO PARA CIRUGÍA: X SI NO

U.S.U. CEFIS: Horco 25

ANT. DESPARASITACIÓN: N.R

ULT. VACUNACIÓN: RABIA: CANINOS RABIA: FELINOS: TRIPLE: FECHA: REVACUNACIÓN: LEUCEMIA: TRIPLE: PENTAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA: Marco 25

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI__ NO X

SISTEMAS O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: I II III IV V VI E

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 160 l/m F. RESPIRATORIA: 31 r/m TEMPERATURA: 38,9 °c TLLC: 1 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.13 ml	3 mg/Kg IM
	KETAMINA	0.26 mL	5 mg/Kg IV ☐ 10 mg/Kg IM ☒
	MIDAZOLAM	___ ml.	0,3 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.91 ml.	2 mg/Kg IV
POSTOPERATORIO	PENICILINA G.B.	0.182 ml	87.500 UI/Kg IM
	METOCAM	0.026 ml	0,2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

Se realizó de [illegible] procedimiento como consecuencia de [illegible] se me explicaron claramente: Información completa sobre el procedimiento quirúrgico y anestésico, riesgos relacionados con la cirugía/anestesia/procedimiento/[illegible], que he manifestado haber entendido de manera libre y voluntaria. Se ACEPTACIÓN X RECHAZO__ para la realización de [illegible]

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO: Mónica Vc. Azquez Miranda
Médica Veterinaria
TP. 11804

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO: Yennifer Gutierrez Nonesque
Médico Veterinario - Zootecnista
TP. 33355

FIRMA

7. 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 Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será intervenido mi animal de compañía. Declaro que he autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como: paro cardiorrespiratorio, hemorragias, reacciones anestésicas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Asimismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclaran los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible intermitencias por el uso posterior de celulares, laptops, talonarios, 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 veterinario encargado 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.

Asimismo soy consciente y **ACEPTO** _X__ o **RECHAZO** _____ la declinación realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entendido, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumiré mi total responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna, eximiendo de toda responsabilidad a Impecca vet y el equipo médico que realizará el procedimiento. También entiendo que existen situaciones excepcionales, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, le cual ha sido informado, he comprendido y aceptado.

En consecuencia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido atendidas, he leído y comprendido la información contenida 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 compromeo a seguir inmediatamente las recomendaciones y actuar bajo medidas de precaución y cuidados necesarios para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como 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, eximiendo a la Alcaldía local de Suba, Impecca vet y el equipo médico Veterinario prestador de los servicios por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Fecha de Diligenciamiento: 1014 195 599.

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

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nom. Identificación	

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Salon Comunal Gaitana | FECHA: 21-04-25 | HORA: 10 am

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUIP 1.014.186.399
RODRIGUEZ BARAZETA

APELLIDOS
JAISIE CAROLINA

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 13-MAY-1987
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

19-JUN-2005 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN





acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Nohemí Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA:1 CICLO: J1 RUTA: J1133 BIMESTRAL

11010881	11068935912
Cuenta contrato	**Número para pagos**
Núm. de identificación de este predio	Número de esta factura de servicios públicos

Escanéa y descarga el comprobante electrónico equivalente

Período facturado	ENE01/2025	MAR31/2025

Pago oportuno ABR07/2025 Suspensión ABR10/2025

Fecha expedición próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
MAY01/2025	MAR22/2025 04:15:41	MAR22/2025 11:07:29

¡Hola!

Factura a nombre de
LAUREANO PARDO

Dirección del predio
CL 133 152-38

Barrio: LISBOA Localidad: SUBA

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambió
Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.

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 para hacer en línea tu solicitud de servicios al ciudadano y obtener información de los puntos de atención, costo de tu factura y realizar tu pago a través de internet.

cadena

CLÍNICA VETERINARIA

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA

PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL

Con apoyo de la Alcaldía de Bogotá

HISTORIA CLÍNICA No. 9991-0

MICROCHIP: 990000013885417

FECHA: 3 Abril 25

CUERPO CAT - 1

DUEÑO DE LA MASCOTA:

TIPO DE ATENCIÓN: CAT ___ PEC ___ CES ___ BRIGADA ___ COMUNITARIO X

I. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Mía

COLOR: Blanco Atigrado

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: Mestizo | EDAD: 1 AÑO | PESO: 2,6 Kg | PAGA DE MANTENIMIENTO PARTIAL: SI ___ NO X

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

AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___

OTRO: ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: NEVERA ___ CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___

ORIGEN: SALVADO ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO X VIENE DE CUADRA ___ OTRO ___

II. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Diego Fernando Angel Tierradentro

DIRECCIÓN: CL 155B 108 34 D0404

TELÉFONO: 3225171722

CÉDULA: 1030180204

EDAD: ___ AÑOS X

NACIONALIDAD: Colombiana

CORREO ELECTRÓNICO: Diegofatal@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA X ARRIENDO ___ FAMILIAR ___

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X ¿CUÁL?

BARRIO: Villa Maria

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71.

III. ANAMNESIS

Buen estado de salud

APTO PARA CIRUGÍA: SI X NO ___

ÚLT. CELO: Feb/25

ÚLT. DESPARASITACIÓN: NO Reporta

ÚLT. VACUNACIÓN ANUAL: X CANINOS PARVO: PENTAVALENTE: / TRIPLE: TRIVALENTE: / RABIA: / LEUCEMIA: / RENOVANTE: / REFUERZOS: TRIPLE FELINA:

IV. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CALIFICACIÓN CASA: (1) C. DE H. V. M. E. | CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

V. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. FRECUENCIA: 170 LPM | F. RESPIRATORIA: 33 R/M | TEMPERATURA: 39 °C | TLLC: [ ] seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

VI. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,13 mL	3 mg/Kg IM
	KETAMINA	0,26 mL	3 mg/Kg IV ☐ 10 mg/Kg IM ☒
	MIDAZOLAM	— mL	0,1 mg/Kg IM
ANTIINFLAMATORIO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,91 mL	2 mg/Kg IV
POSTOPERATORIO	PENICILINA G.A.	0,182 mL	17.000 UI/Kg IM
	METOCLOPRAM	0,026 mL	0,2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de [Propietario y/o Autorizado], autorizo que [mi mascota] [la mascota bajo mi custodia] sea [sometida] a [esterilización quirúrgica] y reconozco los riesgos relacionados con la [Ovariohisterectomía/Orquiectomía] [esterilización quirúrgica] y [tratamiento farmacológico] quien ha sido informado de manera clara y veraz en el [CONSENTIMIENTO INFORMADO] para la realización del procedimiento por el [Médico Veterinario] Mónica Vanessa Vásquez Milan

NOMBRE(S) DEL(OS) MV OFICIALES: Mónica Vanessa Vásquez Milan
PRIMERA PROFESIONAL: Médica Veterinaria TP. 11804

FIRMA: MVV

NOMBRE DEL MV ASISTENTE/APOYO: Yennifer Gutiérrez Hornesque
SEGUNDA PROFESIONAL: Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358

FIRMA: YG

	HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN DE CANINOS Y FELINOS CONSENTIMIENTO INFORMADO 2024 CIRUGÍA	CÓDIGO SUIA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y mucual uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento a Ovario Histerectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que estoy de la esterilización, entiendo que cuando se realiza la cirugía durante una jornada completa, pueden presentarse complicaciones, hemorragias, reacciones anestésicas, complicaciones cardiacas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y concisa la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y de todos los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden extender en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de aplicación, además de posible infección ocasionada por el uso inapropiado de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y cualquier sustancia que irrite y contamine la zona. Cuidado 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 realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (las cuales NO los cubre el programa) Actualmente se me ha explicado y entendido, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esta razón asumo responsabilidad la responsabilidad de la cirugía y su derecho a cualquier reclamo alguno que genere de toda responsabilidad e implicación y al que pudiera dar lugar el procedimiento. También entiendo que existen situaciones imprevistas, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual ha sido informado, he comprendido y aceptado

De conformidad, he dado toda la 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 tutor/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 POS 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 estado 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Terpedos SAS y al equipo Médico Veterinario prestador solidario por cualquier tipo de daño que pudiera ocurrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación: 1094180204

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

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro Identificación:	Firma:

8. CITA DE RETIRO DE ANIMAL

LUGAR: Salon Comunal Gaitana	FECHA: 21-04-25	HORA: 10 am

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.080.180.204
ANGEL TIERRADENTRO

APELLIDOS
DIEGO FERNANDO

NOMBRES
diego angel

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 22-FEB-2004
GIGANTE
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

22-FEB-2022 GIGANTE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

Factura de gas

Marzo 2025

Cuenta o referencia de pago 60936518

NIT: 800.001.813-5
Vanti S.A. ESP.
www.grupovanti.com

vanti

Más formas de mostrarte

Fechas importantes

1 Pago oportuno: 07 Abr. 2025

2 Fecha de suspensión: 08 Abr. 2025

3 Periodo facturado: Feb. - Mar. 2025

4 Emisión de tu factura: 20 Mar. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario ($)	IVA (C)	Subtotal ($)
CONS. SPI SUBSIDIO	4M3	2.825,01	0,00	11.300,04
CONS. DON SUBSIDIO	20M3	3.168,11	0,00	63.362,20
MENOS SUBSIDIO (-15%)	1UN	-25.173,75	0,00	-25.173,97
AJUSTE DECENA	1UN	0,01	0,00	0,01
RECALCULO TARIFARIOS Consegark Proc.	0	23.460,00	0,00	23.460,00
Intereses Moratorios Base Recargo	1UN	50,57	0,00	50,57

1—Total $72.600,00

Tus financiaciones

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

2—Total $0,00

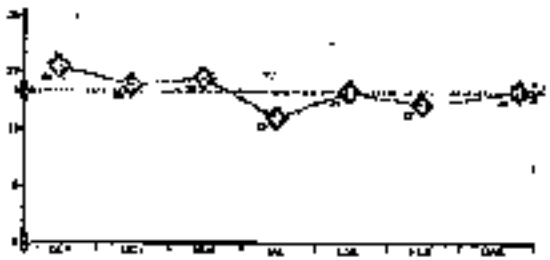
Valor facturas vencidas: $0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3: $72.600,00

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial — Estrato Est. Dos — Días de consumo 29

Fecha	Lectura	Tipo
17 Feb. 2025	8851	REAL
17 Mar. 2025	8882	REAL

m³ consumidos = 8882 - 8851 * Factor de corrección = 24

Tu próxima factura será: Entre 13 y el 16 de Abril

Novedades de tu factura

Corte $825,01

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $70.756

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria: **31 Ago. 2026**

Agenda ya tu turno aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $2825.

Dic. $2862 Ene. $2480 Feb. $3373

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

Componentes tarifarios

Dm: 4864.97 Tm: 555.97 Dm: 64.22 Cm: 0.0
Pr: 2723 Dpm: 0.0 Dpm: 0.0 Cpm: 0.0
Cm: 0.0 Ipcm: 47.45 DMVR: 3.0 CMVR: 0.0
Dm: Tarifa en $/m³ de gas equivalente; Tm: Tarifa en $/m³ de gas equivalente; Pr: Precio de venta de gas en $/m³; Cm: Costo de comercialización en $/m³; Dpm: Componente de distribución en $/m³; Ipcm: Componente de inversiones en $/m³; Cpm: Componente de pérdidas en $/m³; DMVR: Componente de distribución en $/m³; CMVR: Componente de comercialización en $/m³

Factor de corrección

Vm: 31 Kv: 0.7847 Pc: 1.0538 Fc: 0.7707
Vp: 24 Tm: 14.95 Tc: 1858 Fpv: 1.0188
Pa: 0.751 Pm: 0.8764 Pb: 1.0
Factor de corrección: 0.7787

Indicadores de calidad

SAIDI: 10.0 DES: 0.0 SAIFI: 10.0 AIU: 10.0

NOSOTROS EXPERTOS NO RECIBIMOS DINERO

(415)7709998020025(8020)036055102900(3900000000072600

Vanti S.A. E.S.P. Nit 800.001.813-5 Factura No. F1500174726

F 69174 C1

Verifique para tener tu factura de manera digital



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

Vanti Comunica:

Evite fraudes en línea al pagar tu factura.
Ingrese siempre digitando:

www.grupovanti.com

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Comercializadora S.A. ESP, Distrilec E.S.P., Efigas S.A. ESP

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

Requisito que puedas pagar tus facturas de una a varias cuentas contrato en una sola transacción

Enlaces para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Credibanco · Bancolombia · BBVA · Banco Agrario · Banco de Occidente · Bancolombia · Banco Popular · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Daviplata · Tpaga · dale!

*Aplica adicional costo de interfaz e cobro automático.

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

Puntos Presenciales

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

*Si cancela con cheque, este debe ser de gerencia y girado a favor 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
Ingrese a www.grupovanti.com y conozca los pasos para agendar su cita.

¡Hola!

ESTHER PINEDA
CL 185B 108 84 00404 - VILLA MARIA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 9087197-133943

Lote: P14CN Ruta: 0011480253940000030 Código del Sector: 332

Cuenta o referencia de pago **60935518**

vanti Listo

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:



Si tu Revisión Periódica Obligatoria de Gas domiciliario vence entre julio y diciembre de 2025

¡Agenda ahora y empieza a pagar en el mes de tu vencimiento!

Actividad válida del 13 de abril al 30 de junio de 2025 para usuarios residenciales de los segmentos del Grupo Vanti. Aplican términos y condiciones. Consulta el detalle en www.grupovanti.com/agenda-y-paga-despues. Para participar en la actividad, la información en grupovanti.com



Si te certificas en el mes de abril, mayo o junio,

podrás participar en el sorteo de una de las 4 motos AKT NKD 125 Delux.

Actividad válida del 1° de mayo al 30 de julio de 2025 para clientes residenciales de Grupo Vanti. Aplican términos y condiciones. Más información en grupovanti.com

Escanea el código QR para agendar tu Revisión

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

Línea gratuita 01 8000 942 794
Bogotá (601) 307 8121
Bucaramanga (607) 685 4765

Atención Virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4104
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.

VISITA CLÍNICA

HISTORIA CLÍNICA ANTISÁBICO VETERINARIA Y MANEJO

PROGRAMA DE CONTROL DE RABIA

Secretaría de Salud Pública Municipal

PROPIETARIO

PROMOTOR: 99000001388541 4

FECHA: 3-04-25

CÓDIGO SIST.

MOTIVO A CLÍNICA: HC 4995-0

LUGAR DE CAPTURA:

TIPO DE PROTOCOLO: CHIP ___ PEC ___ DES ___ REFUER ___ COMUNICADO X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Estrella

RAZA: Blanco Negro

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___

RAZA: Mestizo

EDAD: 2años

PESO: 2,9Kg

RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DEL COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X

AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___

OTRO: ___

SOSPECHA DE ANIMAL MALTRATO SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: PASTO ___ CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___

OTRO: ___

OBSERVACIONES: RESCATADO ___ CALLEJERO ___ ADOPTADO X NEGLIGENCIA ___ MALTRATO ___ OTRO ___

2. DATOS DEL PROPIETARIO/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Milena Castañeda Fonseca

DIRECCIÓN: CL 132A 152 91 01 001

TELÉFONO: 3127187030

CIUDAD: Bogotá

SEXO: M ___ F X

NACIONALIDAD: Colombiana

CORREO ELECTRÓNICO: alison040312@hotmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO X FAMILIAR ___

PERTENECE A ALGÚN GRUPO ESPECIAL: SI ___ NO X CUÁL? ___

BARRIO: Lisboa

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71

3. ANTECEDENTES

Buen estado de Salud

VACUNADO CONTRA RABIA: SI X NO ___

ÚLT. CELO: Nov 24

ÚLT. OBSERVACIÓN: N.R

REF. VACUNACIÓN: LABOR. X CANINOS PARTO: ___ HEMOPARÁSITOS: ___ CRIPTO: ___ FARMACOLOGÍA Y TOXICOLOGÍA: ___

TRIPLE FELINA: ___ LEUCEMIA: ___ RABIA: ___

4. EXAMEN CLÍNICO

PALPADOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASE CALIFICADA: (1) II III IV V VI

CALIFICACIÓN OBTENIDA: 36

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS/PATOLÓGICAS

F. CARDIACA: 161 l/m

F. RESPIRATORIA: 96 r/m

TEMPERATURA: 38,5 °C

TRC:) seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

TIPO DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTÉSICA	XILACINA	0.145 ml	5 mg/Kg IM
	KETAMINA	0.29 mL	5 mg/Kg IV ___ 10 mg/Kg IM X
	MIDAZOLAM	___ ml	0.1 mg/Kg IV
ANESTESIA/ANALGESIA	PROPOFOL	1.015 ml	2 mg/Kg IV
POST OPERATORIA	PENICILINA G.B.A.	0.203 ml	37.000 UI/Kg IM
	MELOXICAM	0.028 ml	0.2 mg/Kg SC

HOSPITALIZACIÓN ASOCIADA A: Ninguna

En calidad de (Cirujano/a Anestesiólogo/a), declaro bajo juramento que he suministrado a mi paciente la información completa sobre el procedimiento quirúrgico propuesto, incluyendo los riesgos relacionados con la Cirugía/Anestesia/Procedimiento, así como la posibilidad de mortalidad y/o eventualidad. ACEPTADO X

FECHA: ___ Firma del cirujano/a o anestesiólogo/a

NOMBRE/S DEL/LA/S VETERINARIO/A/S: Mónica Yc. Jaquez Milán

TARJETA PROFESIONAL: Médica Veterinaria TP-11894

FIRMA

NOMBRE DEL/LA AYUDANTE/S (OPCIONAL): Yennifer Gutiérrez Nomesque

TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358

FIRMA

MVI

96

		FECHA

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO PLANIFICADO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento clínico quirúrgico/médico al/la paciente en el cual soy el dueño/tenedor responsable de mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que existen posibles riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, convulsiones 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 advierten riesgos que se pueden presentar. Se me ha explicado que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar: en la zona de implantación, por rechazo como inflamación, migración de puede, además de posible infección al momento de aplicación, puede presentar: hinchazón, dolor, inflamación de ganglios, baños locos y otras situaciones que limite y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la toma de muestras, 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 realización de exámenes preoperatorios a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entiendo todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía sin derecho a contraprestación alguna; exonerando de toda responsabilidad a médicos tratantes y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen situaciones excepcionales, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, a estas les informado, he comprendido y aceptado.

En consecuencia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, así mismo he leído 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 Auxiliar Veterinario/Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir buena observancia de las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y cuidados que sean necesarias para evitar complicaciones en el animal de compañía.

Como responsable del cuidado de mi animal de compañía, después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o imprudencia en el manipulación con mi animal de compañía, de acuerdo a lo a la Alcaldía local de Suba, Empresa social y el equipo Médico veterinario no presentan responsabilidad ante cualquier tipo de daño que pueda surgir.

Nombre del Responsable/Tenedor:	Nombre del Paciente:
1.016.014.548 Milena Castañeda	1.016.014.548

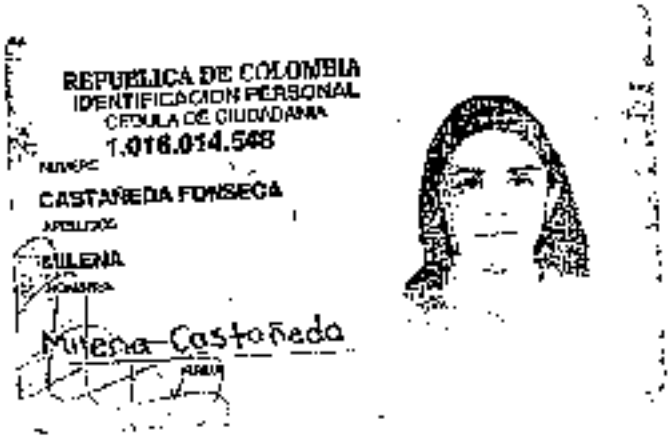
Yo, _____ identificado con C.C. No _____ En pleno y normales de mis facultades mentales, me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización) de mi animal de compañía.
RAZON:

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

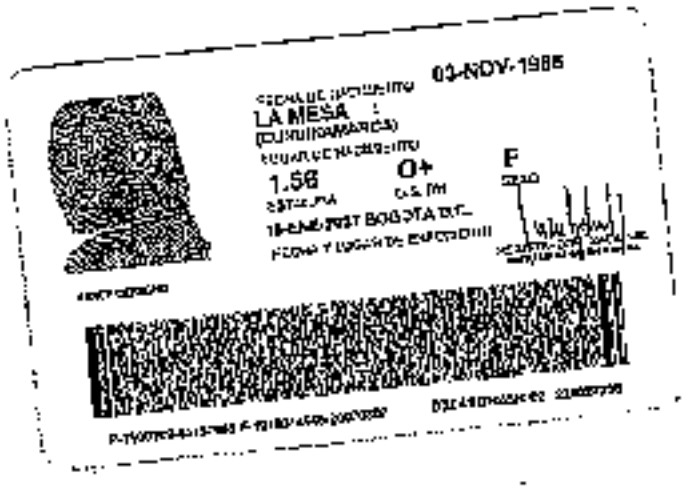
3. DILIGENCIAMIENTO DE PUNTOS

LUGAR: Salón Comunal Gaitana | FECHA: 21-04-25 | HORA: 10 am

OBSERVACIONES:



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.016.014.548
NUMERO
CASTAÑEDA FONSECA
APELLIDOS
MILENA
NOMBRES
Milena Castañeda
FIRMA



03-NOV-1988
LA MESA
(CUNDINAMARCA)
1.56
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
18-ENE-2007 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

www.electy.com.co

electy

Factura Venta

Conceptos facturados

Tus financiaciones

Novedades de tu factura

Datos de medición

Tus últimos consumos


tu factura
¡Hola!
vanti
Cuenta o referencia de pago 62808655
APROBADO ES
$ 2.956.319
Mundo digital Vanti
Solicita tu factura en línea aquí
CON REGRESA A CLASE Y
SUPER GANA UN
Puntos Prosperamos

HISTORIA CLÍNICA: HC-999-E-0

MICROCHIP: 990000013803010

RECIBE: 3 Abril/25

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Denis

COLOR: Atigrado

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: Mestizo | EDAD: 8 meses | PESO: 2,7 Kg | RAZA DE RIESGO: SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___
OTRO: ___

EVIDENCIA DE MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE CONTENCIÓN: VERBAL ___ PASIVO ___ CONCENTRADO X MANUAL ___ OTRO: ___

ORIGEN: VERBAL ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO ___ PUNTO DE CONSULTA ___ OTRO: ___

2. DATOS DEL TENEDOR RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Dayanna Leonor Martinez Martinez

DIRECCIÓN: Tv 124A No 131 23 A2

TELEFONO: 3208020812

CEDULA: 52393122

EDAD: 24 A

NACIONALIDAD: Colombiana

CORREO ELECTRÓNICO: Dayannamart@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO ___ Familiar X

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X ¿CUAL?

BARRIO: Tibabuyes

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: Suba

UPZ: 29

3. ANTECEDENTES

Buen estado de salud

APTO PARA ORDEÑA: SI ___ NO ___

ULT. CELO: NO Reporta

TRT. REPRODUCTIVO: NO Reporta

ULT. VACUNACIÓN (NOMBRE): ___ CANTIDAD: ___ PARTO: ___ TRIPLE: ___ PENTAVALENTE: ___

FECHA: TRIPLE FELINA: ___ LEUCEMIA: ___ PROXIMA VACUNACIÓN O DESPARASITACIÓN: RABIA: Enero/25

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CONDICIÓN CORPORAL: 1 D B M A MI E | CONDICIÓN CRANEAL: B/A

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PRE-QUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 165 l/m | F. RESPIRATORIA: 32 r/m | TEMPERATURA: 39,1 °C | PESO: ___ kg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		HORA/DOSIS/ADMINISTRACIÓN
PREMEDICACIÓN	XILACINA	0,135 ml	2 mg/kg IM
	KETAMINA	0,27 ml	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☒
	MIDAZOLAM	___ ml	0,1 mg/kg IV
MANTENIMIENTO DE ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,945 mL	2 mg/kg IV
POST-OPERATORIO	PENICILINA G B.A.	0,189 mL	17.000 UI/kg IM
	METACAM	0,027 mL	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

Yo, en calidad de (Propietario y/o Representante), apruebo este procedimiento como constancia de haber entendido el riesgo asociado a la cirugía, la toma de muestras y la anestesia, y he sido informado(a) sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/Orquiectomía [Esterilización/Castración], que incluyen Peritonitis de Muñón, Ruptura y Hemorragia. ACEPTACIÓN X RETIRO ___ para la realización del procedimiento descrito en las instrucciones anteriores.

NOMBRE DEL MÉDICO VETERINARIO: Mónica Vázquez Milán
TARJETA PROFESIONAL: Médica Veterinaria TP. 11804

FIRMA: MVM

NOMBRE DEL MVZ ASESOR DE TURNO: Yennifer Gutiérrez Nomesque
TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33959

FIRMA: YG

	HOJA ÚNICA ESTERILIZACIONES CRANEALES PEQUEÑAS CONSENTIMIENTO INFORMADO CÓDIGO: xxx	VERSIÓN: 01 FECHA: 2025

7. 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 Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será intervenido mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son: paro cardiorrespiratorio, cardiacos, hemorragias, reacciones anestésicas, 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 acepta los riesgos que se pueden presentar. Se resalta énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas como que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en alguno de ellos, además de posible infección en el área por el uso convencional de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irritan y contaminan la zona, dentro de los 5 días posteriores a su 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 a realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entiendo todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por ello asumo la total responsabilidad de la cirugía y sin derecho a cualquier reclamación alguna; con renuncia de toda responsabilidad a Inspectores y alcalde(sa) público que realice el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En consecuencia, 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/propietario 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 POSTOPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente todas 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 imprudencia en la manipulación con mi animal de compañía, eximiendo a la Alcaldía Local de Suba, Inspectores y al idóneo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Nombre del Responsable/Tenedor: DAYANA MARTINEZ MARTINEZ	No. de Identificación 1 52393122 bta 1

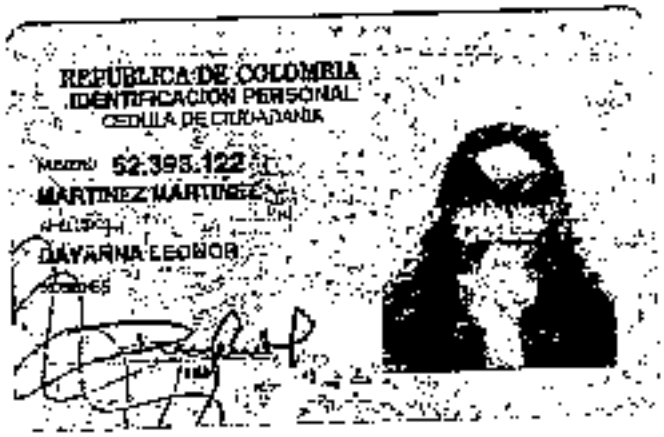
Yo. _____ Identificado con CC. No._____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización) de mi animal de compañía.
RAZÓN:

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Salon Comunal Gaitana | FECHA: 21-04-25 | HORA: 10 am

OBSERVACIONES:



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.395.122

MARTINEZ MARTINEZ

DAYANNA LEONOR



FECHA DE NACIMIENTO 20-JUL-1978

TIBANA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58
ESTATURA

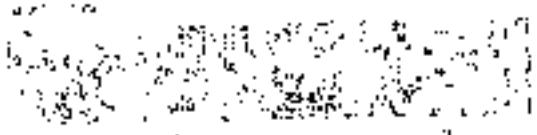
O+
G.S. RH

F
SEXO

06-FEB-1997 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL





enel | Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. ESP.
NIT: 860063875-6
Calle 93 No. 13 – 45 Piso 1

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **3878468-4**

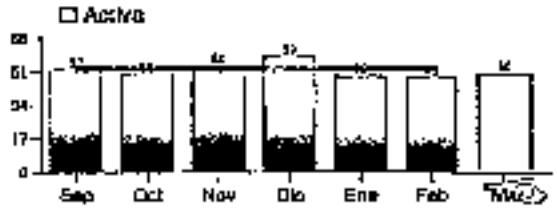
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 165820543-1

CLIENTE

ELVIRA MARTINEZ
TV 124 A NO 131 23 PI 2
PISO 2
BOGOTA, D.C. - TIBABUYES

10 702 2705 / 110-121254-56

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $443,71

CONSUMO DIARIO: 1,81 kWh

VALOR DIARIO: $752

PERÍODO FACTURADO: 08 FEB/2025 A 10 MAR/2025

DÍAS FACTURADOS: 31

CONSUMO NEB: 56 kWh

CONSUMO PROMEDIO ÚLTIMOS 6 MESES: 61 kWh

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

EL PRÉSTAMO DE LA CIUDAD

¡LLEGÓ A TU CASA!

TU PRÉSTAMO DE HASTA

$12.000.000

Recibe tu oferta en tu cuenta de preferencia.
¡Activa la ya con la clave que elijas!
Crédito Edeil CODENSA

Entra fácil escaneando el código.

*La aprobación y el monto del crédito está sujeto al perfil del solicitante. Conoce más en www.creditoedeilcodensa.com

Crédito Edeil CODENSA S.A. Vigilado por la Superintendencia Financiera de Colombia. Aprobación sujeta a políticas de crédito del banco. Consulta términos y condiciones en www.creditoedeilcodensa.com

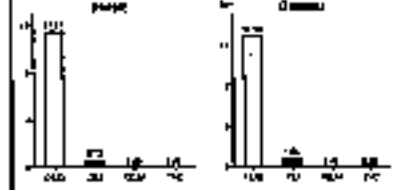
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
TARIFA SIN:	100
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3000751705705
RUTA LECTURA:	3751031m1009
MANZANA DE LECTURA:	9550025750
MEDIDOR HO:	110-121254548
MEDIDOR HR:	110-121254556

USO RESPONSABLE DE LA ENERGÍA

Es importante que apagues por completo todos los aparatos que no vas a usar, ni los dejes en stand by recordándote! Así ayudas a cuidar el medio ambiente y contribuyes con cada ahorro de energía.

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Pagina Inteligente
Oficinas virtuales
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia
Redes sociales
Línea Gratuita Nacional 018000 944 136
Bogotá, Soacha y Girardot 601 6 555 826
Línea de Servicio al Cliente
Línea de Emergencias
Línea de Atención Comercial
Línea de Atención Técnica
Línea de Atención Financiera
Correspondencia
expofaxwww.enel.com.co/es/personas/datosservicios.html
defensor@enel.com

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios Virtuales de Pago: APP Enel Clientes, Internet, Teléfono Móvil, Débito Automático, Cobro Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Botón de Pago Online, Botón de Pago Bancolombia

Oficinas Virtuales: Daviplata, Nequi, Efecty, Baloto

Corresponsables Bancolombia: Efecty, Baloto, Su Red, Servi Su Red, Punto Red, Bancolombia

Red Física: Red Cade, Enel

Centros de Servicio

Almacenes de Cadena

Código QR

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

Línea de servicio al cliente 110

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del cargo: Vigencia: 7/01/2025

FECHA GENERACIÓN: 12/03/2025 05:00:22
FECHA EXPEDICIÓN: 12/03/2025 14:45:12

Papel Ecológico

Impresión: Tecnología Gráfica Especializada S.A. NIT 830.095.213-0

Papel de impresión Compufácil de Carvajal Pulpa y Papel S.A. NIT 890.900.532-1

HISTORIA CLÍNICA: HC-498, E 0

FECHA: 3-04-25

9900000013885412

1. CAUSA DE LA CONSULTA:

TIPO DE PACIENTE: CMC ___ RPC ___ CES ___ RELAS ___ COMUNIDAD X

2. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Mona

COLOR: Amarillo

ESTADO: ENTERO ___ MACHO X ___ SEXO: HEMBRA X ___ MACHO ___

RAZA: Mestizo EDAD: 8 meses

PESO: 2,4 Kg

RAZA DE RIESGO ESPECIAL: SI ___ NO X

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

AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___

OTRO ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

EPOCA REPRODUCTIVA: HEMBRA: CELO ___ EMBARAZO X VIENTRE ___

OTRO ___

ORIGEN: HOGAR ___ RESCATADO ___ CRIADERO ___ ADOPTADO X ___ REFUGIO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

3. DATOS DEL ENCOMENDANTE/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Angela Yirici Herrera Garcia

DIRECCIÓN: DG 139A Bis 129A 30 INT 4 AP 104

TELÉFONO: 3054540182

CÉDULA: 1032424575

SEXO: F X

NACIONALIDAD: Colombiana

CORREO ELECTRÓNICO: angiehA@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Tecnico

PROPIA X ___ ARRIENDO ___ FAMILIAR ___

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X ___ CUAL?

BARRIO: Sabana de

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71

4. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

APTO PARA CIRUGÍA: SI X NO ___

ÚLT. CELO: No hq tenido

ÚLT. DESPARASITACIÓN: Feb 25

VAC. VACUNACIÓN: RÁBICA ___ CANINAS PARVO: ___ MOQUILLO (CANINO): ___ DOBLE: ___ TRIPLE (FELINO): ___ TRIPLE FELINA Y LEUCEMIA: ___

ANIMALES EN EL PELAJE: Feb 25 LEUCEMIA: ___ RABIA: ___

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CRANEOCAUDAL: (I.) II. III. IV. V. VI. E.

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS/PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 164 /m. F. RESPIRATORIA: 31 /m. TEMPERATURA: 38,9 °C TRC: 1 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO		MEDICACIÓN		OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,12 ml	3 mg/Kg IM	
	KETAMINA	0,24 ml	5 mg/Kg IV ☐	10 mg/Kg IM ☒
	BUTORFANOL	— ml	0,1 mg/Kg IV	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,84 ml	2 mg/Kg IV	
POSTOPERATORIO	PENICILINA G.L.A.	0,168 ml	12.000 UI/Kg IM	
	MELOXICAM	0,024 ml	0,2 mg/Kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

Yo en calidad de [Dueño y/o Acudiente Legal], acepto y/o declaro tener conocimiento y total claridad sobre la responsabilidad que asumo, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y anestésico que se me va a realizar a mi [Canino y/o Felino] [Nombre], [Macho y/o Hembra], [Edad], [Raza], [Color], [Peso], [Esterilización] y [Microchip]. AUTORIZO X RECHAZO ___ para la realización del procedimiento quirúrgico y anestésico.

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Mónica Vazquez Milán

FIRMA: MV

CARGO: Médica Veterinaria

TP: 18014

NOMBRE DEL MVZ ASESOR: Yennifer Gutiérrez Nomesque

FIRMA: YG

CARGO: Médico Veterinario - Zootecnista

TP. 33358.

	ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA FORMATO DE INFORMACIÓN sobre CIRUGÍA	FORMATO VIGENTE

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he sido leído y entendido la información acerca del procedimiento a Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será intervenido mi animal de compañía. Declaro que el autorizo la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como: sangrados inoportunos o excesivos, hemorragias, reacciones anestésicas, complicaciones respiratorias e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que se me brindó la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se informó los riesgos que se pueden presentar. Se resalta el hecho 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 cual pueden presentar lesiones, abscesos, tejidos, aplicación de antibiótico, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dichos hechos serán 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 decisión de realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entendido todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en mi totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a reclamación alguna/ exoneración de toda responsabilidad al personal que realiza el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, la cual se me dio información, he comprendido y atendido.

En constancia, he sido suficientemente informado sobre el estado de salud de mi animal de compañía, estoy satisfecho con dicho asesoramiento y he leído y comprendido la información contenida 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 plasmadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir fielmente todas las recomendaciones y acatar las medidas de precaución y cuidados que sean necesarios 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 reflejos que puedan presentarse por negligencia o imprudencia en la manipulación con mi animal de compañía, eximiendo a la Alcaldía Local de Suba, implementos y al equipo Médico Veterinario o prestador del servicio por cualquier suceso de dicha índole.

Firma del Responsable/Tenedor:	Fecha de Identificación:
Angie A. Hernandez	1032424575

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

Nombre del Responsable/Tenedor	Firma:
Nro. Identificación:	

8. FIRMA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Salon Comunal Gaitana | FECHA: 21-04-25 | HORA: 10 a m

OBSERVACIONES:

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.032.424.575



HERRERA GARCIA

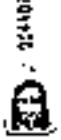
ANGELA YIRIEI

Estatura	Grupo sanguíneo	Sexo
1.65	O+	F

25 NOV 1987 BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

25 NOV 2005 BOGOTA D.C.

29 SEP 2022







IDCOL0044073398150O1<<<<<<<<<<<
8711256F3209284COL1032424575<O
HERRERA<GARCIA<<ANGELA<YIRIEI<

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá ESP
NIT. 899.699.053-1

Ricardo Arevalo Ojeda
Representante Legal

Para el reporte ZONA:1 CICLO: H1 RUTA:H11291 BIMESTRAL

11182389
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

42027016411
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga y despliega el documento electrónico aquí dejado

Periodo facturado	ENE/01/2025	MAR/01/2025

Pago oportuno ABR/04/2025 Suspensión ABR/08/2025

Fecha aproximada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
MAY/28/2025	MAR/19/2025 04:50:25	MAR/19/2025 16:37:28

¡Hola!

Factura a nombre de
GUSTAVO ALBERTO ALPARO BAZA

Dirección del predio
DG 134A BIS 127A 30 IN 8 AP 104
Barrio SABANA DE Localidad: SUBA
Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambió
Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.

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

Llámanos 116 Acueducto

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

cadena

HISTORIA CLÍNICA
HC-990-[illegible]

ST
990000013885418

FECHA: 3 abril 25

LUGAR DE LA JURÍDICA

TIPO DE TENENCIA: CPC ___ REC. CES ___ RELEVO ___ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Estella

COLOR: Alegrado

ESPECIE CANINO FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Mestizo EDAD: 7 meses PESO: 3,13kg RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___
OTROS:

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: BARF ___ CONCENTRADO X MIXTO ___
CUÁL: ___

ORIGEN: ASILO ___ RESCATADO ___ CONFISCADO ___ ADOPTADO X REGALADO ___ PERDIDO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Blanca Alicia Pedroza Guerra
DIRECCIÓN: KR 10C 139 94
TELÉFONO: 3102473483
CÉDULA: 21016362
EDAD: 41 A
NACIONALIDAD: Colombiana
CORREO ELECTRÓNICO: 3102473483@Simmo.com
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria.
TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO X FAMILIAR ___
TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X CUÁL? ___
BARRIO: El Poa
ESTRATO: 2
LOCALIDAD: SUBA
UPZ: 71

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

APTO PARA CIRUGÍA: SI X NO ___

ÚLT. CELO: No Reporta
ÚLT. DESPARASITACIÓN: Febrero 25
ÚLT. VACUNA: CANINOS: Pentavalente. FELINOS: Triple felino: TRIPLE: Parvovirus y Gastroenteritis RABIA: HEMOPARVO: NEGATIVO: INMUNIDAD:

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE MALTRATO APARENTE: SI ___ NO X SISTEMA (S) AFECTADO: Ninguno
HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno
CLASIFICACIÓN ASA: I II III IV V VI E. FÓRMULA CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 163 lpm F. RESPIRATORIA: 34 rpm TEMPERATURA: 38,7 °C PLIC / seg MUCOSAS: Rosadas
OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.16 mL	1 mg/Kg IM
	KETAMINA	0.33 mL	5mg/Kg IV ☐ 10 mg/Kg IM ☒
	BATAZOLAM	— mL	0,1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1.155 mL	2 mg/Kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G.A.	0.231 mL	22000 UI/Kg IM
	METOXIDAM	0.033 mL	0,2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

He recibido de la Unidad y/o Anestesiólogo, suficiente explicación sobre el procedimiento anestésico a realizar, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y aquellos riesgos relacionados con la Cirugía/Anestesia, incluyendo la posibilidad de muerte. Comprendo la información suministrada y autorizo su ACEPTACIÓN X
NEGACIÓN ___ para la realización del procedimiento propuesto a mi mascota.

FIRMA RESPONSABLE DELEGADO/A CUIDADOR:
CARGO PROFESIONAL:

Mónica Vázquez Milán
Médica Veterinaria
TP. 11804

FIRMA

VETERINARIO/A ANESTESIÓLOGO
CARGO PROFESIONAL:

Yennifer Gutiérrez Hernesque
Médico Veterinario - Zootecnista
TP. 33359

FIRMA

	[illegible]	[illegible]

7. 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 Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que absolutamente he sido informado que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como: shock, paros respiratorios o cardíacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y detallada información sobre el procedimiento de implantación del microchip y he conocido los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generarse riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, aparición de posible infección en el área por efectos post-anestésicos (edemas, jaboncillo, talco, aplicación de antipulgas, baños, cremas y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, durante los días posteriores a la implantación.

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

Además soy consciente y **ACEPTO** _X_ o **RECHAZO** _____ **la declaración realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa)** Adicionalmente se me han explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por ello asumo en su total de la responsabilidad de Cirugía y sin derecho a compensación alguna, exonerando de toda responsabilidad al personal y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, la cual es de mi total conocimiento, he comprendido y aceptado.

En consecuencia, he dado una información veraz y concisa 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 juiciosamente 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, eximiendo de toda Alcaldía local de Suba, Ingenieros y/o equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de identificación: 21016362

Yo, _____ Identificado con CC No. _____ En pleno goce de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (subrayar) y castración de mi animal de compañía.
RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro identificación:	

JUNTAS DE ACCIÓN COMUNAL

LUGAR: Salón Comunal Guitana	FECHA: 21-04-25	HORA: 10 am

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 21015362

APELLIDOS PEDROZA GUERRA

NOMBRES BLANCA ALICIA



FIRMA

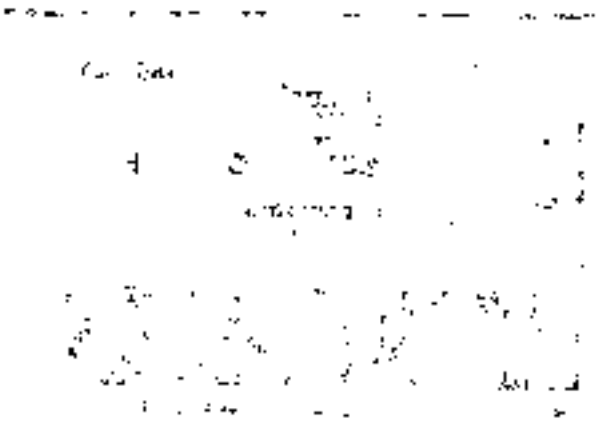


FECHA DE NACIMIENTO 31-DIC-1969
CIENEGA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.54 O+ F.
ESTATURA G.S. RH SEXO
15-SEP-1988 TOCAIMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO





acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Para el reporte ZONA:1 CICLO: K1 RUTA:K11403A BIMESTRAL

11388573
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

11069490610
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Acceso y descarga el presupuesto electrónico equivalente

Periodo facturado DIC/07/2025 MAR/04/2026

Pago oportuno ABR/01/2026 Suspensión ABR/14/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación de factura
JUN/03/2025	MAR/26/2025 04:51:02	MAR/26/2025 18:42:54

¡Hola!

Factura a nombre de
ANA BEATRIZ BONCADA

Dirección del predio
KR 101C 139 94

Barrio EL PORA Localidad SUBA

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambió
Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.

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

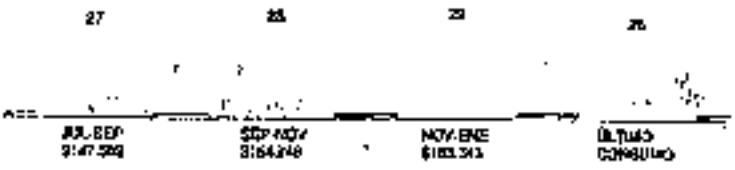
Llámanos 116 Acueducto

Entra a www.acueducto.com.co para radicar servicios al Ciudadano y obtener información de los puntos de atención, consulta la factura y realiza tu pago a través de Internet

cadena

Tu consumo en este período

En los períodos anteriores tu promedio de consumo fue 28



Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

En este período

26.000

Promedio al día

441

En este período consumiste menos agua que en el anterior.

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período [x]
Lectura anterior 218
Tu consumo este período

Facturación con Consumo Normal
Base promedio
Descargue fuentes alternas 0

Datos de tu medidor

Marca CONTADAGUA
Serie 20120713

Tipo VELOCIDAD
Diámetro pulgadas ½

Para reducir tu consumo, recuerda:

Ducharte en 3 minutos para reducir tu consumo

Tener siempre un balde en la ducha para reciclar el agua recogida

Cerrar la llave al enjabonar los platos

Tu cobro en este período

Acueducto
$71.562,10
1

+

Alcantarillado
$69.839,96
2

+

Otros cobros
$25.338,-
3 4 5 6

Escanea y paga virtual

Consulta el detalle de otros cobros en las tablas numeradas de abajo

Total ingresos del período

= Total a pagar $116.163

Cargos pendientes de pago
Adjuntos o presentados al final de la página

Detalle de tu consumo este bimestre

1 Acueducto

	Cant.	Valor unitario	%	Aportes de Solidaridad [1]** Valor	Tarifa*** =	Total
Cargo fijo/suscripción (mes)	2M	$	-M	$ M	$	$
Consumo residencial básico (m³)	20	$	-M	$ M	$	$
Consumo residencial suprabásico (m³)	4M	$		$	$	$
Cargo fijo medidor (mes)						
Consumo no residencial (m³)						
Subtotal				$		$

2 Alcantarillado

	Cant.	Valor unitario	%	Aportes de Solidaridad [1]** Valor	Tarifa*** =	Total
Cargo fijo/suscripción (mes)	2M	$	-M	$ M	$	$
Consumo residencial básico (m³)	20	$	-M	$ M	$	$
Consumo residencial suprabásico (m³)	4M	$		$	$	$
Cargo fijo medidor (mes)						
Consumo no residencial (m³)						
Subtotal				$		$

[1] Corresponde a consumo subsidiado (no se factura) [2] Aporta solidaridad [3] Paga tarifa plena [4] Paga tarifa plena + aportes 1, 2 o 3.
** La tarifa no disminuye a cuenta del valor en favor de otro cargo (fijo o del consumo). El efecto es subsidio, se descuenta un % de lo que aporta, agregado en 2.

Causa sanción/multa
Incluye valores y variables tenidas en el consumo con derecho a beneficio y aportes a fondos de solidaridad

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa calculada básica (Tcal)	$	$
Tarifa consumo suprimido a básico (Tsup)	$	$
Tarifa por concepto (Tconcepto)	$	$

El Valor de Vertimiento corresponde al cobro de la Tasa Retributiva por el uso del servicio público de alcantarillado para verter las aguas residuales, de conformidad con lo establecido en los artículos 1 y 2 [illegible]

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
Subtotal	$

4 Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	$

5 Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

6 Deudas en estudio

Concepto	Valor
Subtotal	$

8 Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	$

Pagos con la página web, app y bancos: Nequi, Claro pay, Daviplata, Puntos Colombia, Punto Red, Red Efecty, Red Multired, Punto de Pago, Baloto, Gana, PuntoRed, Transmiranda

Red GASE Cerrada [illegible] y GASE [illegible] Esp. [illegible]

La GASE CO [illegible] Empleados Colpensiones, Caja Fuerte, Cooperativa, Alianza, Grupo Solidario y Cía

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$116.163

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.

Evite multas. Si no se recibe esta factura antes de [illegible] reclame con Acueducto. Cláusula [illegible] Prohibimos en Bancos y Red GASE, no pague [illegible]

(415)7707200451271(8020)1169480810(3900)0000001 16163

VIOLACIÓN POR LA PUERTA: EVIDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS [illegible]

HC-959-23

990000013985401

FECHA: 3-04-25

Bella

Negro-blanco Amarillo

Mestizo

2,7 Kg

Bachiller

Toscana

2

71

Buen estado de Salud

Marco 25

N.R

Ninguno

Ninguno

162 | 30 | 38,6 | Rosados

Ninguna

PREMEDICACIÓN	MIDAZOLAM	0,135 mL	0,1 mg/Kg IM
	KETAMINA	0,27 mL	5 mg/Kg IV ☐ 10 mg/Kg IM ☒
	MIDAZOLAM	____ mL	0,1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,945 mL	2 mg/Kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G.B.	0,189 mL	1.000 UI/Kg IM
	MELOXICAM	0,027 mL	0,2 mg/Kg SC

Ninguno

Mónica Vásquez Milan
Médica Veterinaria
TP. 11804

Yenalfer Gutiérrez Hernasque
Médico Veterinario - Zootecnista
TP. 33356

MVM

46

	Instituto Distrital de Protección y Bienestar Animal Consentimiento Informado GFI-FM-XXX	Página

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido verbalmente información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual mi animal de compañía será intervenido en mi calidad de propietario. Declaro que al autorizar la cirugía, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como: paro respiratorio o cardíaco, hemorragias, reacciones alérgicas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y las advertencias que se pueden presentar. Se realiza debido que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden encontrar 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: lesiones, jaloneo, golpes, aplicación de antipulgas, baños seco y otros que no contengan jabón y exfoliantes en la piel durante dos (2) días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo la aplicación veterinaria a mi mascota temporal de mi propiedad, de mi animal de compañía, igualmente acepto el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Acordo soy consciente y ACEPTO X u RECHAZO ____ la declaración realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a reclamación alguna; declaración de esta responsabilidad a terceros y al equipo médico veterinario del procedimiento. También entiendo que existen situaciones contraindicantes, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En consecuencia, he dado una información veraz y precisa sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis respuestas han sido anotadas 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 fielmente todas las recomendaciones y acatar las medidas de precaución y cuidados que sean necesarios 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, eximiendo a la Alcaldía Local de Suba, inspectores y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que sucedan a futuro.

Firma del Propietario/Tenedor:	Fecha de Identificación:
Valentina Herrera G.	1233967449

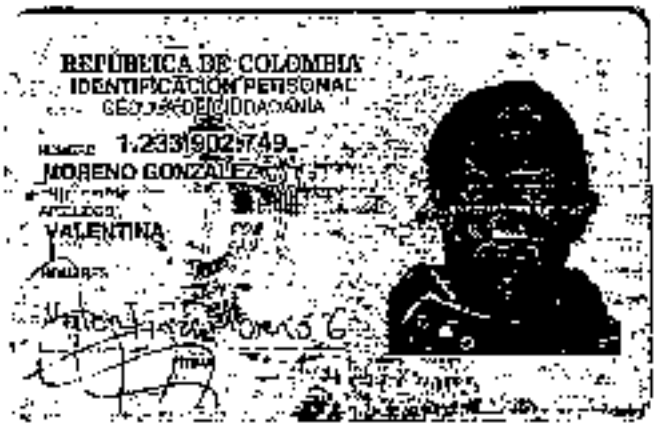
Yo, _____ identificado con CC. No. _____ en pleno uso de mis facultades mentales, me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía.
RAZÓN:

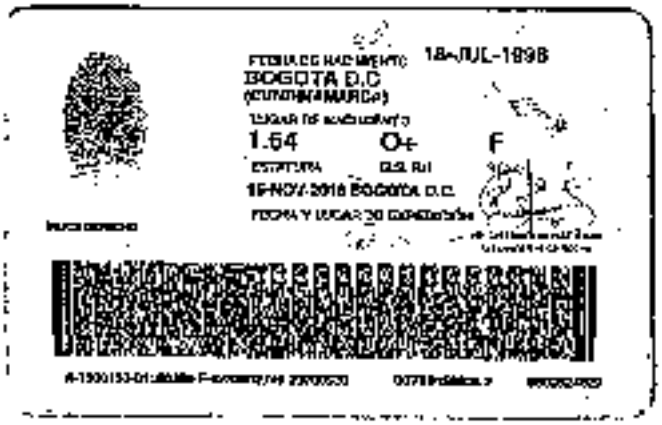
Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
No. Identificación:	

ACTA DE RECIBO DE PUNTOS

LUGAR: Salón Comunal Gaitana	FECHA: 21-04-25	HORA: 10 am

OBSERVACIONES:


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
1.233902749
MORENO GONZALEZ
VALENTINA


FECHA DE NACIMIENTO 18-JUL-1998
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
1.64
O+
F
18-NOV-2016 BOGOTA D.C.

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá - ESP
NIT. 899.699.084 - 1

Peticiones, quejas, reclamos y solicitudes
Línea de Atención Virtual Acueducto

Para el reparto ZONA:1 CICLO: 01 RUTA:0112Y8 BIMESTRAL

12230276	407067560 16
Cuenta contrato Núm. de identificación de este predio	**Número para pagos** Número de este factura de servicios públicos

Tu factura y descarga el documento electrónico aquí

¡Hola!

Factura a nombre de
CARLOS ALBERTO FAJARDO ACOSTA

Dirección del predio
CL 132A 131 20 P 2

Barrio: TOSCANA Localidad: SUBA

Dirección de correspondencia

Datos relacionados del predio

Clase de uso:	Residencial
Estrato:	2
Unidad(s) Habitacionales:	1
Unidades No Habitacionales:	0

Periodo facturado	ENE/04/2025	MAR/04/2025
Pago oportuno	ABR/07/2025	Suspensión ABR/10/2025
Fecha lectura anterior	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
MAY/31/2025	MAR/22/2025 04:17:23	MAR/22/2025 11:15:52

¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambió
Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.

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

Envía a www.acueducto.com.co tus dudas en Servicios al Ciudadano y obtén información de los puntos de atención, cómo ver la factura y realizar tu pago a través de Internet.

cadena

HISTORIA CLÍNICA
HC-

MICROCHIP: 990000013796513

FECHA: 3 Abril 25

LUGAR DE LA JORNADA:

TIPO DE TENENCIA: CHC ___ PEC ___ CES ___ FELINAS ___ SUMINISTRO X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Milu

COLOR: Atigrado

ESPECIE: FAMINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Mestizo EDAD: 8 meses PESO: 2.7 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___
OTRO:

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: ARENA ___ PASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___

ORIGEN: H.S/R ___ ABANDONO ___ COMPRADO ___ ENTREGADO ___ RESCATADO X HOGAR DE CUIDADO ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TRATANTE RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Luz Mary Gaita Forero

DIRECCIÓN: CL 134 124 4

TELÉFONO: 3003145351

CÉDULA: 52929975

EDAD: Y

NACIONALIDAD: Colombiana

CORREO ELECTRÓNICO: luzg2626@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Técnico

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO X FAMILIAR ___

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X ¿CUÁL?

BARRIO: Tibabuyes

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71

3. ANTECEDENTES

Buen estado de salud

AUTORIZA CIRUGÍA: SI X NO ___

ULT. CELO: NO Reporta.

ULT. DESPARASITACIÓN: NO Reporta.

ULT. VACUNACIÓN M/MP: X CANINOS PARVO: SEXTUPLE ENFE-

REFUERZO TRIPLE FELINA: VENCIMIENTO

TRIPLE: RABIA VIGENTE: PARVOVIRUS Y DOBLE FELINA

FECHA:

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: I X II III IV V VI E

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREVIAS/BÁSICAS

F. CARDIACA: 165 LPM

F. RESPIRATORIA: 33 LPM

TEMPERATURA: 38.5 °C

TLC: 1 SEG

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILAZINA	0.135 mL	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0.27 mL	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☒
	MIDAZOLAM	___ mL	0.1 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.945 mL	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G.B.A.	0.189 mL	10.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.027 mL	0.2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de: Cliente/acudiente/dueño, acepto este documento como consentimiento informado sobre brindar al responsable tratador, información completa sobre el procedimiento quirúrgico a realizar, Riesgos relacionados con la Cirugía/Intervención/Procedimiento, Actividades a realizar, Anestesia empleada durante el procedimiento y valoración. ACEPTACIÓN X RECHAZO ___, para la realización del procedimiento con el paciente mencionado.

NOMBRES Y APELLIDOS DEL MÉDICO VETERINARIO TARJETA PROFESIONAL: Mónica M. Vázquez Milán, Médica Veterinaria, TP. 11804

FIRMA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL AUXILIAR TARJETA PROFESIONAL: Yennifer Gutiérrez Nonesque, Médico Veterinario - Zootecnista, T.P. 33358

FIRMA

2. 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 Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será intervenido mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como: paro respiratorio o cardiaco, hemorragias, reacciones alérgicas, complicaciones anestésicas y 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 presentar 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, collares varios y otras sustancias que irriten y comprometan 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, guardando estricto manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además en consecuencia (ACEPTO _X__ o RECHAZO _____ la aplicación, realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por lo que asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sus cuidados posteriores, eximiendo de toda responsabilidad a la Secretaría y al equipo médico que realice el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, la cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En consecuencia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido atendidas 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 antes descritas mencionadas.

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

Como dueño y responsable del mencionado mi animal de compañía, después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o imprudencia en la manipulación con mi animal de compañía. Exonerando a la Alcaldía Local de Suba, trabajos que y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	No de Identificación: 52929975.

Yo, _____ identificado con CC No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía.
RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Núm. identificación:	

3. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

Lugar: Salón Comunal Gaitana	FECHA: 21-04-25	HORA: 10 am

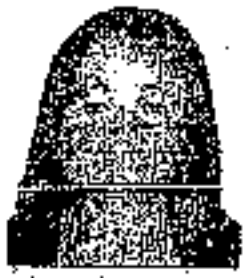
OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.829.975
CARTA FORERO

APELLIDOS
LUZ MARY

FIRMA(S)





FECHA DE NACIMIENTO 01-NOV-1982
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.38 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

19-DIC-2006 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

Marzo 2025

Cuenta o referencia de pago 60757864

Fechas importantes

1 Pago oportuno 11 Abr. 2025

2 Fecha de suspensión 12 Abr. 2025

3 Periodo facturado Feb. - Mar. 2025

4 Emisión de la factura 27 Mar. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (U)	Valor unitario ($)	IVA ($)	Subtotal ($)
CONS. SIN SUBSIDIO	3KB	2.825,88	0,00	5.651,52
CONS. CON SUBSIDIO	20kb	3.156,10	0,00	63.122,00
MENOS SUBSIDIO 16%	1UN	-46.108,22	0,00	-20.123,32
AJUSTE DECENA	1UN	-2,80	0,00	-2,80
RECAUDO TERCEROS Corresponsal Pagos	0	43.712,00	0,00	43.712,00

1 Total $87.140,00

Tus financiaciones

Tasa de interés	Concepto	Cuota N°	Capital (A)	Intereses (B)	Subtotal Cuo.

2 Total $0,00

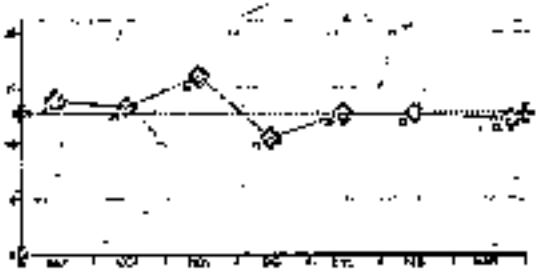
3 Valor facturas vencidas $0,00

Total a pagar 1+2+3 $87.140,00

Pague por

Escanee el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial Estrato/Cat Dpto Días de consumo (#)

Fecha	Lectura	Tipo
22 Feb. 2025	7006	REAL
22 Mar. 2025	7035	REAL

Consumo corregido 7035 - 7006 * Factor de corrección = 22

Tu próxima factura será entre 20 y el 25 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 $70.204

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Oct. 2026

Agende su la RPO aquí

Tarifas

Dic. $2362 Ene. $2480 Feb. $3371

Componentes tarifarios

Factor de corrección

Indicadores de calidad





(415)7709998026025(8020)60757864(3900)0000000087140



Inscríbete para recibir tu factura de manera digital

, diligencia el formulario y empieza a recibir tu factura de manera digital.

Comunica:

Evita fraudes en línea al pagar tu factura. Ingresa siempre al gitendo:

www.grupovanti.com

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gasoriente S.A. ESP

Mundo digital Vanti

Pago a través de nuestra página web www.grupovanti.com/pagos-en-linea/

Pagos electrónicos en otras entidades

Débito PSE

Botón Bancolombia

Bancolombia

Nequi

Daviplata

Dale!

Escanea para inscribir tu factura

*Puntos autorizados para inscripción a débito automático.

Síguenos en nuestras redes sociales como @grupovanti y conoce nuestras iniciativas

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Bancolombia Colpatria
Corresponsales Grupo Éxito

Corresponsales Banco Davivienda
Red Éxito
Banco GNB Sudameris

Estrados Superfinier
Mitus, Jumbo, Éxito

Si recibes un 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 crisis por sequías de gases de efecto invernadero, principal causa del cambio climático.

Línea telefónica sólo para emergencias
Atención todos los días las 24 horas
Fijo: 01 8000 919 052 Móvil: 164

¡Atención preventiva!
Ingresa a www.grupovanti.com y conoce los pasos para cuidar tu vida.

¡Hola!

ANA CECILIA HERNANDEZ
CRTTA 124#__TIBABUYES
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
NoIEder Gas Nit. 5167190-07610

Lote: P16GN Ruta: 001170531050000000 Código del Sector: 281

Cuenta o referencia de pago 60757864

vanti Listo

TU CUPO VANTILISTO APROBADO ES: **$ 4.800.000**



Si tu Revisión Periódica Obligatoria de Gas se vence entre julio y diciembre de 2025

¡Agenda ahorra y cumple sin pagar en efectivo ni en la tienda!



Si la certificas en el mes de abril, mayo o junio.

Escanea el código QR para agendar tu Revisión

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) 317 5121
Bucaramanga (607) 635 4755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 6154
Mi Vanti en línea
https://www.grupovanti.com/

Recuerda que puedes registrar tu correo electrónico para recibir notificaciones de acuerdo a la Ley 2300 de 2023.

HISTORIA CLÍNICA
HC-099-E-0

990000013796515

FECHA: 3-04-23

TIPO DE CONSULTA: CBC ___ RUC ___ ECS ___ MUERTE ___ CONSULTA X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Nube

COLOR: Blanco

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___

RAZA: Mestizo

EDAD: 4 AÑOS

PESO: 2,7 Kg

RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIONES COMPORTAMENTO: SI ___ NO X

AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___ OTRO: ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: CASERA ___ CONCENTRADO X MIXTA ___ OTRO ___

ORIGEN: HOGAR ___ RESCATADO X COMPRADO ___ DONADO ___ ABANDONO ___ PERDIDO DE TENENCIA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Flor Heli Rodriguez

DIRECCIÓN: CL 137A 129 40 001

TELÉFONO: 3204130175

CÉDULA: 28723180

EDAD: ___ X

NACIONALIDAD: Colombiana

CORREO ELECTRÓNICO: Flor 4451 @ gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: primaria

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO X FAMILIAR ___

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X ¿Cuál?

BARRIO: Tibabuyes

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: Suba

CPZ: 71

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

APTO PARA CIRUGÍA: SÍ X NO ___

VAT-CLUB: NO Reporta

VAT VACUNACIÓN: NO Reporta

VAT DESPARASITACIÓN: NO Reporta

VACUNACIÓN: RABIA: Adversos Rabia

REFUERZO: ___

TRIPLE FELINA: ___

PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: ___

RABIA: ___

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE VETERINARIO APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMAS O SITIOS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: (I) II III IV V VI E

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PRE-QUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 166 l/m

F. RESPIRATORIA: 36 r/m

TEMPERATURA: 38,5 °C

TLLC: 1 SEG

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICAMENTO	DOSIS	OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILAZINA	0,135 cc	1 mg/Kg IM
	KETAMINA	0,27 cc	5 mg/Kg IV ☐ 10 mg/Kg IM ☒
	BUPRENORFINA	___ cc	0,1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTESICO	PROPOFOL	0,945 cc	2 mg/Kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G.B.A.	0,189 cc	27.000 U/Kg IM
	MELOXICAM	0,027 cc	0,2 mg/Kg SC

ANTECEDENTES RELEVANTES: Ninguno

Yo en calidad de [Propietario/Acudiente/Cuidador], acepto mediante este documento que he recibido la información completa sobre el procedimiento quirúrgico y/o anestésico a realizar a mi mascota, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y aclarar dudas, y doy mi consentimiento para la realización/autorización del mismo. Doy y voluntariamente AUTORIZACIÓN X NEGACIÓN ___ para la realización del procedimiento con anterioridad descrito.

NOMBRE, CÉDULA Y No. TARJETA PROFESIONAL: Mónica Vázquez Millán, Médica Veterinaria, TP. 11804

FIRMA: Mvz

NOMBRE DEL RESPONSABLE CLIENTE / TARJETA PROFESIONAL: Yennifer Gutiérrez Hormesque, Médico Veterinario - Zootecnista, TP. 33358

FIRMA: YG

	PROGRAMA CLÍNICAS ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS FORMATO ESTERILIZACIONES 2025 Versión 2025	CÓDIGO: [illegible] VIGENCIA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y total uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será intervenido mi animal de compañía. Declaro que el suscrito he sido notificado, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anestésicas, 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 los posibles 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 de manifiesto como beneficiario en alguna de perdida, ni genera posible infección en el animal: algunas de estas reacciones, abscesos, calvos, aplicación de antibióticos, baños locos y otras supuestas culturales y contaminan la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la terapéutica, cirugía, de mi animal de compañía. Igualmente actuaré siempre bajo sus mejores principios, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además por consiguiente y ACEPTO _X__ o RECHAZO _____ la realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entiendo, todos los riesgos que acarrea el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad económica, cargo y de derecho a cualquier reclamación alguna, exonerando de toda responsabilidad al médico veterinario que realice el procedimiento. 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 rociente. AUTORIZO al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POSTOPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y tomar las medidas de precaución y cuidados necesarios para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía, después de la esterilización asumo los riesgos y daños que se puedan presentar con negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Inspectores y al equipo Médico Veterinario encargado (a) por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:

Yo, _____ identificado con CC. No._____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, doy RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (castración) a mi animal de compañía RAZON:

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación:	Firma:

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Salón Comunal Gaitana | FECHA: 21-04-25 | HORA: 10 a.m

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 28.723.180
RODRIGUEZ

APELLIDOS
FLOR HELI





FECHA DE NACIMIENTO 02-JUN-1972
FALAN
(TOLIMA)

ESTATURA
1.59
G.S. RH
O+
SEXO
F

02-JUN-1990 FALAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-3500150-00148618-M-0028723180-20090618 0000154A 1 19720602

Banco de Occidente

Punto pago

RECIBO DE PAGO

Fecha de pago: 15/03/2025 Hora: 15:14:15

Id Comercio: 20010 No Terminal: 11131

Id Trx: 92157710 Id Aut: 000000

Comercio: PLANTA - ARTEL Y PETA LOS MACETOS

Dirección: CALLE 152 131 11

RECAUDO DE FACTURAS

TRANSACCIÓN EXITOSA

Convenio: VANTI SA ESP GAS NATURAL

Código comercio: 90

Referencia de pago: 81333142

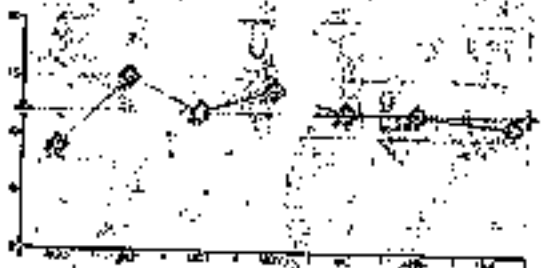
Valor: $20.610

Consignación bancaria para Banco de Occidente. La impresión de este soporte implica aceptación de... Para la Web Móvil y Fijas en el Banco recibe el comprobante de pago. Requerimientos 018000 314662

BOGOTÁ

vanti

Tus últimos consumos



Datos de medición

Fecha	Lectura	Tipo
23 Ene. 2025	9180	REAL
22 Feb. 2025	9504	REAL

m³ consumidos = 9504 - 9180 = Factor de corrección = 11

Tu próxima lectura será: Entre 18 y el 23 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 $79.294

Es Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Jul. 2029

Agenda tu cita aquí

Tarifas

El Valor del m³ de gas este mes es de $3371.

Nov. $2362 Ene. $2382 Feb. $2460

Componentes tarifarios

Factor de corrección

Indicadores de calidad

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota Nº	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A+B

Total $0,00

Valor facturas vencidas

$0,00

Total a pagar

$20.610,00

Pago por:

Escanea el código QR

Total $20.610,00



(415)7709598026601(8020)0122914203900(10)0000000000810

tu factura de manera digital

...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/

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Bancolombia · BBVA · Banco de Occidente · Banco Popular · Banco Caja Social · Nequi · Daviplata · Efecty · Baloto · dale!

Botón PSE · Código Bancolombia

Recuerda que puedes pagar tus facturas de gas y todas tienen costo en una sola transacción

Síguenos en nuestras redes sociales como @grupovanti y conoce nuestras iniciativas.

Puntos Presenciales

- Corresponsales Banco BBVA
- Corresponsales Bancolombia Colpatria
- Corresponsales Grupo Aval
- Corresponsales Banco Davivienda
- Red CADE
- Banco GNB Sudameris
- Gestión Superfidas
- Matriz Jardín Plaza

*Si cancelas con cheque, debe ser de gerencia y a nombre de Vanti S.A. ESP

Eficiencia energética

Reduce nuestro consumo de energía se traduce en un ahorro para la economía familiar y contribuye a disminuir las emisiones de gases de efecto invernadero, principal causa del cambio climático.

Línea telefónica solo para emergencias
Atención todos los días las 24 horas
Fijo: 01 8000 919 052 Móvil: 164

Atención presencial
Ingresa a www.grupovanti.com y conoce los pasos para agendar tu cita.

¡Hola!

FLOR NUBIA SANCHEZ
CL 137A 128 40 00001 - TIBABUYES
BOGOTA...

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 6167186-118600

Lote: P18GN Ruta: 001 1706816500005010 Codigo del Sector: 281

Cuenta o referencia de pago 61323142

vanti listo

MI CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:



CON REGRESA A CLASE Y SÚPER GANA UN

vanti listo

Escanea el código QR y participa aquí

Usando tu cupo Vanti Listo por un monto igual o superior a $2.500.000*

Promo válida del 13 de enero al 28 de febrero de 2025

Paga a cuotas a través de tu factura de gas natural

dale! · Efecty · Baloto · Nequi · Daviplata

Participa a cargo de Vanti S.A. ESP. Gas Natural Comprimido S.A. ESP. Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gasnova S.A. ESP. Consulta TYC de la campaña registrada a nombre de Vanti S.A. ESP en vanti.co/terminos. Vanti Listo es un cupo que disponibiliza el banco de financiación del tendero ofrecido por el Grupo Vanti. Aplican condiciones establecidas en la política de financiación, consúltalas en grupovanti.com/vanti-listo/condiciones. Campaña válida desde el 13 de enero hasta el 28 de febrero de 2025 o hasta agotar existencias, no acumulable con otras promociones vigentes.

Conéctate 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 942 784
Bogotá (601) 307 8121
Cundinamarca (607) 685 4755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4184

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.

Si la factura no llega a tiempo por falta de pago, cualquier reclamo, en cuanto a la facturación, no genera el cobro de intereses moratorios, ni constituye falla en la prestación del servicio. Para mayor información sobre la empresa y página para pagos, Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios (SSPD) en la línea gratuita 01 8000 910 690 y para Bogotá en el 3460580 o en la página web www.superservicios.gov.co. Para mayor información sobre la empresa y página para pagos, Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios (SSPD) en la línea gratuita 01 8000 910 690 y para Bogotá en el 3460580 o en la página web www.superservicios.gov.co. Para mayor información sobre la empresa y página para pagos, Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios (SSPD) en la línea gratuita 01 8000 910 690 y para Bogotá en el 3460580 o en la página web www.superservicios.gov.co.

CATALOGO SOLUCIONES DE DIGITALIZACIÓN S.A.S. NIT. 830.008.014

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ
SECRETARÍA DISTRITAL DE AMBIENTE
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CENTRO DE ESTERILIZACIÓN CAN

HISTORIA CLÍNICA
HT-999-E-0

SECTOR-UPZ: 990000013796509

FECHA: 3-04-25

CÓDIGO:

LUGAR DE LA CIRUGÍA:

TIPO DE CITAS: SOLO C-S__ R/C__ CLÍ__ VOLANTE__ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Evee

COLOR: Blanco Negro

ESPECIE: CANINO__ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO__ | RAZA: Mestizo | EDAD: 1año | PESO: 3,7Kg | RAZA DE MARCADO ESPECIAL: SI__ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENCIA ALTERACIONES COMPORTAMENTO: SI__ NO X
AGRESIVIDAD__ MIEDO__ ANSIEDAD__
OTRO:

PRESENCIA DE CANDIDATO NATURALES: SI__ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: HSH/E__ CASERO__ CONCENTRADO X MIXTO__ OTRO:

ORIGEN: HSH/E__ RESCATADO__ COMPRADO__ ADOPTADO__ REGALADO X PERDIDO CAMBIA OTRO

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRE Y APELLIDOS: Hector Arguello Bravo
DIRECCIÓN: CL 131C 126 BZTN 10 AP 202
TELEFONO: 3016907005
CÉDULA: 80191448
EXP: X
NACIONALIDAD: Colombiano
CORREO ELECTRÓNICO: hectorAr28@gmail.com
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Tecnologo
TIPO DE VIVIENDA: PROPIA__ ARRENDO X FAMILIAR
SIENTE ALGUNA MOLESTIA: SI__ NO X ¿CUAL?
EMPLEO: Trabajos
ESTRATO: 2
LOCALIDAD: SUBA
UPZ: 71
3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

VACUNADO CONTRA: MDV CPHO

ULT. CELO: Feb 25
ULT. DESPARASITACIÓN: N.R
ITU: VOMITO__ DIARREA__ OTROS__
PRUEBA TARJETA ROJA:
HEMOGRAMA:
PRUEBA:
TIPO: ENFERMEDAD
PARAMETRIZACIÓN Y SOBERTILLA
AÑO: Junio 24

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI__ NO X
ULTIMAS ENFERMEDADES REPORTADAS: Ninguno
HALLAZGOS PERSONALIZADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: I X II III IV V VI E
CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PRE QUIRÚRGICAS

FRECUENCIA CARDIACA: 171 lpm	FRECUENCIA RESPIRATORIA: 32 rpm	TEMPERATURA: 38,9 °C	TLLC: 2 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREMEDICACIÓN	XILACINA	0.185 ml	1 mg/Kg IM
	KETAMINA	0.39 ml	5 mg/Kg IV ☐ 10 mg/Kg IM ☒
	MIDAZOLAM	— ml	0,1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1.295 ml.	2 mg/Kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G S.A.	0.259 mL	17.500 UI/Kg IM
	MELOXICAM	0.037 mL	0.2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

Entiendo que ¡Cirugía pro Adopción Bogotá! no garantiza el resultado como consecuencia de la naturaleza misma del acto quirúrgico, informados acerca del procedimiento quirúrgico y sus riesgos, firmo de conformidad con la Orden de Procedimiento Quirúrgico que hace parte integral de este documento, y en forma voluntaria su ACEPTACIÓN X
RECHAZO__ para la realización del procedimiento quirúrgico

NOMBRE DEL MÉDICO VETERINARIO: Mónica Vásquez Millán
FIRMA PROFESIONAL
Médica Veterinaria
TP. 11804

FIRMA: MV

NOMBRE DEL TÉCNICO/ESTERILIZADOR: Yennifer Gutiérrez Romesque
FIRMA PROFESIONAL
Médico Veterinario - Zootecnista
TP. 33358

FIRMA: 96

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y total uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será sometido mi animal de compañía. Declaro que el anuncio la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son: posibles reacciones a medicamentos, hemorragias, reacciones específicas, complicaciones anestésicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y precisa la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se señala 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, que clasificada como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso inadecuado de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y/o alteren la zona, dentro de las 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 manifestación de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los costos NO los cubre el programa) adicionalmente se me han explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo y totalizo la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a cobro alguno; renunciando de toda responsabilidad a terceros sea y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen situaciones excepcionales, con probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y acepto.

Ha comprendido, he obtenido la información veraz y oportuna 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 Medico Veterinario y/o Medico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POSTQUIRÚRGICOS

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 descuido en la manipulación con mi animal de compañía, eximiendo a la Alcaldía Local de Suba, Inspectores y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor: [signature]

No de Identificación: 1 [illegible] 80191448

Yo _____ identificado con CC. No _____ En pleno y mis facultades mentales, manifiesto de no autorizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía.

RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor:

Firma:

No. Identificación:

SLICITA DE FIJING DE PUNTOS

Lugar: Salón Comunal Gaitana | FECHA: 21-04-25 | HORA: 10 am

OBSERVACIONES

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 80.121.448
ARGUELLO BRAVO
APELLIDOS
HECTOR
NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 25-JUL-1984
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.64 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
29-NOV-2002 BOGOTA D.C.
FIRMA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL







DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Para el recaudo ZONA: 1 CICLO: J1 RUTA: J11478 MUESTRA:

12262972
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

40/05/67/719
Número para pagos
Número de este inmueble de servicios públicos

Periodo facturado FEB/27/2025 MAR/31/2025

Pago oportuno ABRIL/07/2025 Suspensión ABRIL/09/2025

Fecha próxima lectura: MAY/31/2025
Fecha y hora de pre-diligencia: MAR/7/2025 04:17:20
Fecha y hora de suspensión efectiva: MAR/22/2025 11:30:35

¡Hola!

Factura a nombre de
ALAMEDAS DE SUBA I ALAMEDAS DE

Dirección del predio
CL 151C 128 82 IN 10 AP 202

Barrio: Tibabuyes Localidad: SUBA

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

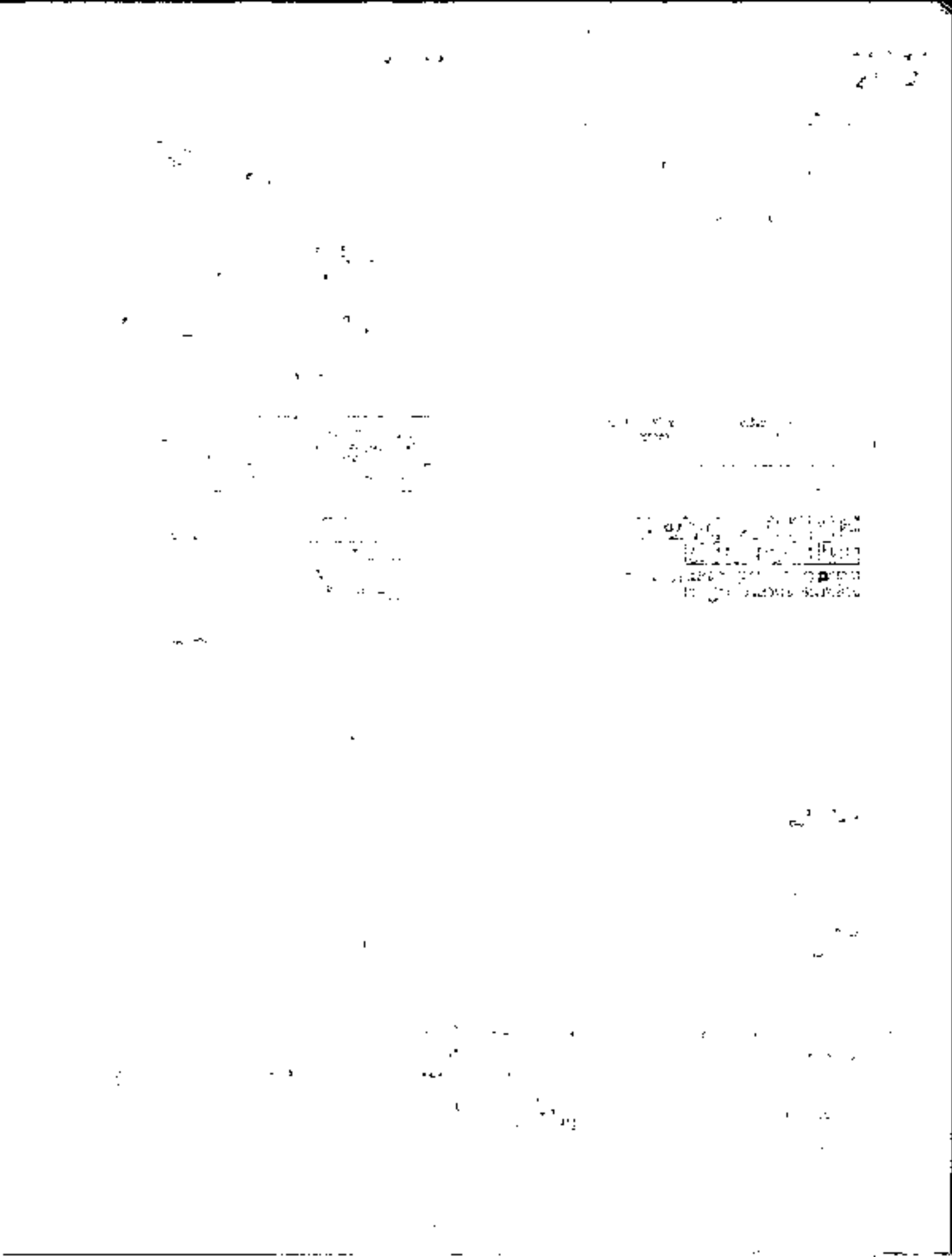
Clase de uso:	Residencial
Estrato:	3
Unidades Habitacionales:	1
Unidades No Habitacionales:	0

¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y
Visita la factura virtual y conoce cómo hacerlo a través de tu factura.

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 Servicio al Ciudadano y obtén información de los puntos de atención, oferta de tarifas y medios de pago a través de Internet.



HISTORIA CLÍNICA: HC-... 0

Código de barras: 990000013885415

FECHA: 3-04-25

LUGAR DE LA JORNADA:

TIPO DE JORNADA: ... CONVENIO X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Nala		COLOR: Amarillo blanco	
ESPECIE: CANINO __ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO __	RAZA: Mestizo	EDAD: 9 meses
PESO: 3,1 Kg	PACIENTE DE MANEJO ESPECIAL: SI __ NO ✓		

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI __ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: CASERO __ CONCENTRADO X MIXTO __

ORIGEN: ... ADOPTADO ... RESCATADO ... OTRO

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Mercedes Andreina Arcangel Morillo Henriquez	DIRECCIÓN: KR 123 131 61 807 00303	TELÉFONO: 3232347031
CÉDULA: 804866	NACIONALIDAD: Colombiana	CORREO ELECTRÓNICO: ... mercedes02@ ...
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: PROPIA __ ARRIENDO X FAMILIAR __	
BARRIO: Tibabuyes	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: SUBA	UPZ: 71

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO: No ha tenido	ULT. DESPARASITACIÓN: Marzo 25	ULT. VACUNACIÓN: ...	FECHA: Marzo 25

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS ... APARENTE: SI __ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: (I) II III IV V VI E

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA	F. RESPIRATORIA	TEMPERATURA	TLLC	MUCOSAS
169 lpm	32 rpm	38,8 °C	2 seg	Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DEL PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/VÍA/DOSIS
PREANESTESIA	XILAZINA	0.155 ml	1 mg/Kg IM
	KETAMINA	0.31 ml	5 mg/Kg IV ☐ 10 mg/Kg IM ☒
	MIDAZOLAM	—— ml	0.1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1.085 ml	7 mg/Kg IV
POSTOPERATORIO	PENICILINA G.B.A.	0.217 ml	22.000 UI/Kg IM
	MELOXICAM	0.031 ml	0.2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

La cirugía de (Orquiectomía/Ovariohisterectomía) ... ACEPTACIÓN X RECHAZO __ para la realización del procedimiento quirúrgico ...

NOMBRE DEL MV CIRUJANO / TARJETA PROFESIONAL: Mónica Velázquez Mitán, Médica Veterinaria, TP. 11804	FIRMA: MV
NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO / TARJETA PROFESIONAL: Yennifer Gutiérrez Nomesque, Médico Veterinario - Zootecnista, TP. 33358	FIRMA: YG

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y comprendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será sometido mi mascota de compañía. Declaro que autorizo la intervención, entendiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como: paros respiratorios o cardíacos, hemorragias, reacciones alérgicas, complicaciones anestésicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información acerca del procedimiento de implantación del microchip y de todos los riesgos que se pueden presentar. Se resalta énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y/o manifestar una contaminación en el punto de puncion, además de posible infección ocasionada por el uso posterior de los 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, en 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 Coordinación realización de cualquiera que requiera quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) de tal manera que me he interpretado y entendido, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por ello asumo en mi totalidad la responsabilidad de la cirugía y no derecho a ninguna reclamación alguna; desmarcando de toda responsabilidad a la Empresa que realiza el procedimiento. También entiendo que existen situaciones excepcionales, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, la cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En consecuencia, he dado una información adecuada y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información contenida 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 las recomendaciones veterinarias y a tomar las medidas de prevención y cuidados que sean necesarios para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Eximo soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo las consecuencias y riesgos que se puedan presentar por negligencia o imprudencia en la manipulación con el animal de compañía, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Integrantes y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor: Heredia Hoyos	Huella del Dedo Índice: 8049166

Yo, _____ identificado con CC. No. _____ de _____ en pleno y normal uso de mis facultades mentales, me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía/Orquiectomía (esterilización) y vacunación) de mi animal de compañía RAZON:

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
No. Identificación:	

8. CITA DESPERTAR DE PUNTOS

Lugar: Salon Comunal Gaitana | Fecha: 21-04-25 | Hora: 10 am

Observaciones:

REPÚBLICA DE COLOMBIA

PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN

No. 804866

COL

MORILLO HENRRIQUEZ
APELLIDOS

MERCEDES ANDREINA ARCANGEL
NOMBRES

VEN
NACIONALIDAD

F
SEXO

26496273
DIU No.

01-01-1999
FECHA DE NACIMIENTO

11-05-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO



FIRMA

E1766511

ZONA DE DESECHO

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria.

Ivon Francisco Espinosa Pinzón
Director General de Migración Colombia

MIGRACIÓN

www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL804866<<<0<<<<<<<<<<<<<<<
9901018F3105308VENE1766511<<<7
MORILLO<HENRRIQUEZ<<MERCEDES<A

Enero 2025

Cuenta o referencia de pago 61314492

Fechas importantes

1 Pago oportuno: 13 Feb. 2025

2 Fecha de suspensión: 14 Feb. 2025

3 Periodo facturado: Dic. - Ene. 2024

4 Emisión de la factura: 28 Ene. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	11 M3	$ 1.165,40	0,0%	$ 30.955,40
PEROS SUBSIDIO (-50%)	1 UN	-$ 15.431,70	0,0%	-$ 15.431,70
AJUSTE DECENA	1 UN	-4,70	0,0%	-4,70

1 Total $15.460,00

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota N°	Capital A	Interese B	Subtotal C=A

2 Total $0,00

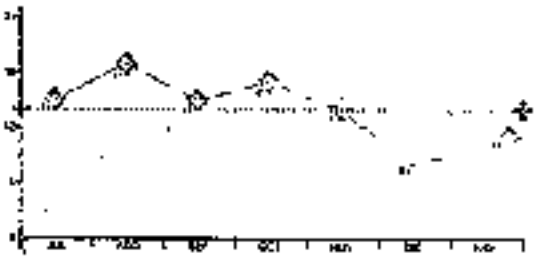
3 Valor facturas vencidas: $0,00

Total a pagar (1)+(2)+(3): $15.460,00

Pague por

Escanee el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial Tarifa Vigente Días de consumo 39

Fecha	Lectura	Tipo
23 Dic. 2024	3770	REAL
24 Ene. 2025	3784	REAL

m³ consumidos = 3784 - 3770 * Factor de corrección = 11

Tu próxima lectura será: Entre 19 y el 23 de Febrero

Novedades de tu factura

Cuota 2 de 6

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $86.100

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Jul. 2026

Agendar en el RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas estrato 1 es de $2650.

Oct. $2250 Nov. $2262 Dic. $2852

Componentes tarifarios

Factor de corrección

Inflaciones de cálculo



(415)7709990026025(8020)61314492(3600)000000000015460

Vanti

Por favor doble y rasgue para abrir la factura

Recibirla para tener **tu factura** de manera digital

Escanea el código QR, diligencia el formulario y empieza a recibir tu factura de manera digital.

Solicita tu factura [illegible]
Págala o[illegible]
[illegible] Bancolombia [illegible]
Tan fácil tenerla,
tan fácil y seguro que es pagarla.

Solicita tu factura en línea aquí



Mundo digital Vanti

Paga a través de nuestra página web
www.grupovanti.com/pagos-en-linea/

Pagos electrónicos en otras entidades

Botón PSE

Botón Bancolombia

Recuerda que puedes pagar tus facturas de una manera sencilla con solo transferir

Escanea para pagar tu factura

Redeban · Baloncolombia · BBVA · Bancolombia · Banco Popular · Banco Agrario · Banco Caja Social · Nequi · dale!

*Puede aplicar costos por transacción o débito automático

Síguenos en nuestras redes sociales como @grupovanti y conoce nuestros últimos avances

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Bancolombia Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Sura y Más Sucursales

Grandes Superficies
Metro, Jumbo, Éxito

*Si tu factura está a nombre de otra persona 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.

CUENTAS, SOLICITUDES DE COMUNICACIONES S.A.S. NIT. 830053529

Por favor doble y rasgue para abrir la factura

¡Hola!

AGUSTIN LEON
KR 123 131 61 E07 00303 - TIBABUYES
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Mandar Gas Nit. 8057101-05283

<Lote: P183N Ruta: 3C 1770161200305100 Código del Sector: 89>

Cuenta o referencia de pago **61314432**

vanti Listo

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 4.400.000**



Escanea el código QR y participa aquí

Usando tu cupo Vanti Listo por un monto igual o superior a $2.500.000*

Promo válida del 13 de enero al 14 de febrero de 2025

Paga a cuotas a través de tu factura de gas natural

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gases Comprimidos del Caribe S.A. ESP, Gases de Occidente S.A. ESP y Gases de Oriente S.A. ESP. Consulta T&C en la campaña exclusiva disponible en [illegible]. Vanti Listo no incluye cupo disponible rotativo ni tarjeta de crédito. Promoción válida del 13 de enero hasta el 28 de febrero de 2025 o hasta agotar existencias, lo que ocurra primero. Consulta términos y condiciones en [illegible]

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

Atención telefónica
Lunes a viernes 7a.m. a 6 p.m.
Sábados 7 a.m. a 1 p.m.

Línea gratuita 01 8000 942 794
Bogotá (601) 307 8121
Bucaramanga (607) 685 4757

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 una entidad prestadora para comercializarnos de acuerdo a la Ley 2030 de 2020.

Por favor doble y rasgue para abrir la factura

HISTORIA CLÍNICA HC-0848-0

MICROCHIP: 990000013796510

FECHA: 2 Abril /25

LUGAR DE LA JORNADA:

TIPO DE ATENCIÓN: CRC ___ REC. CTE ___ RELEVO ___ COMUNIDAD X

I. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Nieve — COLOR: Blanco Negro.

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X — SEXO: HEMBRA X MACHO ___ — RAZA: mestizo — EDAD: 7 meses — PESO: 3,1 kg — DATA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

PERFIL DE VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X

NERVIOSO ___ MIEDO ___ AGRESIVO ___ OTRO: ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: HOME: ___ CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___

ORIGEN: HOGAR ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO ___ ABANDONADO X PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

II. DATOS DEL PROPIETARIO RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Luis Eduardo Julio Rodriguez — DIRECCIÓN: KR 103B 133 45 — TELÉFONO: 3046323086

CÉDULA: 19359104 — EDAD: ___ — NACIONALIDAD: Colombiano — CORREO ELECTRÓNICO: luiedy56@hotmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Técnico. — TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO X FAMILIAR ___ — HACE ALGUNA ACTIVIDAD: SI ___ NO X ¿CUÁL?

BARRIO: Costa Azul — ESTRATO: 3 — LOCALIDAD: SUBA — UPZ: 71

III. ANAMNESIS

Buen estado de salud

AYUNO PARA CIRUGÍA: SI X NO

ÚLT. CELO: No ha presentado — ÚLT. DESPARASITACIÓN: Febrero / 25 — ULT. VACUNACIÓN: RUIDO: ___ CAMBIOS PAPEL: ___ HEDAMENTE: ___ LEUCEMIA: ___ — DIETA: ___ PERTINENTE: PARASITOSIS Y BIENESTAR: Feb/25

IV. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD GRAVEDAD: SI ___ NO X — SISTEMAS O SEÑALES AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: (I) II III IV V VI E — CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

V. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PRE QUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 163 l/m — F. RESPIRATORIA: 34 r/m — TEMPERATURA: 38,2 °C — TLLC: 2 seg — MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

VI. MEDICACIÓN

FASE DEL PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN			DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.155 ml	1 mg/Kg IM	
	KETAMINA	0.31 ml	5 mg/Kg IV ☐	10 mg/Kg IM ☒
	MIDAZOLAM	___ ml	0.1 mg/Kg IV	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1.085 ml	1 mg/Kg IV	
POST OPERATORIO	PENICILINA G.A.	0.217 ml	17.000UI/Kg IM	
	METOCLOPRAMIDA	0.031 ml	0.2 mg/Kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

Entiendo de (Clínica) alternativas legales. Declaro que el documento como constancia de haber brindado plena información y resuelto, informado consentido sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomía/Orquiectomía/Esterilización/Cunicultura, autorizo la misma. Acepto el manejo del material y valoración. ACEPTACIÓN X RECHAZO ___ para la realización del procedimiento quirúrgico.

NOMBRES Y APELLIDOS MÉDICO VETERINARIO: Mónica Alejandra Milán
TARJETA PROFESIONAL: Médica Veterinaria TP. 15804

FIRMA: MVC

NOMBRE DEL MÉDICO ANESTESIÓLOGO: Yennifer Gutiérrez Nomesque
TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33368

FIRMA: 96

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

Es libre y voluntario de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será intervenido mi animal de compañía. Declaro que al suscribir la autorización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como: paro cardiaco, complicaciones anestésicas, 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 resalta énfasis que durante la implantación del microchip puede generar: Hipersensibilidad a reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de aplicación, además de posible infección en el área por mal uso por parte del tenedor, rotación, retiro, aplicación en animales gestantes, baños muy calientes que irriten y comprometan 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 a ACEPTO _X_ o RECHAZO _____ la declaración realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicional he sido muy explicado y entendido todos los cargos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en mi totalidad la responsabilidad de la cirugía y de derecho a contravención alguna, exonerando de toda responsabilidad al empresa sea y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen situaciones excepcionales, cuya probabilidad de ocurrencia es rara, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado

En consecuencia, 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 o Practicante Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica de acuerdo a las condiciones anteriormente mencionadas

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO
Me comprometo a seguir inmediatamente 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 fallas que se puedan presentar por negligencia o impericia en la recuperación con el animal de compañía, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Inspectores y al equipo Médico Veterinario contratado del servicio por cualquier tipo de daño que pueda salir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Identificación: 1935710

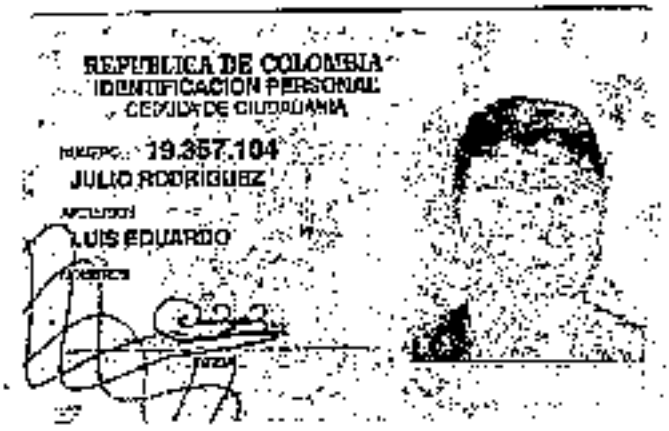
Yo, _____ identificado con CC No. _____ En plena y normal uso de mis facultades manifiesto mi RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. NAVIA:

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación:	

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Salón Comunal Gaitana	FECHA: 21-04-25	HORA: 10 am

OBSERVACIONES:



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 19.357.104
JULIO RODRIGUEZ

APELLIDOS
LUIS EDUARDO

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 08-AGO-1958
MANIZALES
CALDAS
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 A+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

08-AGO-1978

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL



A 1400155-00154222 A 0001 M 20080418 00000118

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá - ESP
NIT [illegible]-1

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA:1, CICLO: K1 RUTA:K11423 BIMESTRAL

10582792
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

41335349118
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

Periodo facturado NOV/07/2024 ENE/06/2025

Pago oportuno FEB/10/2025 Suspensión FEB/13/2025

Fecha expedición previa factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
ABR/02/2025	ENE/28/2025 08:31:32	ENE/28/2025 13:15:01

¡Hola!

Factura a nombre de
YOLANDA RUIZ DE JULIO

Dirección del predio
KR 1636 133 46
Barrio COSTA AZUL, Localidad: SUBA
Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso:	Residencial
Estrato:	3
Unidades Habitacionales:	1
Unidades No Habitacionales:	0

¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambió
Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.

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.[illegible].com.co Línea Nacional de Servicio al Ciudadano y obtén información de los puntos de atención, copia de la factura y realiza tu pago a través de Internet.

cadena [illegible]

HISTORIA CLÍNICA

HC-509-E-Q

MASCOTA: SI ___ NO ___

FECHA: 05/01/26

CÓDIGO TST-#

LUGAR DE LA JORNADA:

TIPO DE TENEDOR: CNC ___ ECT ___ ESS ___ RELPAS ___ COMUNIDAD ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE

COLOR:

ESPECIE: CANINO ___ FELINO ___ ESPECIE EXÓTICA ___ BÚFALO ___

RAZA

EDAD

PESO:

RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO ___

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO ___

AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___

OTRO: _____

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO ___

TIPO DE ALIMENTACIÓN: BARF ___ CASERO ___ CONCENTRADO ___ MIXTO ___ OTRO _____

ORIGEN: NATAL ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO ___ HEREDADO ___ PERRO DE CUARTA ___ OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:

DIRECCIÓN

TELÉFONO

CÉDULA:

SEXO: M ___ F ___

PARROQUIA/VEREDA:

CORREO ELECTRÓNICO:

NIVEL DE ESCOLARIDAD

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRENDO ___ FAMILIAR ___

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO ___ ¿CUÁL?

BARRIO:

ESTRATO:

LOCALIDAD: SUBA

UPZ

3. ANTECEDENTES

APTO PARA CIRUGÍA: SI ☐ NO ☐

ULT. CELO:

USO DE ESTERILIZANTE (CUÁL):

ULT. VACUNACIÓN: ¿CUÁL? ___ CANINOS: PARVO: SÉXTUPLE/ÓCTUPLE

TRIPLE: PENTAVALENTE: PARVO, MOQUILLO Y HEPATITIS A

PRIMERA TRIMESTRAL: LEUCEMIA: RABIA:

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO ___

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS

HALLAZGOS ENCONTRADOS:

CLASIFICACIÓN ASA: I II III IV V VI E

CONDICIÓN CORPORAL: /9

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PRÓGNÓSTICAS

FC: LATIDOS/m

FR: RESPIRACIONES/m

TEMPERATURA: °C

TLLC: seg

MUCOSAS:

OBSERVACIONES

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	___ mL	1 mg/Kg IM
	KETAMINA	___ mL	5 mg/Kg IV ☐ 10 mg/Kg IM ☐
	BUTORFANOL	___ mL	0.1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ mL	2 mg/Kg IV
POSTOPERATORIO	PENICILINA G B.A.	___ mL	37.000 UI/Kg IM
	MELOXICAM	___ mL	0.2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de [Propietario/a/Tenedor/a/Responsable], acepto que el presente documento tiene carácter de historia clínica del paciente bajo custodia del profesional médico veterinario y/o zootecnista que lo atiende. Autorizo la realización del procedimiento anestésico descrito en este documento, así como la toma de muestras biológicas y/o la aplicación de medicamentos necesarios para el bienestar del animal. Entiendo que existen riesgos inherentes a todo procedimiento anestésico, incluso en pacientes aparentemente sanos, y que el profesional ha explicado las medidas adoptadas para minimizarlos. Declaro que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y que mis dudas han sido resueltas satisfactoriamente. ACEPTACIÓN ☐ RECHAZO ☐

NOMBRES, CÉDULA Y FIRMA DEL PROPIETARIO/TENEDOR/RESPONSABLE:

FIRMA

NOMBRE DEL MÉDICO VETERINARIO/ZOOTECNISTA RESPONSABLE:

Mónica Vázquez Milán
Médica Veterinaria
TP. 11804

Yennifer Gutiérrez Nemeçque
Médico Veterinario - Zootecnista
TP. 33153

FIRMA

06

	[illegible]	[illegible]
	[illegible]	[illegible]

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y mi completo uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será intervenido mi animal de compañía. Declaro que al suscribir la autorización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones anestésicas y hasta la muerte.

Así como manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información antes del procedimiento de implantación del microchip y de todos los riesgos que se pueden presentar. Se resalta el énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se puedan evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de aplicación, además de posible infección secundaria por el uso posterior de isopos, jeringas, talco, aplicadores de antipulgas, baños secos y cepillados que irriten y retarden la zona, dentro de los 3 días posteriores a la implantación.

De la misma 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 realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) adicionalmente se me han explicado y entendido, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por lo cual asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna, eximiendo de toda responsabilidad a empresas veterinarias y médicos que realicen el procedimiento. También entiendo que existen situaciones imprevistas, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, la cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En consecuencia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas plenamente y comprendido la información contenida 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 previamente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADO POST OPERATORIO
Me comprometo a seguir rigurosamente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como 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, eximiendo a la Alcaldía Local de Suba, Inspectores y el equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda surgir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:

Yo, _____ identificado con CC. No._____. _____ En pleno y mi mayor uso de mis facultades mentales, me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía-Esterilización y castración de mi animal de compañía. RAZÓN;

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación:	

III. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:

OBSERVACIONES.

HISTORIA CLÍNICA
HC-999-5-0

MICROCHIP: 990000013796505

FECHA: 3 Abril 25

CÓDIGO EST-4

CUSTODIA Y ALOJAMIENTO:

TIPO DE TRATAMIENTO: DIC ___ REC. ___ CES ___ FELINOS ___ COMUNITARIO X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Lola

COLOR: Marron Blanco Amarillo

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: mestizo EDAD: 10 meses PESO: 3.4 kg RAZA DE MACHO ESPECIAL SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENCIA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO SI ___ NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___
OTRO: ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: NATURAL ___ CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___

ORIGEN: NACIDO ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO X PERDIDO (CUARTO) ___ OTRO ___

2. DATOS PROPIETARIO/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria Andrea Sierra Aguilar
DIRECCIÓN: CL 138A 113 64 001
TELÉFONO: 3115906683
CÉDULA: 39780269
SEXO: M ___ F X
NACIONALIDAD: Colombiana
CORREO ELECTRÓNICO: 3115906683@yahoo.com
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria
TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRENDADO X FAMILIAR ___
PERTENECE A ASOCIACIÓN: SI ___ NO X ¿CUÁL?
BARRIO: Villa Maria
ESTRATO: 2
LOCALIDAD: SUBA
UPZ: 71

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

APTO PARA CIRUGÍA: SI X NO ___

ÚLT. PESO: Marzo/25
ÚLT. DESPARASITACIÓN: No Reporta
ÚLT. VACUNACIÓN: NUEVA X CANINOS (virus): HEXAVALENTE: /
FELINOS: TRIPLE FELINA: / TRIPLE: TETRAVALENTE: /
RABIA: PARVOVIRUS Y LEUCEMIA: /

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X
SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno
IDENTIFICACIÓN ENCONTRADOS: Ninguno
CLASIFICACIÓN ASA: I X II ___ III ___ IV ___ V ___ VI ___ E ___
CONDICIÓN CORPORAL: 7/9

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 170 l/m
F. RESPIRATORIA: 31 r/m
TEMPERATURA: 38.6 °C
TLLC: 1 seg
MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO		VALORACIÓN	OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.17 mL	1 mg/Kg IM
	KETAMINA	0.34 mL	5 mg/Kg IV ☐ 10 mg/Kg IM ☒
	MIDAZOLAM	— mL	0.1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1.19 mL	2 mg/Kg IV
POSTOPERATORIO	PENICILINA G.S.	0.238 ml	17.500 UI/Kg IM
	METOCICLAM	0.034 ml	0.2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

Entidad de Atención de Animales Abandonados: declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada es verdadera. Manifiesto que he leído y comprendido el presente consentimiento informado y que he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el procedimiento quirúrgico propuesto. Entiendo los riesgos, beneficios y alternativas del procedimiento y doy mi consentimiento para que se realice. ACEPTACIÓN X RECHAZO ___

NOMBRE(S) DOCTOR(A) MV CIRUJANO(A) Y TARJETA PROFESIONAL: Mónica Vc. Vázquez Milán, Médica Veterinaria, TP. 11804
FIRMA: MVV

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO Y TARJETA PROFESIONAL: Yennifer Gutiérrez Monesque, Médica Veterinaria - Zootecnista, TP. 33358
FIRMA: YG

	Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial Campaña de Educación Ambiental Con Amor Animal	BOGOTÁ SUEA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, declaro que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía y/o cualquiera otra a la cual será sometido mi animal de compañía. Declaro que durante la entrevista, estando yo presente, se me dieron a conocer los riesgos durante la cirugía como: paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas o hasta la muerte.

Asimismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y de todos 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 ejercicio, además de posible supuración en el área por el uso posterior de lociones, jabones, cortes, aplicación de ungüentos, baños, lesiones y otras situaciones 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 identificación de mi animal de compañía. Igualmente autorizo el tratamiento de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO** _X_ o **RECHAZO** _____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el preoperatorio, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía sin derecho a reclamación alguna; exonerando de toda responsabilidad a terceros así y a su equipo médico que realice el procedimiento. También acepto que todas las decisiones serán tomadas con la probabilidad de ocurrencia estipulada, 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 rigurosamente 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, impericia en la manipulación con mi animal de compañía, eximiendo a la Alcaldía Local de Suba, Inspectores y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor: Laura Andrea Sierra	No de Identificación 39750269

Yo, _____, identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, no **ACEPTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía/ Orquiectomía a (identificación y nombre) de mi animal de compañía. RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación:	Firma:

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

Lugar: Salon Comunal Gaitana	FECHA: 21-04-25	HORA: 10 am

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 39.780.269

SIERRA AGUILAR

APELLIDOS

MARIA ANDREA

NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 08-DIC-1965

PACHO
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

11-MAY-1987 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00200133-F-0039780269-20091128 0010333825A 1 1350042559

gota enbra
edad 10 meses
color tricolor
Lola
3115906683
cc

2025

233

vanti

Fechas importantes

1. Pago oportuno. 07 Abr. 2025
2. Fecha de suspensión 08 Abr. 2025
3. Periodo facturado Feb. - Mar. 2025
4. Emisión de tu factura 26 Mar. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario ($)	IVA ($)	Subtotal $=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	16M3	3.155,11	0,00	$50.707,59
MENOS SUBSIDIO (41%)	UN	-21.617,09	0,00	-21.617,59
AJUSTE DECENA	UN	0,03	0,00	0,03
Cargo Fijo Gas	UN	11.285,12	2.145,88	15.440,20

1 — Total $49.330,00

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota N°	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A

2 — Total $0,00

3 — Valor facturas vencidas

$0,00

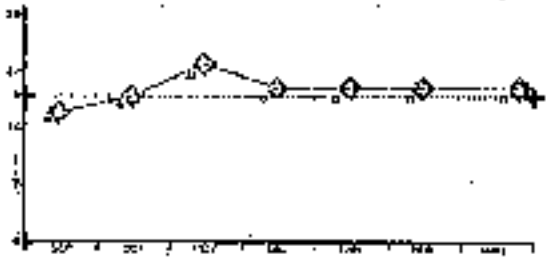
Total a pagar 1+2+3

$49.330,00

Pago por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición.

Uso: Residencial | Estrato: Dos | Plan de consumo: 29

Fecha	Lectura	Tipo
18 Feb. 2025	9551	REAL
18 Mar. 2025	9575	REAL

m³ consumo = 9575 - 9551 * Factor de corrección = 18

Tu próximo factura será

Entre el 3 y el 18 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 $70.254

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

30 Nov. 2025

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de: $2366.

Dic. $2352 Ene. $2480 Feb. $2371

Para ver la tarifa vigente ingresa a la Comisión de Regulación de Energía y Gas (CREG).

Componentes tarifarios

Descargo: Tm: 928.87 Dm: 621.22 Cm: 0.0

Cv: 75.79 Dvm: 0.0 Cvfm: 0.0 Cvmm: 0.0

Cmm: 3.8 Tpbm: 49.435 DMR: 0.3 DMMR: 0.3

Nivel Tarifario: 1 Factor de Ajuste: 0.84

Valor Subsidio: $460.220

Factor de corrección

Vm: 25 Cm: 0.96897 Pb: 0.80578 Fc: 0.7731

Vc: 19 Tm: 14.06 Tb: 13.58 Fpc: 1.01000

Pa: 0.701 Pm: 0.694 Pb: 1.0

Factor de corrección: 0.7731

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IC: 100.0 IVT: 100.0





(415)7709990359923(8020)842782393(3902)0000000000+9330

Vanti S.A. E.S.P. Nit 800.202.811-5 www.vanti.co Línea Gratuita Nacional 018000 124 233 Bogotá 601 307 6233 Medellín 604 444 8264 Cali 602 889 8233 Barranquilla 605 385 8233 Bucaramanga 607 697 8233 Manizales 606 887 8233 Pereira 606 340 8233 Ibagué 608 261 8233 Cúcuta 607 571 8233 Villavicencio 608 662 8233 Pasto 602 722 8233 Neiva 608 875 8233 Armenia 606 749 8233 Popayán 602 824 8233 Tunja 608 744 8233 Sincelejo 605 282 8233 Valledupar 605 580 8233 Montería 604 784 8233 Riohacha 605 727 8233 Santa Marta 605 421 8233 Florencia 608 435 8233 Yopal 608 634 8233 Quibdó 604 671 8233 Mocoa 608 420 8233 San Andrés 608 512 8233 Arauca 607 885 8233 Inírida 608 564 8233 Mitú 608 545 8233 Puerto Carreño 608 594 8233 San José del Guaviare 608 584 8233 Leticia 608 592 8233 Vaupés 608 545 8233 Vichada 608 594 8233 Guainía 608 564 8233

Factura para tener
tu factura
de manera digital

Escanea el código QR, diligencia el formulario y empieza a recibir tu factura de manera digital.

Comunica:

Evita fraudes en línea al pagar tu factura.
Ingresa siempre digitando:

www.grupovanti.com

Publicidad vigente Vanti S.A. ESP, Gases Comprimidos S.A. ESP, Gasoriente S.A. ESP, Gascar S.A. ESP

Mundo digital Vanti

Paga a través de nuestra página web
www.grupovanti.com/pagos-en-linea#

Pagos electrónicos en otras entidades

Recuerda que puedes pagar tu factura de otras ventas cuentas contacta empresa para tramitarlo

Escanea para pagar tu factura

¡Permite oficialmente interpelarme dicho automático

Síguenos en nuestras redes sociales como @grupovanti y conoce nuestras iniciativas.

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA	Corresponsales Banco Davivienda	Grandes Superficies
Corresponsales Supermercado Carulla	Red CADE	Mayo, junio, julio
Corresponsales Grupo Aval	Banco ITAÚ Colombia	

*Si conoces por ejemplo, este día ser de gobierno y a partir de Vanti S.A. ESP.

Eficiencia energética

Realizar un uso consciente de energía se traduce en un ahorro para tu economía familiar y contribuye a disminuir las emisiones de gases de efecto invernadero, principal causa del cambio climático.

Línea telefónica solo para emergencias
Atendida 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.

¡Hola!

DIOMEDES SOLER
CL 138A 13 64 02001 - VILLA MARIA
BOGOTA

vanti
Más tranquilo avanzar
Vanti S.A. ESP
Medidor Gas No. 5007197-1905CO

Lote: P14GN Ruta: 0011480271C00025000 Código del Sector: 322

Cuenta o referencia de pago **61272233**

vanti Listo

TU EQUIPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 4.800.000**



Si tu Revisión Periódica Obligatoria de Gas se vence entre julio y diciembre de 2025

Agenda ahora y cambia a vuelo



Si te certificas en el mes de abril, mayo o junio,

participar en el sorteo

Escanea el código QR para agendar su Revisión

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

Atención telefónica
Lunes a viernes 7a.m. a 6 p.m.
Sábados 7 a.m. a 1 p.m.

Línea gratuita 01 8000 943 794
Bogotá (601) 307 6121
Bucaramanga (607) 635 4735

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 comunicarte de acuerdo a lo dispuesto en la ley 2300 de 2023

HISTORIA CLINICA

HC-SMA-[illegible]

990000013796501

FECHA: 3 / abril / 25

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Juana

COLOR: Amarillo.

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: mestizo EDAD: 10 meses PESO: 4.2 Kg RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VACUNACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X

AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___ OTRO: ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO: ___

ORIGEN: CRIADO ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO X PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: María Andrea Sierra Aguilar

DIRECCIÓN: CL 138A 113 64 001

TELEFONO: 3115906683

CELULAR: 3978026

EMAIL: ___

BARRIO/LOCALIDAD: Colsubsidio

CORREO ELECTRÓNICO: 3115906683@hotmail.co

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria

PROPIA X

TIPO DE VIVIENDA: APARENTE X FAMILIAR ___

TIENE MASCOTA ADICIONAL: SI ___ NO X CUAL?

BARRIO: Villa María

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

APTO PARA CIRUGÍA: SI X NO ___

ULT. CICLO: Marzo/25

INF. DESPARASITACIÓN: NO Reporta

ULT. VACUNACIÓN: RABIA X CANINO: PARVO: HEPATITIS: LEPTO: TRIPLE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: /

RABIA: /

4. EXAMEN CLÍNICO

SIGNOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

ANOMALÍAS ENCONTRADAS: Ninguno

CONFORMACIÓN: O N MI MI M VI E

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PRE-QUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 167 l/m

F. RESPIRATORIA: 32 r/m

TEMPERATURA: 38,1 °C

TLLC: 2 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.21 mL	1 mg/Kg IM
	KETAMINA	0.42 mL	5 mg/Kg IV ☐ 20 mg/Kg IM ☒
	MIDAZOLAM	___ mL	0.1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1.47 mL	2 mg/Kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G.B.A.	0.294 mL	37.000 UI/Kg IM
	MELOXICAM	0.042 mL	0.1 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de [illegible], mediante este documento consiento haber brindado al responsable o tenedor, información detallada sobre el procedimiento autorizado y sus posibles riesgos relacionados con la(s) cirugía(s) programada(s) que acepto(amos) [illegible] ACEPTACIÓN: X RECHAZO ___ para la realización del procedimiento con el(los) paciente(s) anteriormente descrito(s).

NOMBRES Y APELLIDOS DEL MV ORDENADOR: Mónica Vanessa Vázquez Milán
TARJETA PROFESIONAL: Médica Veterinaria TP-11804

FIRMA: MVV

NOMBRE DEL MV ASISTENTE: Yennifer Gutiérrez Nonesque
TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358

FIRMA: YG

Bogotá

HISTORIA CLÍNICA ESTUDIANTES, CAMPAÑA Y NORMAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Código 3001

BOGOTÁ
SUBA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y mental uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será intervenido mi animal de compañía. Declaro que la actividad a ser esterilización, entendido que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como: pérdida excesiva de sangre, hemorragias, infecciones, 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 he sido informado de los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip pueden generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en el momento de la 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, durante los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario encargar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo al mismo sus efectos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y ACEPTO _X__ o RECHAZO _____ la declinación realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa). Adicionalmente se me han explicado y entiendo todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contra-relación alguna; exonerando de toda responsabilidad e impacto sus y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual ha sido informado. Es comprendido y aceptado.

En complemento, 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 Medico Veterinario y/o Medico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones previamente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO
Me comprometo a seguir fielmente todas las recomendaciones y a cumplir las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del retiro 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impetuosa y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Darsy Andrea Sierra	3478026

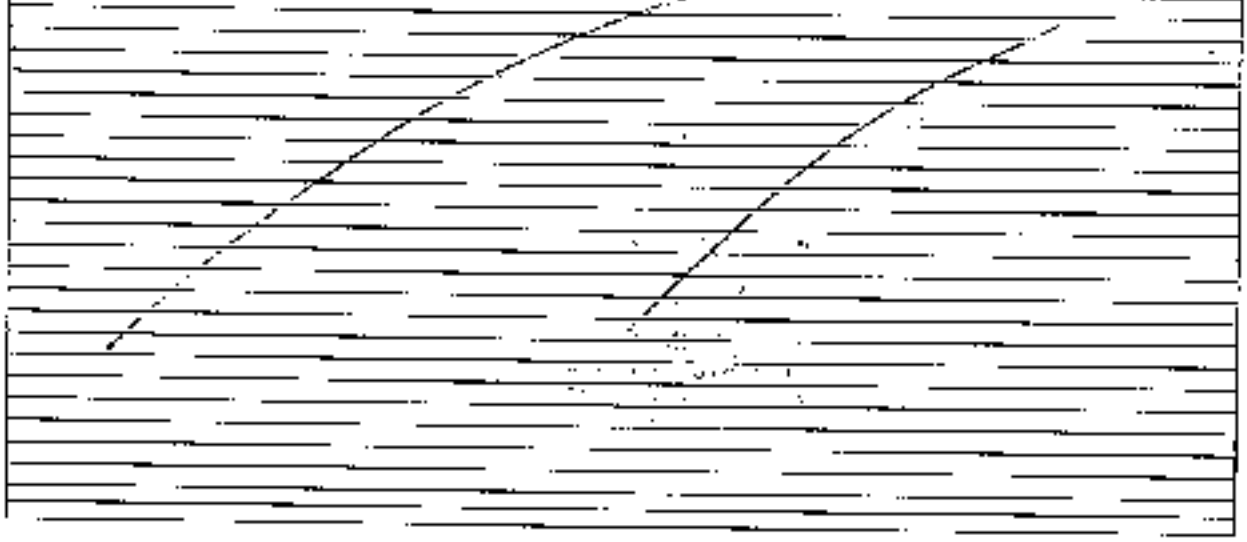
Yo, _____ identificado con CC. No. _____ En pleno y mental uso de mis facultades mentales, doy RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y vacunación) de mi animal de compañía RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación:	

8. GUÍA DE ANOTACIÓN DE PUNTOS

LUGAR: Salón Comunal Gaitana | FECHA: 21-04-25 | HORA: 10 a.m.

OBSERVACIONES:



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 39.780.269
SIERRA AGUILAR

APELLIDOS
MARIA ANDREA

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 08-DIC-1985
PACHO
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 O+ F
ESTATURA G.S. (RH) SEXO

11-MAY-1987 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO



gota embra cdad

70 meses

color café

Juana

3115906683

Fechas importantes

1. Pago oportuno: 07 Abr. 2025
2. Fecha de suspensión: 08 Abr. 2025
3. Periodo facturado: Feb. - Mar. 2025
4. Emisión de tu factura: 20 Mar. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	19m3	3.196,11	0,00	60.707,09
MENOS SUBSIDIO (41%)	1UN	-24.812,09	0,00	-24.812,09
AJUSTE DECENA	1UN	0,00	0,00	0,00
Vent Mes Gas 2	1UN	11.254,12	2.145,88	13.400,00

1 — Total: $49.330,00

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota N°	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A

2 — Total: $0,00

3 = Valor facturas vencidas: $0,00

Total a pagar 1+2+3: $49.330,00

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos

Datos de medición

Uso Residencial — Estrato 2 — Días de consumo 29

Fecha	Lectura	Tipo
18 Feb. 2025	9581	REAL
19 Mar. 2025	9676	REAL

m³ consumo: 9576 - 9581 * Factor de corrección: 19

Tu próxima lectura será

Entre 19 y el 18 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 $79.231

(415)7709998026025(8020)5127223(3900)0000049330

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria: **30 Nov. 2025**

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $2026.

Dic $2362 Ene. $2480 Feb. $3371

Tarifa aprobada por la Comisión de Regulación de Energía y Gas (CREG).

Componentes tarifarios

Cm: 0606.80 Pm: 538.67 Dm: 821.52 Cm: 0.0

Pc: 72.71 Cc: 0.0 Dc: 0.0 Cc: 0.0

Cc: 0.0 Tc: 0.0 Dc: 0.0 Tc: 0.0

Valor de consumo en m³ de gas propiedad: 224

Valor y capacidad instalada de Vivienda: 2186.223

Factor de corrección

Vm: 25 Pc: 3.3 Pc: 0.0 Pc: 0.77

Vc: 10 Cc: 14.63 Tc: 15.58 Pc: 1.0

Pc: 0.731 Pm: 0.924 Pc: 1.0

Factor de corrección: 0.7707

Indicadores de calidad

PCS: 1010 PCS: 0.0 PS: 1010 PCS: 0.0

NUESTROS EQUIPOS NO CUIDAN EL MEDIO AMBIENTE

tu factura de manera digital

Escanea el código QR, diligencia el formulario y empieza a recibir tu factura de manera digital.

Comunica:

Evita fraudes en línea al pagar tu factura.
Ingresa siempre digitando:

www.grupovanti.com

Red Gas Orinoquia S.A. ESP, Gasoriente S.A. ESP, Surtigas S.A. ESP

Mundo digital Vanti

Paga a través de nuestra página web
www.grupovanti.com/pagos-en-linea/

Pagos electrónicos de otras entidades

Botón PSE

Botón Bancolombia

Recuerda que puedes pagar tu factura de gas y otros servicios públicos en línea con seguridad

Escanea para pagar tu factura

*Permite activar/inactivar 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

Empleo Supergiros
Metro Tarjeta Éxito

Si tu servicio es con riesgo, este debe ser de propiedad y responsabilidad de Vanti S.A. ESP.

Eficiencia energética

Realiza nuestro consurso de eficiencia energética y conviértete en el ahorro para tu 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 puntos para agendar tu cita.

¡Hola!

DIOMEDES SOLER
CL 139A 119 04 00001 - VILLA MARIA
BOGOTA

vanti
Más tiempo de avanzar
Vanti S.A. ESP
Medidor Gas No. SC07107-102820

Lote: P14GN Ruta: 03114C07102000S000 Código del Sector: 332

Cuenta o referencia de pago 61272233

vanti Listo

Tu cupo VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 4.800.000**



Si tu Revisión Periódica Obligatoria de Gas se vence entre julio y diciembre de 2025



Si tu certificado vence en el mes de abril, mayo o junio,

Escanea el código QR para agendar tu Revisión

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 947 794
Bogotá (601) 307 8577
Desde tu celular (307) 685 4155

Atención virtual
Gestiona tus peticiones en solo un clic

Línea de WhatsApp 315 416 4104

Mi Vanti en línea
https://ww.grupovanti.com/

Recuerda que puedes elegir tu canal de atención preferencial según lo establecido en la Ley 2300 de 2023

HISTORIA CLÍNICA
HC 939E-3

FECHA: 3 Abril 25

LUGAR DE LA CONSULTA:

TIPO DE BENEFICIO: CNC ___ SISBEN ___ SEÑAS ___ CONTRIBUTIVO X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Mia

COLOR: Blanco Gris

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Mestizo EDAD: 6 meses PESO: 2,5 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTÓ ALTERACIONES: COMPORTAMENTALES: SI ___ NO X

AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___ OTRO: ___

POTENCIAL DE AGRESIVIDAD: MALTRATO SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: NO/MI ___ CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___

ORIGEN: NACIDO ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO X REGALADO ___ PERRERA DE CUIDA ___ OTRO ___

2. DATOS DE TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria Camila Gonzalez Fonseca

DIRECCIÓN: CL 135 126F 16

TELÉFONO: 3052949095

CÉDULA: 1000944587

EDAD: M ___ F X

NACIONALIDAD: Colombiana

CORREO ELECTRÓNICO: mariacamila.gonzales30@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller.

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA X ARRENDO ___ FAMILIAR ___

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X CUAL? ___

BARRIO: La Gaitana

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

APTO PARA CIRUGÍA: SI X NO ___

ÚLT. CELO: no ha tenido

ÚLT. DESPARASITACIÓN: no reporta.

ÚLT. VACUNACIÓN: MONOV. X CANINO PARVO: ___ DESMOVALENTE: ___ TRIPLE, TRIVALENTE: ___ PARAINFLUENZA + RÁBICA: ___ RÁBICA: ___

PERROS TRIPLICE: ___ FELINOS: ___

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD ABANDONO: SI ___ NO X SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguna

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguna

CLASIFICACIÓN ASA: I II III IV V VI

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PRE-QUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 168 l/m F. RESPIRATORIA: 30 r/m TEMPERATURA: 38,4 °C SUD: 1 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.13 mL	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0.75 mL	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IV ☒
	MIDAZOLAM	___ mL	0,1 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.91 mL	2 mg/kg IV
POST QUIRÚRGICO	PENICILINA G B.A.	0.187 mL	17.500 UI/Kg IM
	METOCAM	0.075 mL	0.2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

El cuidador (Guiador y/o Acompañante) Leyó y entendió de manera clara y completa la información suministrada y resolvió todas sus inquietudes, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Cirugía Herniorrafia/Ovariohisterectomía/Criptorquidia/Castración) quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACIÓN X FIRMADO ___ para la realización del procedimiento con el(la) paciente.

NOMBRE(S) DE(LOS) MVZ CIRUGÍA: Mónica Vasquez Millán
TARJETA PROFESIONAL: Médica Veterinaria TP. 11804

FIRMA: MVC

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO: Yenniler Gutiérrez Nomesqua
TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33068

FIRMA: YG

Hoja de cuidados postquirúrgicos

Ciudadano Estatal para la Salud

Página 1 de 1

BOGOTÁ D.C. SUBA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

De plena y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que puedan presentarse riesgos durante la cirugía como son paro respiratorio, convulsiones, hemorragias, reacciones anestésicas, complicaciones quirúrgicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclaran los riesgos que se pueden presentar. Se realiza debido a que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden presentar en la zona de implantación, y se manifiesta dolor inflamación en el punto de punción, además de posible infección ocasionada por el uso pesticidas de limpieza, jabones, talcos, aplicación de antibiótico, baños sucios y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, derivado de las fuentes portadoras 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 a la ley de habeas data vigente.

Además soy consciente y ACEPTO _X_ o RECHAZO _____ la declinación eventual ación de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Así mismo se me han explicado y entendido todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y/o derecho a reclamación alguna, eximiendo de toda responsabilidad a Impecunius y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen diversos factores como probable falla en la cirugía es hueso, la cual ha sido informado, he comprendido y aceptado

En consecuencia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, más importantes han sido relatadas 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 Practicante 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 imprudencia en la manipulación con mi animal de compañía, eximiendo a la Alcaldía Local de Suba, Impecunius y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Ficha Kardex:
	1000 914 584.

Yo, _____ identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía/ Orquiectomía (esterilización) de mi animal de compañía. RAZÓN:

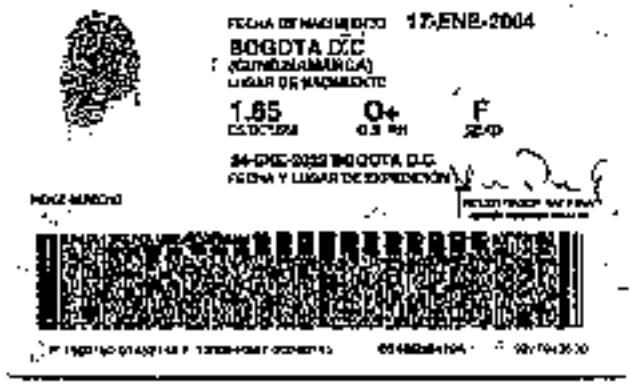
Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación:	

RECIBA SU RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Salon Comunal Garizona FECHA: 21-04-25 HORA: 10 am

OBSERVACIONES:


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
1.000.944.587
GONZALEZ FONSECA
MARIA CAMILA


17-ENE-2004
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
1.65
O+
F
24-ENE-2022 BOGOTA D.C.

Tu consumo en este período

En los períodos anteriores tu promedio de consumo fue 30



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
33.000	550

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período [illegible]
Lectura anterior [illegible]
Tu promedio diario personal [illegible]

Recargado con 'Consumo Normal'
Sólo promedio
Descargas: Nueva alcanza 9

Datos de tu medidor

Medidor ELSTER
Serie AEZFA [illegible]

Tipo VOLUMÉTRICO
Diámetro pulgadas 34

Para reducir tu consumo, recuerda:

- Ducharte en 3 minutos para reducir tu consumo
- Tener siempre un balde en la ducha para recoger el agua recogida
- Cerrar la llave al enjabonar los platos

Tu cobro en este período

1 Acueducto	+	Alcantarillado	+	Otros cobros	=	Total a pagar
$121.068,24		$119.579,13		$25.236		$215.413

Total ingresos del período
Ingresos que ya [illegible] recibimos en Enero de [illegible]

Escríbenos y paga virtual

Conoce nuestros canales de pago virtuales o presenciales al final de la página

CUIDT [illegible]

Detalle de tu consumo este bimestre

	1 Acueducto					2 Alcantarillado				
	Cant.	Valor unitario	%	Valor	Tarifa	Total	Cant.	Valor unitario	%	Valor	Tarifa	Total
Cargo fijo acueducto (mes)	1,00	[illegible]	-49	[illegible]	[illegible]	[illegible]	1,00	[illegible]	-49	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Consumo residencial básico (m³)	20,00	[illegible]	-49	[illegible]	[illegible]	[illegible]	20,00	[illegible]	-49	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Consumo residencial suspensión básico (m³)												
Cargo fijo no residencial (mes)												
Consumo no residencial (m³)												
Subtotal												

[illegible]

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
[illegible]	[illegible]
Subtotal	[illegible]

4 Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

5 Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

6 Deudas en estudio

Concepto	Valor
Subtotal	

7 Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	

Pagos en la página web, otros bancos

Nequi Claro unipalm puntored Efecty

Para realizar [illegible] a corresponsales bancarios [illegible]

Punto de Pago puntored Efecty

[illegible]

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$215.413

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.

Señor usuario: Si no se encuentra en casa cuando pase a tomar su lectura, [illegible]

[illegible]

¡Hola!
Factura a nombre de
JOSE A GONZALEZ
Dirección del predio
CL 130 125F 18
Barrio LA GALIANA Localidad SUBA
Devuelva el comprobante de pago
Datos adicionales del predio
Clase de uso: Multiusuario
Estrato: 2
Unidades Habitacionales: 2
Unidades No Habitacionales: 1
Periodo facturado
ENERO/2025
Fecha expedición factura
MAY/01/2025
Fecha y hora de operación factura
MAR/22/2025 06:19:35
Fecha y hora de expedición factura
MAR/22/2025 11:10:38
Pago oportuno
ABR/07/2025
Suspensión
ABR/10/2025
Pagado facturado
MAR/04/2025
Para el mes de
ENERO
ZONA 1
CICLO: 1
RUTA: 1
Cuenta contrato
1048287B
Número para pagos
4336633981G
Mismo de esta factura
Nuevo, de facturación
de ahí en adelante
¡Muestra tu relación con el agua tiene que cambiar y
por eso la factura cambia.
Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.
En este periodo consumiste más agua que en el anterior.
Mira y descubre el detalle de tu pago y consumo
Llámanos 116 Acueducto
Envía a www.acueducto.com.co en Servicios en línea y podrás suscribirte a las promociones
que ofrecemos.
cadena

¡JUNTOS PODEMOS
CUIDAR EL ACUEDUCTO
HIDRICAL!
Reporta el
robo de agua
Comunícate a través de
la Acuatinea 116 o en
www.acueducto.com.co

Pilas de muestreo
Estructuras que sirven para la recolección de muestras del agua que consumimos.
Con el fin de realizar control y vigilancia de los parámetros establecidos por la norma.
Dichos dispositivos están conectados a la red de agua potable de la ciudad.
Recuerda cuidar estos elementos que son fundamentales para tomar muestras que miden los parámetros de calidad del agua que consumimos en Bogotá.

SIMPLIFICAMOS
TU FACTURA
para que tengas una nueva
relación con el agua.
Moderna
Fácil de leer
Te orienta para
cuidar el agua
Muestra tu
consumo en litros
para que lo
comprendas mejor.

HISTORIA CLÍNICA
HC 899-1-0

990000013796302

FECHA: 3 Abril 25

LUGAR DE LA ACTIVIDAD

PROCEDENCIA: CIC UE CRS NUEVAS COMUNIDAD X

II. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Bella

COLOR: Blanco Negro

ESPECIE: CANINO FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO

RAZA: Mestizo EDAD: 1 año PESO: 3,1 kg

DURANTE LA VACUNACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI NO X

AGRESIVIDAD MIEDO ANSIEDAD OTRO

OBSERVACIONES: DOLOR RESIGNADO COMPRADO ACEPTADO RECHAZO VÓMITO DE CUADRA OTRO

EMERGENCIA DE SANGUINEO MALTRATO SI NO X

APTO DE ALIMENTACIÓN: NORMAL X CASERO CONCENTRADO MIXTO OTRO

III. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Andres Sebastian Cerquera Chala

DIRECCIÓN: KR 134 132 49 BOD1

TELÉFONO: 3134881736

CC: 1019119158

EDAD: V: X

NACIONALIDAD: Colombiano

CORREO ELECTRÓNICO: 3134881736@sinergy.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Profesional

BARRIO: La Toscana

TIPO DE VISITANTE: PRIVADA ASISTENCIAL X FAMILIAR

ESTRATO: 2

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI NO X CUAL?

TIEMPO DE VIVIENDA: 5 años

EDAD: 71

IV. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO: No Reporta

ULT. DESPARASITACIÓN: No Reporta

ULT. VACUNACIÓN: RABIA X CANINOS MÚLTIPLE: HEXAVALENTE: TRIPLE: PENTAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA:

PARVO: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA:

APTO PARA CIRUGÍA: SI X NO

V. EXAMEN FÍSICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI NO X

SISTEMA OSTEOMUSCULAR: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CALIFICACIÓN ASA: 1 II III IV V VI

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

VI. COMPONENTES FISIOLÓGICOS BÁSICOS

F. CARDIACA: 161 l/m

F. RESPIRATORIA: 33 r/m

TEMPERATURA: 38,9 °C

TLC: 1 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

VII. MEDICACIÓN

TIPO DE PROCEDIMIENTO	MEDICAMENTO		DOSIS/VIA/FRECUENCIA
PREANESTESIA	XILACINA	0.155 mL	1 mg/Kg IM
	KETAMINA	0.31 mL	5 mg/Kg IV ☐ 10 mg/Kg IM ☒
	MIDAZOLAM	— mL	0.1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1.085 mL	2 mg/Kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G.S.	0.217 mL	22.000 UI/Kg IM
	METOCLOPRAMIDA	0.031 mL	0.2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de [illegible] autorizo que se me [illegible] el procedimiento [illegible] y consentimiento de los riesgos relacionados con la [illegible] RECHAZO ___, para la realización del procedimiento descrito con anterioridad, previa información. ACEPTACIÓN: X

NOMBRES Y DEDOS MANO DERECHA:

TARJETA PROFESIONAL:

Mónica Vázquez Melán
Médica Veterinaria
TP. 11904

FIRMA:

NOMBRES DEL REPRESENTANTE LEGAL:

TARJETA PROFESIONAL:

Yennifer Gutiérrez Nomesque
Médico Veterinario - Zootecnista
TP. 33358

FIRMA:

96

CLÍNICA VETERINARIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

Expreso y formalizo de mi facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será sometido mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como: procesos respiratorios o cardíacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas o incluso muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y sus beneficios, riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar dolor moderado durante el mismo 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 inferior de lesiones, jaloneos, tos, aplicación de antibióticos, hematomas y otras anomalías que irritan y contaminan 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 realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (Los cuales NO los cubre el programa) Así claramente se me han explicado y entendido, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por este asunto en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a cualquier reclamación alguna, exonerando de toda responsabilidad a Impecus sas y al equipo médico que realice el procedimiento. También estoy consciente que existen algunas complicaciones, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual ha sido informado, he comprendido y aceptado.

En consecuencia, habiendo sido preguntado libre y espontáneamente por 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 fielmente 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 imprudencia en la manipulación con mi animal de compañía, eximiendo a la Alcaldía Local de Suba, Impecus sas y al equipo Médico Veterinario su prestación del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Nombre del Responsable/Tenedor:	Huella de identificación:
Barbara Caycedo	1019118158

Yo. _____ Identificado con CC. No. _____ _____ En pleno y no me fuese dentro facultades mentales, me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (Esterilización) de mi animal de compañía. RAZÓN.

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación:	

B. CRONOGRAMA DE PUNTOS

LUGAR: Salón Comunal Gaitana	FECHA: 21-04-25	HORA: 10 am

Observaciones:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.079.718.158
CERQUERA CHALA

APELLIDOS
ANDRES SEBASTIAN

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 05-ABR-1995
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

1.63 O+ M
ESTATURA G.S.(RH) SEXO

REGISTRADOR BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION



1

Factura de gas

Febrero 2025

Cuenta o referencia de pago: 61554208

BOGOTÁ

NIT 830.007.853-5
Vanti S.A. ESP
www.grupovanti.com

vanti

Más allá de lo que imaginas

Fechas importantes

1 Pago oportuno* 22-Feb-2025

2 Fecha de suspensión 25 Feb. 2025

3 Periodo facturado Ene. - Feb. 2025

4 Emisión de tu factura 05 Feb. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. SIN SUBSIDIO	M3	3.270,86	0,00	19.483,52
CONS. CON SUBSIDIO	20M3	3.744,48	0,00	74.840,00
MENOS SUBSIDIO (50%)	10M3	-37.424,50	0,00	-37.424,00
AJUSTE DECENA	10M	-4,70	-0,00	-4,70
REDAUDO TERCEROS Contribución Predios	0	16.115,00	0,00	16.115,00
Vivienda Antiguo	10M	11.251,12	2.148,88	13.400,00

(1) Total $78.459,00

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota N°	Capital A	Intereses B	Saldo total C=A

2 Total $0,00

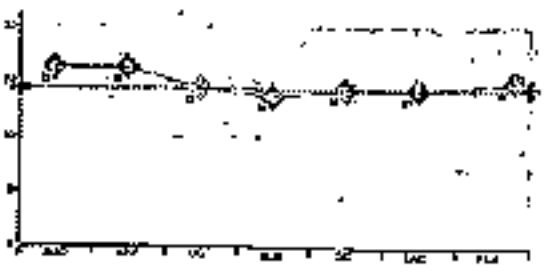
3 Valor facturas vencidas $0,00

Total a pagar (1 + 2 + 3) $78.459,00

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial	Estado Medidor	Días de consumo 31
Fecha	Lectura	Tipo
05 Ene. 2025	2580	REAL
04 Feb. 2025	2711	REAL

m³ consumidos = 2711 - 2580 * Factor de corrección = 2.0

Tu próxima lectura será

Entre el 1 y el 05 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 $70.234

RE Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

30 Abr. 2026

La validez de la inspección técnica de gas y la prueba de hermeticidad y estanqueidad se rige por la Resolución CREG 067 de 2010 y la Resolución CREG 067 de 2017.

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $3371.

Nov. $3362 Dic. $3362 Ene. $2480

Tarifa regulada por la Comisión de Regulación de Energía y Gas (CREG).

Componentes tarifarios

Gtc (BAJA M)	Trm: $17.02	Poy: $7.89	Otc: 3.0
A: 80.55	Cuv: 0.0	Cdm: 0.0	Cuom: 0.0
Com: 0.0	Cpoc: 42.433	Dsm: 3.6	Cuom: 0.0

kWh/m³ Tu consumo en kWh de gas equivale a: 0.0

kWh y el precio unitario de kWh es de $70.234

Factor de corrección

Vm: 31	Hp: 0.79152	Pc: 1.30858	Fc: 0.7729		
Vc: 24	Tm: 19.85	Tz: 13.95	Fz: 1.01008		
Pm: 0.757	Pm: 0.025	Pm: 1.0			

Factor de corrección: 0.7729

Indicadores de calidad

PCS: 100.0 DCS: 0.0 ICS: 100.0 IPC: 100.0





(415)7709886028025(8020)615542089000(10)0000000078459

Vigilado Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios
Autorizado como prestador de servicios públicos domiciliarios de gas combustible y actividades complementarias mediante Resolución SSPD-20101300001145 de 2010

Inscríbete para recibir **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/

Pagos electrónicos en otras entidades

Rodebarn · Bancolombia · BBVA · Davivienda · Banco de Occidente · Banco Popular · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Avvillas · Colpatria · dale!

PSE · Botón Bancolombia

Recuerda que puedes pagar las facturas de una o varias cuentas contrato en una sola transacción

Ingresa para pagar tu factura

*Permite programar 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 Avvillas
Corresponsales Banco Davivienda
Red CAGE
Banco GNB Sudameris
Gaseosas Superbetas
Malta, Juanbú, Éxito

*Si pagas 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 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.

¡Hola!

CARMEN ROSA ALDANA
KR 139 132 40 00101 - LA TOSCANA
BOGOTA

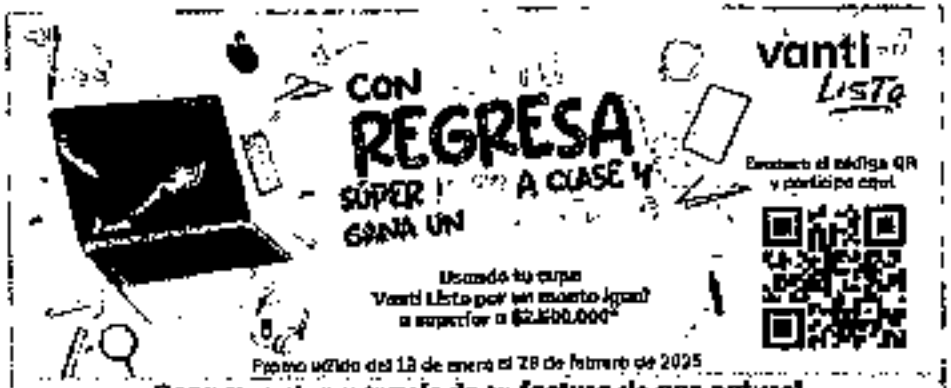
vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 0007113-895516

Lote: P02GN Ruta: 0011770276960005300 Código del Sector: 456

Cuenta o referencia de pago **61554208**

vanti Listo

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 4.400.000**



Paga tus cuotas a través de tu factura de gas natural

eagle · Gas Natural Comprimido · Gases del Oriente

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Comprimido S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y GNA Vcom S.A. ESP. Cantidad TBG de la compra entregada a [illegible] y empleados. Vanti Listo es un cupo que habilita el acceso a financiación ofrecida por el Grupo Vanti. Aplican condiciones establecidas en la política de financiación. La cantidad del cupo asignado a cada cliente varía según [illegible]. Consulta vigente entre los días 13 de enero hasta el 28 de febrero de 2025 o hasta agotar existencias, se entregarán en total 10 cupones.

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 942 724
Bogotá (601) 307 8121
Bucaramanga (607) 695 4755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

Mi Vanti en línea
https://ww.grupovanti.com/

Recuerda que puedes elegir tu canal de preferencia para comunicarnos de acuerdo a la Ley 2300 de 2023.

Aviso de protección de datos personales: Vanti S.A. E.S.P. identificada con NIT 899.001.844-7 y domicilio principal en la Calle 93 No. 13-45 Piso 5 en Bogotá D.C., Colombia, en adelante "Vanti", informa que los datos personales que usted suministre en el presente documento serán tratados de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales de Vanti, la cual puede consultar en el sitio web www.grupovanti.com/politica-de-tratamiento-de-datos-personales/ y la Ley 1581 de 2012 y demás normas que la modifiquen, adicionen o reglamenten. Los datos personales que usted suministre serán tratados para las finalidades descritas en la Política de Tratamiento de Datos Personales de Vanti, incluyendo, pero sin limitarse a, la gestión de peticiones, quejas, reclamos y solicitudes, la prestación de servicios, la facturación, el cobro y el recaudo, la atención al cliente, la gestión de riesgos, la prevención de fraudes, el cumplimiento de obligaciones legales y contractuales, y el envío de información comercial y promocional, siempre que usted haya otorgado su autorización para esta última finalidad. Usted tiene derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir sus datos personales, así como a revocar la autorización otorgada para el tratamiento de los mismos, en los términos establecidos en la Política de Tratamiento de Datos Personales de Vanti. Para ejercer estos derechos, puede comunicarse con nosotros a través de los canales de atención dispuestos en la factura o en el sitio web mencionado.

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIONES S.A.S. NIT. 830.113.831-0

0011770276960005300 1101533 01

HISTORIA CLÍNICA

HC-9N-E-D

990000013796317

FECHA: 3 Abril 25

I. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Bella

COLOR: Atigrado Blanco

ESPEC: CANINO ✓ FELINO — SEXO: HEMBRA ✓ MACHO — RAZA: mestiza — EDAD: 10 meses — PESO: 3,2 Kg — RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI — NO ✓

GUARDERÍA VALORAR / PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI — NO ✓

AGRESIVIDAD: MIEDO — ANSIEDAD — OTRO:

EVIDENCIA DE MALTRATO: SI — NO ✓

TIPO DE ALIMENTACIÓN: NATURAL — CASERO — CONCENTRADO ✓ MIXTO — OTRO

ORIGEN: HOGAR — RESCATADO — COMPRADO — ADOPTADO — REGALADO ✓ PERROS CALLEJEROS — OTRO

II. DATOS DEL TENEDOR / RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Lisbeth Karine Bonilla Rangel

DIRECCIÓN: KR 145 No. 150 67 TOS Apto 221

TELÉFONO: 3229799105

CÉDULA: 1005482918

EDAD: — ✓

NACIONALIDAD: Colombiana

CORREO ELECTRÓNICO: karineeeeeeeeee@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA — ARRENDO — FAMILIAR —

TIENE ALGUNA MASCOTA ADICIONAL: SI — NO — ¿CUÁL?

BARRIO: Tibabuyes II

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71

III. ANAMNESIS

Buen estado de salud

APLICACIÓN COMIDA: SI ✓ NO

ÚLT. CELO: No ha tenido

ÚLT. DESPARASITACIÓN: No Reporta.

ÚLT. VACUNACIÓN: ANUAL — CANTIDAD: — REVACUNADO:

TRIPLE: — PENTAVALENTE: — PARVO ULTIMA Y REFORZADA:

PERIODO TRIPLE FELINA:

LEUCEMIA: /

RABIA: 6/2/25 /

IV. EXAMEN CLÍNICO

SIGNOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI — NO ✓

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: (I) II III IV V VI E

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

V. CONSTANTES FISIOLÓGICAS / MEDICIÓN TÉCNICA

F. CARDIACA: 164 Lpm — F. RESPIRATORIA: 32 rpm — TEMPERATURA: 38,4 °C — TLL: — MUC: — MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

VI. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/VOLUMEN/VÍA/OTROS
PREMEDICACIÓN	XILACINA	0,16 mL	1 mg/Kg IM
	DEXMEDETOMIDINA	0,32 mL	5 mg/Kg IV ☐ 50 mg/Kg IM ☒
	MIDAZOLAM	— mL	0,1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1,12 mL	2 mg/Kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G S.A.	0,224 mL	37.000 UI/Kg IM
	MELOXICAM	0,032 mL	0,2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de [illegible] declaro bajo la gravedad de juramento que la información aquí suministrada es veraz y responsabilizo en [illegible]. Manifiesto que he recibido información clara y suficiente sobre el procedimiento quirúrgico y/o anestésico a realizar, los riesgos inherentes a la misma, con la finalidad de [illegible]. Además, he sido informado(a) de [illegible]. ACEPTACIÓN ✓ RECHAZO —

NOMBRES Y APELLIDOS MÉDICO VETERINARIO: Mónica Vc Juárez Milán

TARJETA PROFESIONAL: Médica Veterinaria TP. 12804

FIRMA: MVJ

NOMBRE DEL ANESTESIÓLOGO(A): Yennifer Gutiérrez Noriesgue

TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358

FIRMA: YG

	[illegible] ESTERILIZACIÓN	[illegible]

7. 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 Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual cursará el (la) paciente mi animal de compañía. Declaro que el (la) veterinario (a) me ha explicado que pueden presentarse riesgos durante la Cirugía como vómitos, reabsorciones e infecciones, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y coherente la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y entiendo los riesgos que se pueden presentar. Se explica también 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 alguno de ellos, además de gorilla infección en el área por el cual posteriormente (ejemplo: [illegible], falsos, aplicación de antipulgas, baños secos y otros) cuando cure la herida y permanezca 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 acepto el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además, yo [illegible] y ACEPTO _X_ o RECHAZO _____ la clínica de realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa). Adicionalmente se me han explicado y entendido, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por que acepto en su totalidad la responsabilidad con la cirugía y un derecho a controversia alguna reclamando de toda responsabilidad al médico veterinario y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen situaciones contraindicadas, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz en cuanto a estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información concerniente a 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 cuidados que sean necesarios 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 ingerencia que incumplan el protocolo con mi animal de compañía, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Veterinarios y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda surgir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación: 1005418298

Yo, _____ identificado con C.C. No. _____ _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me RETRACTO de realizar la [illegible] Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación:	

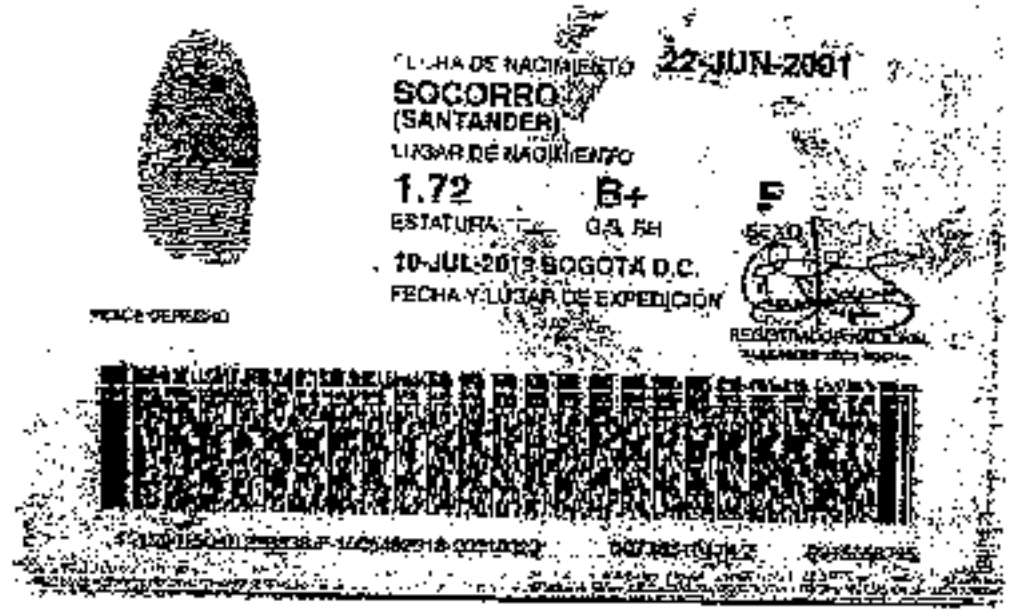
8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Salón Comunal Gaitana | FECHA: 21-04-25 | HORA: 10 am

OBSERVACIONES



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.005.482.518
BONILLA RANGEL
APELLIDOS
LISBETH KARINE
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 22-JUN-2001
SOCORRO
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.72 B+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
10-JUL-2019 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

Bogotá

6228972-3

WILMAN FLOREZ CABALLERO

$ 2.000.000

COMPORTAMIENTO CONSUMO

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

COMO PAGAR TU FACTURA

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO



19 MAR /2025

23 MAR 2025

ENERGÍA — 6228972 3 — 04 ABR /2025

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Norm

SUBTOTAL: $43.74

SUBTOTAL

1 TOTAL ENERGÍA $40.750

2 TOTAL APORTES $0

ASEO — ASEO CIUDAD — AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL SAS ESP — 5 — 901146434-9

NÚMERO DE CUENTA CONTRATO: 12305347

CONSUMO FACTURADO: 351637 17-4

PERIODO FACTURADO: 01.02.2025 a 28.02.2025

HISTORICO DE FACTURACIÓN

Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb
32812	32832	31014	31055	31258	31182
10425					
6371					

CONCEPTOS FACTURADOS

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$20.300
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-9.450
ASEO - AJUSTE A LA DECENA DEB	$1
ASEO - INTERES POR MORA	$27

2025 En Adelante

CONSUMO FACTURADO:

ACUEDUCTO: DEBAJO

ALCANTARILLADO: DEBAJO

ASEO: DEBAJO

Estratos	Cantidad	Descuento
Residencial	2	0
No residenciales	0	0

CONTINGENCIAS ASEO

PERIODO TOTAL	DESCUENTO MÁXIMO DE APROVECHAMIENTO	VALOR DEL APROVECHAMIENTO
$20.054,07	$10.010,20	$152.851,34

ASEO DIVISIÓN: 0

3 TOTAL ASEO $13.550

APORTE AO PEQUEÑOS: 0%

APORTE AGRO RURAL: 0%

SUBSIDIO: 15%

MENSAJES IMPORTANTES

DETALLES DE LA FACTURACIÓN

Energía:	0.00363866
Energía reactiva:	0.00105817
Recargo por aprovechamiento:	0.00001629
Otros elementos facturables:	0.35169653
Aseo:	3.05
Aporte solidario Acueducto:	5.00

NÚMERO DE CLIENTE
6228972-3

Documento Equivalente Electrónico No.
351637 17-4

PAGO OPORTUNO
19 MAR /2025

TOTAL A PAGAR
$77.100

HISTORIA CLÍNICA
RIF-998.5.0

9900000013796320

FECHA: 3-04-25

CÓDIGO: 857-4

UNIDAD DE LA IDUHAGA

ESPECIE TENENCIA: CHI ___ SUC ___ EQS ___ BOVINO ___ OTRO ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Fuego

COLOR: Atigrado

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Mestizo EDAD: 2 años PESO: 2,6Kg RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO SI ___ NO X

AGRESIVIDAD MIEDO ___ ANSIEDAD ___ OTRO: ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: NATURAL ___ CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___

ORIGEN: NACIDO ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO X PERRO DE GUARDIA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Eusebio Camargo Dionisio

DIRECCIÓN: CL 138 125A 26

TELÉFONO: 3008221740

CÉDULA: 19436253

NACIONALIDAD: Colombiano

CORREO ELECTRÓNICO: 3008221740@hotmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO X FAMILIAR ___

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X CUAL? ___

BARRIO: Tibabuyes

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

APTO PARA CIRUGÍA: SI X NO ___

U.A.T. CELO: Dic 24

LES. OBSERVACIONES: - N.R

ANT. VACUNACIÓN: VIGENTE / ESQUEMA DE PARTO: RECIENTE / LEJANO / TIPO: PERMANENTE: BARRA FUERZA Y BIOPSIA: PARTO: ___

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD ADQUIRIDA: SI ___ NO X

SISTEMA U ÓRGANO AFECTADO: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: I X II III IV V VI

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 171 LPM

F. RESPIRATORIA: 31 RPM

TEMPERATURA: 38.6 °C

TLLC: 1 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICADO		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILAZINA	0.13 mL	1 mg/Kg IM
	KETAMINA	0.26 mL	5 mg/Kg IV ☐ 10 mg/Kg IM ☒
	MIDAZOLAM	— mL	0,1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.91 mL	2 mg/Kg IV
POST QUIRÚRGICO	PENICILINA G.S.	0.182 mL	87.500 UI/Kg IM
	MELOXICAM	0.026 mL	0,2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

Firmado de (Cirujano/a Anestesiólogo), cumplo con el documento consentimiento informado, habiendo explicado y respondido a preguntas, información respecto a el procedimiento quirúrgico y específicamente a los riesgos relacionados con la (hysterectomía/castración/otro) a (perro/gato) de nombre (Fuego) y autorizo a (Mónica Vanessa Saquez Miran) a realizar el procedimiento descrito. Entiendo que existe la posibilidad de (complicaciones) durante el procedimiento. FIRMA: X

NOMBRE DEL MV RESPONSABLE: Mónica Vanessa Saquez Miran
TARJETA PROFESIONAL: Médica Veterinaria TP. 11804
FIRMA: [signature]

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: Yennifer Gutiérrez Namesque
TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358
FIRMA: [signature] 96

	HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA Y OTROS CONSENTIMIENTO INFORMADO DNI 1943885	

2. 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 Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será intervenido mi animal de compañía. Declaro que he sido informado, entendido que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como: paro respiratorio o cardíaco, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas o hasta la muerte.

Al mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclaran los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y que mediante una sintomatología en el punto de aplicación, además de posible infección en el día por el uso posterior de lesiones, jaiquecas, fiebre, reacción de anticuerpos, bultos dentro y otras sintomatologías que se hacen presentes en 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 consumo de alimentos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y ACEPTO _X_ o RECHAZO ____ la declaración realizados de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado verbalmente, los posibles riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo su totalidad la responsabilidad de la cirugía y en caso de no realizarse alguno, asumiendo de toda responsabilidad a Veteros sas y al equipo médico que realice el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado. He comprendido y aceptado.

En consecuencia, 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 enunciadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO
Me comprometo a seguir bruscamente las recomendaciones y atender las medidas de precaución y cuidados 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 posterior con mi animal de compañía, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Veteros sas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pudiera surgir.

Firma del Responsable/Tenedor: Escribir cargo.	No de Identificación: 1943885

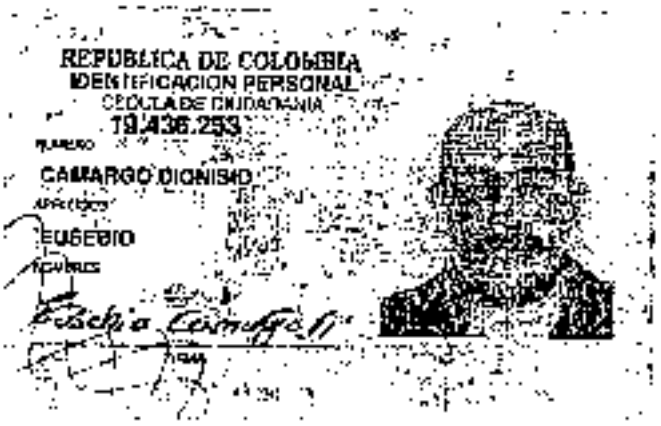
Yo, _____ identificado con CC. No _____ En pleno y normal uso de mis Facultades mentales, me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización) de mi animal de compañía.
RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor: No. Identificación:	Firma:

3. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Salón Comunal Bartolomé | FECHA: 21-04-25 | HORA: 10 am

OBSERVACIONES:


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
19.436.253
APELLIDOS
CAMARGO DIONISIO
NOMBRES
EUSEBIO


FECHA DE NACIMIENTO 05-JUN-1959
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
28-JUN-1979 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Marzo 2025

Cuenta o referencia de pago 60769524

vanti

Fechas importantes

1 Pago oportuno 11 Abr. 2025

2 Fecha de suspensión 12 Abr. 2025

3 Periodo facturado Feb. - Mar. 2025

4 Emisión de tu factura 27 Mar. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. SIN SUBSIDIO	20M3	2.835,91	0,00	56.718,20
CONS. CON SUBSIDIO C	20M3	3.195,11	0,00	63.902,20
MENOS SUBSIDIO C (41%)	1UN	-20.123,82	0,00	-20.123,82
AJUSTE DECENA	1UN	-3,84	0,00	-3,84
RECAUDO TERCEROS Contribución Factura	0	24.042,00	0,00	24.042,00
Intereses Mora por Factura	1UN	64,70	0,00	64,70

1 – Total $118.400,00

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota Nº	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A+B

2 – Total $0,00

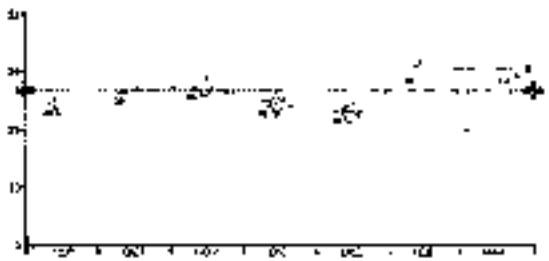
3 – Valor facturas vencidas $0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3 **$118.400,00**

Pago por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Base Promedio Consumo Diario Promedio Días de consumo 35

Fecha	Lectura	Tipo
22 Feb. 2025	6043	REAL
22 Mar. 2025	6083	REAL

Nº consecutivo 6083 - 6043 * Factor de corrección = 40

Tu próxima lectura será

Entre 20 y el 22 de Abril

Novedades de tu factura

Consumo sujeto a:

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $70.234

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 May. 2026

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El consumo promedio de gas este mes es de $2.200

Dic. $2.052 Ene. $2.600 Feb. $3.071

Tarifa regulada por la Comisión de Regulación de Energía y Gas (CREG)

Componentes tarifarios

Cargo fijo $ 1.534,37 Transporte $ 926,57 Comercialización $ 2.031,32 Servicio $ 0,0

Distribución $ 72,75 Comercialización $ 0,0 Otros cargos $ 0,0 Demanda $ 0,0

Cargo $ 0,0 Ajuste $ 42,47 Energía $ 0,0 Subsidio $ 0,0

Tarifa vigente desde el 1/03/2025 según resolución 072

Tarifa vigente hasta el 31/03/2025 según resolución 0072

Factor de corrección

Altura $ 0 Presión 0,79667 Temperatura 0,9619 Factor de corrección 1,0065

Volumen 40 Factor 1,1407 Tarifa 1,1616 Precio 1,0407

Altura 0,751 Presión 0,9619 Diferencia 0

Factor de corrección 1,17165

Indicadores de calidad

PCS: 1004 PCS: 1016 Densidad: 1010 Presión: 1012



(415)7709998026025(8020)60769524(3900)0000000118400

53313

Por favor doble y rasgue para abrir la factura

Disponible para tu factura de compraventa

Escanea el código QR, diligencia el formulario y empieza a recibir tu factura de manera digital.

Para estar al día con Grupo Vanti Comunica:

Evita fraudes en línea al pagar tu factura. Ingresa siempre digitando:

www.grupovanti.com

Publicidad exenta de IVA E.S.P. Gas Natural Comprimido S.A. ESP, Metrogas S.A. ESP, Gasoriente S.A. ESP

Mundo digital Vanti

Paga a través de nuestra página web www.grupovanti.com/pagos-en-linea/

Botón PSE

Botón Bancolombia

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Bancolombia · BBVA · Davivienda · Occidente · Popular · Bancolombia · Banco de Bogotá · AV Villas · Banco Caja Social · Nequi · Daviplata · Nequi · dale!

Recuerda que puedes pagar tus facturas de Vanti en varios canales, consulta aquí los costos de cada transacción

Escríbenos para pagar tu factura

*Para la adquisición de tu inmueble o cliente autorizado.

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: Makro, Jumbo, Éxito

*Si cancelas con cheque, este debe ser de gerencia y a nombre de Vanti S.A. ESP.

Eficiencia energética

Reducir el consumo de energía es beneficioso, ya que ahorra 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 puntos para agendar tu cita.

Por favor doble y rasgue para abrir la factura

¡Hola!

BONZA CECILIA DE CAMARGO
CL 13 1234 26 - TIBABUYES
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5187190-67550

Lote: P106N Ruta: RR1770040ESGCR5000 Código del Sector: 284

Cuenta o referencia de pago 60769524

vanti Listo

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: $ 4.800.000

¡PAGA DESDE $1.

Si tu Revisión Periódica Obligatoria de Gas te vence entre julio y diciembre de 2025

¡Agenda antes y aprovecha el alivio! Si el mes de tu vencimiento es [illegible]

*Aplica solo del 12 mayo al 12 de junio de 2025 para usuarios residenciales de las empresas de Vanti que tengan vencimiento de su revisión periódica entre julio y diciembre de 2025. Para más información consulta el anexo de promoción en la página web www.grupovanti.com

¡Avanza y GANA!

Si la certificas en el mes de abril, mayo o junio,

participa por [illegible]

Aplica del [illegible] de mayo al 30 de junio de 2025 para usuarios residenciales de las empresas de Vanti que tengan vencimiento de su revisión periódica entre julio de 2025 y diciembre de 2025. Para más información consulta el anexo de promoción en la página web www.grupovanti.com

Escanea el código QR para agendar tu revisión

Comunícate con nosotros y solucionamos 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 947 794
Bogotá (601) 307 0121
Bucaramanga (607) 655 4755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4754

Mi Vanti en línea
https://mi.grupovanti.com/

Para conocer el detalle de los términos y condiciones de acuerdo a la Ley 2300 de 2023.

FECHA: 3-04-25

990000013796306

NOMBRE: Minki

COLOR: Carey

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: Mestizo | EDAD: 4 años | PESO: 3,3Kg | RAZA DE MAYOR ESPERADA: SI ___ NO X

¿PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO? SI ___ NO X

AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___ OTROS ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: NATURAL ___ CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___

TENENCIA: PROPIA X ADOPTADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERRO DE CALLE ___ OTRO ___

NOMBRES Y APELLIDOS: Laura Valentina Puentes García

DIRECCIÓN: KR 128 #70 108 107 00626

TELÉFONO: 3058800517

CÉDULA: 1193563313

SEXO: M ___ F X

NACIONALIDAD: Colombiana

CORREO ELECTRÓNICO: Valentinapuentes98@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller

PROFESIÓN:

TIPO DE VIVIENDA: ARRIENDO X FAMILIAR ___

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X CUÁL: ___

BARRIO: Bilbao

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71

ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ANAMNESIS CLÍNICA X SI ___ CUÁL: ___

ÚLT. CELO: Feb 25

ÚLT. DESPARASITACIÓN: N.R.

ÚLT. VACUNACIÓN: MÚLTIPLE X CACHORRO: PARVO: HEPATITIS: LEPTO: RABIA: TRIPLE: FELINA: PANLEUCOPENIA Y BORDETELLA: RABIA: MENTAVALANTE:

EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD CONCURRENTE SI ___ NO X | ESPECIFIQUE SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: (I) II III IV V VI E | CONDICIÓN CORPORAL: 5/5

SIGNOS VITALES

F. CARDIACA: 169 l/m | F. RESPIRATORIA: 34 r/m | TEMPERATURA: 38,6 °C | TLC: 2 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

MEDICACIÓN

BASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN			OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.165 mL	1 mg/Kg IM	
	KETAMINA	0.33 mL	5 mg/Kg IV ☐	10 mg/Kg IM ☒
	MIDAZOLAM	___ mL	0.1 mg/Kg IV	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1.155 mL	4 mg/Kg IV	
POST-OPERATORIO	PENICILINA G.A.	0.231 mL	17.000 UI/Kg IM	
	METOCLOPRAMIDA	0.033 mL	0.2 mg/Kg SC	

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de ¿Cirujano/a Anestesiólogo/a, autorizo el diligenciamiento de todos los datos y responsable de la información suministrada sobre el procedimiento quirúrgico y anestésico realizado con Charlotte/Pequeño/a Jean Zapata/Zapatero/a, quien ha sido valorado de manera física previamente. ACEPTACIÓN X RECHAZO ___, para tal efecto doy mi consentimiento para el procedimiento anestésico.

NOMBRE Y FIRMA MV TRATANTE: Mónica Vásquez Milán
Médica Veterinaria
TP. 11804

FIRMA: Muk

NOMBRE DEL ANESTESIÓLOGO: Jennifer Gutiérrez Nomesque
Médico Veterinario - Zootecnista
TP. 33368

FIRMA: 46

	[illegible]	REGISTRO [illegible] 3083

7. 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 Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será intervenido mi animal de compañía. Declaro que el anterior consentimiento contiene todos los riesgos durante la Cirugía como son: paro respiratorio o cardíaco, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones anestésicas a incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido información sobre el procedimiento de implantación del microchip y de los posibles riesgos que se pueden presentar. Se realizó énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y así mismo la complicación en el curso de la misma, además de posible infección ocasionada por el incumplimiento de normas, lesiones, caídas, aplicación de antiguos, baños secos y todas sustancias que irriten y contaminen la piel, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera acudiré 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 y/o realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entendido todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esta razón eximo totalmente de responsabilidad de la cirugía y sin derecho a compensación alguna, deslindando de toda responsabilidad a la Empresa Social y al equipo médico que realice el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual me fue informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he leído una y otra vez y estoy 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 y responsable del paciente, AUTORIZO al Medico Veterinario y/o Medico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST-OPERATORIO

Me comprometo a seguir rigurosamente las recomendaciones y el tratamiento medicado de la cirugía y además que sean necesarios para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como muy responsable del cuidado de mi animal de compañía, después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o imprudencia en las instalaciones con mi animal de compañía, eximiendo a la Alcaldía Local de Suba, Empresa Social y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de caso que pueda surgir.

Firma del Responsable/Tenedor: Valentina D	Nro de Identificación: 1193563313

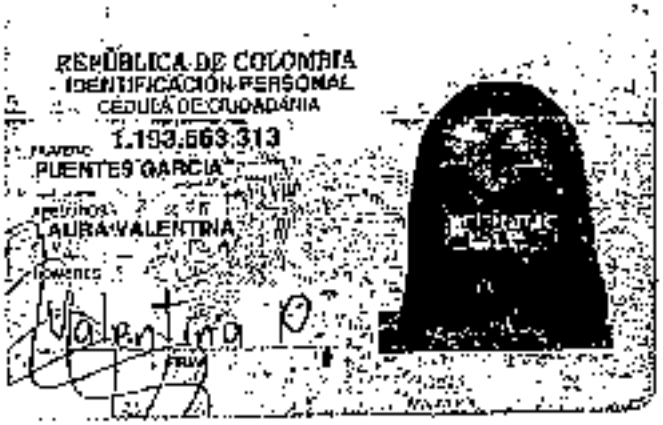
Yo, _____ identificado con C.C. No. _____ en pleno y normal uso de mis facultades mentales, me RETRACTO de realizarle la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía por RAZÓN:

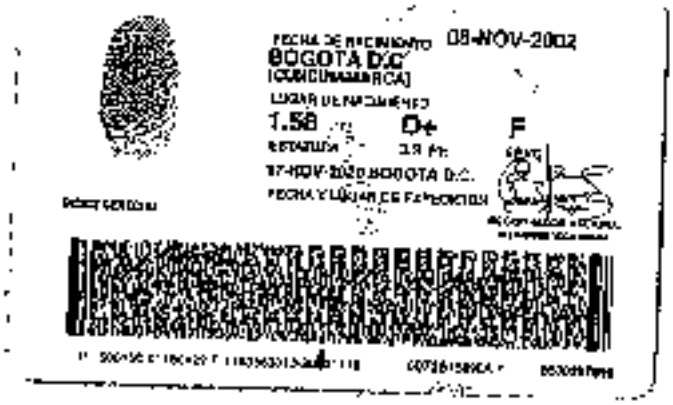
Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación:	

8. CITA DE SEGUIMIENTO POSTOP

LUGAR: Salon Comunal Guaymaro	FECHA: 21-04-25	HORA: 10 am

OBSERVACIONES:


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
1.193.663.313
APELLIDOS
PUENTES GARCIA
NOMBRES
LAURA VALENTINA
FIRMA
Valentina P.


FECHA DE NACIMIENTO 08-NOV-2002
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
07-NOV-2020 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL

Febrero 2025

Cuenta o referencia de cargo **61673819**

vanti

Fechas importantes

1 Pago oportuno 12 Mar. 2025

2 Fecha de suspensión 13 Mar. 2025

3 Periodo facturado Ene. - Feb. 2025

4 Emisión de tu factura 25 Feb. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad (Unidad (A))	Valor unitario ($)	IVA (C)	Subtotal ($) De(A*B)+C.
CONSUMO GAS	1690	3 978,50	0,20	66.675,84
FIJO	1UN	4 043,00	0,20	4.043,00
AJUSTE DECENA	1UN	1,16	0,00	1,16

1 Total $64.720,00

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota N°	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A

2 Total $0,00

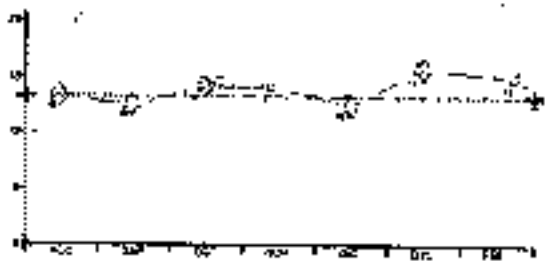
3 Valor facturas vendidas **$0,00**

Total a pagar (1)+(2)+(3) $64.720,00

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial Estrato 2 Días de consumo 31

Fecha	Lectura	Tipo
22 Ene. 2025	4093	REAL
21 Feb. 2025	4116	REAL

m³ corregidos = (4116 - 4093) * Factor de corrección = 16

Tu próxima lectura será

Entre el 17 y el 22 de Marzo

Novedades de tu factura

Este mes estamos a una revisión periódica de tu gasodoméstico. Recuerda agendar la cita con nuestros expertos.

Estimado cliente recuerde que debe estar OPERADO y el 31/03/2025 para tener la Revisión Periódica. De suspenderse el servicio a partir de la diligencia y Vanti S.A. ESP no se hace responsable. Cualquier novedad comuníquese a la línea 018000 919497.

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $70.256

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Mar. 2025

Agendalo tu RPO aquí

Tarifas

El valor del M³ de gas mes mes es de $3371.

Nov. $3368 Dic. $3362 Ene. $3480

Tarifa vigente según la Comisión de Regulación de Energía y Gas (CREG).

Componentes tarifarios

Gm $1842,66	Tm $77,62	Dm $1,78	Cv $370,00
Pb $0,05	Cvm $0,5	Cuv $0,00	Cuvm $370,00
Cuc $0,00	Tcm $2,428	UVCR $0,00	Cvcom $0,00

b) Para consumos en m³ entre 0 y 200,00: 213

b) Para consumos en m³ mayores a 200,00: 278

Factor de corrección

Vm 0,0	Pcs 0,0	Pz 1,0	Fc 1,0		
Vb 0,0	Tm 0,0	Tb 0,0	Pb 1,0		
Pm 0,0	Pcm 0,0	Pb 0,0			

Factor de corrección 0,0

Indicadores de calidad

PCS 0,0 PCS 0,0 Fc 0,0 Fc 0,0

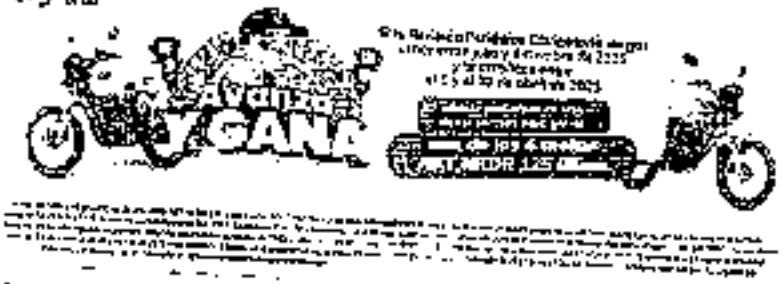


(415)7709998000025(8020)816738 49(3903)0000XC0004720

Factura No. [illegible]

tu factura

, diligencia el formulario y empieza a recibir tu factura de manera digital.



Medio digital Vanti

Paga a través de nuestra página web
www.grupovanti.com/pagos-en-linea/

Pagos electrónicos en otros entidades

Botón PSE

Botón Bancolombia

Recuerda que puedes pagar tus facturas de una o varias cuentas bancarias en una sola transacción

Escanea para Pagar tu factura

Bancolombia BBVA Davivienda Occidente Banco de Bogotá Banco Popular Banco Caja Social Nequi Daviplata Rappi dale!

*Puede aplicar costos de transacción o débito automático.

Síguenos en nuestras redes sociales como @grupovanti y conoce nuestras iniciativas.

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco Agrario
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red GASS
Banco Gas Occidente

Grandes Superficies
Alkosto, Jumbo, Éxito

*Si cancelas con cheque debe estar girado por el grupo vanti y a nombre de Vanti S.A. ESP.

Eficiencia energética

Reducir nuestro consumo de energía se traduce en 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: 01 8000 919 052 Móvil: 164

Atención presencial
Ingresa a www.grupovanti.com y conoce los pasos para agendar tu cita.

¡Hola!

ROSA CRUZ
RUT 128.145 70 108 107 00828 - BILBAO
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5367198-17588

Lote: P17GN1 Serie: C0117701902000005280 Código del Sector: 143

Cuenta o referencia de pago 61673819

vanti Listo

TU EQUIPO VANTI LISTO APROBADO ES: $ 4.900.000



CON REGRESA A CLASE Y SÚPER GANA UN

vanti

Escanea el código QR y participa aquí

Usando tu cupo Vanti Listo por un monto igual o superior a $2.500.000*

1 1Q

*Promo válida del 13 de enero al 28 de febrero de 2025

Paga a cuentas a través de tu factura de gas natural

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gases de la Guajira S.A. ESP. Consulta términos y condiciones en www.grupovanti.com/ver-terminos-y-condiciones-regresa-a-clase-y-gana/. Vanti Listo es un producto del Grupo Vanti. Aplica condiciones y restricciones de la promoción. Consulta cuáles son en los sitios de participación. Promoción válida para facturas con fecha de expedición desde el 13 de enero de 2025 hasta el 28 de febrero de 2025 o hasta agotar existencias. Al participar aceptas el tratamiento de tus datos personales.

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

Atención telefónica
Lunes a viernes 7 a.m. a 6 p.m.
Sábados 7 a.m. a 1 p.m.

Línea gratuita 01 8000 942 784
Bogotá (601) 307 8021
Bucaramanga (607) 585 0755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 318 426 4169

Mi Vanti en línea
https://mi.grupovanti.com/

Recuerda que puedes elegir la Línea de Atención para Consumidores de acuerdo a la Ley 2207

HISTORIA CLÍNICA

HC 986-E-0

MICROCHIP 990000013796313

FECHA: 3 Abril 25

CÓDIGO

LUGAR DE LA TOMA DE MUESTRA:

TIPO DE ATENCIÓN: DMC ___ REC. CES ___ RETIRAS ___ CONVENCIDA X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Burbuja

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X

SEXO: HEMBRA X MACHO ___

RAZA: mestizo

EDAD: 1 año

PESO: 3,2 kg

RAZA DOMINANTE ESPECIAL: SI ___ NO ___

COLOR: Marron Blanco Amarillo

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENCIA AGRESIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X

AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ AMBIVALENCIA ___

OTRO: ___

QUIEN: MAMÁ ___ ASOCIADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO X RESCATADO ___ PUESTO DE CUIDADO ___ OTRO ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: HUMIDO ___ CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yised Angelica Herrera Miño

DIRECCIÓN: CL 137 Bis No. 126A 40

TELÉFONO: 3115606854

CÉDULA: 1032449750

SEXO: M ___ F X

NACIONALIDAD: Colombiana

CORREO ELECTRÓNICO: herreraangelina88@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO ___ FAMILIAR X

PERSONA DISCAPACITADA: SI ___ NO ___ CUAL?

BARRIO: La Gaitana

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

APTO PARA CIRUGÍA: SI (X) NO

ULT. CELO: Febrero 25

ULT. DESPARASITACIÓN: Enero 25

ULT. VACUNACIÓN: ANTIRRÁBICA ___ CANINOS: PUPPY ___ MIXTA/CLÍNICA ___ TRIPLE: ___ FELINA: ___ FELINOS: PANLEUCOPENIA Y RINOTRAQUEITIS ___

FECHA: 30/01/25

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD ANORMAL: SI ___ NO X

SISTEMAS O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: (I) II III IV V VI E

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 169 x/m

F. RESPIRATORIA: 33 r/m

TEMPERATURA: 38,4 °C

TLLC: 1 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,16 cc	1 mg/Kg IM
	KETAMINA	0,32 cc	5 mg/Kg IV ☐ 10 mg/Kg IM ☒
	BUPRENORFINA	— cc	0,1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1,12 cc	2 mg/Kg IV
POST-OPERATORIO	PENICILINA G.B.	0,224 mL	37.000 UI/Kg IM
	MELOXICAM	0,032 mL	0,2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de Cónyuge/a Apoderado/a Padre/Madre/Tutor/a declaro haber leído el presente documento en su totalidad y entendido su contenido, habiendo aclarado todas las inquietudes que surgieron durante su lectura y manifiesto estar de acuerdo con la realización del procedimiento descrito en el mismo. Igualmente, declaro que he suministrado de manera libre y voluntaria mi ACEPTACIÓN ☒ RECHAZO ___ para la realización del procedimiento con el animal de la referencia.

Mónica Vásquez Milan

NOMBRE(S) DEL(OS) MV RESPONSABLE(S): Mónica Vásquez Milan

TARJETA PROFESIONAL: Médica Veterinaria TP. 11804

FIRMA: MVM

NOMBRE(S) DEL(OS) MV ASISTENTE(S) CLÍNICO(S): Yennifer Gutiérrez Nomesque

TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario - Zootecnista TP. 32358

FIRMA: 46

	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD CENTRO DE ESPECIALIDADES VETERINARIAS CESVET	BOGOTÁ D.C. SALUD

3. 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 Ovariohisterectomía/Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. Declaro que al aceptar la cirugía, entiendo que puedan presentarse riesgos durante la cirugía como reacciones (depresión, vómitos, hemorragias, reacciones a anestésicos, complicaciones respiratorias e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del chip electrónico y los riesgos que se pueden presentar. Sin realizar ningún procedimiento durante la toma y aplicación 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 la manipulación de lactonas, pulsantes, tatoo, 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 medico 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 administración premedicación de anestesia pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO les cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, con esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna exonerando de toda responsabilidad a la especialidad y al equipo médico que realice el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, la cual ha sido informada, 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 antes 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, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Empresa Social y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir

Firma del Responsable/Tenedor: Angelica Higuera	Fecha de Identificación: 1032444850

Yo, _____ identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, doy AUTORIZO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía.
RAZON:

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
No. Identificación:	

4. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Salon Comunal Garbano	FECHA: 21-04-25	HORA: 10 am

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

1.032 449.750

HERRERA NIÑO

YISED ANGELICA

Angelica Herrera





FECHA DE NACIMIENTO 12-MAR-1992
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.50 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
04-MAY-2010 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

enel | Bogotá

0736748-9

JORGE REYES ROMERO



INFORMACION DE LA CUENTA

CONTACTANOS

PUNTOS DE ATENCIÓN ACTIVO

ALCALDÍA LOCAL DE USAQUÉN
SECRETARÍA DE SALUD
PROGRAMA DE CONTROL DE CANINA Y FELINA
CONSULTA DE ESTERILIZACIÓN

HISTORIA CLÍNICA: HC-0000-0

NÚMERO: 990000013796311

FECHA: 3-04-25

LUGAR DE ESTERILIZACIÓN:

TIPO DE TERCERO: UHL ___ REL ___ GLS ___ FELPAS ___ CONSULTORIO X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Erq. | RAZA: Alegrado

PERFIL: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: Mestizo | EDAD: 1 año | PESO: 2,18 Kg | RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

¿DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X

AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___

OTRO: ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: NG/OR ___ CASERA ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___

ORIGEN: PROPIO ___ RESCATADO ___ CONPANIO ___ ADOPTADO ___ REGALADO X PERRO DE CALLEJA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR RESPONSABLE

NOMBRE Y APELLIDOS: Gladys Quevedo Susunaga | DIRECCIÓN: kr 92 No. 130 59 A 1 | TELÉFONO: 3042917952

CÉDULA: 26431401 | SEXO: F X | NACIONALIDAD: Colombiana | CORREO ELECTRÓNICO: Susi9426@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Tecnico | TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIEND X FAMILIAR ___ | TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X CUÁL? ___

BARRIO: El Rincon Norte | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: Suba | EDAD: 71

3. OBSERVACIONES

Buen estado de Salud

AZOTEA PARA PALOMA: SI ___ NO ___

ÚLT. CELO: Enero 25 | ÚLT. DESPARACITACIÓN: N.R | ÚLT. VACUNACIÓN: ANTIRRÁBICA X CANINA/FELINA MÚLTIPLE FECHA: / TRIPLE VIRAL / LEUCEMIA / TRIPLE: / PENTAVALENTE: / RABIA, PERITONITIS Y LEPTOSPIROSIS: / PARA: /

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X | SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: (I) II III IV V VI | CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PRECANESTÉSICAS

F. CARDIACA: 164 l/m | F. RESPIRATORIA: 32 r/m | TEMPERATURA: 38,3 °C | TLC: | MM: | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

TIPO DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	KETAMINA	0,14 ml	2 mg/kg IM
	KETAMINA	0,28 ml	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☒
	MIDAZOLAM	___ ml	0,1 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,98 ml	2 mg/kg IV
POST-OPERATORIO	BENCILPENICILINA G.B.	0,196 ml	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,028 ml	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

Yo acudiente en [illegible] he recibido esta información sobre el procedimiento quirúrgico y estoy de acuerdo en [illegible] ACEPTACIÓN X RECHAZO ___, para la realización del procedimiento.

NOMBRE DEL DOCTOR(A) QUE OPERA: Mónica Vázquez Bolaños
TARJETA PROFESIONAL: Médica Veterinaria TP. 11804

NOMBRE DEL AYUDANTE: Yennifer Gutiérrez Nomesque
TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33958

FIRMA: MV

FIRMA: YG

	[illegible]	
	CONSENTIMIENTO INFORMADO [illegible]	[illegible]

7. 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 Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual mi animal será sometido en mi/ de compañía. Declaro que entiendo los beneficios que conlleva, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paro respiratorio o cardíaco, hemorragias, reacciones a anestésicos, 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 que aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza detalle que durante la implantación del microchip puede generar algunas reacciones adversas que se pueden evidenciar mediante inflamación, que mantiene la zona inflamada en el punto de punción, además de posible infección en el área del sitio de colocación de lesiones, ulceras, tales, aplicación de antibióticos, baños secos y todas aquellas que surjan y confirmen la zona, después de los 7 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igual permito el retiro y manejo de mis datos personales de acuerdo con la normatividad vigente.

Después soy consciente y ACEPTO _X__ o RECHAZO _____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente lo me han explicado y entendido, acerca los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asume en su total dada su responsabilidad de la ruptura en el mismo o contravención alguna; exonerando de toda responsabilidad a terceros civil y al equipo médico que realice el procedimiento. También entiendo que existen diferentes sensibilidades, y que probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual ha sido informado, comprendido y aceptado.

En consecuencia, 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 y ningún reclamo por los eventos anteriormente mencionados.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST-OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y demás 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 en mi animal de compañía, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Ingenieros y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de riesgo que pueda surgir.

Firma del Responsable del tenedor:	Nro de Celular/Dirección: 2643401

Yo, _____ identificado con C.C. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización) de mi animal de compañía.
RAZON:

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación:	

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Salon Comunal Guitana	FECHA: 21-04-25	HORA: 10 am

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **26.431.401**

QUEVEDO SUSUNAGA

APELLIDOS

GLADYS

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **04-MAY-1985**

NEIVA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

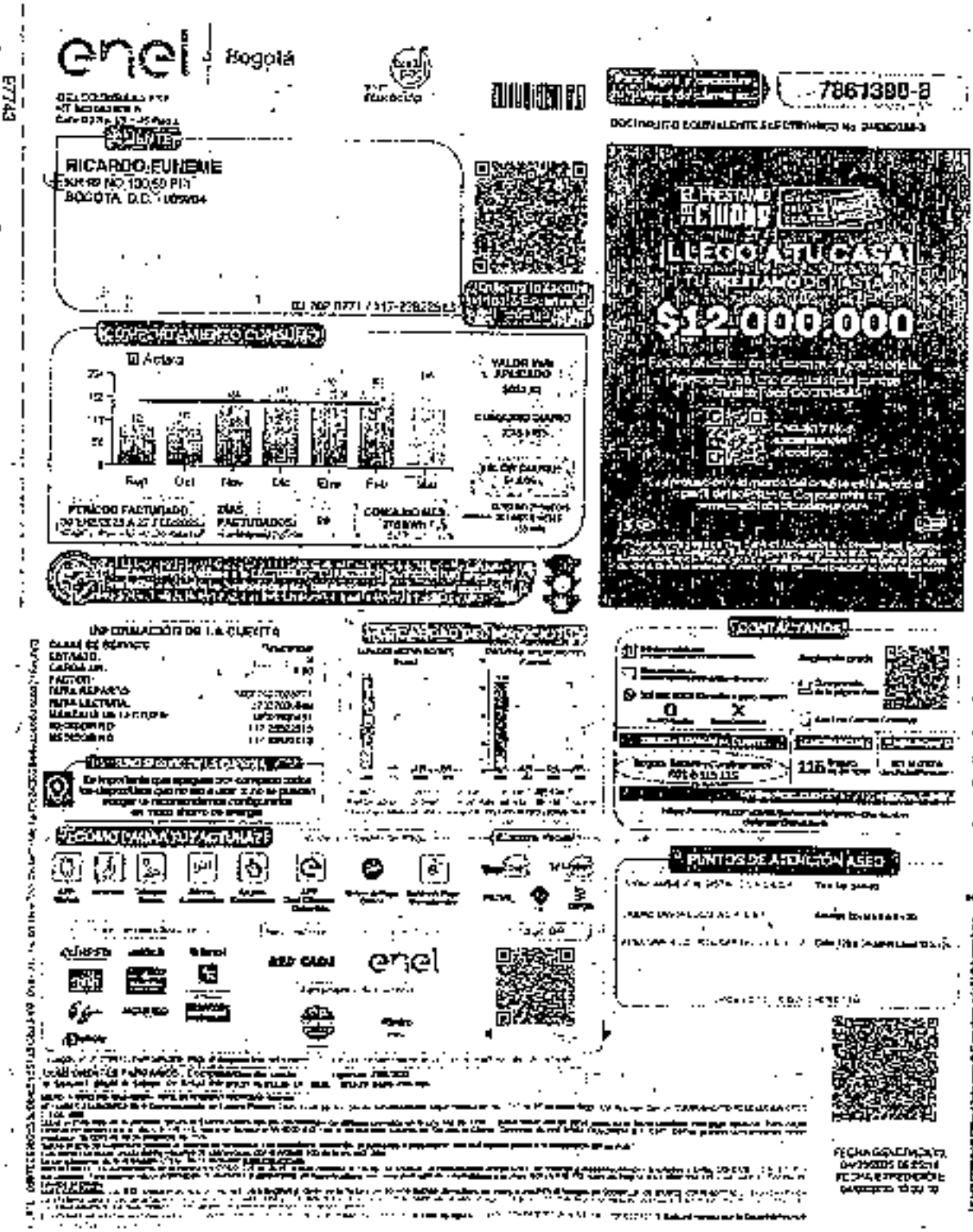
1.56 ESTATURA **A+** G.S. RH **F** SEXO

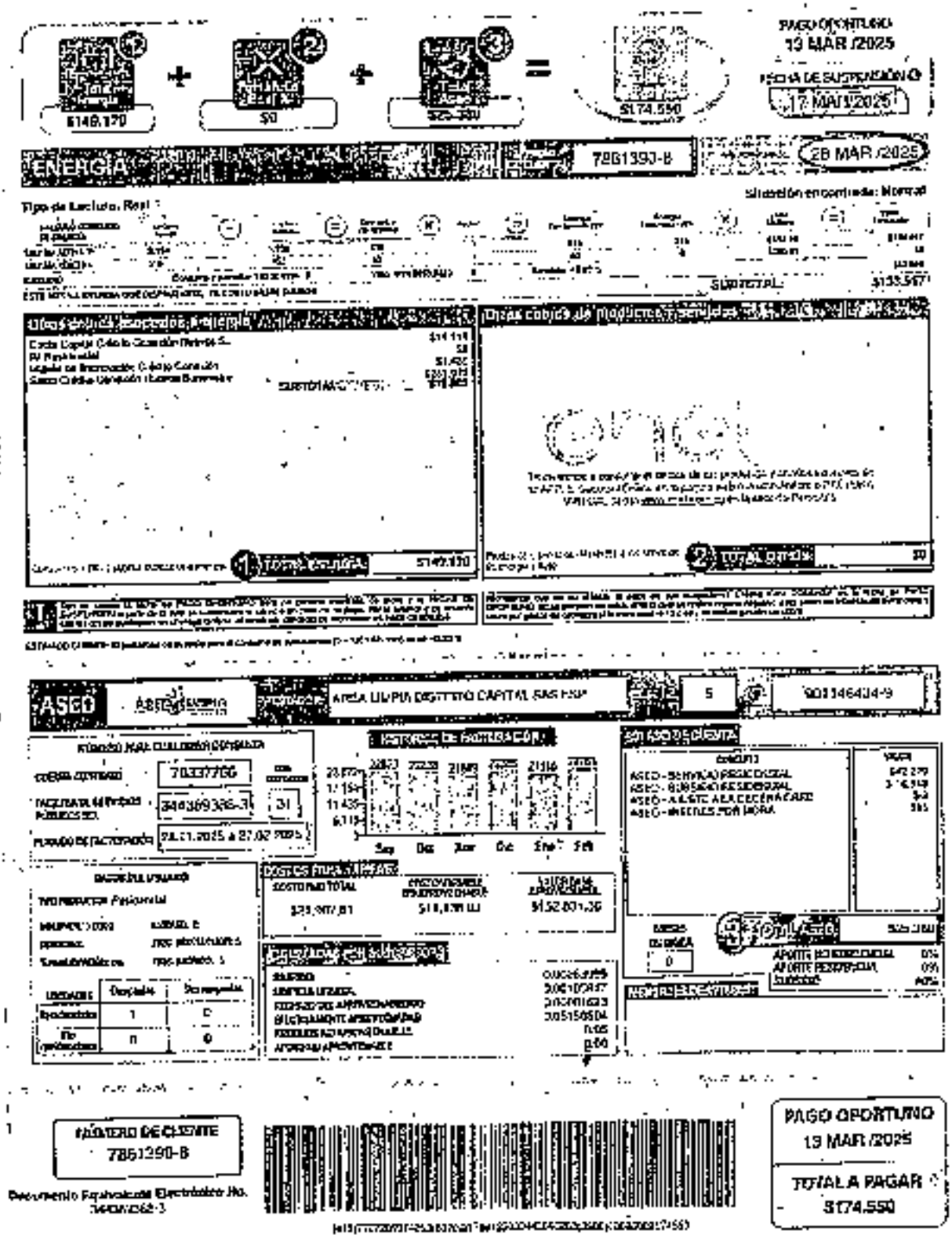
28-MAY-2003 NEIVA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

A-1900106-00847101-F-0026431401-20180907 0080084763A 1 7134010509


enel
Bogotá
RICARDO EUNEME
LLEGO A TU CASA
TU PRÉSTAMO DE HASTA
$12.000.000



PAGO OPORTUNO
19 MAR /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN
17 MAR /2025

$148.170 + $0 + $26.380 = $174.550

ENERGÍA

7861390-8

28 MAR /2025

Tipo de Factura: Real

SUBTOTAL $133.547

Otros cobros

Otros cobros de periodos anteriores

TOTAL FACTURA $148.170

TOTAL OTROS $0

ASEO

AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL EAS ESP

5

900346404-9

Información para cualquier consulta

CÓDIGO CONTRATO 70337706

FACTURA DE REFERENCIA 346369386-3

PERIODO DE FACTURACIÓN 28.11.2025 a 27.02.2026

Historial de consumo

Datos del usuario

Tipo de usuario Residencial

Usuarios | Regulados | No regulados
Residenciales | 1 | 0
No residenciales | 0 | 0

Costos promedio

COSTO PROMEDIO TOTAL $39.907,81

COSTO PROMEDIO SUMINISTRO ENERGÍA $18.838,11

VALOR PROMEDIO FACTURA $152.801,20

Detalle del consumo

SUBSIDIO 0,00
SANCIÓN USUARIO 0,00
FONDO DE SOLIDARIDAD 0,00
ELECTRODEPENDIENTE 0,00
FONDO SOLIDARIDAD DUALIS 0,00
APORTE APROVECHAMIENTO 0,00

Detalle de la factura

CONCEPTO	VALOR
ASEO-BARRIDO PÚBLICO ORDINAL	$42.279
ASEO-SUBSIDIOS DE SUBSIDIAL	$-6.519
ASEO-ASEO ALA DECEMBRACARD	$0
ASEO-INTERESES POR MORA	$0

SUBTOTAL $35.760

Medidor 0

APORTE SOLIDARIDAD 0%
APORTE RESTRICCIÓN 0%
SUBSIDIO 40%

Mensajes de facturación

NÚMERO DE CLIENTE
7861390-8

Documento Equivalente Electrónico No.
346369386-3

PAGO OPORTUNO
19 MAR /2025

TOTAL A PAGAR
$174.550

HISTORIA CLÍNICA: [illegible]-999-50

MICROCHIP: 990000013796310

FECHA: 3-04-25

CÓDIGO EST #:

LUGAR DE LA JORNADA:

TIPO DE CLIENTE: ESE ___ IPSC ___ EEE ___ PRIVADA ___ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: BeKy

COLOR: Calico

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO

RAZA: Mestizo EDAD: 4 años PESO: 3,1 Kg TALLA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO Y

DURANTE LA VACUNACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X

AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___

CUAL: ___

ESTERILIZADO/CASTRADO: SI ___ NO Y

TIPO DE ALIMENTACIÓN: NATURAL ___ CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ CUAL: ___

ORIGEN: NACIDO ___ RESCATADO X COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Gladys Quevedo Suaznaga

DIRECCIÓN: KR 92 No 130 59 Pt 1

TELÉFONO: 604 291 3932

CÉDULA: 26431401

SISBEN: X

NACIONALIDAD: Colombiana

CORREO ELECTRÓNICO: 555H9426@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Tecnico

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO X FAMILIAR ___

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO Y CUAL: ___

BARRIO: El Rincon Norte

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: [illegible]

UPZ: 71

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

AUTORIZA CIRUGÍA: SI X NO ___

ULT. CELO: Enero 25

ULT. DESPARASITACIÓN: N.R

ULT. VACUNACIÓN: ESTIMADA X CARNÉ No. ___ REVALUACIÓN: ___

ANTIRRÁBICA: ___ FECHA: ___

BRUCELA: ___ TRIPLE VIRAL: ___

TIPO: ___

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD ACTUAL: SI ___ NO X SIGNOS CLÍNICOS ASOCIADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: I X II III IV V VI E

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 163 LPM F. RESPIRATORIA: 35 RPM CAPILAR: 3" TLLC: 1 MM MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,155 ml	1 mg/Kg IM
	KETAMINA	0,31 ml	5 mg/Kg IV ___ 10 mg/Kg IM Ind
	MIDAZOLAM	___ ml	0,1 mg/Kg IV
INDUCCIÓN/MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1,085 ml	1 mg/Kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G.S.A.	0,217 ml	17.000 UI/Kg IM
	MELOXICAM	0,031 ml	0,2 mg/Kg SC

Reacciones adversas: Ninguno

Entiendo que el Médico y/o Anestesiólogo, a cargo de este procedimiento no puede garantizar totalmente la ausencia de riesgos durante el mismo. He recibido completa información del procedimiento a realizar y acepto los riesgos relacionados con la Cirugía, Anestesia, Diagnóstico y tratamientos adicionales que sean necesarios durante el mismo y autorizo su ADOPTACIÓN X RECHAZO ___ para beneficio de la paciente.

NOMBRE Y CÉDULA DEL CIRUJANO: Mónica Velázquez Milán
TARJETA PROFESIONAL: Médica Veterinaria TP. 11804

FIRMA: MVM

NOMBRE DEL ANESTESIÓLOGO: Yennifer Gutiérrez Nomesque
TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358

FECHA: 96

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y cuerdo uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será intervenido mi animal de compañía. Declaro que he actualizado la anamnesis, incluyendo cualquiera presentada luego (previo la cirugía como son; partos pre-existentes, cardiopatías, hemorragias, alteraciones sanguíneas, renal, cardiaco, neurológicos entre otros).

Así mismo manifiesto que se me dio de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclararon todas las dudas que se plantearon al respecto. Se resalta énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden presentar en la zona de implantación, y se manifiesta como información clave para dar aviso, además de posible intervención en el caso de: el comportamiento de lesiones, jaloneos, usos, aplicación de antibióticos, baños verificar si se inflamaba que la zona y contaminen la zona, durante los 5 días posteriores a la implantación.

Original Marca autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy Consciente y ACEPTO X__ o RECHAZO ____ la declaración realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los incluye el programa) Adicional manifiesto me han explicado y entendido todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía sin derecho a contraprestación alguna; exonerando de toda responsabilidad a empresas pss y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entendido que algunas situaciones extraordinarias, una probabilidad de pequeña 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, más importantes hasta donde tengo conocimiento y he entregado la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor responsable del paciente, AUTORIZO al médico Veterinario/a Zootecnista para realizarle intervención quirúrgica bajo las condiciones antes mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir las recomendaciones brindadas y a cumplir 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 imprevista en la manipulación con el animal de compañía, comprometo a la Alcaldía local de Suba, empresas pss y al equipo Médico Veterinario/a prestador del servicio que cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma (Cuidador/Propietario): [signature]

No de Identificación: 1026431401

Yo, _____ identificado con C.C. No _____ En pleno y total uso de mis facultades mentales, me DIRIJO de manera libre y voluntaria a autorizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización) de mi animal de compañía.
RAZON:

Nombre del Responsable/Tenedor:

Firma:

No. Identificación

CITA DE RETIRO DE PUNTOS

Lugar: Salon Comunal Gaitana | FECHA: 21-04-25 | HORA: 10 am

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **26.431.401**

QUEVEDO SUSUNAGA

APELLIDOS

GLADYS

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **04-MAY-1985**

NEIVA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **F** SEXO

28-MAY-2003 NEIVA

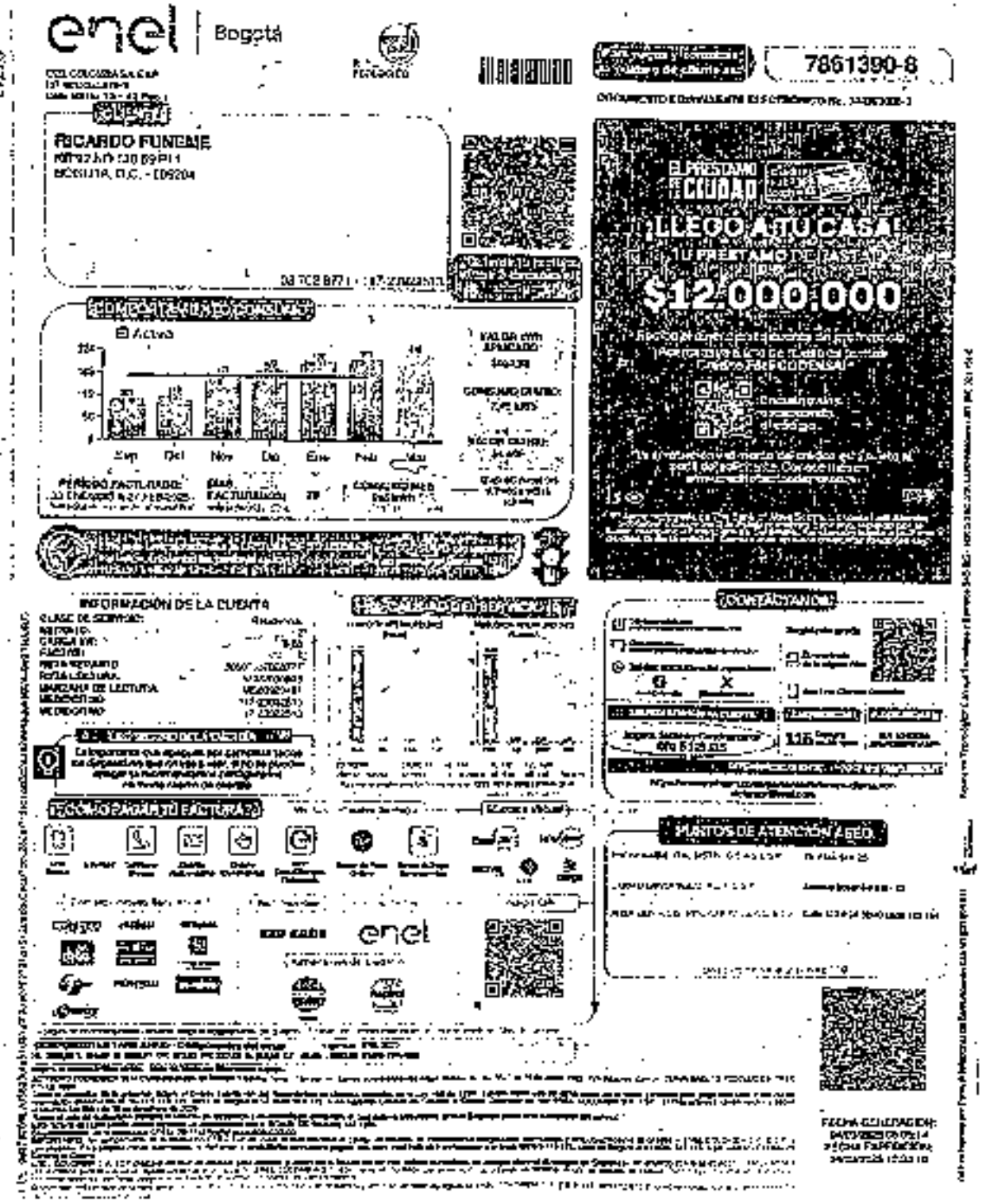
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

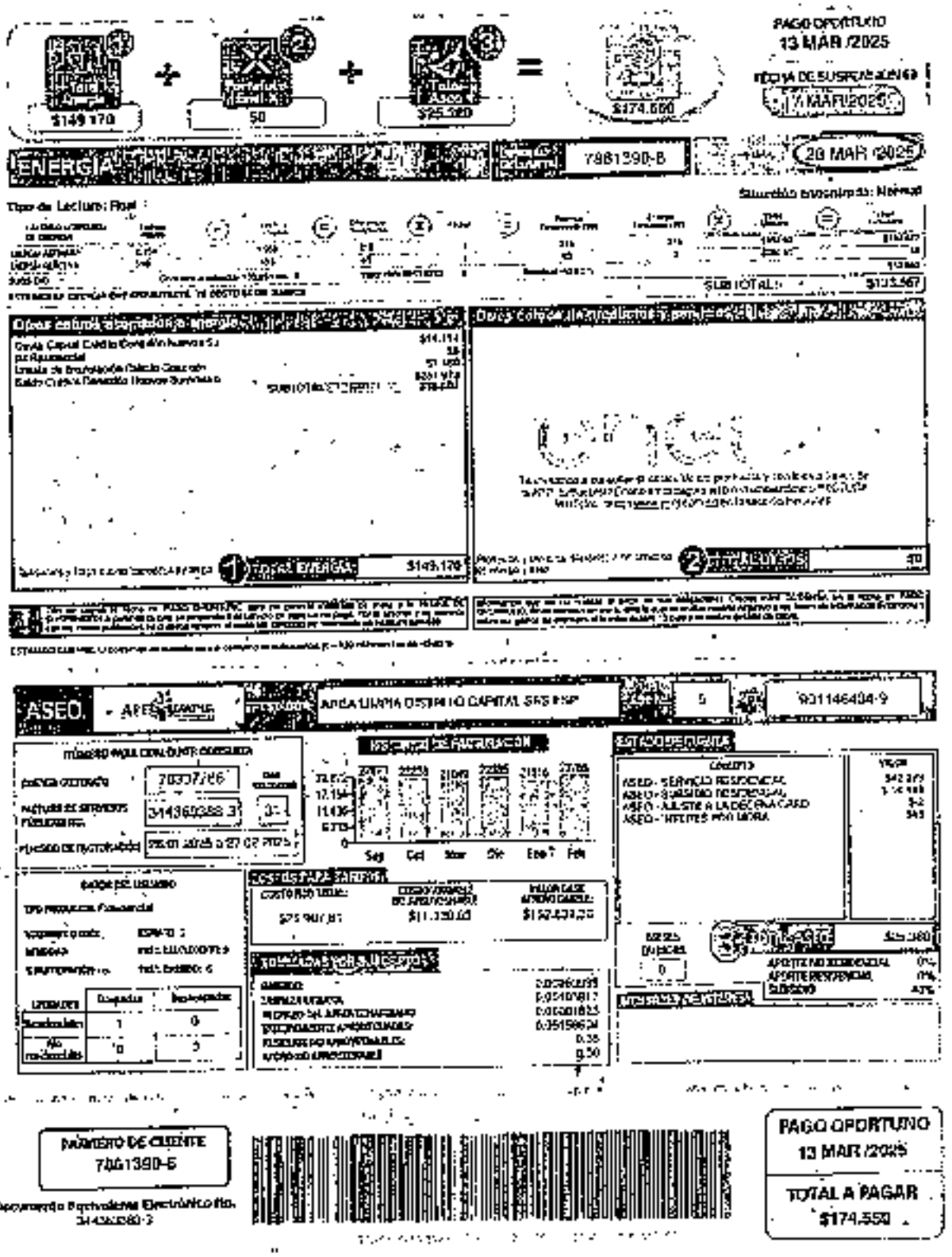
REGISTRADOR NACIONAL

V.B. JEFE GRUPO DACTILOSCOPIA



A-1500100-00947101-F-0026431401-20110907 0050958757A 1 7134010405


enel
Bogotá
7861390-8
RICARDO FUNEME
¡LLEGÓ A TU CASA!
$12.000.000
INFORMACIÓN DE LA CUENTA



PAGO OPORTUNO
13 MAR /2025

$149.170 + 50 + $25.380 = $174.600

FECHA DE SUSPENSIÓN
14 MAR/2025

ENERGÍA — 7981390-B — 28 MAR /2025

Tipo de Lectura: Real

SUB TOTAL: $143.567

Otros cobros (empresa eléctrica) — $5.603

Otros cobros (municipalidad y otros) — $0

TOTAL ENERGÍA: $149.170

TOTAL OTROS: $0

ASEO. — ÁREA LIMPIA OSORNO CAPITAL SRS SNP — 5 — 931146404-9

Consumo para cálculo promedio

Boleta vencida: 70307766

Factura de servicios periódicos No.: 3143603883

Período de facturación: 28.01.2025 a 27.02.2025

Días facturados: 31

Historial de facturación

Estado de cuenta

Concepto	Valor
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$42.379
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-1.148
ASEO - AJUSTE A LA DECENA CARD	$42
ASEO - INTERÉS MORATORIA	$43

Cargo por usuario

Tipo Producto Financiero

Usuarios	Cliente	Beneficiario
Residenciales	1	0
No residenciales	0	0

Costos de tus servicios

Costo real del mes	Costo promedio de tus vecinos	Mejor caso ahorro posible
$25.907,87	$11.120,00	$1.620.420,20

Detalle de tu consumo

Subsidio	0,0036
Cargo fijo	0,0510
Recargo por alto consumo	0,0000
Recargo por sobreconsumo	0,0515
Recargo por vulnerables	0,35
Aporte voluntario	0,50

Meses pendientes: 0

Aporte no reembolsable: 0%
Aporte reembolsable: 0%
Subsidio: 42%

Mensajes importantes

NÚMERO DE CLIENTE
7981390-B

Documento Equivalente Electrónico No.
3143603883

PAGO OPORTUNO
13 MAR /2025

TOTAL A PAGAR
$174.550

HISTORIA CLÍNICA: 599 E.U.

FECHA: 3-04-25

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: INUYASHA

COLOR: Amarillo

ESPECIE CANINO X FELINO — SEXO: HEMBRA — MACHO X

RAZA: Mestizo

EDAD: 2 años

PESO: 3,7 Kg

RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI — NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIONES DE COMPORTAMIENTO: SI — NO X

AGRESIVO — MIEDO — APEGADO — OTRO

PRESENCIA DE AGRESIVIDAD PAL PACIENTE: SI — NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: CASERO — CONCENTRADO X — MIXTO — OTRO

ORIGEN: PROPIO — RESCATADO X — COMPRADO — ADOPTADO — REGALADO — PERRO DE CUADRA — OTRO

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Luisa Fernanda Martinez Quintero

DIRECCIÓN: Cl 130C No 121C 10 BQ 44 IM 5

TELÉFONO: 3044485922

CÉDULA: 52433513

SEXO: M — F X

MUNICIPALIDAD: Colombia

CORREO ELECTRÓNICO: lufermarti29@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Profesional

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA X — ARRIENDO — FAMILIAR

TIEMPO AL SITIO DE ASENTAMIENTO: SI — NO X AÑOS?

BARRIO: Nueva Tibabuyes

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA 1

CASA 71

3. ANTECEDENTES

Buen estado de salud

APTO PARA CIRUGÍA: X SI — OTRO

FAC. CELO: N.A

U.S. RESPIRATORIA: N.R

ULT. VACUNACIÓN: RABIA: X — CANINO O.P. PARVO: — LEPTOSPIRA: — LEUCEMIA: — TRIPLE: — PANLEUCOPENIA Y BORDETELLA: — RABIA:

ULT. DESPARASITACIÓN: INTERNO: — EXTERNO: — FECHA:

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE IMPORTANCIA APARENTE: SI — NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: I X — II — III — IV — V — VI — E —

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 170 LPM

F. RESPIRATORIA: 32 LPM

TEMPERATURA: 38,9 °C

TLLC: 2 SEG

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,205 mL	1 mg/Kg IM
	KETAMINA	0,37 mL	5 mg/Kg IV X — 10 mg/Kg IM —
	MIDAZOLAM	0,34 mL	0,1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	ISOFLORO	1,295 mL	2 mg/Kg IV
POST OPERATORIO	PENTOXIVET 0,5 A	0,259 mL	17.000 UI/Kg SC
	MELOXICAM	0,037 mL	0,2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cirujano/a Anestesiólogo/a), he informado a los propietarios/tenedores sobre los riesgos inherentes al procedimiento quirúrgico y anestésico que se realizará en el paciente, así como los beneficios esperados. Entiendo que la información suministrada es correcta y completa. ACEPTACIÓN X — RECHAZO — (para el rechazo del procedimiento quirúrgico y anestésico)

NOMBRE(S) DE (LOS) VETERINARIO(S): TARJETA PROFESIONAL — FIRMA MLK

NOMBRE DEL/LA ANESTESIÓLOGO/A: TARJETA PROFESIONAL — FIRMA 96

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y recorrido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será intervenido mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la intervención, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; pares inadecuados o cardiacos, hemorragias, reacciones anestésicas, 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 sé acerca los riesgos que se pueden presentar. Son estos mínimos, que durante la implantación, colocación 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 que hay infección en el área por ejemplo: presencia de inflamación, pus, calor, aplicación de antibiótico, bien sea con otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de las 24 horas posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente asegure el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y ACEPTO _X__ o RECHAZO _____ la declinación realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cobra el programa) Adicionalmente se me han explicado y entiendo todos los riesgos que conlleva presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna; consintiendo de toda responsabilidad a los profesionales y al equipo médico que realice el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual ha sido informado, he comprendido y aceptado. N.A.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi propio animal de compañía, más arriba descrito y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor responsable del paciente, AUTORIZO al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente especificadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir fielmente 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 inexperiencia en la manipulación con el animal de compañía, eximiendo a la Alcaldía Local de Suba, Impecsos SA y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda surgir.

Nombre del propietario/tenedor:	Firma de identificación:
[illegible]	52433.513

Yo, _____ identificado con CC, No _____ Propietario y tenedor responsable de mis facultades mentales, me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización) y cancelación de mi animal de compañía.
RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
No. Identificación:	

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Salón Comunal Gaitana	FECHA: 21-04-25	HORA: 10 am

OBSERVACIONES:

Se le explica al tenedor responsable sobre los riesgos anestésicos y quirúrgicos del animal, debido a la condición de su edad.

52433.513

M.V.
Mónica Velázquez Millán
Médica Veterinaria
TP-11804

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 52.433.513



Apellidos
MARTINEZ QUINTERO

Nombres
LUISA FERNANDA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.55	F

Fecha de nacimiento
29 JUL 1977

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
14 AGO 1995, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expiración
27 DIC 2031



IDCOL0015048486150011<<<<<<<<<<<
7707294F3112272COL52433513<<<<1
MARTINEZ<QUINTERO<<LUISA<FERNA



4. Guantes: Para manipular a tu mascota de manera aséptica y evitar el contacto directo con fluidos corporales.

5. Termómetro: Para medir la temperatura de tu mascota en caso de fiebre o posibles infecciones.

6. Collar isabelino: Para evitar que tu mascota se lama o rasque heridas o áreas afectadas durante el proceso de recuperación.

7. Clorhexidina o Baxidin: Antisépticos para limpiar heridas y prevenir infecciones.

8. Suero fisiológico: Para lavar y limpiar las heridas de forma segura.

9. Producto específico para limpiar los oídos: Para mantener la higiene y prevenir infecciones en los oídos de tu mascota.

10. Pomada cicatrizante: Para ayudar en la reparación de la piel y acelerar la curación de heridas menores.

11. Polvo hemostático: Para ayudar a detener el sangrado en heridas pequeñas.

12. Protector solar: Para proteger la piel expuesta de tu mascota de los daños solares, especialmente en áreas sin pelo o de piel sensible.

13. Carbón activado: Para inducir el vómito o tratar intoxicaciones, siempre bajo la recomendación de un veterinario.

Es importante revisar periódicamente el botiquín, asegurándose de que los productos estén dentro de su fecha de caducidad y en buen estado para su uso. Además, recuerda que en caso de una emergencia grave, lo más recomendable es siempre acudir lo antes posible al veterinario.



enel | Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 8909329815-6
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 3

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **0748968-9**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 345081816-3

CLIENTE

ELVIA CUNTERO SANABRIA
CL 130 C NO 121 C 10 BQ 44 IN 3 AP 403
BQ 44 IN 3 AP 404
BOGOTA, D.C. - NUEVA TIBABUYES

10 700 2814 / 025-143173

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $343,71

CONSUMO CIUDAD: 0,00 kWh

VALOR PROM: $1.235

PERIODO FACTURADO: DE 9 DIAS A 10 MAYORES

DÍAS FACTURACIÓN: 31

CONSUMO kWh: 38 kWh

¡Estuvimos tomando nuestra LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía se encuentra dentro de lo habitual!

EL PRÉSTAMO DE LA CIUDAD

¡LLEGÓ A TU CASA!

TU PRÉSTAMO DE HASTA

$12.000.000

Recibe el dinero en tu cuenta de forma rápida. ¡Acércate ya a uno de nuestros puntos Crédito Fácil COOPENSA!

Encuéntralos escaneando el código.

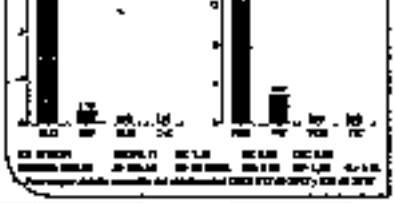
*La aprobación y el monto del crédito está sujeto al perfil del solicitante. Consulta más en www.creditofacilcoopensa.com

Vigilado Superintendencia de la Economía Solidaria, Circular Básica Jurídica 2020 - Circular Básica Contable y Financiera 2020

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA KW:	10,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	[illegible]
RUTA LECTURA:	2013019708
MARCANA DE LECTURA:	M50082453
MEDIDOR 2#:	025-143473
MEDIDOR #:	025-143173

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Registrate gratis

Descargue nuestra página Web

App Enel Clientes Colombia

Atención Cliente Bogotá	Emergencias	Denuncias
601 615 115	115 Opción 1	800 154 0030

Atención Enel

hojadevidaenel.com/portal/personas/telefonos-clientes.html

TIPS DE AHORRO DE LA ENERGÍA

Es importante que apagues por completo todos los dispositivos que no estés usando, ya no se pueden apagar se recomendamos configurarlos en modo ahorro de energía.

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Electrica

Centros de Servicio

Red Caja

Almacenes de Cadena

Código QR

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROACAMBIENTAL DISTRITO S.A.S. E.S.P. [illegible]

[illegible] Avenida Boyacá # 1 - 55

[illegible] Calle 180 # 6A-30 Local 20-124

Línea de atención al cliente 115

FECHA GENERACIÓN
12/09/2025 04:21:57
FECHA EXPEDICIÓN
12/09/2025 15:10:16

Factura Impresa por Consejo Nacional de Operación (CNO) Resolución CREG 038 de 2014 - Versión 2.0 - Vigente desde 2015-01-01

Factura Electrónica Generada por Consejo Nacional de Operación (CNO) Resolución CREG 038 de 2014 - Versión 2.0 - Vigente desde 2015-01-01

Aquí tienes el texto corregido:

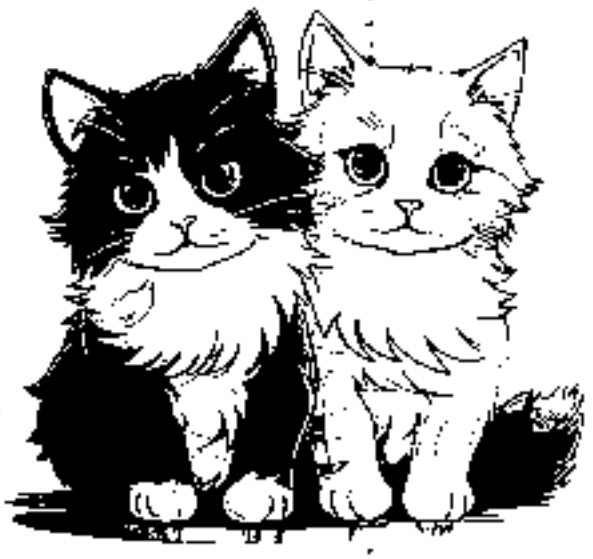
Los animales de compañía no están solo a disposición del ser humano y, si bien ellos nos ayudan emocionalmente, esto ocurre cuando genuinamente buscamos hacerles bien y cuidar de la sana coexistencia.

Para ellos es importante no negarles las 5 libertades fundamentales de los animales:

1. Libertad de alimentación e hidratación.
2. Libertad de un ambiente apropiado.
3. Libertad de buena salud.
4. Libertad de bienestar emocional.
5. Libertad de expresar su comportamiento natural o normal.

Ley 84 del 27 de diciembre de 1989.

UNESCO, ONU, 15 de octubre de 1978.





Es fundamental entender que la ignorancia sobre la normativa que protege a los animales, los cuidados que requieren o el hecho de no reconocerlos como seres sintientes, no nos exime de las consecuencias legales. Si se expone a un animal a maltrato, violencia, negligencia o asesinato, las leyes dictan sanciones y penalizaciones que debemos enfrentar.

Recuerda que existen 6 formas de crueldad animal:

1. Abandono
2. Negligencia
3. SobreeXplotación
4. Abuso sexual
5. Maltrato físico
6. Maltrato emocional

HISTORIA CLÍNICA
HC 899-5-0

FECHA: 3 Abril 25h

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Orion

COLOR: Blanco Negro

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: mestizo EDAD: 1 año PESO: 3 kg RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN SE PRESENTA ALGÚN CAMBIO DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X

AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___ OTRO: ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: NINGUNA ___ CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___

VIRGEN: NUNCA ___ RESCATADO X COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO ___ PARA SU CUIDADO ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Edward Andres Gonzalez Daza

DIRECCIÓN: TV 126F No 133 33

TELÉFONO: 3195708317

CÉDULA: 1019011195

EDAD: ___

NACIONALIDAD: Colombiana

CORREO ELECTRÓNICO: Angelgeadrives@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO X FAMILIAR ___

PERTENENCIA ÉTNICA: SI ___ NO ___ CUAL ___

BARRIO: La Gaitana

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: Suba

UPZ: 71.

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

APTO PARA CIRUGÍA: SI NO

ÚLT. CELO: No Aplica

ÚLT. DESPARASITACIÓN: No Reporta

C.C. VALORACIÓN: NEGRO X CAFÉ OSCURO ___ AMARILLO ___ NARANJA ___ ROJIZO ___ CREMA ___ BLANCO ___ GRIS ___ PELIROJO ___ TRICOLOR ___ OTRO ___

TALLA: PARA INFLUENZA Y BORDETELLA: RAZA

PENDIENTE:

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: I. II. III. IV. V. VI. E. CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PRE QUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 165 LPM F. RESPIRATORIA: 32 RPM TEMPERATURA: 38,7 °C TLLC: 1 SEG MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

BASE DE PREMEDICACIÓN	MEDICACIÓN		DOSIS/VÍA/OBSERVACIONES
PREMEDICACIÓN	XILACINA	0.165 mL	1 mg/Kg IM
	KETAMINA	0.3 mL	5 mg/Kg IV X 10 mg/Kg IM ☐
	MIDAZOLAM	0.6 mL	0.1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1.05 mL	2 mg/Kg IV
POST OPERATORIO	PENTOXIFILINA 0.4 A	0.21 mL	17.000 UI/Kg IM
	MELOXICAM	0.03 mL	0.2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

Declaro que he (Hemos) sido informado(a) acerca de los procedimientos a realizar y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Adicionalmente, he recibido información suficiente sobre el procedimiento quirúrgico a efectuarse en los términos establecidos en la Ley 1774 de 2016 y la Resolución 1519 de 2020. Los cuales he entendido de manera clara y voluntaria. ACEPTACIÓN X RECHAZO ___, para realizar el procedimiento con el(la) Médico(a) Veterinario(a) Mónica González Millán

NOMBRE(S) DE(LOS) MÉDICO(S) VETERINARIO(S) TRATANTE(S)
TARJETA PROFESIONAL

Médica Veterinaria
TP. 11804

FIRMA

NOMBRE DEL(LA) AUXILIAR(ES) DE LOGÍSTICA
TARJETA PROFESIONAL

Yennifer Gutiérrez Nomesque
Médico Veterinario - Zootecnista
TP. 30359

FIRMA

	[illegible]	[illegible]

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, en el flexo que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será intervenido el animal de compañía. Declaro que asumo los riesgos, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son: puros complicaciones anestésicas, hemorragias, exacerbación anafilácticas, complicaciones neurológicas o hasta la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se actual 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 ende primeur de lesiones, jiboyes, tetano, aplicación de antirrabicas, hasta sepsis y otras complicaciones que limitan y contaminan la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, en 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 realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entendido, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por ello asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contraprestación alguna, eximiendo de toda responsabilidad a empresas anexas y al equipo médico que realice el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, como posibilidades de accidentes de tránsito, 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 de paciente, AUTORIZO al Médico Veterinario y/o Medico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO
Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones de mi animal de compañía

Consciente y responsable del cuidado de mi animal de compañía, después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o imprevisión en la recuperación con mi animal de compañía, eximiendo a la Alcaldía local de Suba, Implementan y/o equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de queja que pueda existir.

Nombre del Responsable/Tenedor:	No. de Identificación:
[illegible]	[illegible]

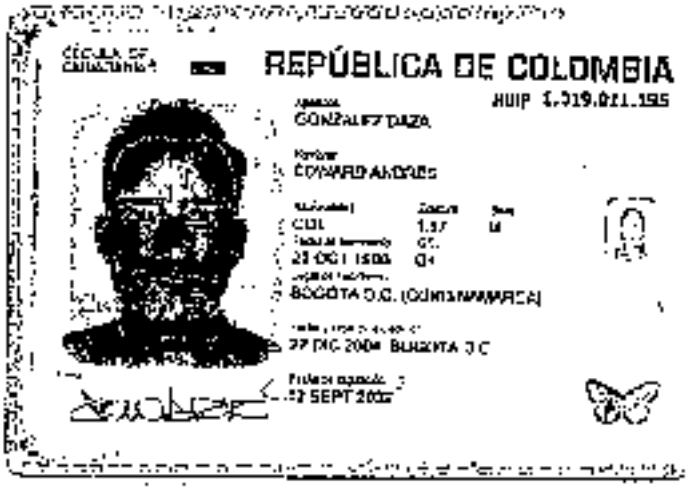
Yo, _____ identificado con CC. No. _____ _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización) a mi animal de compañía.
RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
No. Identificación:	

8. FICHA DE APTITUD DE DONANTES

LUGAR: Salón Comunal Gaitana | FECHA: 21-04-25 | HORA: 10 am

OBSERVACIONES:



REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.019.011.195

GONZALEZ DIAZA

EDWARD ANDRES

BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

27 DIC 2004 BOGOTA D.C

02 SEPT 2022



IC COL 00394170015001<<<<<<<<<<<
8610254M3209125COL1019011195<1
GONZALEZ<DIAZA<<EDWARD<ANDRES<<

enel | Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT. 860.063.875-8
Carrera 11 # 82-76 Piso 7

Fecha límite de pago: [illegible]
Tu número de cliente es: 1785914-9

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. [illegible]

CUENTE

JOSE AURELIO GONZALEZ DAZA
TV 128 FND [illegible]
BOGOTA D.C. - LA GAITANA

GF 701 2923 / 057-022037

¿Quieres tu factura actual? Escanea el código

EL PRÉSTAMO DE LA CIUDAD

¡LLEGÓ A TU CASA!

TU PRÉSTAMO DE HASTA

$12.000.000

Recibe el dinero en tu mismo de preferencia.
¡Adquiere ya tu cupo de rotativo y mira Crédito Fácil COOPENAL!

Escanea aquí, entra en vivo el código

Tasa de interés efectiva anual desde 1.5% hasta 1.9%

COMPORTAMIENTO CONSUMO

Actual

Sep Oct Nov Dic Ene Feb Mar

VALOR MES APLICADO

CONSUMO CUARTO

VALOR CUARTO

CONSUMO MES

¡Es importante tu colaboración en la LECTURA DE TU MEDIDOR y su CONSUMO de energía es necesaria durante la factura!

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE de servicio: Residencial
ESTRATO:
DÍAS/ciclo:
FACTOR:
FECHA DE PAGO:
FECHA DE CORTE:
LECTURA DE LECTURA:
MEDIDOR No.:
REFERENCIA No.:

CALIDAD DEL SERVICIO

Número interrupciones | Duración interrupciones (horas)

CONTÁCTANOS

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago | Efectivo Virtual

Corresponsales Bancarios | Red de Aliados | Canales de Servicios | Código QR

Almacenes de Cadena

FECHA GENERACIÓN
[illegible]

HISTORIA CLÍNICA: HC-999-62

FECHA: 3-04-25

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Bigotes

COLOR: Blanco Negro

ESPECIE: CANINO __ FELINO X SEXO: HEMBRA __ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 1año PESO: 3,7Kg

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI __ NO X

AGRESIVIDAD __ MIEDO __ ANSIEDAD __ OTRO: ____

EVIDENCIA DE APARENTE MALESTAR: SI __ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR __ CASERO __ CONCENTRADO X MIXTO __ OTRO: ____

ORIGEN: NS/NR __ RESCATADO __ COMPRADO __ ADOPTADO X REGALADO __ PERRO DE CUADRA __ OTRO: ____

2. DATOS DEL TUTOR(ES) RESPONSABLES

NOMBRES Y APELLIDOS: Laura Gimena Borda Gil

DIRECCIÓN: KR 147A 142F 39 IV AP 3 604

TELÉFONO: 3145799410

CÉDULA: 1001218026

EDAD: 24

PROCEDENCIA: Colombiana

CORREO ELECTRÓNICO: gimena73138@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA __ ARRIENDO X FAMILIAR __

TIENE MASCOTA ACTUALMENTE: SI __ NO X ¿CUÁL?

BARRIO: Bilbao

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

APTO PARA CIRUGÍA: X SI ☐ NO

ÚLT. ALIMENTO: N.A

ÚLT. DESPARASITACIÓN: N.R

ÚLT. VACUNACIÓN: NS/NR ☐ CANINOS: RABIA: HEXAVALENTE: TRIPLE FELINA: Ago 24 LEUCEMIA

TRIPLE: ___ FONTANARIVET: ___ PARVOVIRUS Y BORDETELLA: ___ RABIA: Ago 24

4. EXAMEN CLÍNICO

PALPACIÓN DE ESPLENOMEGALIA APARENTE: SI __ NO X SISTEMA O ESTRUCTURA AFECTADO: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: I X II III IV V VI E

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 165 Lpm

F. RESPIRATORIA: 31 rpm

TEMPERATURA: 38,4 °C

TLLC: 1 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,185 mL	1 mg/Kg IM
	KETAMINA	0,37 mL	5 mg/Kg IV ☐ 10 mg/Kg IM ☒
	MIDAZOLAM	___ mL	0,1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1,295 mL	2 mg/Kg IV
POST-OPERATORIO	PENICILINA G.B.	0,259 ml	37.000 UI/Kg IM
	MELOXICAM	0,037 mL	0,2 mg/Kg SC

MEDICACIÓN ADICIONAL/ALTERNATIVA: Ninguno

En calidad de Tutor(es) / Acudiente(s), manifiesto que he recibido la información suficiente sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Anestesia/Sedación a efectuar en la mascota de mi propiedad, la cual he entendido de manera libre y voluntaria su AUTORIZACIÓN: X RECHAZO: ___ Así mismo he sido informado del procedimiento con el cual mi mascota será dada de alta.

NOMBRE(S) Y APELLIDOS MÉDICO VETERINARIO: Mónica Vc.ázquez Milan

TARJETA PROFESIONAL: Médica Veterinaria TP. 11804

FIRMA: MVM

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO: Yennifer Gutiérrez Hormesque

TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario - Zootecnista TP. 39358

FIRMA: 96

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE ESTERILIZACION

Propietario o responsable de mi(s) mascota(s) mencionada(s), manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será intervenido(a) mi(s) animal de compañía. Declaro que el cirujano me explicó claramente riesgos durante la cirugía como: arritmias respiratorias o cardiacas, hemorragias, lesiones anatómicas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y coherente la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y reconozco los riesgos que se pueden presentar. Se establece énfasis que durante la aplicación del microchip puede generarse ningún movimiento adverso que se presente, entendiendo en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de aplicación, además de posible infección en el sitio por el mal manejo con toallas, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y cosas extrañas que deben ser cuidadosamente para el cuidado de los 15 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo el 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 realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía los cuales NO los cubre el programa| Adicionalmente se me han explicado y entendido, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y de cualquier a contravención ajena; eximiendo de toda responsabilidad a Impresa sea y el equipo médico que realice el procedimiento. También entiendo que existen alteraciones preexistentes, 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. Pido, requerido durante la entrevista y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor 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 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, exonero de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, remitiendo a la Alcaldía Local de Suba. Impresa sea y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Laura Camelo Gil	1001215076

Yo, _____ identificado con C.C. No. _____ Expreso y normal uso de mis facultades mentales, me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación:	

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Salon Comunal Gaitana | FECHA: 21-04-25 | HORA: 10 am

OBSERVACIONES:

CEDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.001.218.026



Apellidos
BORDA GIL

Nombres
LAURA GIMENA

Nacionalidad | Estatura | Sexo
COL | 1.68 | F

Fecha de nacimiento | G.S.
15 NOV 2003 | O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C (CUNDINAMARCA)

Fecha y Lugar de expedición
26 NOV 2021, BOGOTA D.C.

Firma
Laura Gimena G.I

Fecha de vencimiento
09 MAR 2033

017876168

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

I<COL017876168615001<<<<<<<<<<<
0311155F3303090COL100121802 6<6
BORDA<GIL<<LAURA<GIMENA<<<<<<<

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Para el rogarto ZONA: 1 CICLO: 01 RUTA:011214 BIMESTRAL

11876304
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

40707216319
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descárgate el documento electrónico equivalente

¡Hola! 3-504

Factura a nombre de
CIUDADELA CAFAM II CIUDADELA C

Dirección del predio
KR 147A 142F 38 IN 3 AP 504

Barrio: BILBAO Localidad: SUBA

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso:	Residencial
Estrato:	2
Unidades Habitacionales:	1
Unidades No Habitacionales:	0

Periodo facturado	ENE/01/2025	MAR/01/2025
Pago oportuno	ABR/04/2025	Suspensión ABR/09/2025
Fecha límite pago factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
MAY/20/2025	MAR/19/2025 04:53:05	MAR/19/2025 10:04:33

¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambió
Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.

En este periodo **consumiste menos agua** que en el anterior.
Abre y descubre el detalle de tu pago y consumo ↓

Llámanos 116 Acueducto

Entra a www.acueducto.com.co para ver más información al Ciudadano y notas informativas de los puntos de atención, costo de factura y recibe tu copia a través de internet.

cadena

HISTORIA CLÍNICA

HC-999-1-0

MICROCHIP: 900255001725102

FECHA: 3 Abril 25

CÓDIGO

LUGAR DE LA CIRUGÍA:

TIPO DE REMISIÓN: CHC ___ RIS ___ CES ___ ALIANZA ___ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Nalo

COLOR: Blanco Negro

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 5 meses PESO: 2,5 kg RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X

AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___

OTRO: ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: HS/HK ___ CASERO ___ CONCENTRADO ___ MIXTO X

CUAL: ___

ORIGEN: NATAL ___ RESCATADO X COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERRO DE GUARDA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TUTOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: María Elena Toro Uribe

DIRECCIÓN: CL 182 151A 87

TELÉFONO: 3217807198

CÉDULA: 25213758

SEXO: M ___ F X

NACIONALIDAD: Colombiana

CORREO ELECTRÓNICO: 3217807198@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO ___ FAMILIAR X

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X CUÁL: ___

BARRIO: Lisboa

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

APTO PARA CIRUGÍA: SI X NO

ULT. CELO: NO aplica

ULT. ULS APARAMIENTO: NO Reporta.

FECHA VACUNACIÓN: RABIA: ___ KANINOS PARVO: ___ MOQUILLO: ___ LEUCEMIA: ___ TRIPLE: ___ DESPARASITACIÓN: PARAMUNE TETRA VIRBAC DHPPI+L+CV

RABIA: 9 MAY 25 / 25

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: I X II III IV V VI E

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS BÁSICAS BIOQUÍMICAS

F. CARDIACA: 162 l/m

F. RESPIRATORIA: 35 r/m

TEMPERATURA: 38,9 °C

TLC: 1 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

TIPO DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,125 mL	1 mg/Kg IM
	KETAMINA	0,25 mL	8 mg/Kg IV ☐ 10 mg/Kg IM ☒
	MIDAZOLAM	___ mL	0,1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,675 mL	2 mg/Kg IV
POST-QUIRÚRGICO	BENCILPENICILINA G.A.	0,175 mL	17.000 UI/Kg IM
	MELOXICAM	0,025 mL	0,2 mg/Kg SC

MEDICACIÓN ADICIONAL: Ninguna

Estoy de acuerdo [Cirujano(a) Anestesiólogo], con todo lo descrito como constancia de Paciente hospitalizado responsable diligenciado. Información completa sobre el procedimiento a realizar y especificaciones de los riesgos relacionados con la Anestesia/sedación/cirugía, diligencia manifestado de manera libre y voluntaria. ACEPTACIÓN X RECHAZO ___ con la evaluación del propietario no cumple [Riesgo anestésico]

ACLARACIÓN DE DATOS [NOMBRE COMPLETO]: Mónica Vázquez Millán

TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinaria TP. 11804

FIRMA: MVM

ACLARACIÓN DE DATOS [NOMBRE COMPLETO]: Yenniler Gutiérrez Nomesque

TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358

FIRMA: YG

HISTORIA CLÍNICA DE PROCEDIMIENTOS ESPECIALES Y PRIVADOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

BOGOTÁ

SUB

7. 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 Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será intervenido mi animal de compañía. Declaro que al suscribir la autorización, entiendo los riesgos propios para cualquier cirugía como: paro respiratorio o cardiaco, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas y anclusión a la anestesia.

Así mismo me fueron explicados de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se advierten 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 aplicación, además de puntos infectados en el sitio por el uso posterior de jeringas, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos o productos que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía. Igualmente autorizo el manejo de residuos peligrosos, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además doy consentimiento y ACEPTO _X__ o RECHAZO _____ la declaración realizada de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía [los cuales NO los cubre el programa] Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por especialmente en su especialidad la responsabilidad en la cirugía y no derecho a controversia alguna, eximiendo de toda responsabilidad a implementos y al equipo médico que asiste el procedimiento. 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 precisa 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 y delegatario, AUTORIZO al médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISOS DE CUIDADOS POST OPERATORIO
Me comprometo a seguir rigurosamente 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, eximiendo a la Alcaldía Local de Suba, Empresa Social Vía, cuerpo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda surgir.

Firma del Responsable/Tenedor: María Elena Tao

Fecha de Identificación: 25213758.

Yo, _____ Identificado con CC. No._____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización) de mi animal de compañía.
RAZON:

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

Firma:

---

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Salon Comunal Baltazara | FECHA: 21-04-2025 | HORA: 10 am

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 25.213.758

APELLIDOS TORO URIBE

NOMBRES MARIA ELENA

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-OCT-1963

SUPIA
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA | AB+ G.S. RH | F SEXO

02-SEP-1982 SUPIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADURIA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-1500114-37215743-F-0025215758-20030915 0000500295A 01 1450309616

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá. Para información PQR ver [illegible]

Actividad económica del inmueble según Cuenta Contrato: [illegible]

Melanie Arevalo Lopez
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 1 CICLO: J1 RUTA:J11557A BIMESTRAL

11076252
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

41334218017
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanee y descargue el documento electrónico EN ESPAÑOL

Periodo facturado NOV/06/2024 — ENERO/07/2025

Pago oportuno FEB/07/2025 | Suspensión FEB/12/2025

Fecha expedida anterior factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
MAR/04/2025	ENE/20/2025 07:58:06	ENE/25/2025 18:20:58

¡Hola!

Factura a nombre de
OSCAR E JURADO I

Dirección del predio
CL 132 151A 37

Barrio: LISBOA Localidad: SUBA

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso:	Residencial
Estrato:	2
Unidades Habitacionales:	1
Unidades No Habitacionales:	0

¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y, por eso la factura cambió
Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.

En este periodo consumiste menos agua que en el anterior.
Abre y descubre el detalle de tu consumo ↓

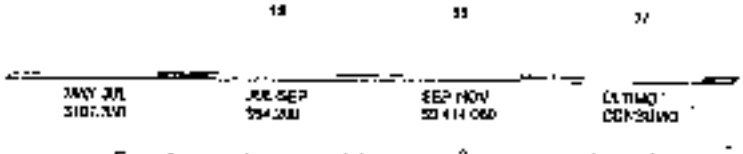
Llámanos 116 Acueducto

Entra a www.acueducto.com.co haz clic en Servicio al Ciudadano y obtén información de los puntos de atención, cobro de esta factura y realiza tu pago a través de Internet.

cadena...

Tu consumo en este período

En los periodos anteriores tu promedio de consumo fue 22



Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

En este período

17.000

Promedio día

283

En este período consumiste menos agua que en el anterior.

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura actual
Lectura anterior
Tu consumo este período

Facturado con Consumo Normal
Causa de ajuste
Observaciones técnicas

Datos de tu predio

Matrícula
Sector

Tipo
Distrito de pequeños

Para reducir tu consumo, recuerda:

Ducharse en 3 minutos para reducir tu consumo

Tener siempre un balde en la ducha para reusar el agua recogida

Cerrar la llave al enjabonar los platos

Tu cobro en este período

Acueducto		Alcantarillado		Otros cobros		Escríbenos y para Virtual
$46.928,92	+	$43.610,17	+	$25.336	=	
1		2		3 4 5 6		

Consulta el detalle de estos cobros en las páginas siguientes de tu factura

Total ingresos del período
Recibido por $ 445.894 aportes a la Solidaridad para este sector

= Total a pagar $65.203

Cómo puedes pagar
PUNTOS especializados al final de la página

Detalle de tu consumo

1 Acueducto

Clase	Valor unitario	Consumo básico	Consumo complementario	Consumo suntuario	Tarifa	Total
Cargo fijo no residencial (fijo)						
Consumo básico (m³)						
Consumo complementario sujeto a tarifa (m³)						
Cargo fijo no residencial (fijo)						
Consumo no residencial (m³)						
Subtotal						

2 Alcantarillado

Clase	Valor unitario	Consumo básico	Consumo complementario	Consumo suntuario	Tarifa	Total

Tasas aeroportuarias

Tarifa consumo básico ($/m³)
Tarifa consumo complementario ($/m³)
Total por consumo facturado

Para conocer más sobre el Esquema de Tarifas y Subsidios y Contribuciones, ingresa a la página web de la empresa y consulta el capítulo 1 y 2 del Régimen Tarifario

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
Subtotal	

4 Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

5 Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

Deudas en estudio

Concepto	Valor
Subtotal	

Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	

Puntos de Pago: Nequi, Claro pay, Daviplata, Efecty, Puntos de Pago, Punto Red, pantored, Numerolo

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar

$65.203

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.

(415)7707200455271 (8020)[illegible] (3900)000000065203

HISTORIA CLÍNICA No. PIC-598 E 0

RADICADO No. 00025000172511G

FECHA: 3-04-25

LUGAR DE LA CIRUGÍA:

TIPO DE EVENTO: EMC ___ REC ___ CES ___ PROPIAS ___ COMUNIDAD X

A. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Gomelo

COLOR: Cafe beige

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: Siamés LOS Zaire PESO: 4Kg RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X

AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ AGRESIÓN ___ OTRO ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: HSNR ___ CASERO ___ CONCENTRADO X HUMEDO ___ OTRO ___

ORIGEN: HSNR ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ACEPTADO X REGALADO ___ FERIA DE CUNDINA ___ OTRO ___

B. DATOS DEL TENEDOR RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Diana Yhiset Reyes

DIRECCIÓN: CL 137 No 128 B 01 Mz 36 CA 1

TELEFONO: 3138888156

CEDULA: 1014210818

SEXO: M ___ F X

NACIONALIDAD: Colombiana

CORREO ELECTRONICO: yisethreyes30@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Tecnico

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA X ARRENDO ___ FAMILIAR ___

CUENTA CON MASCOTA ACTUALMENTE: SI ___ NO X ¿CUAL?

BARRIO: Toscana

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71

C. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

APTO PARA CIRUGÍA: SI X NO

LLC: CELO: N.A

ULT. DESPARASITACIÓN: Feb 25

ULT. VACUNACIÓN: ESQUEMA: X CANINO PARVO: / HEPATITIS: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: / RABIA: / LEUCEMIA: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: /

D. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENDOCRINOLÓGICOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: I (II) III IV V VI E CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

E. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 168 l/m F. RESPIRATORIA: 35 r/m TEMPERATURA: 38,2 °C TLLC: 1 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

F. MEDICACIÓN

TIPO DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/VIA/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.2 mL	3 mg/Kg IM
	KETAMINA	0.4 mL	5 mg/Kg IV ☐ 10 mg/Kg IM ☒
	MIDAZOLAM	— mL	0,1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTESICO	PROPOFOL	1.4 mL	2 mg/Kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G B.A.	0.09 mL	27.000 UI/Kg IM
	MELOXICAM	0.04 mL	0,1 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES (*): Ninguno

En calidad de Tenedor y/o Responsable, autorizo este procedimiento con el conocimiento de causa brindado al responsable previamente, la información completa sobre el procedimiento que vamos a realizar con los riesgos relacionados con la Cirugía/Procedimiento/Ecografía/Examen(es), entiendo mantenidos de manera libre y voluntaria. ACEPTACIÓN X RECHAZO ___ para la realización del procedimiento/cirugía/examen(es) propuesto(s).

NOMBRE(S) Y FIRMA(S) RESPONSABLE(S):

TARJETA PROFESIONAL

Mónica V. Izquez Milán
Médica Veterinaria
TP. 11804

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ASISTENCIAL:

TARJETA PROFESIONAL

Yennifer Gutiérrez Nomesque
Médica Veterinaria - Zootecnista
TP. 33358

FIRMA

2. 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 Ovariohisterectomía/Orquiectomía al cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son, pero no limitados a: cardiacos, hemorragias, reacciones anestésicas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y concisa la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se acepta los riesgos que se pueden presentar. Se notifica entiendo que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, como inflamación o formación en el punto de ejección, además de posible infección o celulitis por el uso posterior de ropones, jerseys, tules, aplicación de antibiótico, hallar cerca y otras actividades que dañen o contaminen la misma, descargando todas posibles perdidas 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, en armonía con la normatividad vigente

Además doy consentimiento y ACEPTO _X__ o RECHAZO _____ la realización/realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entendido todos los riesgos que existen presentarse en el procedimiento, por esto asumo mi total responsabilidad la responsabilidad de la cirugía y de cualquier complicación alguna, eximiendo de toda responsabilidad a terceros sea y al equipo médico que realice el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, en mal haber 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 dudas han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o propietario del paciente, AUTORIZO al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente especificadas

COMPROMISO DE CUIDADO POST OPERATORIO
Me comprometo a seguir inmediatamente 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 las cargos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en el manejo del mismo con mi animal de compañía, eximiendo a la Alcaldía Local de Suba, Inspectores y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de duda que pueda surgir:

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación: 1014210818

Yo, _____ identificado con C.C. No. _____ Expedida en _____ en pleno uso de mis facultades mentales, me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) en mi animal de compañía.
RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación:	

3. ACTA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Salón Comunal Gaitana	FECHA: 21-04-25	HORA: 10am

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.014.210.818
REYES

NOMBRES
DIANA YHIZET





FECHA DE NACIMIENTO 07-MAY-1990
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 m
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

20-MAY-2008 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN



A-1500150-00618204-F 1014210818-20080520 0081001A1A 1 14440202

enel | Bogotá

EMEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 860063875-2
Calle 93 No 13 - 45 Piso 1

Para pagos y consultas su número de cliente es: **2338279-4**

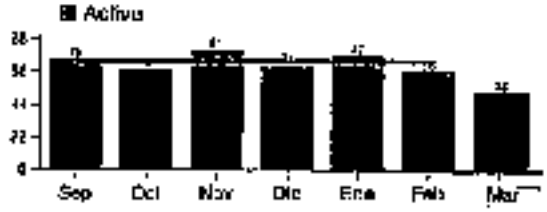
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 3660641584

CLIENTE

URBE CAPITAL SA
CL 137 NO 128 B- 01 MZ 3E CA 71
RESERVA DE PIEDRA VERDE
BOGOTA, D.C. - TOSCANA

3177037405 / 074-852973

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $249,71

CONSUMO DIARIO: 1,83 kWh

VALOR DIARIO: $553

PERIODO FACTURADO: 05 FEBRERO A 05 MARZO

DIAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES 53 kWh

CERTIFICADO METROLOGICO VIGENTE

¡Esta vez tuvimos acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía se encuentra dentro de lo habitual!

EL PRÉSTAMO DE LA CIUDAD

¡LLEGÓ A TU CASA!

TU PRÉSTAMO DE HASTA

$12.000.000

Recibe el dinero en la cuenta de preferencia.
¡Acreditamos a uno de nuestros puntos!
Crédito Fácil CODENSA

Encuéntralos escaneando el código.

*Los requisitos y el monto del crédito están sujetos al perfil crediticio. Consulta más en www.creditofacilcodensa.com

Nuevo Crédito de Libre Inversión otorgado por The Bank of Nova Scotia, sujeto a aprobación crediticia y a políticas de riesgo de la Entidad. Tasa de interés efectiva anual desde 24,90% hasta 29,90%. Plazo desde 12 hasta 36 meses. Cuotas mensuales desde $ 350.000 hasta $ 1.000.000. Consulta términos y condiciones en www.creditofacilcodensa.com

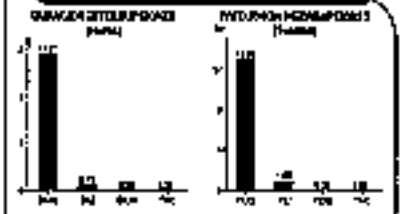
INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA (kW):	1,00
FACTOR:	1
RUTA-REPARTO:	3002707037405
RUTA LECTURA:	2707037405
MANZANA DE LECTURA:	MZ 03E/CA 71
MEDIDOR NO:	(074-852973)
MEDIDOR NO:	074-852973

Uso racional de la energía

Es importante que apaguemos por completo todos los dispositivos que no vas a usar, así no se pueden seguir consumiendo energía en modo ahorro de energía

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Reclamos y consultas
Chat de servicio
Solicitud de citas y servicios (para usuarios)
Zona privada
App Enel Clientes Colombia

PUNTOS DE SERVICIO AL CLIENTE	CLIENTES CRÍTICOS	EMERGENCIAS
Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 6 115 115	115 Opción 2	601 5142020 servicioalcliente@enel.com

DEFENSOR DEL CLIENTE
https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-del-cliente.html
defensor@enel.com

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago: APP Banco, Internet, Cajeros Banco, Débito Automático, Cajeros Electrónicos, APP Enel Clientes Colombia, Botón de Pago Online, Botón de Pago Bancolombia

Billeteras Virtual: Nequi, Daviplata

Corresponsales Bancarios: Gana, Efecty, Baloto, Su Red, Supergiros, Movii, Su Red

Red Eléctrica: Red Case

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Alkosto, Makro

Código QR

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

Atención exclusiva HTU Hotyork S.A.S. E.S.P.	Tv. [illegible]
CADE La Pepita BOGOTÁ D.C. S.A. E.S.P.	Avenida Bosa [illegible]
Atención exclusiva CENTRO CUENTAS S.A.S. E.S.P.	[illegible]

Línea de servicio al cliente 115

COMPONENTES TARIFARIOS / Descripción / Valor
[illegible]

FECHA GENERACIÓN: 06/03/2025 01:41:56
FECHA EXPEDICIÓN: 05/03/2025 15:38:17

AUTORIZACIÓN FACTURACIÓN ELECTRÓNICA: [illegible]

Proveedor Tecnológico: Consejo Tecnológico y Servicios SAS BIC - Nombre técnico: [illegible] - NIT 900.821.161-9

Escaneado con CamScanner

1 Total Energía $24.740 + 2 Portafolio Enel X $25.400 + 3 Total Aseo $23.240 = Total a Pago: $73.380

PAGO OPORTUNO 18 MAR /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN 20 MAR/2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 2338278-4

PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 03 ABR /2025

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

Subsidio											

SUBTOTAL: $24.744

Otros cobros asociados a energía

Aportes y Contribuciones: $64

SUBTOTAL: $64

1 TOTAL ENERGÍA: $24.740

Otros cobros de productos y servicios

COBRO SEGUROS $25.400

enel x

Te invitamos a consultar el detalle de los productos y servicios a través de la APP, tu Sucursal Online en la página web o vía WhatsApp a FACTURA VIRTUAL desde www.enel.com.co en la sección Personas.

2 TOTAL OTROS: $25.400

Productos y servicios financiados a través de tu factura de energía

Tu factura incluye el cobro de productos y servicios de Enel X. Si tienes alguna duda o inquietud sobre estos cobros, comunícate con nosotros a través de nuestros canales de atención. Si no estás de acuerdo con el cobro, puedes presentar tu reclamo dentro de los 5 días hábiles siguientes a la fecha de expedición de esta factura.

Recuerda que si no realizas el pago de esta factura antes de la FECHA DE SUSPENSIÓN, dentro del plazo establecido, estarás incurriendo en mora y podrás ser reportado a las bases de información financiera y con cargos de cobranza de hasta un valor de $48.000.

ESTIMADO CLIENTE: El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (1 - 130 kWh/mes) es de 44,00 %

ASEO

PRESTADOR: AFEA LIMPIA DISTRITO CAPITAL SAS ESP ASE No. 5 NIT: 901146434-9

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

CUENTA CONTRATO	14339880	DÍAS FACTURADOS
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No.	3450541661	28
PERIODO DE FACTURACIÓN	01.02.2025 a 28.02.2025	

HISTÓRICO DE FACTURACIÓN



ESTADO DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	SUBSIDIO
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$ 16.494
ASEO - AJUSTE A LA DECENA CREC	$-1

MESES EN MORA: 0

3 TOTAL ASEO: $23.240

APORTE NO RESIDENCIAL 0%
APORTE RESIDENCIAL 0%
SUBSIDIO 40%

DATOS DEL USUARIO

TIPO DE USUARIO: Residencial

VEREDA/ZONA:	ESTRATO: 2
LOCALIDAD:	USO RESIDENCIAL: 2
% RESIDENCIAL:	USO NO RESIDENCIAL: 0

UNIDADES	Suspendidas	Desocupadas
Residenciales	1	0
No residenciales	0	0

COSTOS PARA TARIFAS

COSTO UNITARIO TOTAL	COSTO UNITARIO NO APROVECHABLE	VALOR BASE APROVECHABLE
$20.084,97	$10.200,44	$152.831,36

TONELADAS POR SUSCRIPTOR

BARRIDO	0,02263969
LIMPIEZA URBANA	0,03105417
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO	0,02001623
EFECTIVAMENTE APROVECHADAS	0,05356804
RESIDUOS NO APROVECHABLES	0,00
APOYO NO APROVECHABLE	0,00

MENSAJES DE INTERÉS

NÚMERO DE CUENTE 2338278-4

Documento Equivalente Electrónico No. 3450541661

PAGO OPORTUNO 18 MAR /2025

TOTAL A PAGAR $73.380

CamScanner

HISTORIA CLÍNICA: HC-999 E-0

FECHA: 3-04-25

FIRMA DEL ACUDIENTE:

TIPO DE TENENCIA: CIC ___ PEC ___ CES ___ PERRAS COMUNITARIO X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Zeus

COLOR: Blanco Negro

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 2 años | PESO: 8 kg | PARA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DEL COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X

AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___

OTRO: ___

POSIBILIDAD DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: NATURAL ___ CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___

ORIGEN: INSITU ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO X PERRO DE CALLE ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR RESPONSABLE

NOMBRE Y APELLIDOS: Monica Yuliet Tellez Sandoval

DIRECCIÓN: KR 112B No 137A 34 Ap 3

TELEFONO: 3157589220

CEDULA: 1099342379

EDAD: X

BARRIO/LOCALIDAD: Colombiano

CORREO ELECTRÓNICO: mtellez196488@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Tecnologo

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRENDO X FAMILIAR ___

PADECE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X ¿CUAL?

BARRIO: Villa María

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

APTO PARA CIRUGIA: SI ___ NO ___

ÚLT. CELO: N.A

ÚLT. DESPARASITACIÓN: N.R

ENF. VACUNACIÓN: MOQUILLO ___ PARVO ___ HEPATITIS ___ LEPTO ___ RABIA ___ TRIPLE ___ PENTAVALENTE ___ PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: Sep 24

LEUCEMIA: ___

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X | SISTEMA O ÓRGANOS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS EN EXAMEN FÍSICO: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: (I) II III IV V VI E

CORD CON TEMPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PRE-QUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 162 lpm | F. RESPIRATORIA: 31 rpm | TEMPERATURA: 38,4 °C | TLC: | MM: | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

BASE DE PREMEDICACIÓN	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.15 mL	3 mg/Kg IM
	KETAMINA	0.3 mL	5 mg/Kg IV ☐ 10 mg/Kg IM ☒
	MIDAZOLAM	— mL	0,3 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1.05 mL	2 mg/Kg IV
POST-OPERATORIO	PENICILINA G.S.A.	0.21 ml	30.000 UI/Kg IM
	METOCLOPRAM	0.03 mL	0,2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al tenedor responsable información completa y veraz sobre el procedimiento quirúrgico y anestésico a realizar, los riesgos relacionados con la Cirugía/Anestesia (Complicaciones intrínsecas y/o extrínsecas), y que he aclarado todas las inquietudes que me han planteado. ACEPTACIÓN: X RECHAZO: ___ para lo cual he recibido la explicación pertinente y he comprendido la información suministrada.

NOMBRE Y APELLIDOS MV CIRUJANO: Mónica Vc. Vázquez Milán

CARRERA PROFESIONAL: Medica Veterinaria

TP. 11804

FIRMA: MVC

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: Jennifer Gutiérrez Homesque

CARRERA PROFESIONAL: Medico Veterinario - Zootecnista

TP. 53368

FIRMA: JG

		SUDA

7. 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 Quirúrgico/Ginecológico en el cual será sometida mi animal de compañía. Declaro que el suscrito ha sido informado, entendiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros cardiorespiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anestésicas, 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 advierte los riesgos que se pueden presentar. Se realizará de forma segura durante la implantación del microchip puede generar alguna reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se mantiene atenta con información en el punto de punción, además de posible infección en el sitio así como el no portador de lesiones, laceres, tatuajes, aplicación de cerdo vacuna, bolitas secas 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, en 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 realización realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cobro el programa) Adicionalmente se me han explicado y aclarado todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo total responsabilidad de la cirugía y sin derecho a reclamación alguna; exonerando de toda responsabilidad a Fundación y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que estas situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, la cual ha sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado esta 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 presente, 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 fielmente las recomendaciones y a tomar las medidas de prevención 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 toma posición con mi animal de compañía, exonerando a la Alcaldía de Floridablanca, empresas y/o equipo médico veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación: 1099302389

Yo, _____ identificado con CC No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me NEGO/RACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y vacunación) de mi animal de compañía.
RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación:	

8. CITA DE ASEO DE PUNCIÓN

LUGAR: Salon Comunal Bautista | FECHA: 21-04-25 | HORA: 10 am

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.099.342.379

TELLEZ SANABRIA

MONICA YULIET

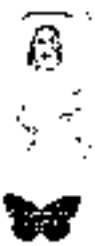
COL 1.50 F

03 JUN 1988 ALI

JESUS MARIA (SANTANDER)

09 NOV 2006 JESUS MARIA

24 NOV 2035





ICCOL0352756224271 12<<<<<<<<<<
8806035F3311248COL1099342379<0
TELLEZ<SANABRIA<<MONICA<YULIET

enel | Bogotá

4844840-4

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 3470781 1

SUSCRIPTOR

AURA ROSA FISCANEVO OICATA

BOGOTÁ, D.C. - VILLA MARÍA

Entiende tu factura de energía

Activa

Ago Sep Oct Nov Dic Ene Feb

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CONTÁCTANOS

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

PUNTOS DE ATENCIÓN AL CLIENTE

HISTORIA CLÍNICA
HC-999-E.O

FECHA: 3-04-25

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Michi

COLOR: Blanco Negra

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 2 AÑOS | PESO: 4.6 kg | RAZA DOMINANTE MATERNAL SI ___ NO X

REPORTE DE LA VETERINARIA CON PRESENCIA ALTERADA DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X

ADIESTRADO ___ MEDIO ___ ARISCO ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

ESPECIFICACIÓN: NORMAL ___ CACHORRO ___ CONCENTRADO X SECO ___ OTRO ___

ORIGEN: NACIDO ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO X PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TUTOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Gloria Hermita Negro Poveda

DIRECCIÓN: CL 133 No 140 2380 URB Apto 2 | BARRIO: Toscana

CÉDULA: 38255985 | SEXO: F X | NACIONALIDAD: Colombiana | CORREO ELECTRÓNICO: gloriaregro4@hotmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller | PROPIA ___ | TIPO DE VIVIENDA: ARRENDADO X FAMILIAR ___ | TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD SI ___ NO X CUAL? ___

ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: SUBA | UPZ: (27)

3. HALLAZGOS

Buen estado de salud

APTO PARA CIRUGÍA: SI X NO ___

V.I.F. FELV: No Aplica | VAC. DESPARASITACIÓN: No Reporta | ULT. VACUNACIÓN CANINOS: X CANINOS PARVO MOQUILLO | TRIPLE FELINOS: TRIPLE FELINA | RABIA: | DESPARASITANTE: INTERNO: EXTERNO: GARRAPATAS Y PULGAS: RABIA:

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X | SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: (I) II III IV V VI E | CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PRE-QUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 161 x/m | F. RESPIRATORIA: 34 x/m | TEMPERATURA: 38,5 °C | TLLC: (seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

PASO DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREMEDICACIÓN	XILACINA	0.23 mL	1 mg/Kg IM
	ACEPROMACINA	0.46 mL	1 mg/Kg IV ☐ 10 mg/Kg IMC ☒
	MIDAZOLAM	___ mL	0.1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	4.64 mL	2 mg/Kg IV
POST-OPERATORIO	PENICILINA G.S.A.	0.322 mL	17.000 UI/Kg SC
	MELOXICAM	0.046 mL	0.2 mg/Kg SC

OBSERVACIONES ADICIONALES: Ninguno

En calidad de (Cliente/Acudiente) suscribo este documento como constancia de haber sido debidamente informado y entendido, de manera clara y completa sobre el procedimiento quirúrgico y sus posibles complicaciones, riesgos relacionados con la cirugía, anestesia y/o procedimientos diagnósticos, que he mencionado en el presente formulario y autorizo la: ACEPTACIÓN X RECHAZO ___ para la realización del procedimiento quirúrgico y sus eventualidades.

NOMBRE DEL MÉDICO VETERINARIO TRATANTE: Mónica Vc. Azquez Milán
TARJETA PROFESIONAL: Médica Veterinaria TP. 11804
FIRMA: MVk

NOMBRE DEL MÉDICO ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL: Jennifer Gutiérrez Nornesque Médico Veterinario - Zootecnista Tp. 33356
FIRMA: GG

	HOSPITAL VETERINARIO CAMBIO VITAL LOGÍSTICA ESTERILIZACIONES 2024 FORMATO 001	BOGOTÁ VERSIÓN

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en mi mascota/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.

Asimismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se acaba los riesgos que se pueden presentar. Se resalta énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas como puede ser sangrado en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de aplicación, además de posible infección en el área por el uso parte de lesiones, 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 realización/aplicación de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa). Adicionalmente se me ha explicado y entendido, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y/o de cualquier contraindicación siguiente a la aplicación de este y el equipo médico que realice el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, la 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 respuestas han sido adecuadas y se leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor responsable del paciente, AUTORIZO al Medico Veterinario y/o Medico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

CUMPLIMIENTO DE CUIDADOS POST INTERVENCIÓN

Me comprometo a seguir rigurosamente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y cuidados que sean necesarias para evitar complicaciones en el animal de compañía.

Como soy responsable del estado de mi animal de compañía, después de la intervención asumo los riesgos y daños que la puedan presentar por negligencia o imprudencia en la recuperación con mi animal de compañía, renunciando a la Alcaldía local de Suba, Implementos y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Huella Identificación
Gloria Mejía	38255285

Yo, _____ identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, no RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía.
RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación:	

8. CRONOGRAMA DE PUNTOS

LUGAR: Salón Comunal Gaitana | FECHA: 21-04-25 | HORA: 10 am

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 38.255.785
NEGRO POVEDA

APELLIDOS
GLORIA HERNITA

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 15-OCT-1962
LIBANO
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

01-JUL-1981 BOGOTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-0100100-00255785-F-0038255785-20040712 0010220001A 1 9900035154

enel Bogotá

2113254-1

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No.

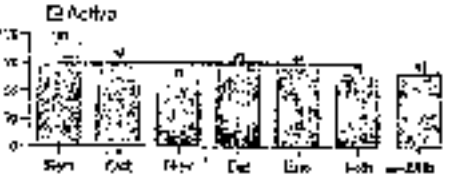
CLIENTE

ELIZABETH SANABRIA ROMERO

BOGOTÁ, D.C. - FUNZIÓNA



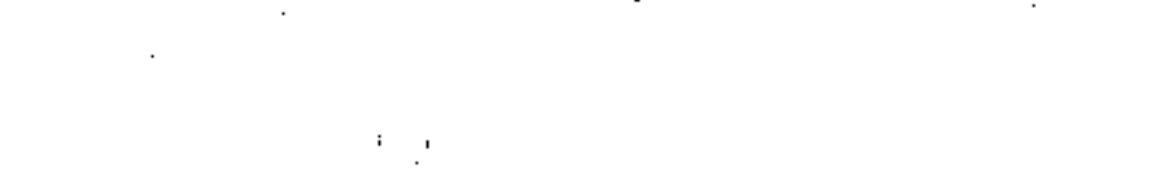
COMPORTAMIENTO CONSUMO



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CONTACTANOS

PUNTOS DE RECAUDO Y CANALES



FECHA EXPEDICIÓN:

HISTORIA CLÍNICA
HC-998-E40

INSCRIPCIÓN
900256001726103

FECHA: 3-04-25

CÓDIGO
EST-4

LUGAR DE ATENCIÓN

TIPO DE REMISIÓN: C-C__ REC__ CES__ REMAS__ COMUNIDAD__

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Rayo - Black

COLOR: Negro

ESPECIE: CANINO__ FELINO X SEXO: HEMBRA__ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 6 meses PESO: 3,3 kg TALLA DE MANEJO ESPECIAL SI__ NO__

DURANTE LA ATENCIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI__ NO X

AGRESIVIDAD__ MIEDO__ ANSIEDAD__
OTRO:

EVIDENCIA DE MALTRATO SI__ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: NATURAL__ CASERO__ CONCENTRADO X MIXTO__ OTRO__

ORIGEN: PROPIO__ RESCATADO__ COMPRADO__ ADOPTADO__ REGALADO X PERRO DE GUARDIA__ OTRO__

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jorge Alberto Sierra Acosta

DIRECCIÓN: CL 128 Bis 128B 35

TELEFONO: 3216061935

CÉDULA: 19430691

EDAD: 47

NACIONALIDAD: Colombiano

CORREO ELECTRÓNICO: jorgealbertosierra@hotmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA__ ARRENDADO X FAMILIAR__

BARRIO: Tibabuyes

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

APTO PARA CIRUGÍA: SI X NO__

USO: CRÍA N.A

DESPARASITACIÓN: N.R

ÚLT. VACUNACIÓN REALIZADA: X CANINO: Rabia ANUALMENTE: FELINO: TRIPLE: ANUALMENTE: TRIPLE FELINA: ANUALMENTE: LEUCEMIA: ANUALMENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: ANUAL.

4. EXAMEN CLÍNICO

SIGNOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI__ NO X SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: I X II III IV V VI E CONDICIÓN CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PRE-QUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 167 l/m F. RESPIRATORIA: 34 l/m TEMPERATURA: 39,2 °C TLLC: 1 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,165 mL	1 mg/Kg IM
	KETAMINA	0,33 mL	5 mg/Kg IV ☐ 10 mg/Kg IM ☒
	MIDAZOLAM	——— mL	0,1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1,155 mL	2 mg/Kg IV
POST QUIRÚRGICO	PENICILINA G.S.A.	0,231 mL	17.000 UI/Kg IM/SC
	METOCAM	0,033 mL	0,2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cirujano/a Anestesiólogo) Solicito a mi cliente consentimiento informado para realizar el procedimiento quirúrgico propuesto, la información recopilada sobre el procedimiento quirúrgico propuesto, los riesgos relacionados con la (hospitalización) y/o procedimiento anestésico, así como los beneficios esperados de manera libre y voluntaria su ACEPTACIÓN X
ESTUDIO ... Manuela Sánchez Millan

NOMBRE(S) DEL(OS) MVZ CIRUJANO(S):
TARJETA PROFESIONAL

Médica Veterinaria
TP. 11804

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO:
TARJETA PROFESIONAL

Yennifer Gutiérrez Hernesque
Médico Veterinario - Zootecnista
TP. 33358

FIRMA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/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; paro respiratorio o cardiaco, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas o hasta la muerte.

Asimismo 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 minimizar en la ficha de hospitalización, y se manifiesta como voluntario para el presente proceso, autorizo de positiva ejecución en el Anticipo el uso posterior de lectores, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otros solicitados que limiten y convenientes 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 tratamiento de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO** _X_ o **RECHAZO** ____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO les cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y 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 compensación alguna, exonerando de toda responsabilidad a la empresa ni al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, la cual fue informada, he comprendido y aceptado.

En consecuencia, he dado una información veraz y completa sobre el estado de salud de mi animal de compañía, más los estudios hasta donde la duración y he leído y comprendido la información consignada en el documento.

En calidad de tenedor o propietario 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 fielmente las recomendaciones y tomar las medidas de precaución y cuidados necesarios para evitar complicaciones en el animal de compañía.

Como soy responsable del paciente de mi animal de compañía, cumplo de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Instituto Distrital de Protección y Bienestar Animal y al equipo médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Propietario/Tenedor:	No de Identificación: 1947069 1

Yo, _____ Identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía.
RAZÓN:

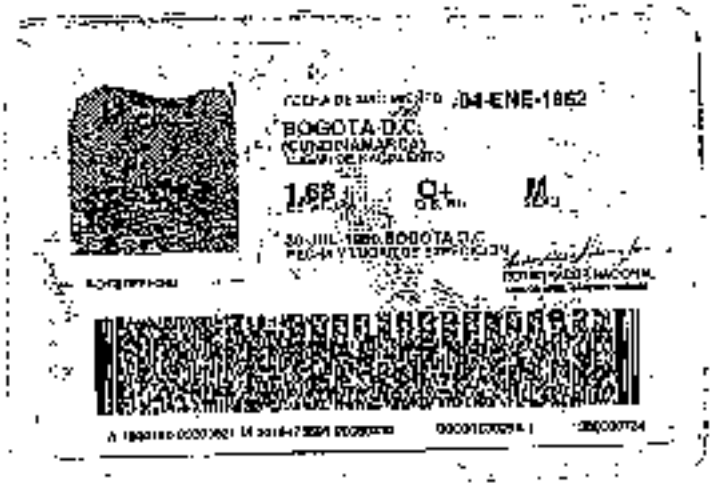
Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
No. Identificación:	

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Salón Comunal Gaitana | FECHA: 21-04-25 | HORA: 10 am

OBSERVACIONES:


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
19.470.691
SIERRA ACOSTA
JORGE ALBERTO


04-ENE-1962
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
1.68
O+
M
30-JUL-1980 BOGOTA D.C.

tura de gas — Marzo 2025

Cuenta o referencia de pago: 51866531 — BOGOTA

NIT 830.057.813-5 Vanti S.A. ESP. www.grupovanti.com

vanti — Más formas de avanzar

Fechas importantes

1 Pago oportuno: 11 Abr. 2025

2 Fecha de suspensión: 12 Abr. 2025

3 Periodo facturado: Feb. - Mar. 2025

4 Emisión de tu factura: 27 Mar. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. SIN SUBSIDIO	m³/M3	2,836,97	0,00	80.856,36
CONS. CON SUBSIDIO	m³/M3	3.805,113	0,00	80.900,00
MENOS SUBSIDIO (41%)	UN	-25.193,75	0,00	-26.625,22
AJUSTE DECENA	UN	-4,30	0,00	-4,30
RECAUDO TERCEROS Consejo de Protec	0	12.195,00	0,00	12.195,00
RECAUDO TERCEROS Seguro Vida Ecuad	0	7.560,00	0,00	7.560,00
INTERESES FINANCIAM DNFO - NO GRA	UN	57.202,02	0,00	57.202,02
Intereses Moratorios Base Descanso	UN	51,12	0,00	51,12
Intereses Moratorios Base Descanso	UN	52,69	0,00	52,69
Vanti Flex	UN	11.924,77	2.265,03	14.190,00

① Total: $179.971,89

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota Nº	Capital A	Interéses B	Subtotal C=A+B
1.87 % V-Tecnología Vanti	4/24	57.381,34	37.779,08	57.381,34
1.87 % V-Tecnología Vanti	3/24	27.816,77	19.472,93	27.815,77

② Total: $85.198,11

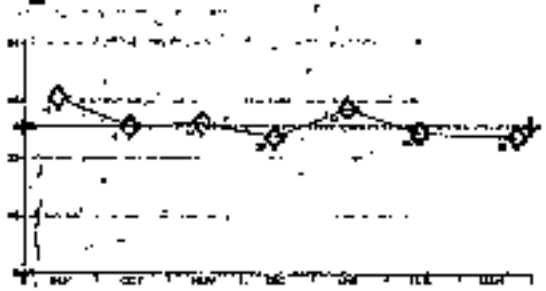
③ Valor facturas vencidas: $0,00

Total a pagar ①+②+③: $265.170,00

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Fecha	Lectura	Tipo
22 Feb. 2025	9459	REAL
22 Mar. 2025	9465	REAL

Consumo: 9465 - 9459 Factor de corrección: 38

Tu próxima lectura será

Entre 20 y el 25 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 $70.254.

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria: 31 Jul. 2028

Agenda tu RPO aquí

Tarifas

El valor estimado de gas este mes es de $2825.

Ene. $2392 Ene. $2480 Feb. $2671

Componentes tarifarios

Factor de corrección

Indicadores de calidad



(415)7709998028025(8020)51866531(3900)0000000002651 70

¡Descubre para pagar **tu factura** de manera digital



Escanea el código QR, diligencia el formulario y empieza a recibir tu factura de manera digital.

Comunica:

Evita fraudes en línea al pagar tu factura.
Ingresa siempre digitando:

www.grupovanti.com

Publicidad vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gasnorte S.A. ESP, Gasoriente S.A. ESP

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 gas a través de tu entidad financiera

Escanea para pagar tu factura

› Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Itaú · Bancolombia · BBVA · Davivienda · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Corbeta · Dapp Bay · dale!

*Permite adicionalmente incorporación a débito automático.

Síguenos en nuestras redes sociales como @grupovanti y conoce nuestras iniciativas.

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Sociedad Corpoturbio
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Aval CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies:
Metro, Jumbo, Éxito

*Si consultas con recaudo, este debe ser de garantía y de servicio 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.

¡Hola!

LUZ DARY RIVERA
CL 128 BIS 1238 35 - TOABUYES
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5057101-10196

Lote: PIRON Ruta: C01177314235102S000 Código del Sector: 251

Cuenta o referencia de pago **61886631**

vanti ✓ Listo

Compra tu estufa, calentador o pela mela y ¡listo! más y pagá cuotas a través de tu factura de gas.

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 2.230.513**



Si tu Revisión Periódica Obligatoria de Gas se vence entre julio y diciembre de 2025

Agenda oportuno y cancela a partir de los 2 meses de la Verificación.



Si te certificas en el mes de abril, mayo o junio,

participa en el sorteo de

una de las 4 motos AKT NKD 125 ORIGINAL

Escanea el código QR para agendar tu Revisión

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 8321
Bucaramanga (607) 685 4755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

Mi Vanti en línea
herramientas.grupovanti.com

Recuerda que puedes pagar la cuenta de gas a través de tu entidad financiera

58533 C1

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
HISTORIA CLÍNICA ESPECIALIZACIÓN ANIMAL Y HUMANA
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSULTORIO VETERINARIO MÓVIL

HISTORIA CLÍNICA
HC-998-5-0

CÓDIGO DE BARRAS 900260001725949

FECHA: 3 abril 25

CÓDIGO EST-4

LUGAR DE LA ATENCIÓN:

TIPO DE ATENCIÓN: CHC ___ MEC ___ CES ___ MEPAS ___ CONTINUIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Trigo

COLOR: Tigre anaranjado

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA ___ MACHO X

RAZA: mestizo EDAD: 6 meses

PESO: 3,2 kg

RAZA DE PAPEL ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VALIDACIÓN PRESENTA ACTUALMENTE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X

AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ NERVIOS ___ OTRO ___

ENTREGA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: NATURAL CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ CUAL? ___

CONDICIÓN: NORMAL ___ DESNUTRIDO X SOBREPESO ___ ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERDIDA DE CUSTODIA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Rosa Mercedes Olaya Castillo

DIRECCIÓN: CL 139B No 118 09

TELÉFONO: 3188652775

CÉDULA: 39535948

EDAD: 34

NACIONALIDAD: Colombiana

CORREO ELECTRÓNICO: rmojeis@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller

TIPO DE OCUPACIÓN: PROPIA ___ ARRENDADO X FAMILIAR ___

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X CUAL? ___

BARRIO: Puerta del sol

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 74

Buen estado de salud

APTO PARA CIRUGÍA: X SI ___ NO

ULT. CELO: NO Aplica

ULT. DESPARASITACIÓN: Febrero 2025

ULT. VACUNACIÓN: HÉXAVALENTE ___ TRIPLE FELINA ___ RABIA ___ ZAMBOS PARVO ___

TRIPLE: Feb 25 PERMANENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: /

3. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMAS O SUBSISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: (I) II. III. IV. V. VI. E

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

4. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 165 l/m

F. RESPIRATORIA: 30 r/m

TEMPERATURA: 36,1 °C

TLLC: 1 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

5. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,16 ml	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,32 mL	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☒
	MIDAZOLAM	___ ml	0,1 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1,12 ml	2 mg/kg IV
POS OPERATORIO	PENICILINA G.S.A.	0,224 ml	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,032 mL	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cliente o) Acompañante(), autorizo este procedimiento como constancia de haber suministrado información completa sobre el procedimiento y sus riesgos y acepto los riesgos relacionados con la Cirugía/Procedimiento descritos en el presente documento, que he leído y entendido de manera libre y voluntaria. ACEPTACIÓN X

RECHAZO ___ (con la explicación del procedimiento que no)

NOMBRES Y APELLIDOS MVZ/ZOOTECNISTA: Vanessa Vazquez Mejia

TARJETA PROFESIONAL: Médica Veterinaria TP. 11804

FIRMA: MV

NOMBRES DEL MVZ ANESTESIÓLOGO: Yennifer Gutiérrez Hernesque

TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33355

FIRMA: 96

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En plena y no mediante uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será intervenido mi animal de compañía. Declaro que al suscribir la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son: paro cardiorrespiratorio, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas y hasta la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y conozco los riesgos que se pueden presentar. Se me ha indicado que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y/o manifestar como inflamación en el punto de aplicación, además de posible infección ocasionada por el uso no correcto de antisépticos, jabones, talcos, aplicación de antibióticos, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, durante los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera acepto el método utilizado para 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 realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Así mismo he sido informado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en mi mascota durante, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y/o derecho a contravenir alguna eventualidad de toda responsabilidad e implicación legal al equipo médico que realice el procedimiento. También entiendo que existen situaciones externas diversas, cuya probabilidad de presentación 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 atendidas y he dado 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 cargos y daños que se puedan presentar por negligencia o imprudencia en la manipulación con mi animal de compañía, comprometiéndome a la Alcaldía Local de Suba, Protección Animal y el equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir

Nombre del Responsable/Tenedor:	Huella del Dactilar:
Rosa Oviedo	CC 39535948 Bta

Yo, _____ identificado con CC No. _____ En pleno y en mallo uso de mis facultades mentales, manifiesto de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (castración) de mi animal de compañía, NAZIM;

_____

_____

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Núm. Identificación:	

8. CUADRO DE REPARO DE PUNTOS

LUGAR: Salón Comunal Gaitana	FECHA: 21-04-25	HORA: 10 am

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 39.535.948

OLAYA CASTILLO

APELLIDOS

ROSA MERCEDES

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 21-ENE-1964

RAQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.61 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

12-SEP-1983 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



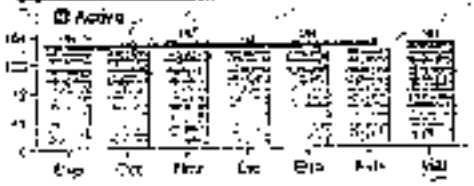
A-1500103-00152111-F-0039535948-20050330 0132742742A 2 61800185BA

enel Bogotá

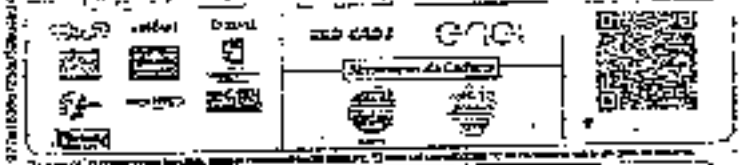
0886728-8

PROSANTANA LTDA
CL 189 NO 11B 09
MANTAKAL 63
BOGOTA, D.C. PUERTA DEL SUR

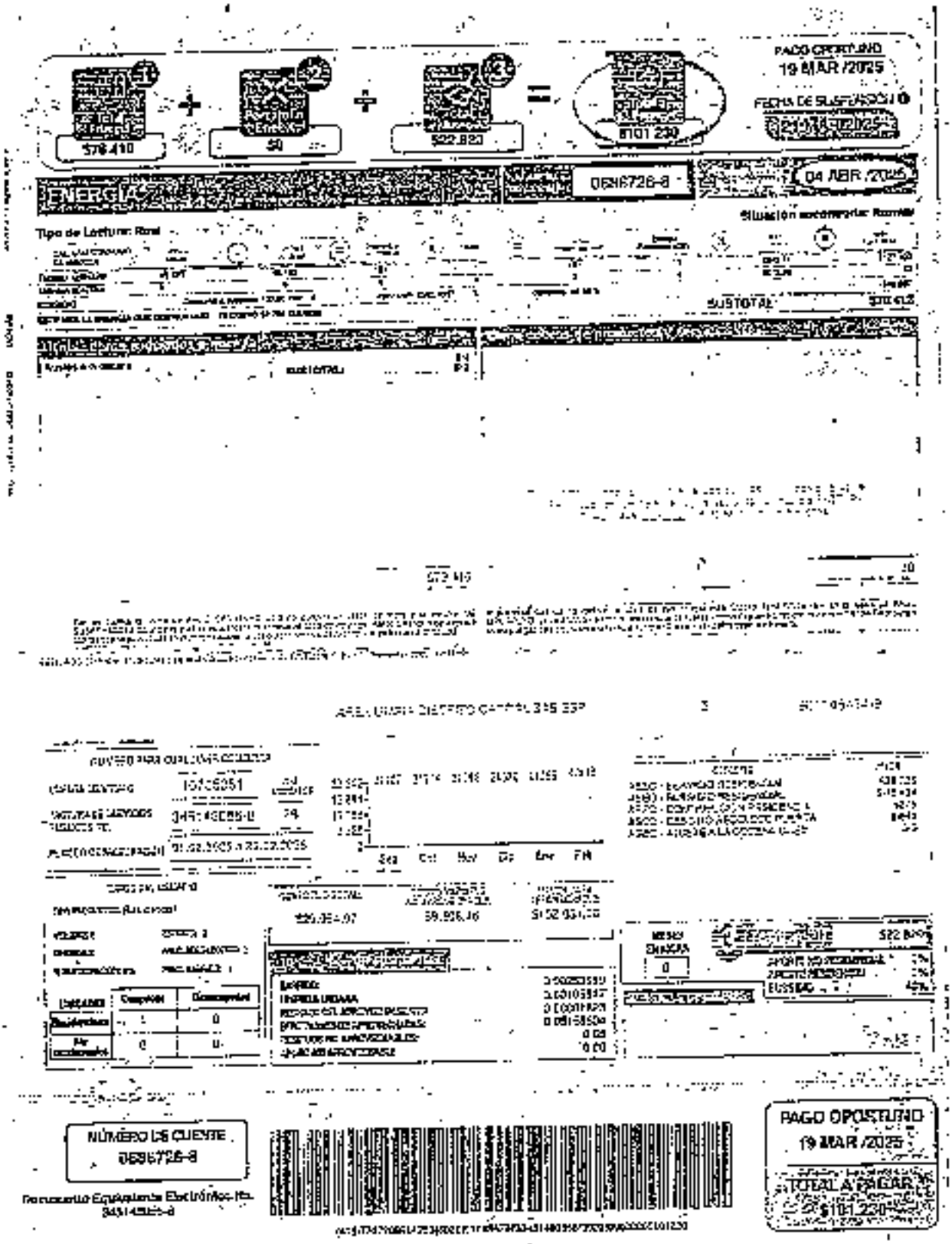




INFORMACIÓN DE LA FACTURA







PAGO OPORTUNO
19 MAR /2025

$76.410 + $0 + $22.820 = $101.230

FECHA DE SUSPENSIÓN

04 ABR /2025

0696726-8

ENERGÍA

Tipo de Lectura: Real

SUBTOTAL

NÚMERO DE CLIENTE
0696726-8

PAGO OPORTUNO
19 MAR /2025

TOTAL A PAGAR
$101.230

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA

HISTORIA CLÍNICA [illegible]

PROGRAMA [illegible]

[illegible]

HISTORIA CLÍNICA HC [illegible]	NÚMERO CHIP: 900255001726108	FECHA: 3-04-25	CÓDIGO [illegible]

LUGAR DE LA VALORACIÓN:

TIPO DE TENEDOR: CIIC __ PEC __ [illegible] __ BELLVAS __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Mango	COLOR:	Amarillo

ESPECIE: CANINO __ FELINO X · SEXO: HEMBRA __ MACHO X · RAZA: Mestizo · EDAD: 8 meses · PESO: 4,6Kg · RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI __ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIONES DE COMPORTAMIENTO: SI __ NO X

AGRESIVIDAD __ MIEDO __ ANSIEDAD __ OTRO __

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI __ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: [illegible] CASERO __ CONCENTRADO X MIXTO __ OTRO __

ORIGEN: [illegible] __ RESCATADO __ COMPRADO __ ADOPTADO X [illegible] __ PERRO DE CALLE __ OTRO __

2. DATOS DEL TENEDOR RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Astrid Posada Rodriguez	DIRECCIÓN: CL 139 Bis 118 68	TELÉFONO: 3197165191
CÉDULA: 51934280	[illegible] X · NACIONALIDAD: Colombiana	CORREO ELECTRÓNICO: astridposada769@gmail.com
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: PROPIA X ARRIENDO __ FAMILIAR __	TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI __ NO X ¿CUÁL?
BARRIO: Sabana de	ESTRATO: 2 · LOCALIDAD: SUBA	UPZ: 71

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

APTO PARA CIRUGÍA: SI NO

ULT. CELO	ULT. DESPARASITACIÓN	EST. VACUNACIÓN: SI/NO	CANINOS: PARVO / TRIVALENTE / RABIA	FELINOS: TRIPLE FELINA / LEUCEMIA	GATOS: [illegible]
N.A	N.R	X	/	/	/

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI __ NO X · SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: (I) II III IV V VI E · CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 161 lpm · F. RESPIRATORIA: 34 r/m · TEMPERATURA: 38,3 °C · TLLC: 1 seg · MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.23 ml	1 mg/Kg IM
	KETAMINA	0.46 ml	5 mg/Kg IV ☐ 10 mg/Kg IM ☒
	MIDAZOLAM	— ml	0,2 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1.61 ml	2 mg/Kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G.L.A.	0.322 ml	17.000 UI/Kg IM
	MELOXICAM	0.046 ml	0,2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

[illegible] consentimiento informado [illegible] ACEPTACIÓN X RECHAZO __ para la realización del procedimiento [illegible]

NOMBRE DEL MÉDICO VETERINARIO / TARJETA PROFESIONAL	[illegible] Médica Veterinaria TP. 11804	FIRMA: [signature]
NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO / TARJETA PROFESIONAL	Yennifer Gutiérrez Nompeque Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358	FIRMA: [signature]

	[illegible]	BOGOTÁ SUMA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información suministrada por el profesional Veterinario/Zootecnista en el cual será intervenido mi animal de compañía. Declaro que, en cualquier momento, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como: sus puntos respectivos, sangrados, hemorragias, reacciones anestésicas, complicaciones tecnológicas 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 aclaran los riesgos que se pueden presentar: Se conoce ampliamente que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, que mandan la como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por efecto posterior de lesiones, lesiones, tatuajes, aplicación con: pulgas, baños, cesos y otras suciedades que influyen y pongan en la zona, dentro de las 24 horas posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y ACEPTO _X__ o RECHAZO _____ la declaración realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los incluye el programa) Adicionalmente somos han explicado verdadero. todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y no derecho a cualquier reclamo, algún y exonero de toda responsabilidad a médicos así y al equipo médico que realizará el procedimiento. También entiendo que existen algunos otros riesgos, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, los cual ha sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado toda la información veraz y precisa 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 /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 cuidado 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 riesgos que se puedan presentar por negligencia o imprudencia en las indicaciones de mi animal de compañía, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impactos sas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	No de Identificación:
Asmid Posada R	1.519.347.280

Yo, _____ _____ (Nombre del acudiente) CC. No _____ En pleno y normales de mis facultades mentales, me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Cirugía Orquiectomía (esterilización) de mi animal de compañía.

FIRMA:

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación:	

8. CRONOGRAMA DE PUNTOS

LUGAR: Salón Comunal Gaitana	FECHA: 21-04-25	HORA: 10 am

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 51.934.260

POSADA RODRIGUEZ

APELLIDOS

ASTRID

NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 28-FEB-1968

PUERTO BOYACA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 O+ F

ESTATURA G.S. (RH) SEXO

07-MAY-1987 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ
Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá ESP
NIT. 899.999.094 - 1

Para el reparto ZONA:1 CICLO: J1 RUTA:J11360A BIMESTRAL

10765621	39377103310
Cuenta contrato Núm. de identificación del predio	**Número para pagos** Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el aplicativo Acueducto en tu celular

Periodo facturado	ENE/04/2025	MAR/04/2025

Pago oportuno	ABR/07/2025	Suspensión	ABR/10/2025

Fecha próxima lectura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
MAY/31/2025	MAR/22/2025 04:12:38	MAR/22/2025 11:01:32

¡Hola!

Factura a nombre de
FAVIDI FAVIDI
Dirección del predio
CL 139 BIS 91B 60
Barrio: SABANA DE Local del: SUBA
Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso:	Residencial
Estrato:	2
Unidades Habitacionales:	1
Unidades No Habitacionales:	0

¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambió
Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.

En este periodo **consumiste más agua** que en el anterior.
Abre y descubre el detalle de tu pago y consumo ↓

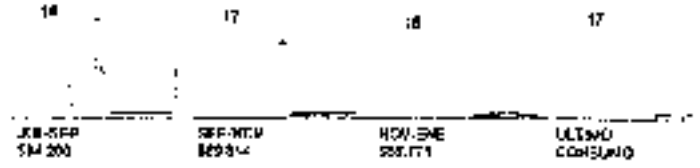
Llámanos 116 Acueducto

Ingresa a www.acueducto.com.co en Servicios a la Ciudadanía y obtén más canales de atención, copia de la factura y recibe tu pago a través de correo.

cadena.

Tu consumo en este período

En los períodos anteriores tu promedio de consumo fue: 17



Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

En este período

17.000

Promedio al día

283

En este período consumiste más agua que en el anterior

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura anterior (LA)
Lectura actual (LA)
Tu consumo en este período (C)

Facturado con Consumo Normal
Base promedio
Diferencia de consumo

Datos de tu medidor

Marca
Serie

Tipo: VELOCIDAD
Diámetro (pulgadas):

Para reducir tu consumo, recuerda:

Ducháte en 3 minutos para reducir tu consumo

Tener siempre un balde en la ducha para reusar el agua recogida

Cerrar la llave al enjabonar los platos

Tu cobro en este período

Acueducto
$46.928,92

+

Alcantarillado
$43.810,17

+

Otros cobros
$25.336

Consulta el detalle de estos cobros en las tablas numeradas de abajo

Escanea y paga virtual

Conoce nuestros puntos de pago virtuales o presenciales al final de la página

Total ingresos del período
Ingresos que suman el 100% para la DIAN en el anexo total

= Total a pagar $65.203

CUDE (Código Único de Factura Electrónica):

Detalle de los cargos de esta factura

1 Acueducto

Concepto	Cant.	Valor unitario	%	Ajuste Decreto (+/-)	Valor	Tarifa	Total
Cargo fijo residencial (mes)							
Consumo residencial básico (m³)							
Consumo residencial complementario (m³)							
Cargo fijo no residencial (mes)							
Consumo básico comercial (m³)							
Subtotal							

2 Alcantarillado

Concepto	Cant.	Valor unitario	%	Ajuste Decreto (+/-)	Valor	Tarifa	Total
Cargo fijo residencial (mes)							
Consumo residencial básico (m³)							
Consumo residencial complementario (m³)							
Cargo fijo no residencial (mes)							
Consumo básico comercial (m³)							
Subtotal							

Tasas aplicadas

	Tasa Uso (Alcantarillado)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico (Ton/m3)		
Tarifa consumo complementario (Ton/m3)		
Total por consumo facturado		

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
Subtotal	

4 Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

5 Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Capital	Saldo
Subtotal					

6 Deudas en estudio

Concepto	Valor
Subtotal	

7 Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	

Paga con la página web o app preferida

Para cobros en nuestras oficinas: Puntos de Pago, puntored, Efecty

Red GASP. Consulta descuentos y horarios en [illegible]

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$65.203

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.

[illegible]

[illegible]

BOGOTÁ

HISTORIA CLÍNICA: HC-998E-0

FECHA: 3-04-25

CÓDIGO: EST-4

1. DATOS DEL PACIENTE

ESPECIE: Mula

COLOR: Amarillo

RAZA: Mestizo

EDAD: 1año

PESO: 4Kg

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Alba Lucia Gutierrez Ochoa

DIRECCIÓN: Kr 104 Bis 150F 26

TELEFONO: 3204635223

CÉDULA: 24321960

NACIONALIDAD: Colombiana

CORREO ELECTRÓNICO: albalgg1908@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: NO X

SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PRE-QUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 166 l/m

F. RESPIRATORIA: 30 r/m

TEMPERATURA: 38.3 °C

TLLC: 1 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.2 mL	1 mg/Kg IM
	KETAMINA	0.4 mL	5 mg/Kg IV ☐ 10 mg/Kg IM ☒
	MIDAZOLAM	— mL	0.1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1.4 mL	2 mg/Kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G.B.A.	0.28 mL	20.000 UI/Kg IM
	MELOXICAM	0.04 mL	0.2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cliente/Responsable) autorizo la realización del procedimiento descrito en la historia clínica. He recibido información completa sobre el procedimiento quirúrgico propuesto, sus riesgos y beneficios relacionados con la Cirugía, así como sobre los procedimientos alternativos. Entiendo que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento antes de la cirugía. Autorizo a [illegible] para la realización del procedimiento descrito. ACEPTACIÓN X

Mónica M. Vásquez Millan
Médica Veterinaria
TP. 11804

FIRMA: MV

NOMBRE DEL VETERINARIO ANESTESIÓLOGO: Yennifer Gutiérrez Romero

FIRMA: YG

Médico Veterinario - Zoot.
TP. 33358

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía que le realizarán a mi animal de compañía. Declaro que el autorizo la misma porque entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son: partes respiratorios o cardíacos, 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 informa los riesgos que se pueden presentar. Se establece que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden extender en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el sitio de previsión, además de posible infección ocasionada por el uso potencial de agentes, labores, sales, aplicación de antisépticos, baños secos y otras sustancias que frotan y comunidades humanas, dentro de los 8 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a registrar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y ACEPTO _X__ o RECHAZO _____ la declaración realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO dan sobre el pronóstico) Adicionalmente se me han explicado y entendido, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía sin derecho a compensación alguna, eximiendo de toda responsabilidad al médico cirujano y al equipo médico que realice el procedimiento. También entiendo que existen situaciones imprevisibles, con la información suministrada, he comprendido y aceptado.

En consecuencia, 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 POSTOPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y rutinas 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 mi parte o impericia en la recuperación con mi animal de compañía, eximiendo a la Alcaldía local de Suba, Impresoras y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier evento que pueda suceder.

Firma del Responsable/Tenedor:	No. de Identificación:
Adda Maria Fontan	24321960

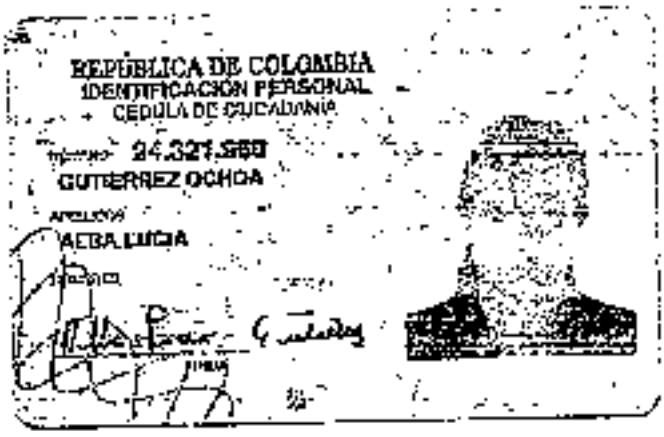
Yo, _____ _____ _____ identificado con CC. No. _____ _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me RETRACTO de contar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía RAZON:

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación	

B. CITA SEGUIMIENTO DE PUNTOS

LUGAR: Salon Comunal Gaitana	FECHA: 21-04-25	HORA: 10 am

OBSERVACIONES:



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 24.321.960
GUTIERREZ OCHOA

APELLIDOS

AIDA LUCIA

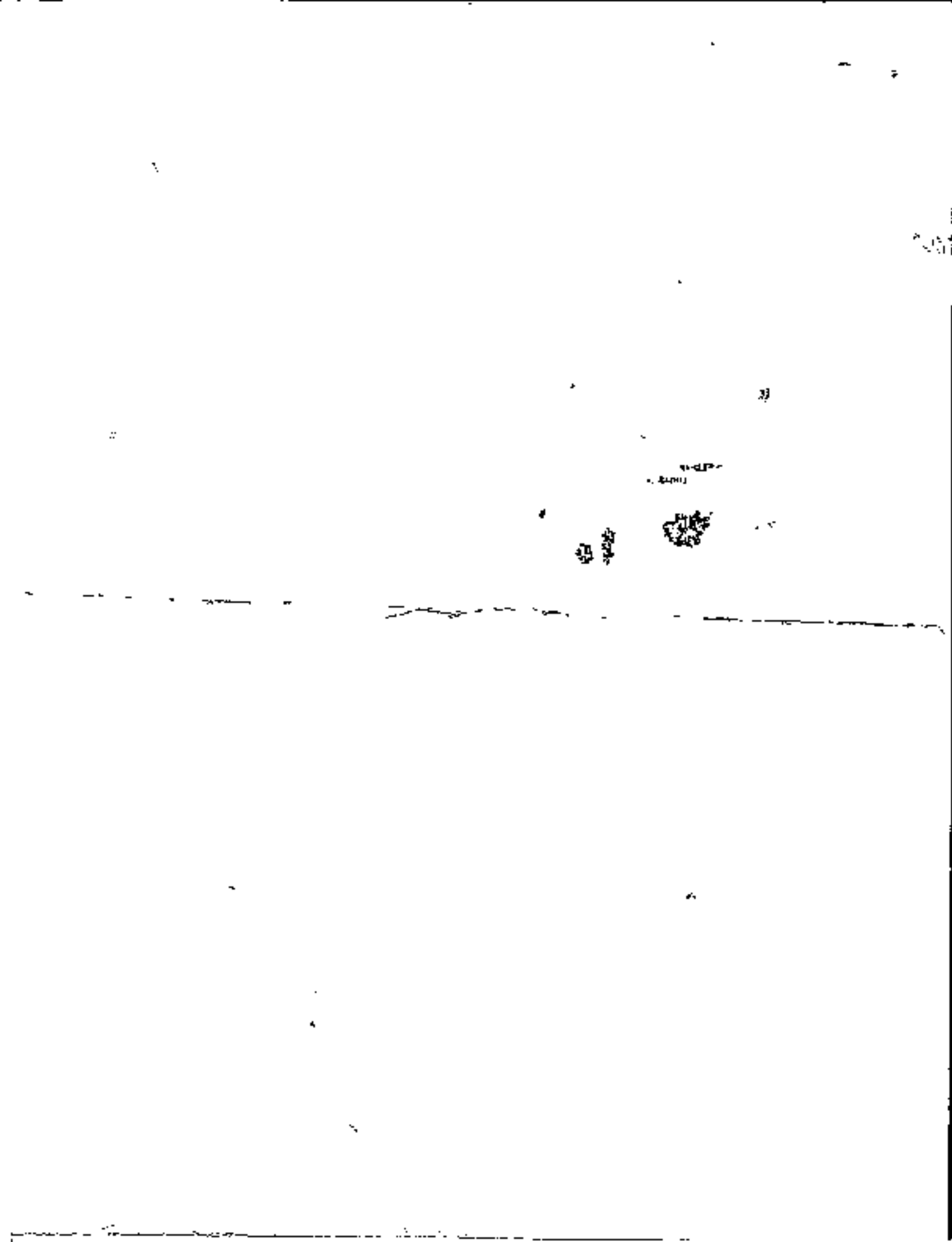
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 02-JUN-1958
MANIZALES
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
02-FEB-1977 MANIZALES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN





acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá ESP
NIT: 899.999.094 - 1

Natalia Arandia Reyes
Representante Legal

Para el reparto: ZONA: 1 CICLO: JT RUTA: J11371 BIMESTRAL

11330066
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

43371675414
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento a tu correo electrónico

¡Hola!

Factura a nombre de
JOSE LUIS ROJAS RUIZ

Dirección del predio
KR 124 BIS 139F 26

Barrio: TIBABUYES Localidad: SUBA

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso:	Residencial
Estrato:	2
Unidades Habitacionales:	1
Unidades No Habitacionales:	0

Periodo facturado	NOV/05/2024	ENE/24/2025
Pago oportuno	FEB/07/2025	Suspensión. FEB/12/2025

Fecha próxima lectura	Fecha límite de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
MAR/31/2025	ENE/25/2025 07:59:15	ENE/25/2025 13:33:58

¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambió
Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.

En este periodo consumiste más agua que en el anterior.
Abre y descubre el detalle de tu pago y consumo ↓

Llámanos 116 Acueducto

Envía a [illegible] en Servicios al Ciudadano y evita [illegible] en las puntas de atención. Copia de la factura y recibo de pago a través de Internet.

cadena. [illegible]

Dulce y Lilo.
5 años 3m. 9 meses.

2-3-88

HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL

HC: 999-3-0

MICROCHIP: 990000013803004

FECHA: 3 Abril 25

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Queso

CANIN: Tigre (amarillo)

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA ___ MACHO X

RAZA: mestizo

EDAD: 5 años

PESO: 5,4 Kg

RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIONES: COMPORTAMENTALES: SI ___ NO X

AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___

OTRO: ___

CONDICIÓN DE ABANDONO ADQUIRIDO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: BOTÓN ___ CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___

OTRO ___

ORIGEN: NACIDO ___ RESCATADO X COMPRADO ___ ADOPTADO ___ DECOMISADO ___ PROG. DE CIUDAD ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/ACUDIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Linda Aura Jimenez Niño

DIRECCIÓN: CL 138B No 125A 32

TELÉFONO: 3118147028

CÉDULA: 52395516

SEXO: F X

NACIONALIDAD: Colombiana

CORREO ELECTRÓNICO: Penamorosacho@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA X ARRIENDO ___ FAMILIAR ___

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X ¿CUAL?

BARRIO: La Gaitana

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

AYUNO PARA CIRUGÍA: SI ___ NO ___

ULT. CELO: No aplica

ULT. DESPARASITACIÓN: No Reporta

ULT. VACUNACIÓN: PENTA: ___ CANINOS: PARVO: ___ MEXAVALENTE: ___ TRIPLE: ___ FERAVALENTE: ___

PARASITOLOGÍA Y DOSIFICACIÓN: ___

PEUMO-TIFUS: ___ LEUCEMIA: ___ RABIA: ___

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE VIEJO VALOR APARENTE: SI ___ NO X

SIGNOS CLÍNICOS ASOCIADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: (I) II III IV V VI E

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PRE-QUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 169 l/m

F. RESPIRATORIA: 32 r/m

TEMPERATURA: 39 °C

TLLC: 1 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/FRECUENCIA/VÍA
PREANESTESIA	XILACINA	0.27 ml	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0.54 ml	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☒
	BUTORFANOL	___ mL	0,1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1.89 mL	2 mg/Kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G LA	0.378 ml	17.000UI/Kg IM
	MELOXICAM	0.054 ml	0,2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

Estoy de acuerdo (Usuario y/o Acudiente), acepto que el documento como constancia de haber brindado al veterinario(a) la información completa sobre el diagnóstico y/o procedimiento(s) a realizar, así mismo he comprendido la información suministrada por el Médico Veterinario(a) con la finalidad de obtener el consentimiento informado, que fue explicada de manera clara y comprensible. ACEPTACIÓN X

RECHAZO ___ para la realización del procedimiento descrito en el presente documento.

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO VETERINARIO TRATANTE: Mónica Vazquez Milán

Médica Veterinaria
TP. 11804

FIRMA: Mvz

NOMBRE DEL/LAS ASISTENTE(S) DE CIRUGÍA: Yennifer Gutiérrez Hernesque

Médica Veterinaria - Zootecnista
TP. 33258

FIRMA: 46

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y en mi uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será intervenido mi animal de compañía. Declaro que al aceptar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son: paro respiratorio o cardiaco, hemorragias, infecciones, anestésicos, 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 los beneficios y riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden presentar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el lugar por el uso posterior de jeringas, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irritan y contaminan la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al mismo veterinario a realizar la implantación del microchip de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales en, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y ACEPTO _X_ o RECHAZO _____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa). Adicionalmente se me han explicado y entiendo, 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; exonerando de toda responsabilidad a terceros y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen alteraciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual ha sido informado. Re comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una interpretación veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido atendidas 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 Practicante para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO
Me comprometo a seguir rigurosamente todas las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y cuidados que sean necesarios para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como el responsable del cuidado de mi animal de compañía, despues de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o la perdida de la compañía con mi animal de compañía, exonerando a la Alcaldía local de Suba, Inspección y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor: Luna Juárez	No de Identificación: 52.395.516

Yo, _____ identificado con CC. No. _____ de pleno y normal uso de mis facultades mentales, me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización) a mi animal de compañía.
RAZÓN:

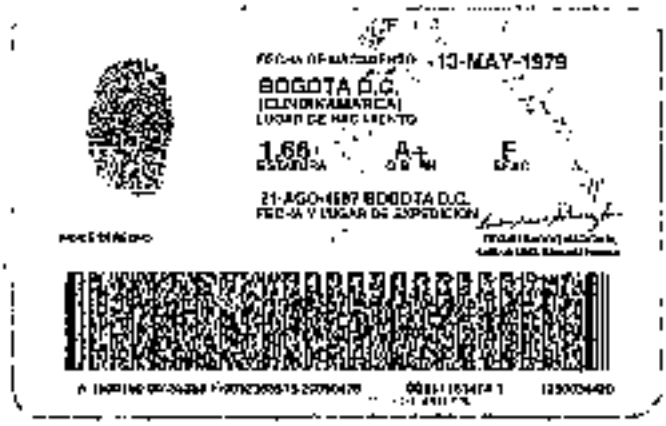
Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación:	

8. CUADRO ACTIVO DE PUNTOS

LUGAR: Salón Comunal Gaitana | FECHA: 21-04-25 | HORA: 10 am

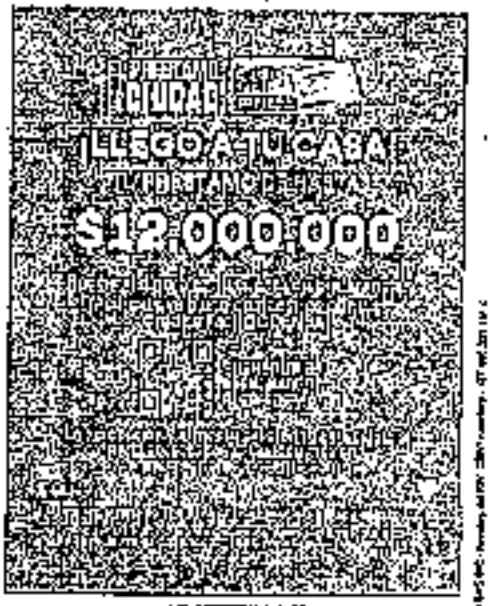
OBSERVACIONES:


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 52.395.515
JIMENEZ NIÑO
LINDA AURA

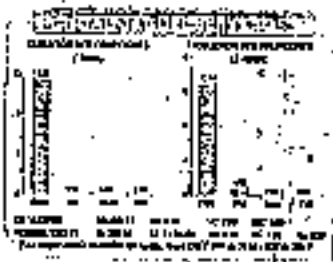

10-MAY-1979
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
1.66
A+
F
21-AGO-1997 BOGOTA D.C.

MARIA MERCEDES NIO DE JIMENEZ
CL 135 B NO 128 A 39
BOGOTA, D.C. - LA GAITANA

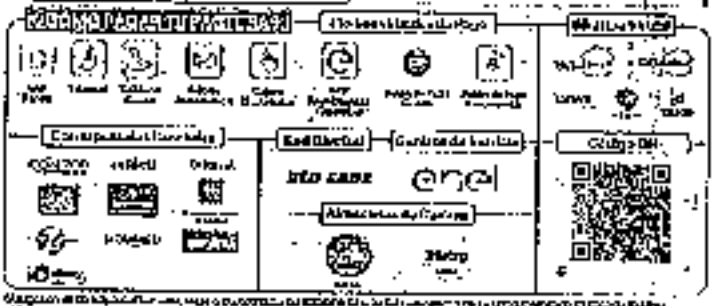




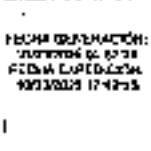
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

















Pago oportuno
19 MAR /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN
21 MAR /2025

0737283-2

04 ABR /2025

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: (none)

SUBTOTAL $31,740

SUBTOTAL $0

$31,740

$0

$78,250

$46,500

$0

$31,740

19 MAR /2025

0737283-2

04 ABR /2025

Documento Equivalente Electrónico No.
3e9145815-0

PAGO OPORTUNO
19 MAR /2025

TOTAL A PAGAR
$78,250

HISTORIA CLÍNICA: HC-999-E C

MICROCHIP: 990000013803001

FECHA: 3-04-25

CÓDIGO: ESF-4

LUGAR DE LA ATENCIÓN:

TIPO DE TENEDOR: EHC ___ ASE ___ CES ___ ASEPAL ___ CONJUNTO X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Yasper

COLOR: Pardo

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: Adulto | PESO: 4Kg | RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA CONSULTA: CONVENIENTE ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X

PREESTRÉS ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___ OTRO: ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: 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: Cesar Felipe Baquero Vega

DIRECCIÓN: Cl 132A 130 19 03

TELÉFONO: 3219994836

CÉDULA: 1066176941 | SEXO: M X F ___

NACIONALIDAD: Colombiano

CORREO ELECTRÓNICO: baquerofelipe0316@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO X FAMILIAR ___

TIENE ACTIVIDAD OCUPACIONAL: SI ___ NO X CUÁL? ___

BARRIO: La Toscana | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: SUBA | UPZ: 71

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

APTO PARA CIRUGÍA: X SI ___ NO

ULT. CELO: N.A

ULT. DESPARASITACIÓN: N.R

ULT. VACUNACIÓN: ANUAL X CANINO PARVO: ___ HEPATITIS: ___ RABIA: ___ TRIPLE FELINA: ___ LEUCEMIA: ___ TRIPLE FELINA: ___ PENTAVALENTE: ___ PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: ___ ANUAL: ___

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X | SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: (I.) II. III. IV. V. VI.

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 163 l/m | F. RESPIRATORIA: 32 r/m | TEMPERATURA: 38.9 °C | TLLC: 1 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.2 mL	1 mg/Kg IM
	KETAMINA	0.4 mL	5 mg/Kg IV ☐ 20 mg/Kg IM ☒
	MIDAZOLAM	___ mL	0.1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1.4 mL	2 mg/Kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G.B.	0.28 mL	40.000 UI/Kg IM
	MELOXICAM	0.04 mL	0.2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de [Cirujano/a o Anestesiólogo/a], considero haber brindado al propietario la información suficiente y clara sobre el procedimiento a realizar, los riesgos relacionados con la [Cirugía/Anestesia/Ambos] y los cuidados pre y post operatorios. Por lo anterior, doy mi [ACEPTACIÓN X / RECHAZO ___] para la realización del procedimiento con el/la paciente descrito/a.

NOMBRE Y APELLIDOS DEL CIRUJANO/A: Mónica Vanessa Vazquez Milan
TARJETA PROFESIONAL: Médica Veterinaria TP. 11804

FIRMA: MVM

NOMBRE DEL ANESTESIÓLOGO/A: Yennifer Gutiérrez Romecque
TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358

FIRMA: YG

	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS NO TRANSMISIBLES CN-RH-003	BOGOTÁ SALUD

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información clara del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que el mismo no le causa ningún dolor o molestia actual. Entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones anestésicas o incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información previa al procedimiento de implantación del microchip y se aclaran los riesgos que se pueden presentar. Se me han dado a conocer 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 evidenciada por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños en ríos y otros sumideros que irriten y contaminen la zona, dando así las debidas precauciones a la implantación.

De igual manera autorizo al medico 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, en mi calidad de ACEPTO _X__ o RECHAZO _____ la declaración realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía [los cuales NO los cubre el programa] Adicionalmente se me han explicado y entendido, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y de derecho a comprometo alguna exonerando de toda responsabilidad al hospital CES y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen complicaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual fue debidamente informado, he comprendido y aceptado.

En consecuencia, he dado toda la 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 responsablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y aseo que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Comprendo responsable del cuidado de mi animal de compañía, después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o descuido en la manipulación con mi animal de compañía, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, los cuales son y el equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación: 1066736741

Yo, _____ identificado con CC No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía/ Orquiectomía (esterilización) y cauterización de mi animal de compañía. MOTIVO:

_____

_____

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación:	

8. CITA DE ENTREGA DE PUNTOS

LUGAR: Salon Comunal Santana	FECHA: 21-04-25	HORA: 10 am

OBSERVACIONES:



REPÚBLICA DE COLOMBIA

VUIP 1.066.176.741

BAQUERO VEGA

CESAR FELIPE

COL 1.82 M

01 MAR 1988 O+

SAHAGUN (CORDOBA)

19 OCT 2005 C-(INU)

09 NOV 2025

D3507033S

ICCOL03507033501319<<<<<<<<<<<
8603016M3311189COL10661767 41<9
BAQUERO<VEGA<<CESAR<FELIPE<<<<

Factura de gas

Marzo 2025

Cuenta o referencia de pago 62518002

BOGOTA

NIT: 900097.413-2
Vantiv S.A. ESP.
www.grupovantiv.com

Vantiv
Una empresa de optima

Fechas importantes

1 Pago oportuno 17 Mar. 2025

2 Fecha de suspensión 18 Mar. 2025

3 Periodo facturado Feb - Mar. 2025

4 Emisión de tu factura 05 Mar. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO SUBSIDIO	19m3	3.185,11	0,00	60.707,09
SUBSIDIO (-15%)	19m3	-24.817,08	0,00	-24.817,08
AJUSTE DECENA	UN	0,00	0,00	0,00

1 Total $35.890,00

Tus financiaciones

Tasa de Interés/Concepto	Cuota N°	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A

2 Total $0,00

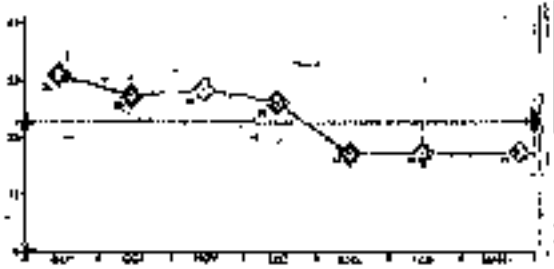
3 Valor facturas vencidas $0,00

Total a pagar 1+2+3 $35.890,00

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial Estrato Socio Dic Días de consumo 28

Fecha	Lectura	Tipo
04 Feb. 2025	3555	REAL
03 Mar. 2025	3580	REAL

m³ consumo = 3580 - 3555 * Factor de compresión 1.0

Tu próxima lectura será Entre 01 y el 06 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 $70.284

(415)7709998020058(8020)625180003600(3900)0000000035890

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

30 Oct. 2027

La revisión de la instalación interna es la responsabilidad y de la exclusiva de los usuarios de acuerdo con lo establecido en la Resolución CREG 067 de 2013 y 4135 de 2017

Agenda ya tu RITO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $2826.

Dic. $2352 Ene. $2480 Feb. $3371

Tarifa regulada por la Comisión de Regulación de Energía y Gas (CREG).

Componentes tarifarios

Gm: 1804 m³ Tm: 684 m³ Dm: 521.22 Cm: 0.1
Pr: 72.78 Cmp: 0.0 Cu/m³: 0.0 Cu/mes: 3.0
Com: 0.4 Fijo: 49.475 DIAN: 0.0 DANE: 0.0

Mín: Tu consumo es m³ de gas incluido. Sin subsidio, el precio unitario del kWh es $108.020

Factor de corrección

Vm: 25 Kv: 0.70283 Tv: 15.25 Pv: 0.7734
Vb: 18 Tm: 15.25 Tb: 15.50 Vbc: 1.01613
Pm: 8.731 Pmb: 0.803 Spec: 1.0

Factor de corrección: 0.7703

Indicadores de calidad

IRST: 100 Disp: 100





Escanea el código QR, diligencia el formulario y empieza a recibir tu factura de manera digital.



Mundo digital Vanti

Pago a través de nuestra página web www.grupoventi.com/pagos-en-linea/

Pagos electrónicos en otras entidades:

Botón PSE

Débito Bancolombia

Recuerda que para tu pago la factura de esta o cortes anteriores ya no está disponible en esta modalidad

Entrega para pedir tu factura

Rodelbar, Davivienda, Bancolombia, Banco Falabella, Banco Pichincha, Banco Caja Social, Nequi, Daviplata, Colpatria, dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

Síguenos en nuestras redes sociales como @grupoventi y conoce nuestras iniciativas.

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Bancolombia Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CAME
Banco GNB Sudameris

Grandes superficies: Makro, Jumbo, Éxito

*El consulta por cliente, data dicha será recolectada 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.grupoventi.com/ y conoce los puntos para atender tu caso.

¡Hola!

LEONIDAS LLANO
CL 132A 130 14 03 - LA TOSCANA
BOGOTA

vanti
Más formas de cuidarte
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 50010123-816796

Loca: PGEN Ruta: 0011770287240008100 Codigo del Sector: 456

Cuenta a referencia de pago **62516002**

vanti Listo

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 4.400.000**

Grupo Vanti Comunica:

Evita fraudes en línea al pagar tu factura, ingresa siempre digitando:

www.grupoventi.com

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Comercializadora S.A. ESP, Gases de Occidente S.A. ESP, Gasoriente S.A. ESP, Gasodom S.A. ESP

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 315 418 4184
SIC Vanti en línea - https://sic.grupoventi.com/

Recuerda que puedes elegir tu canal de preferencia para comunicarnos de acuerdo a la Ley 2300 de 2023.

Canales habilitados para comunicar y pagar la factura de servicios públicos domiciliarios. Recibirás información de interés sobre el consumo de tu factura. Solicita información sobre el procedimiento de reclamación en la oficina de atención al cliente. Si no recibes tu factura, comunícate con nosotros para solicitar un duplicado. Si no pagas oportunamente tu factura, podrás ser reportado a las centrales de información financiera. Si no pagas oportunamente tu factura, podrás ser suspendido el servicio de gas natural. Si no pagas oportunamente tu factura, podrás ser cobrado intereses de mora. Si no pagas oportunamente tu factura, podrás ser cobrado gastos de cobranza. Si no pagas oportunamente tu factura, podrás ser cobrado gastos de reconexión. Si no pagas oportunamente tu factura, podrás ser cobrado gastos de suspensión. Si no pagas oportunamente tu factura, podrás ser cobrado gastos de corte. Si no pagas oportunamente tu factura, podrás ser cobrado gastos de reinstalación. Si no pagas oportunamente tu factura, podrás ser cobrado gastos de traslado. Si no pagas oportunamente tu factura, podrás ser cobrado gastos de cambio de medidor. Si no pagas oportunamente tu factura, podrás ser cobrado gastos de cambio de acometida. Si no pagas oportunamente tu factura, podrás ser cobrado gastos de cambio de regulador. Si no pagas oportunamente tu factura, podrás ser cobrado gastos de cambio de válvula. Si no pagas oportunamente tu factura, podrás ser cobrado gastos de cambio de tubería. Si no pagas oportunamente tu factura, podrás ser cobrado gastos de cambio de accesorios. Si no pagas oportunamente tu factura, podrás ser cobrado gastos de cambio de equipos. Si no pagas oportunamente tu factura, podrás ser cobrado gastos de cambio de instalaciones. Si no pagas oportunamente tu factura, podrás ser cobrado gastos de cambio de redes. Si no pagas oportunamente tu factura, podrás ser cobrado gastos de cambio de ramales. Si no pagas oportunamente tu factura, podrás ser cobrado gastos de cambio de conexiones. Si no pagas oportunamente tu factura, podrás ser cobrado gastos de cambio de medidores. Si no pagas oportunamente tu factura, podrás ser cobrado gastos de cambio de reguladores. Si no pagas oportunamente tu factura, podrás ser cobrado gastos de cambio de válvulas. Si no pagas oportunamente tu factura, podrás ser cobrado gastos de cambio de tuberías. Si no pagas oportunamente tu factura, podrás ser cobrado gastos de cambio de accesorios. Si no pagas oportunamente tu factura, podrás ser cobrado gastos de cambio de equipos. Si no pagas oportunamente tu factura, podrás ser cobrado gastos de cambio de instalaciones. Si no pagas oportunamente tu factura, podrás ser cobrado gastos de cambio de redes. Si no pagas oportunamente tu factura, podrás ser cobrado gastos de cambio de ramales. Si no pagas oportunamente tu factura, podrás ser cobrado gastos de cambio de conexiones.

HISTORIA CLÍNICA: 989-E-0

PRECINTO: 990000013803020

FECHA: 3 abril 25

LUGAR DE LA JORNADA:

TIPO DE TENEDOR: CPC ___ HEC ___ CES ___ ROLDAS ___ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Martin

COLOR: Blanco Gris

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA ___ MACHO X

RAZA: mestizo EDAD: 3 años PESO: 35 kg

RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X

AGRESIVIDAD: ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___

OTRO: ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: NÚM ___ CANINO ___ CONCENTRADO ___ MICRO X OTRO ___

ORIGEN: NACIDO ___ APADRINADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO X PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Carlos Andres Beltran Urrego

DIRECCIÓN: CL 131 NO 154 46 PI 2

TELÉFONO: 3028401614

CEDULA: 99877637

NACIONALIDAD: Colombiano

CORREO ELECTRÓNICO: 3028401614@sin correo.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRENDO X FAMILIAR ___

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X ¿CUÁL?

BARRIO: Santa Cecilia

ESTRATO: 2

LOCALIDAD/UPZ SUBA

UPZ: 71

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

AYUNO PARA CIRUGÍA: SÓLIDO: ___ LÍQUIDO: ___

ULT. CELO: NO aplica

ULT. DESPARASITACIÓN: NO Reporta

ULT. VACUNACIÓN: RABIA: ___ CANINOS PARVO: ___ HEXAVALENTE: / LEUCEMIA: / DHPP: ___ TRIPLE FELINA: ___ PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: ___ RABIA: 21 marzo 25

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: (I) II III IV V VI E

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

FC/FR/PULSO: 169 l/m | FR: 30 l/m | TEMPERATURA: 38,2 °C | TLLC: 1 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/VÍA/FRECUENCIA
PREANESTESIA	XILACINA	0.19 ml	1 mg/Kg IM
	KETAMINA	0.38 ml	5 mg/Kg IV ___ 10 mg/Kg IM X
	MIDAZOLAM	___ ml	0.1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1.33 ml	2 mg/Kg IV
POST-QUIRÚRGICO	FENILBUTAZONA	0.266 ml	17.000 UI/Kg IM
	MELOXICAM	0.028 ml	0.2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

Es calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), asumo este documento como constancia de haber brindado al responsable propietario, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y anestésico a realizar, así como sobre los riesgos y alternativas conocidas. Igualmente he informado sobre la (pre)medicación, cuidados y recomendaciones post-operatorias. ACEPTACIÓN: X

RECHAZO: ___ para la participación del paciente en el procedimiento descrito anteriormente.

NOMBRES Y APELLIDOS: Mónica Vásquez Milán

TARJETA PROFESIONAL: Médica Veterinaria TP. 11804

FIRMA: MVM

NOMBRE DEL MVA ANESTESIÓLOGO: Yennifer Gutiérrez Hernesque

TARJETA PROFESIONAL: Médica Veterinaria - Zootecnista TP. 33158

FIRMA: YG

	[illegible]	BOGOTÁ [illegible] 2024

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

Estando en [illegible] plenas facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información referente del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será intervenido mi animal de compañía. Declaro que el veterinario tratante, entendió que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paro respiratorio o cardiaco, hemorragias, reacciones anestésicas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Asimismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y he tenido los riesgos que se pueden presentar. Se resalta 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 generadas por el mal proceso de colocación. Jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otros productos que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera acepto al médico veterinario tratante 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 _N__ o RECHAZO _____ la declaración realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicional me han explicado y entendido, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por ello asumo en su totalidad la responsabilidad de acogerla y/o dirección a contravención alguna, exonerando de toda responsabilidad al personal y al equipo médico que realice el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual me fue informado, he comprendido y aceptado.

En consecuencia, 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 Auxiliar de esta clínica para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO
Me comprometo a seguir rigurosamente las recomendaciones para tomar las medidas de precaución y cuidados necesarios para evitar complicaciones con 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 mal manejo o manipulación con mi animal de compañía, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impecon sas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Fecha de Intervención:
[illegible]	79832037

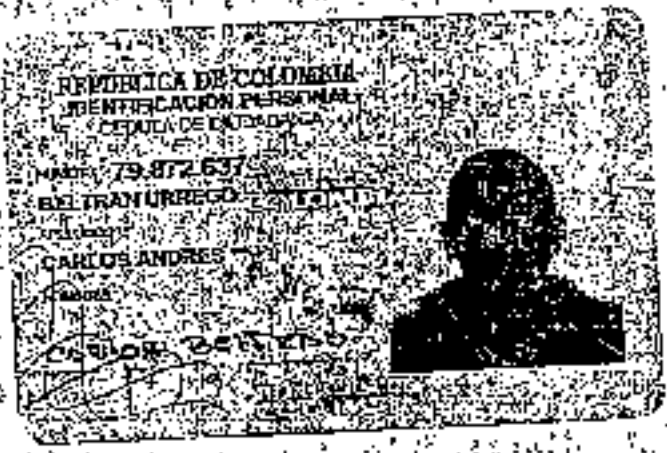
Yo, _____ identificado con CC. No. _____ En sano y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de no dar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización) y castración de mi animal de compañía.
RAZON

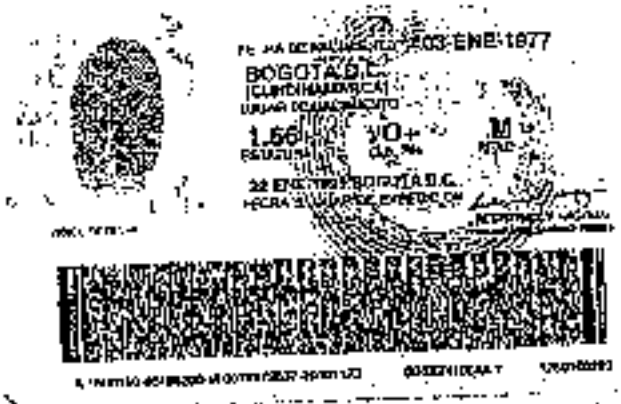
Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
No. Identificación:	

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Salon Comunal Gaitana | FECHA: 21-04-25 | HORA: 10 am

OBSERVACIONES:


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 79.872.637
BELTRAN URREGO
CARLOS ANDRES


03-ENE-1977
BOGOTA D.E.
1.66
O+
M

Bogotá

7423231-4

CLIENTE

JOSE LUIS ENRIQUE BELTRAN CORTES
CL 131 NO 154 48 IN 2
EXTERNO
BOGOTA, D.C. - SANTA CECILIA

07 707 4754 / 117 : 3016240

COMPORTAMIENTO CONSUMO

Activo

Sep Oct Nov Dic Ene Feb Mar

PERIODO FACTURADO: 29

EL PRESUPUESTO DECIDIDO

¡LLEGÓ A TU CASA!

UN PRÉSTAMO DE HASTA

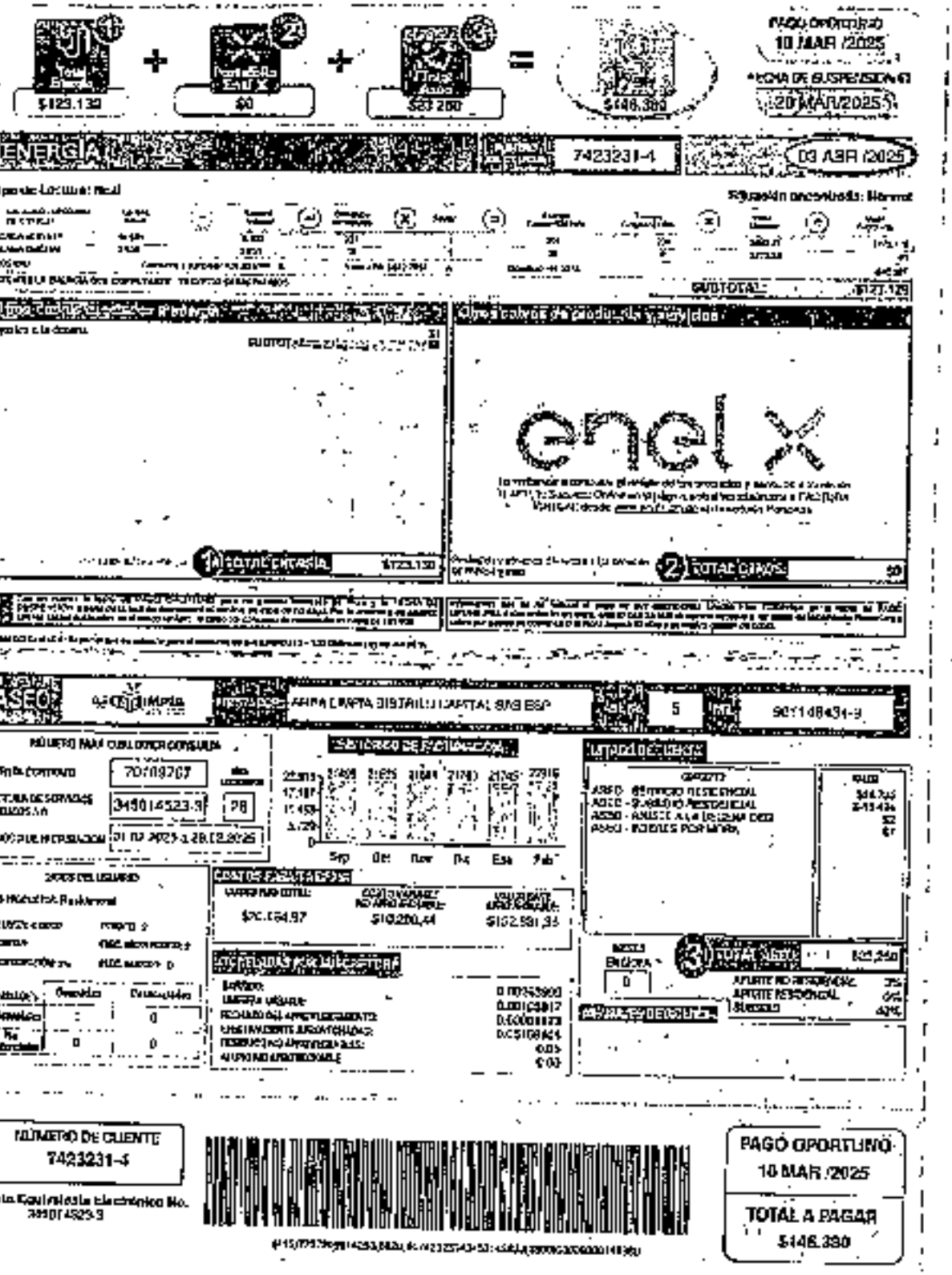
$12.000.000

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CONTÁCTANOS

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

FECHA EXPEDICIÓN
FECHA EXPIRACIÓN



PAGO OPORTUNO
10 MAR /2025
FECHA DE SUSPENSIÓN
20 MAR/2025
$123.132
$0
$23.258
$146.390
ENERGÍA
7423231-4
03 ABR /2025
Tipo de Factura: Final
Facturación encontrada: Bimestral
SUBTOTAL
$127.129
Ajustes a la decena
SUBTOTAL
$123.132
1 TOTAL ENERGÍA
$123.132
enel X
2 TOTAL OTROS
$0
ASEO
ASEO LIMPIO
AGUA LIMPIA DISTRITAL CAPITAL SAS ESP
5
9011d8431-9
NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA
CUENTA CONTRATO
7010/9707
MATRÍCULA DE SERVICIOS PÚBLICOS S.A.
3450145233
PERIODO FACTURACIÓN
01 FEB 2025 - 28 FEB 2025
DATOS DEL USUARIO
TIPO INMUEBLE: Residencial
CONSUMOS FACTURADOS
Unidad(es)
Promedio
Facturados
CONCEPTOS FACTURADOS
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL
ASEO - AJUSTE A LA DECENA DEC
ASEO - BOLSAS POSCONSUMO
VALOR
$44.745
$-11.436
$2
$1
CARGOS FACTURADOS
CARGO FIJO TOTAL
$20.054,97
COSTO ENERGÍA NO ASOCIADA
$102.200,44
VALOR ENERGÍA ASOCIADA
$102.581,35
3 TOTAL ASEO
$35.340
APORTE NO RESIDENCIAL
APORTE RESIDENCIAL
SUBSIDIO
AJUSTES DE DECENA
NÚMERO DE CLIENTE
7423231-4
Documento Equivalente Electrónico No.
3450145233
PAGO OPORTUNO
10 MAR /2025
TOTAL A PAGAR
$146.390

HISTORIA CLÍNICA

HC: 999-1-0

99000013885416

FECHA: 3-4-25

NOMBRES: Calcifer

COLOR: Tigre Anaranjado

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 3 años | PESO: 4,6 Kg

DURANTE LA VACUNACIÓN PRESENTA ALTERACIONES COMPORTAMENTALES: SI ___ NO X

AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___ OTRO ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: NEVERA ___ CASERA ___ CONCENTRADO X MIXTA ___ OTRA ___

ORIGEN: RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO X FERIA DE CANARIA ___ OTRO ___

NOMBRES Y APELLIDOS: Liliana Vega Moreno

DIRECCIÓN: CL 143 127F 6 12 00301

TELÉFONO: 3203113885

CÉDULA: 52358345

SEXO: M ___ F X

NACIONALIDAD: Colombiana

CORREO ELECTRÓNICO: lilianavegamoreno24@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRENDO ___ FAMILIAR ___

BENEFICIARIO SISBEN: SI ___ NO X CUAL ___

BARRIO: Tibabuyes

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71

Buen estado de Salud

APTO PARA CIRUGÍA: X SI ___ NO

ULT. CELO: N.A

ULT. DESPARASITACIÓN: Feb 25

ULT. VACUNACIÓN: RABIA ___ CANINO PARVO: ___ MOQUILLO: ___ PARVO/MOQUILLO: ___ PENTAVALENTE: ___ PARAINFLUENZA VIRAL: ___

REFUERZO: TIPO Y FECHA: Feb 25 LEUCEMIA: ___ RABIA: Feb 25

EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X | SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: (I) II. III. IV. V. VI. E. | CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREANESTÉSICAS

F. CARDIACA: 170 l/m | F. RESPIRATORIA: 34 x/m | TEMPERATURA: 38,5 °C | TLLC: 1 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

PREMEDICACIÓN

FASE DEL PROCEDIMIENTO		DOSIS	DOSIS/VOLUMEN/VÍA
PREANESTESIA	XILACINA	0,23 mL	1 mg/Kg IM
	KETAMINA	0,46 mL	1 mg/Kg IV ☐ 10 mg/Kg IM ☒
	MIDAZOLAM	___ mL	0,1 mg/Kg IV
ANESTESIA/INDUCCIÓN ANESTÉSICA	PROPOFOL	1,61 mL	2 mg/Kg IV
POST QUIRÚRGICO	PENICILINA G.C.A.	0,92 mL	17.000 UI/Kg IM
	MELOXICAM	0,046 mL	0,2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de [Cirujano y/o Anestesiólogo], acepto la información consignada en este documento como constancia de haber brindado al propietario o tenedor, la información completa sobre el procedimiento quirúrgico y anestésico, los riesgos relacionados con la Cirugía/Procedimiento [electivo/de urgencia], cuyo beneficio esperado es mejorar la salud y bienestar de mi animal. ACEPTACIÓN X RECHAZO ___, para la realización de los procedimientos que se indican en este documento.

NOMBRE(S) COMPLETO(S) Y APELLIDO(S) DEL MÉDICO VETERINARIO Y/O ZOOTECNISTA: Mónica Vanessa Vázquez Milan

TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinaria TP. 11804

FIRMA: MVV

NOMBRE(S) COMPLETO(S) Y APELLIDO(S) DEL MÉDICO VETERINARIO Y/O ZOOTECNISTA: Yennifer Gutiérrez Nomesque

TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33368

FIRMA: YG

	[illegible]	BOGOTÁ

7. 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 Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será atendido(a) mi mascota de compañía. Declaro que el autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones metabólicas e incluso la muerte.

Asimismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y conozco los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar ningún tipo de reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de suscitar, además de por los efectos generados por el uso posterior de lesiones, pomos, tatos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo almacenar voluntariamente y realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, brindando completo manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y ACEPTO _X_ o RECHAZO _____ la declinación cualquiera de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubren el programa). Así mismo se me han explicado y entendido, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y en derecho a contratación alguna; eximiendo de toda responsabilidad a terceros sea y el equipo médico que realice el procedimiento. También entiendo que existen alteraciones anticonceptivas, 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, sin inquietudes han sido aclaradas y he leído y entendido 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 el procedimiento quirúrgico bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir rigurosamente las recomendaciones y tomar las medidas de precaución que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como muy responsable del cuidado de mi animal de compañía, después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o imprudencia en el manejo post-operatorio en mi animal de compañía, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, terceros civil y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda surgir.

Firma del Responsable/Tenedor: Liliam Vera Moreno	No de Identificación: 52.358.345

Yo, _____ identificado con CC No. _____. En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me RETRACTO de realizar la intervención Quirúrgica Ovariohisterectomía/ Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. RAZON.

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
No. Identificación:	

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Salón Comunal Gaitana	FECHA: 21-04-23 HORA: 10 am

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 52.358.345
VEGA MENESES

APELLIDOS
LILIANA

NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 01-OCT-1977
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | A+ G.S. R.H. | F SEXO

01-ABR-1996 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN



INDICE DERECHO

Marzo 2025

Cuenta o referencia de pago 62554907

Vanti

Fechas importantes

1 Pago oportuno 26 Mar. 2025

2 Fecha de suspensión 27 Mar. 2025

3 Periodo facturado Feb. - Mar. 2025

4 Emisión de tu factura 13 Mar. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (B)	Valor unitario (C)	IVA (D)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	2M3	3.935,01	0,00	9.477,73
FIJO	1UN	4.076,00	0,00	4.076,00
AJUSTE DECENA	1UN	-1,73	0,00	-1,73

1 – Total $12.550,00

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota N°	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A

2 – Total $0,00

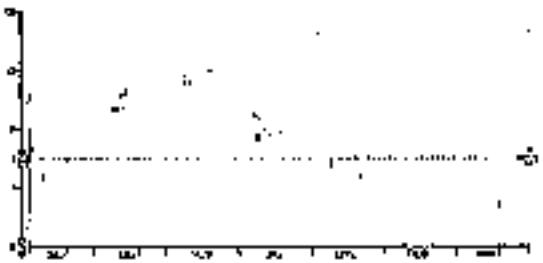
3 – Valor facturas vencidas $0,00

Total a pagar (1+2+3) $12.550,00

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial | Estrato/Cal. Tres | Días de consumo 28

Fecha	Lectura	Tipo
11 Feb. 2025	2038	REAL
11 Mar. 2025	2042	REAL

m³ consumidos = 2042 - 2038 * Factor de corrección = 3

Tu próxima lectura será

Entre 06 y el 11 de Abril

Novedades de tu factura

Esta empresa o una tercia colombiana realizando un ajuste voluntario a [illegible] grupovanti.com.
valor aspirado $ 1233

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $70.254

(415)7708092026025(8020)62554907(3900)3000000012550

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

30 Sep. 2027

La revisión periódica obligatoria es de tu responsabilidad y debe realizarse antes de esta fecha, de acuerdo con la regulación vigente (Resolución CREG 067 de 2015 y 140 de 2021).

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $2826.

Dic. $2382 Ene. $2483 Feb. $3371

Tarifa regulada por la Comisión de Regulación de Energía y Gas (CREG).

Componentes tarifarios

Gm $1.541,57	Tm $2037	Dm $211,25	Cm $225,01
Pc $275	Cuv $0	Cvfc $2700	Cvmc $225,87
Lcm $0	Fpaa $ 42,75	Dm_Ri $ 0	Dm_Ri $ 0

Valor Tarifa mínima m³ de gas este mes: $5

Subsidy y aportes sociales del Estado: $ 156,676

Factor de corrección

Vm	3	Pm	3,75628	Pc	0,99536
Vc		Pm	14,02	Tc	15,56
Pa	101	Pm	0,053	Pm	1,3

Factor de corrección 0,77103

Indicadores de calidad

IRS	1000	SAIDI	0,03	CI	1000



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

Pago a través de nuestra página web
www.grupovanti.com/pagos-en-linea/

Botón PSE

Boton Bancolombia

Recuerda que puedes pagar tu factura de gas o varios cuentas contrato con una sola transacción

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otros entidades

Apoteosis · Bancolombia · BBVA · Davivienda · Nequi · Dale!

*Prontis 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 necesitas, con cliente, debe ser de gestión 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.

¡Hola!

DANIEL ARIAS
CL 143 127F 6 112 00301 - TIBABUYES
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5007112-840391

Lote: P08GN Ruta: 001170620029000600 Codigo del Sector: 281

Cuenta o referencia de pago 62554907

vanti

TU CUPO VANTI GUSTO APROBADO ES: **$ 5.300.000**



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 8171
Buzón emergía (607) 685 4755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 319 416 4164
Mi Vanti en línea
http://mi.grupovanti.com/

Recuerda que puedes elegir tu canal de preferencia para comunicarnos de acuerdo a la Ley 2300 de 2023

Nombre de Vanti S.A. ESP. Vigilado por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios. Para la prestación del servicio público domiciliario de gas natural, Vanti S.A. ESP. cobrará el valor de la factura de acuerdo con la medición del consumo de gas natural y las tarifas aprobadas por la Comisión de Regulación de Energía y Gas (CREG). Para el cálculo del consumo se aplicará el factor de conversión establecido en la Resolución CREG 067 de 1995 y demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan. Para el cálculo del consumo se aplicará el factor de conversión establecido en la Resolución CREG 067 de 1995 y demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan. Para el cálculo del consumo se aplicará el factor de conversión establecido en la Resolución CREG 067 de 1995 y demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan. Para el cálculo del consumo se aplicará el factor de conversión establecido en la Resolución CREG 067 de 1995 y demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan.

HISTORIA CLÍNICA
HC 999-510

FECHA: 3-4-25

I. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Onix

COLOR: Amarillo blanco

ESTADO: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 9 meses | PESO: 4,1Kg | RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

¿CUANDO LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIONES CONDUCTUALES?: SI ___ NO X

AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___
OTRO: ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: NATURAL ___ CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___

PROCEDENCIA: NATURAL ___ APREHENDIDO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO X DONADO ___ PLAZA DE MERCADO ___ OTRO ___

II. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

PROPIETARIO: Giovanna Melendez Sanchez

DIRECCIÓN: Cl 143 No 126 02 IN 3 61 C 105

TELEFONO: 3186283696

CÉDULA: 52356279

EDAD: ___ AÑOS

NACIONALIDAD: Colombiana

CORREO ELECTRÓNICO: graciamelendita@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Profesional

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRENDADO X FAMILIAR ___

TIENE MASCOTA USUALMENTE: SI ___ NO X CUAL?

BARRIO: Sabana de Tibabuyes

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: Suba

UPZ: 71

III. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

APTO PARA CIRUGÍA: SI NO

VACUNO	DESPARASITACIÓN	ÚLT. VACUNACIÓN RABIA: CANINOS FELINOS	PARVE:	RENTAMENTE:
N.A	Marzo 25	HEXAVALENTE:	DESCRIPA:	PARASITARIA Y ANTIPULGAS:
		TRIPLE FELINA:		RABIA: Feb 25

IV. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X | SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: (I) II III IV V VI E | CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

V. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PRE-QUIRÚRGICAS

F. CARDIACA	F. RESPIRATORIA	TEMPERATURA	TLC	MUCOSAS
161 x/m	34 x/m	38,9 °C	1 s	Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

VI. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.205 mL	1 mg/Kg IM
	KETAMINA	0.41 mL	5 mg/Kg IV ☐ 10 mg/Kg IM ☒
	MIDAZOLAM	___ mL	0,1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	3-4 35 mL	2 mg/Kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G.S.A.	0.369 mL	22.000 UI/Kg IM
	MELOXICAM	0.041 mL	0,1 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cliente o su Representante), acepto este documento como prueba de haber brindado al prestador/a información completa sobre el procedimiento quirúrgico y estar informado/a de los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomía/Orquiectomía [en la Especie Canina/Felina], que he firmado libre y voluntariamente: ACEPTACIÓN X RECHAZO ___, para la realización del procedimiento quirúrgico programado.

NOMBRE(S) Y APELLIDO(S) DEL MVZ RESPONSABLE: Mónica Vazquez Milán
TARJETA PROFESIONAL: Médica Veterinaria TP. 11804

FIRMA: Mvz

NOMBRE(S) Y APELLIDO(S) DEL MVZ ANESTESIÓLOGO: Yennifer Gutiérrez Nomesque
TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33356

FIRMA: 46

LOGO	[illegible]	SUBA

7. 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 Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que existen riesgos durante la cirugía como son; paro respiratorio o cardiaco, hemorragias, reacciones alérgicas a los anestésicos, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Adicionalmente manifiesto que se me informó de forma clara y oportuna, la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y los riesgos que se pueden presentar. Se realizó 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 inadecuado de toallas, jabones, talcos, aplicación de antibióticos, baños secos y otros nutrientes que irriten y contaminan la zona, dentro de las 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi total 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 realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente me han explicado y entendido, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo su posible letalidad o mortalidad de la cirugía y en derecho a cualquier reclamación alguna eximiendo de toda responsabilidad a Inspectores y al equipo médico que realice el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, especialmente de urgencia en la cual no he sido informado, no comprendido y aceptado.

En constancia, he dado mi información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía. Así mismo he leído 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.

CONSENTIMIENTO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones que tomar las medidas de precaución y acciones que son necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como 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 mismo procedimiento con mi animal de compañía, eximiendo a la Alcaldía Local de Suba, Inspectores y al equipo Médico veterinario prestador de servicio por cualquier tipo de daño que pueda surgir.

Firma (Responsable/Tenedor): Giovanna Melendez Sanchez	Nro de identificación: 1022562798

Yo, _____ _____ identificado con C.C. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía, RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación:	

II. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:

OBSERVACIONES:



FECHA DE NACIMIENTO **05-ENE-1977**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

14-AGO-1995 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

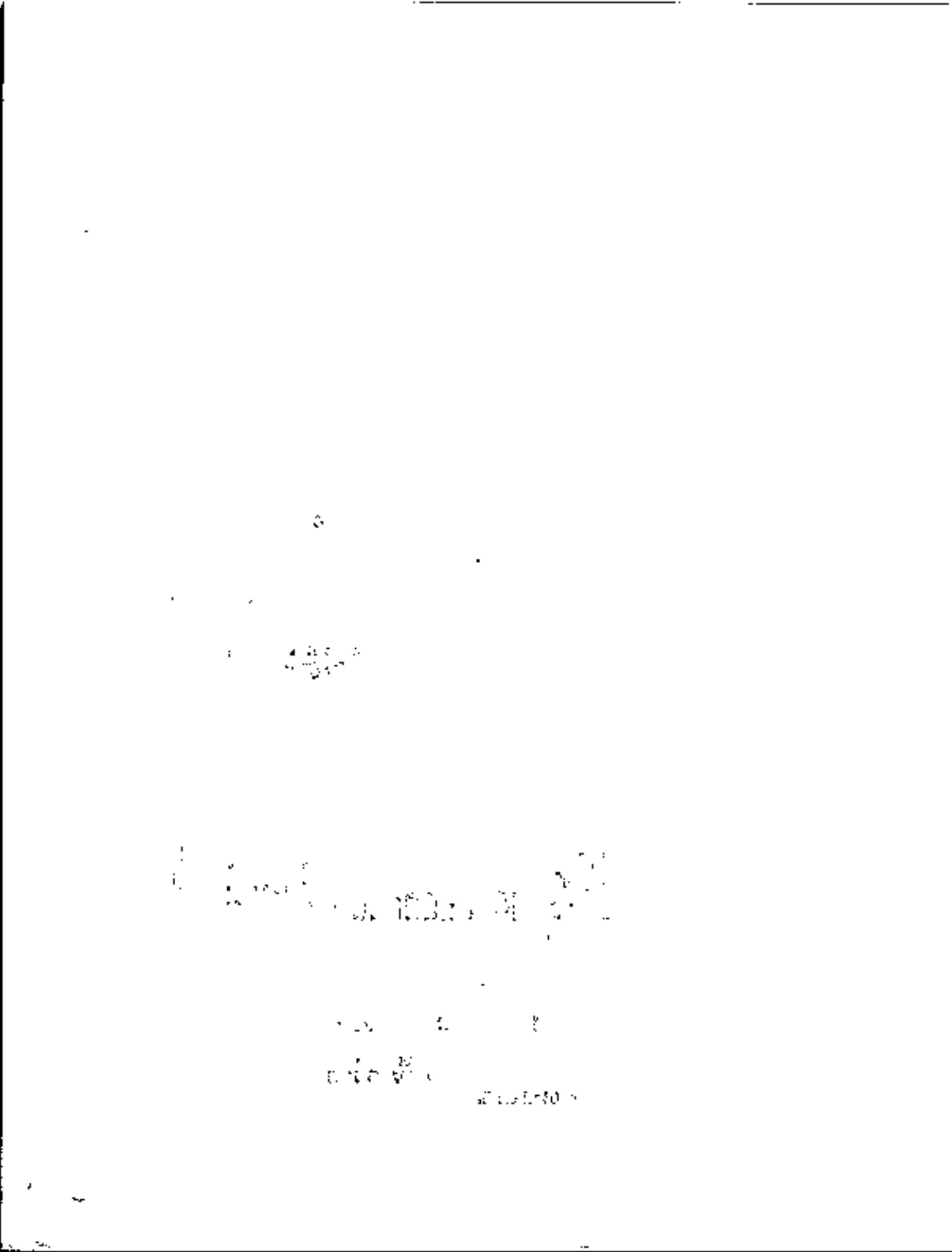
A 1500150-00638254 F-0052 --- 1737739

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.356.278**
MELENDEZ SANCHEZ
APELLIDOS
GIOVANNA
NOMBRES

FIRMA





enel Bogotá

1559431-9

GABRIEL DARIO VELASQUEZ TANGARIFE

Entiende tu factura de energía.



Tu consumo está al día. No fue promedio por tener menos de 12 meses de historial. Continúa así.

Información de la Cuenta

Puntos de atención

Línea de servicio al cliente (1)

FECHA CONSTITUCIONAL
FECHA EXPEDICIÓN

HISTORIA CLÍNICA
HT-599_E.0

NÚMERO ID: 990000013885407

FECHA: 3-4-25

ESTADO: EST-4

FUENTE DE LA INFORMACIÓN:

TIPO DE ATENCIÓN: CIC ___ REC ___ EEC ___ REHAS ___ URGENCIAS X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Tom

COLOR: Blanco Negro

ESPECIE: CANINO FELINO X SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 1 año PESO: 5,2 kg ALTA DE MASCOTA ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VACUNACIÓN PRESENTA ALTERACIONES: CONVULSIONES: SI ___ NO X

PROCEDENCIA DE LA MASCOTA: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: NOMBRE ___ CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___

ADOPTADO ___ VENDIDO ___ MASCOTA ___ OTRO ___

OBTENIDA: NOMBRE ___ RESCATADO X COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERRO DE CLASE ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TUTOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jamie Carolina Rodriguez Barazeta

DIRECCIÓN: Cl 133 152 36

TELÉFONO: 3014031424

CÉDULA: 1014185399

EDAD: 21 X

NACIONALIDAD: Colombiana

CORREO ELECTRÓNICO: Ktabzeta@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Técnico

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO ___ FAMILIAR X

TIENE ALGUNA MASCOTA: SI ___ NO X CUAL?

BARRIO: Lisboa

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

APTO PARA CIRUGÍA: SI X NO ___

ÚLT. CELO: N.A

ÚLT. DESPARASITACIÓN: N.R

ÚLT. VACUNACIÓN: CANINA: Múltiple Felina: / RECUERDO: / TRIPLE: / TRICAVALENTE: / RABIA/INFLUENZA Y BORDETELLA: /

TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA / PARVO: /

4. ANAMNESIS CLÍNICA

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X ESCRIBA CUÁLES: Ninguno

HALLAZGOS EN EXAMEN FÍSICO: Ninguno

CLASIFICACIÓN: 1 II III IV V VI

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 190 l/m F. RESPIRATORIA: 32 l/m T. RETAL/AXILAR: 38,3 °C TLLC: 1 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

BASE DE PREMEDICACIÓN	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.26 ml	1 mg/Kg IM
	BETAMIVA	0.52 ml	5 mg/Kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☒
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	MIDAZOLAM	— ml	0,1 mg/Kg IV
	PROPOFOL	1.82 ml	3 mg/Kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G.S.	0.364 ml	17 000 UI/Kg SM
	METOCAM	0.052 ml	0,2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

Yo acudiente (Cónyuge o Apoderado/Agente oficioso) manifiesto estar de acuerdo con lo anteriormente consignado sobre el estado de salud de mi mascota y la forma de la misma. Así mismo he recibido información completa sobre el procedimiento a realizar a mi mascota y he tenido la oportunidad de aclarar todas mis inquietudes con el Médico Veterinario. Igualmente he sido informado(a) de manera clara y suficiente sobre los riesgos y beneficios del procedimiento. ACEPTACIÓN X RECHAZO ___ para la realización del procedimiento anteriormente descrito.

NOMBRE(S) DEL(OS) VETERINARIO(S) TARJETA PROFESIONAL

FIRMA: MVZ

NOMBRE DEL MV RESPONSABLE TARJETA PROFESIONAL

FIRMA: 96

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO (ESTERILIZACIÓN)

Yo, plena y formalmente en uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será intervenido mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la intervención, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son: paro respiratorio o cardiaco, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones anestésicas e inclusive la muerte.

Asimismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y sus adversos riesgos que se pueden presentar, de realizar antes o durante la implantación del microchip no pueda generar riesgos o reacciones adversas que no puedan evidenciarse en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de aplicación, además es posible infección en la zona en los primeros días de lesiones, abscesos, tejidos, aplicación de antibióticos, baños secos y que existan cuadros que afecten la zona, dentro de las 24 horas posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo a médicos veterinarios a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente asumo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además doy mi consentimiento y ACEPTO _X_ o RECHAZO ___ / la realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente acepto los procedimientos, incluyendo los riesgos que existen presentarse en el procedimiento, por esto asumiendo mi totalidad la responsabilidad de la cirugía y absolviendo a cualquier(a) alguna, exonerando de toda responsabilidad a médicos que y al equipo médico que realizan el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado. he comprendido y aceptado.

En consecuencia, luego de haber recibido información veraz y suficiente sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información como prueba de ello firmo el 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 POSTOPERATORIO

Me comprometo a seguir rigurosamente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y cuidados que sean necesarios para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como responsable del cuidado de mi animal de compañía, declaro que de la intervención quirúrgica y de los que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, no responsable a la Alcaldía Local de Suba, Hospital Suba y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier suceso que pueda ocurrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Num de Identificación
	1014185999

Yo, _____ identificado con CC. No _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me RETRACTO de revisar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía.

Razón

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Dirección:	

4. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Salon Comunal Gaitana | FECHA: 21-04-25 | HORA: 10 am

OBSERVACIONES

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.014.185.399
RODRIGUEZ BARAZETA

APELLIDOS
JAIME CAROLINA

NOMBRES



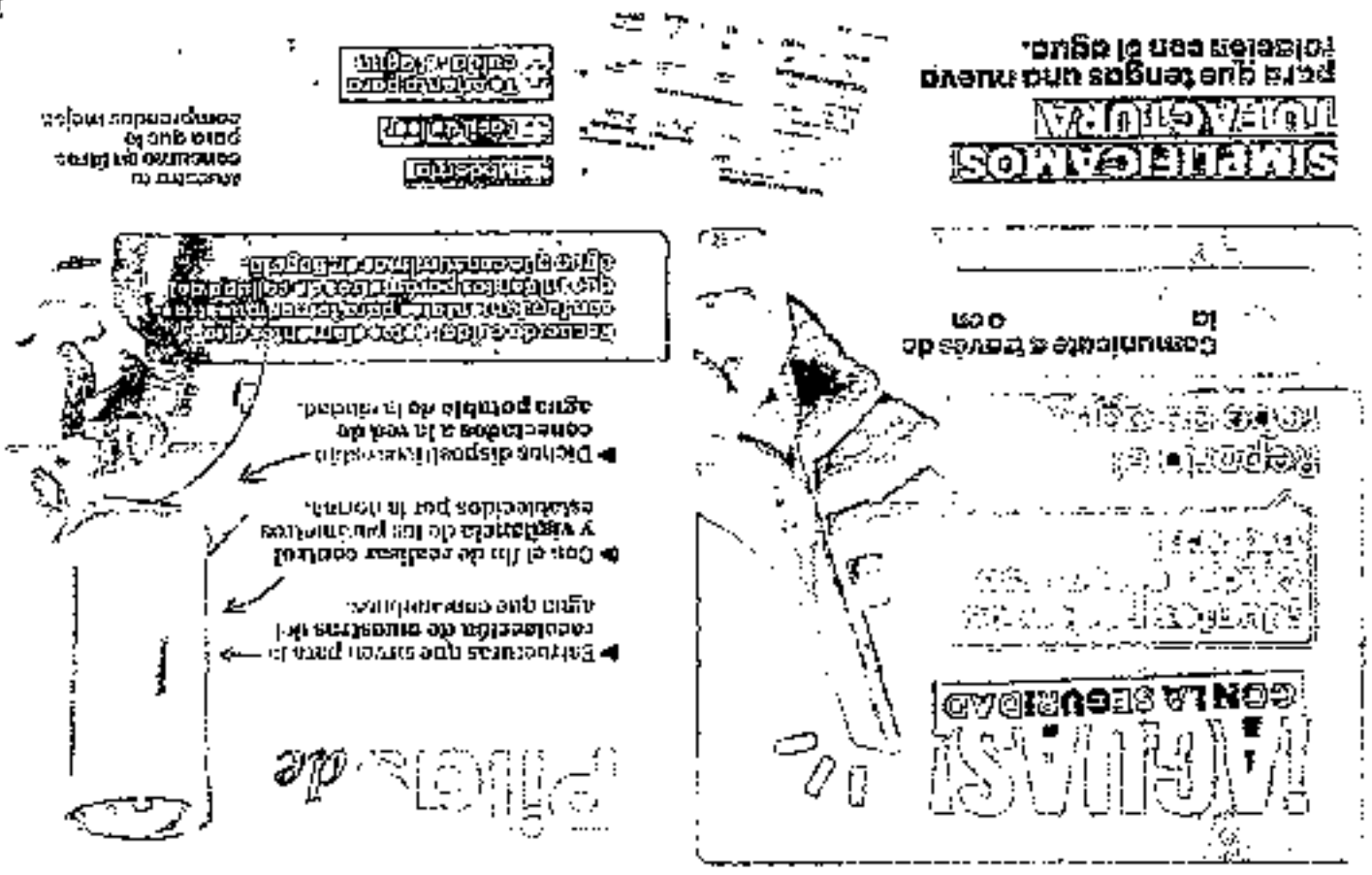


FECHA DE NACIMIENTO 13-MAY-1987
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.52 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
18-JUN-2006 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN



REGISTRADOR NACIONAL
DEL ESTADO CIVIL





Para cliqueo ZONA:1 CICLO: J1 RUTA:J11903 CENTRAL

11010881
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

11068935812
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

Periodo facturado ENE/04/2025 MAR/04/2025

Pago oportuno ABR/07/2025 Suspensión ABR/10/2025

Fecha estimada próxima factura | Fecha y hora de expedición factura | Fecha y hora de generación factura

MAY/01/2025 MAR/22/2025 04:13:51 MAR/22/2025 14:07:39

¡Hola!

Factura a nombre de
LAUREANO PARDO

Dirección del predio
CL 153 152-35
Barrio: LISBOA Localidad: SUBA

Suscriptor de especial protección

Datos adicionales del predio

Clase de uso:	Residencial
Estrato:	2
Unidades Habitacionales:	1
Unidades No Habitacionales:	0

¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambió
Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.

En este periodo **consumiste más agua** que en el anterior.
Abre y descubre el detalle de tu pago y consumo ↓

Línea de atención

Cadena

HISTORIA CLÍNICA: HC-009-E-0

PROPIETARIO: 990000013803017

FECHA: 3 abril 26

CÓDIGO: FET-8

LUGAR DE LA JORNADA:

TIPO DE TENEDOR: CHC ___ REC. CES ___ PEDAS ___ COVEDUCAU X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: MISIU

COLOR: Blanco Gris

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | RAZA: mestizo | EDAD: 3 AÑOS | PESO: 4 kg | RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

SOSPECHA DE LA VACUNACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X

AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___ OTRO: ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO: ___

PROCEDENCIA: RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERROTECA ___ OTRO: ___

2. DATOS DEL TENEDOR / RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Margarita Ibañez Guarin

DIRECCIÓN: CL 132B 104A 47 03 001

TELÉFONO: 3132114435

CÉDULA: 28934430

SEXO: M ___ F X

NACIONALIDAD: Colombiana

CORREO ELECTRÓNICO: 3132114435@Suncorp.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO X FAMILIAR ___

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X ¿CUÁL?

BARRIO: Villa Maria

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

SISBÉN: 7-1

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

APTO PARA CIRUGÍA: SI X NO

ULT. CELO: NO aplica

ULT. DESPARASITACIÓN: NO reporta

ULT. VACUNACIÓN: RABIA X CANINO PARVO: HEXAVALENTE

FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA:

CRIPTO: TRIVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: (I) II, III, IV, V, VI, E

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS REQUERIDAS

F. CARDIACA: 167 l/m | F. RESPIRATORIA: 32 r/m | TEMPERATURA: 38.8 °C | TLLC: 1 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

VÍA DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.2 mL	1 mg/Kg IM
	KETAMINA	0.4 mL	5 mg/Kg IV ☐ 10 mg/Kg IM ☑
	MIDAZOLAM	___ mL	0.1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1.4 mL	2 mg/Kg IV
POSTOPERATORIO	PENICILINA G.A.	0.28 mL	37.000 UI/Kg IM
	MELOXICAM	0.04 mL	0.2 mg/Kg SC

MEDICAMENTOS ADICIONALES: Ninguno

Yo, en calidad de (Dueño y/o responsable), autorizo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y anestésico, los riesgos relacionados con la cirugía, anestesia y/o procedimientos (pre-hospitalización, hospitalización), el cual he manifestado de manera libre y voluntaria mi ACEPTACIÓN ( ) RECHAZO ( ). Para la realización del procedimiento quirúrgico y/o anestésico.

NOMBRE Y APELLIDOS MÉDICO VETERINARIO: Mónica Yezzenia Cruz Milán

TARJETA PROFESIONAL: Médica Veterinaria TP 11804

FIRMA: M.V.

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO: Yennifer Gutiérrez Nomesque

TARJETA PROFESIONAL: Médica Veterinaria - Zootecnista TP. 33356

FIRMA: YG

V. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

Consiento y en mi uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento: Ovariohisterectomía/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: pero no limitados a: sangrados, lesiones, 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 la declaro sin ningún 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 dolor en dicho punto así como posterior de lesiones, laceres, cortes, aplicación de antibióticos, baños, curas y demás sustancias que limpien y controlen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo el mismo veterinario a realizar la implantación del microchip de mi animal de compañía, igualmente apruebo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además, yo consciente y ACEPTO _X__ o RECHAZO _____ la declinación realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente me han explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la riesgos y sin derecho a contravención alguna, exonerando de toda responsabilidad e impacto sea el que pueda el procedimiento. También entiendo que existen circunstancias extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual ha sido informado, he comprendido y aceptado.

En consecuencia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, esta 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 cumplir totalmente las recomendaciones y las normas medidas de precaución y asepsia que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como responsable del cuidado de mi animal de compañía, después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar que estén ligados o inquietud en la manipulación con mi animal de compañía, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Inspectores y el equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro. de Identificación:
	28-93-V30

Yo. _____ identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, doy RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización) de mi animal de compañía.
RAZON:

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación:	

VI. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Salon Comunal Gaitana	FECHA: 21-04-25	HORA: 10 am

OBSERVACIONES:

FECHA DE NACIMIENTO 28-DIC-1951

ICONONZO
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

17-NOV-1975 SAN LUIS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

A-1500150-00988165-F-0028504436 20120710 0 800305316630A 1 1071932212

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

28.934.430
IBAÑEZ GUARIN

MARGARITA

FIRMA



¡Hola!

SANDRA MILENA GUZMAN
CL 132B [illegible] 47D-26001 - VILLAMARIA
BOGOTA

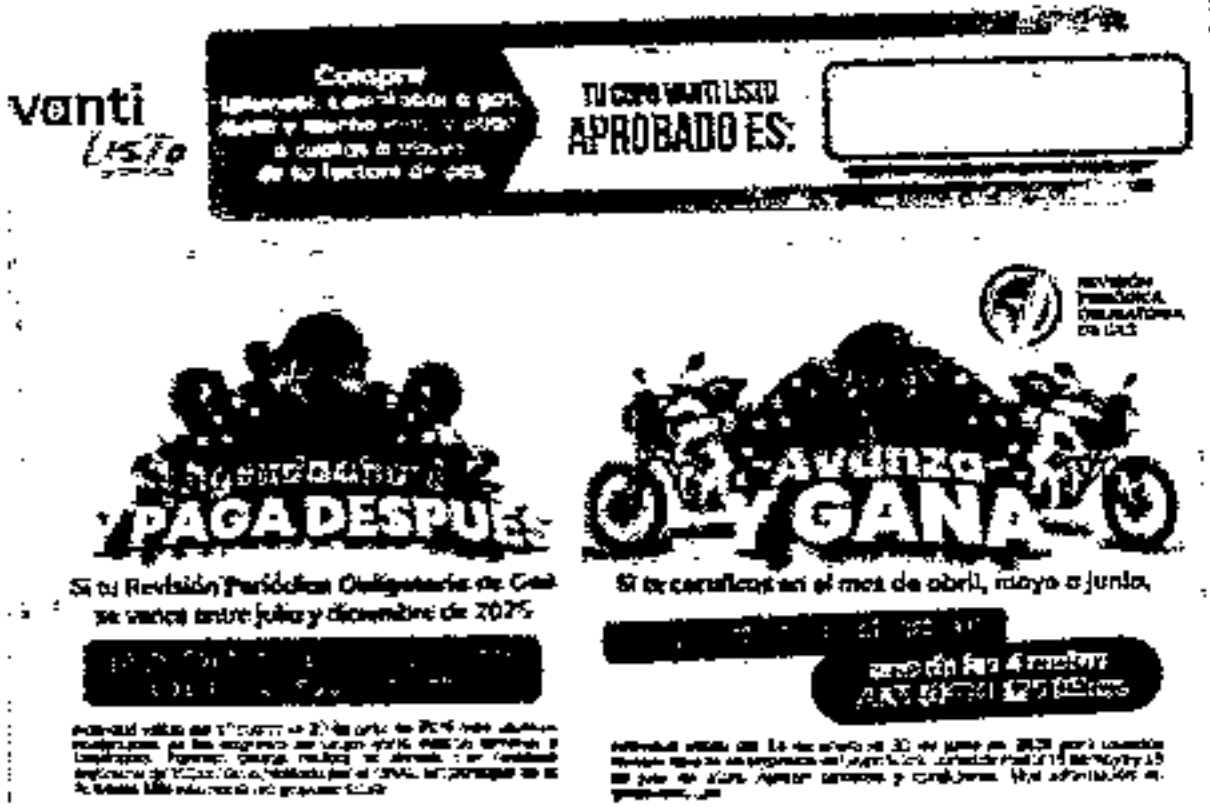
vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5007117-2345729

Lote: P14GN Ruta: 0011460241089005200 Código del Sector: 332

Cuenta o referencia de pago 63246577

87931 F

C1



Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

Atención telefónica
Lunes a viernes 7 a.m. a 8 p.m.
Sábado 7 a.m. a 1 p.m.

Línea gratuita 01 8000 942 794
Bogotá (601) 307 6171
Barranquilla (607) 386 4755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones en solucede.com

Línea de WhatsApp 315 416 4164

Mi Vanti en línea
https://mi.grupovanti.com/

Por favor, no [illegible]

126
63

Factura de cobro — Marzo 2026

Cuenta o referencia de pago 03216577

Vanti

Fechas importantes

1 Pago oportuno: 01 Abr. 2026

2 Fecha de suspensión: 08 Abr. 2026

3 Periodo facturado: Feb. - Mar. 2026

4 Emisión de la factura: 20 Mar. 2026

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario ($)	Dcto. (C)	Subtotal Concepto
GAS CONSUMIDO	15M3	$ 3.193,11	$ 0,00	$ 47.911,56
VALOR BUSINESS [M3]	15M3	$ 2.510,91	$ 0,00	$ 37.663,70
AJUSTE DECENA	15M3	-5,34	$ 0,00	-80,01
Impuesto Nacional a la Gasolina y el ACPM	15M3	$ 1.486	$ 0,00	$ 22.290

1 - Total $34.020,00

Tus financiaciones

Tasa de interés/Conceptos	Cuota N°	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A

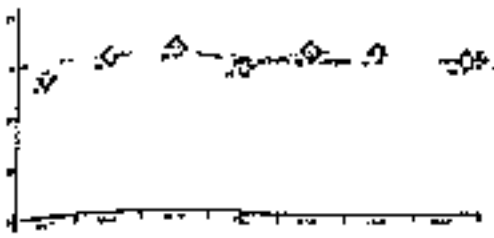
2 — Total $0,00

3 — Valor facturas vencidas: $0,00

Total a pagar: $34.020,00

Pago por

Tus últimos consumos



Datos de medición

Fecha de lectura actual — Periodicidad: Bimestral — Días de consumo: 29

Fecha	Lectura	Tipo
27 Feb. 2026	3007	REAL
27 Ene. 2026	2900	REAL

Consumo = 3030 - 3007 * Factor de corrección = 15

Tu próxima lectura será: Entre el 13 y el 16 de Abril

Novedades de tu factura

Con corte:

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $79.134

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria: 30 Oct. 2027

Agenda tu RPO aquí

Tarifas

Componentes tarifarios

Factor de corrección

Indicadores de calidad



Powered by CamScanner

HC 359 E.D.

990000013885403

FECHA 3-04-25

LUGAR DE LA CIRUGIA:

TIPO DE CIRUGIA: C-HC_ REC_ ESE_ RELAS_ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Bigotes

RAZA: Blanco Negro

ESPECIE: CANINO_ FELINO X SEXO: HEMBRA_ MACHO X EDAD: Mestizo 2 años PESO: 4Kg

RAZA DE NUMERO LOGRAL SI__ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI__ NO X

AGRESIVIDAD__ MIEDO__ ANSIEDAD__

OTROS: _____

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI__ NO X

TIPO DE ALIMENTACION: HUMA__ CASERO__ CONCENTRADO X MIXTO__ CUAL _____

ORIGEN: MASCOTA__ ATROPELLADO X COMPRADO__ ADOPTADO__ REGALADO__ PERRO DE CUADRA__ OTRO__

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Dayan Ximena Hernandez Goyeneche

DIRECCION: CL 137A No 129 67

TELEFONO 3006707950

CEDULA: 1019029517

SEXO: F.X.

NACIONALIDAD: Colombiana

CORREO ELECTRONICO: dayis.hernandez@outlook.es

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Tecnico

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA X ARRIENDO__ FAMILIAR__

TIENE ASESORIA OCUPACIONAL SI__ NO X CUAL?__

BARRIO: Tibabuyes Universal

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ 71

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

APTO PARA CIRUGIA: SI X NO__

ULT. CELO: N.A

ULT. DESPARASITACION: Feb 25

ULT. VACUNACION: MOQUILLO PARVO HEPATITIS RABIA: ESPIROQUETOSIS: LEPTOSPIROSIS: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA:

ESPIROQUETOSIS: Feb 25 LEPTOSPIROSIS: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: Feb 25

4. EXAMEN CLINICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD PERIODONTAL SI__ NO X SISTEMA CARDIOVASCULAR AFECTADO: Ninguno

HALLAZGOS PATOLOGICOS: Ninguno

CLASIFICACION ASA: I X II III IV V VI

CONDICION CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

FC: 164 l/m FR: 31 l/m TEMPERATURA: 38,1 °C TRC: 1 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. PREMEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		OBSERVACIONES
PREANESTESIA	ALFAZINA	0.2 ml	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0.4 ml	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☒
	MIDAZOLAM	___ ml	0,1 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTESICO	PROPOFOL	1.4 mL	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G B.O.	0.25 ml.	33.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.04 ml	0,2 mg/kg SC

OBSERVACIONES FARMACOLOGICAS: Ninguno

En calidad de [illegible] declaro que he recibido la información suficiente y clara sobre el procedimiento anestésico a realizar, los riesgos y beneficios del mismo, la información suministrada sobre el estado de salud de mi mascota y he tenido la oportunidad de preguntar sobre todos los aspectos que no comprendí. ACEPTACION X RECHAZO ___ para la realización de los procedimientos con anestesia general o sedación.

NOMBRE Y FIRMA DEL MVZ ESTUDIANTE: Monica Vc. Vazquez Milan

TARJETA PROFESIONAL: Médica Veterinaria TP. 11804

FIRMA: MV

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO: Yennifer Gutiérrez Romesque

TARJETA PROFESIONAL: Médica Veterinaria - Zootecnista TP. 33358

FIRMA: GR

HISTORIA CLÍNICA Y PROCESOS QUIRÚRGICOS

Ordenación: [illegible]

Las Vegas

SUIA

7. 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 Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será intervenido mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como sangrados, reacciones alérgicas a medicamentos, anestésicos o cardíacos, hemorragias, infecciones, problemas gastrointestinales, 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 han explicado los riesgos que se pueden presentar. Se explica de igual manera que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que pueden extenderse en la zona de implantación, y se identifica como: inflamación en el punto de unión, además de posible infección en el área por el uso posterior de tijeras, pinzas, gasas, aplicador de grapillas, bastones y otras sustancias que limiten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a su implantación.

De igual manera autorizo al medico 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 cobertura realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente declaro haber explicado y 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 cualquier reclamación alguna, en cuanto de toda responsabilidad a implantación y al equipo médico que realizo el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, con probabilidad de ocurrencia es baja, las cuales son informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado mi autorización verbal y escrita sobre el estado de salud de mi animal de compañía, en ningún estado las alteraciones y he faltado y comprendido toda información suministrada en este documento

En calidad de tenedor/propietario del paciente, AUTORIZO al Médico Veterinario y/o Auxiliar Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

CONSENTIMIENTO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente todas las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y cuidados que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía,

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía, declaro eximir de responsabilidad a la Universidad de Santander UDES, Sede Bucaramanga en la municipalización con el animal de compañía, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impresuba y al equipo Médico Veterinario asistencial de cualquier clase de daños que pueda surgir.

Firma del Propietario/Tenedor:	Tipo de Identificación:
*Dayan Hernandez.	*1014079517.

Yo, _____ _____ identificado con CC No _____ _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía.

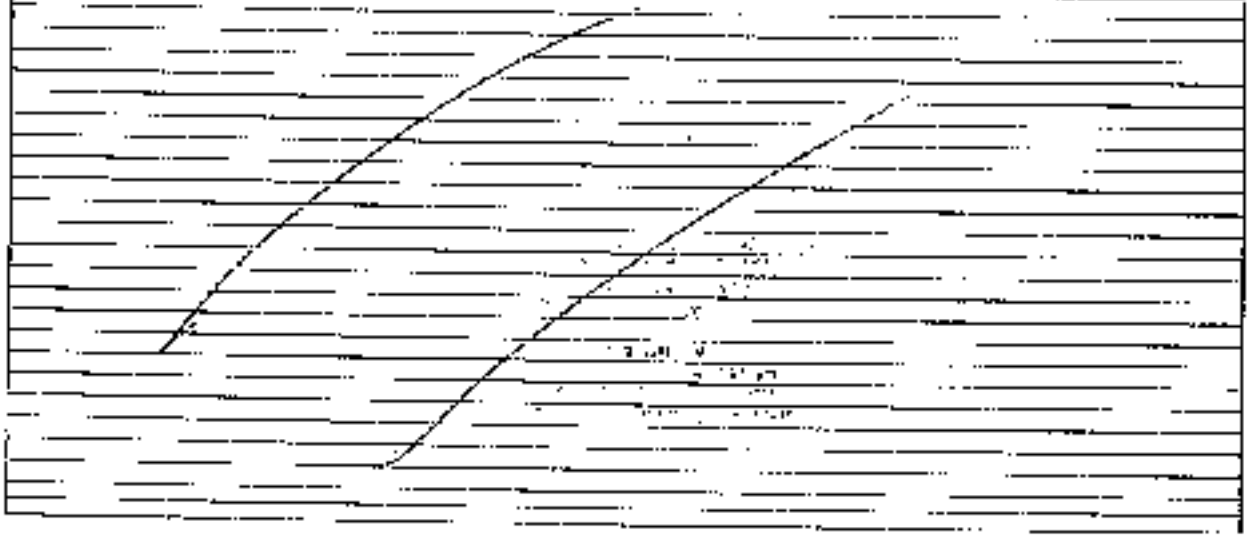
RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación:	

8. CONTROL RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Salon Comunal Gaitana FECHA: 21-04-25 HORA: 10 am

OBSERVACIONES:



REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

1.019.029.517

NUMERO

HERNANDEZ GOYENECHE

APELLIDOS

DAYAN XIMENA

NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 16-ENE-1989

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

17-ENE-2007 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

0-1500111-47150611-F-1019029517-20070423 03037 07110A 02 227439181

enel | Bogotá

Para pagos y consultas su número de cliente es: **0736903-3**

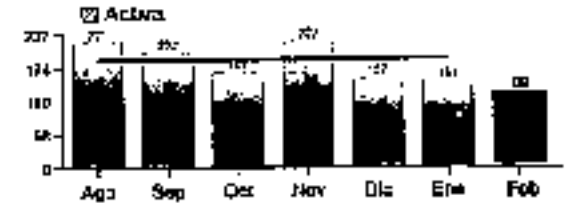
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 3410000658-2

CLIENTE

HERNANDO CARVAJAL MARQUEZ
CL 137 A NO 129 - 67
BOGOTA, D.C. - TIBABUYES UNIVERSAL

07 7035 7134 / 014-4214010

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $883,90

CONSUMO DIARIO: 4,71 kWh

VALOR PROMEDIO $2.209

PERÍODO FACTURADO: 04 DIC 2025 A 04 FEB 2026

DÍAS FACTURADOS: 62

CONSUMO MES: 292 kWh

¡Entérate cuáles son los días de LECTURA DE TU MEDIDOR y su CONSUMO de energía que encuentra dentro de la factura!

Te lo explicamos en Enel.

Entiende tu factura de energía.

Revisa siempre los siguientes ítems:

- Historico de consumo
- Periodo facturado
- Consumo kWh
- Cobro de otros servicios

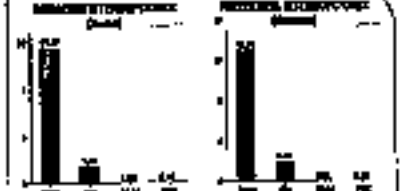
Conoce más en nuestra página web o escaneando este QR



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA:	4,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	[illegible]
RUTA LECTURA:	[illegible]
NOMENCLATURA DE LECTURA:	[illegible]
MEDIDOR No.:	[illegible]
MEDIDOR No.:	[illegible]

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Regístrate gratis

Ingresa a la página Web

Descarga nuestra App Enel Colombia

CANALES PRESENCIALES DE ATENCIÓN AL CLIENTE	CUPONERAS	TERMINALES
Bogotá, Cundinamarca y Cundinamarca 601 6 015 115	115 Puntos a nivel nacional	601 Puntos a nivel nacional

DIRECCIÓN DE CORREO

https://www.enel.com.co/es/personas/servicios-en-linea/contactenos.html

LOS SEGUROS DE ENERGÍA

Es importante que apliques por ahorrar todos los días porque que no vas a saber, si no se pueden apagar te recomendamos configurarlos de modo ahorro de energía.

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

APP Enel Bancolombia, Internet, Teléfono Enel, Débito Automático, Cajeros Electrónicos, APP Enel Efectivo Colombia, Botón de pago Bancolombia, Botón de pago Daviplata

Cámara Virtual

Daviplata, Bancolombia, MOVII, Nequi, Efecty

Corresponsales Bancarios

CONRED, Jet Mall, El Raval, Supergiros, Su Red, Efecty

Red Física

Apoteosis, Almacenes de Cadena, Alkosto, Alkomprar

Centros de Servicio

Apoteosis, enel

Código QR

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROACTIVA EMPRESAS DE SERVICIOS DISTRITO S.A.S. E.S.P.	TV 69 B # 64 A - 45
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P.	Avenida Boyacá # 6 B - 25
ASEO CAPITAL EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS DE CAPITAL S.A. E.S.P.	Calle 72 B # 64 - 51 Local 123-124

Línea de servicio al cliente 115

COMPROMISOS Y ACUERDOS / Compromisos del cliente:

FECHA GENERACIÓN: 05/02/2026 01:54:12
FECHA CONDICIÓN: (illegible) 14:08:29

CLOE: [illegible]

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación S.A.S. | Nit: 830.113.831-0 | Resolución DIAN No. 18764000001 de 2019/01/11 | Prefijo: FEBC | Rango: 1 - 1000000 | Vigencia: 12 meses

Factura Electrónica de Venta | Versión: UBL 2.1 | Perfil: DIAN 2.1: Factura Electrónica de Venta | Ambiente: 2 - Habilitación | Página 1 de 1

HISTORIA CLÍNICA No. 990000013796506

FECHA: 3-04-25

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Max

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO HEMBRA ___ MACHO X | RAZA Mestizo | EDAD 1año | PESO: 3,7Kg | RAZA DE MAYOR RIESGO ESPECIAL SI ___ NO X

CARNET DE VACUNACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE OBSERVACIONES: SI ___ NO X

AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___ OTRO: ___

POSIBILIDAD DE APARIENTE MALTRATO SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: CASERA ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___

ORIGEN: PROPIO ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO X REGALADO ___ PUNTO DE CAPTURA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL CIUDADANO RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Valentina Moreno Gonzalez | DIRECCIÓN: CL 132A 131 70 Pi 2 | TELÉFONO: 314-7386615

CÉDULA: 1233902749 | SEXO: F | NACIONALIDAD: Colombiana | CORREO ELECTRÓNICO: Valentinamoreno27@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller | TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO X FAMILIAR ___ | SE ENCUENTRA EN MOMENTO DE VULNERABILIDAD SI ___ NO X CUAL?

BARRIO: (Tosa) Toscana | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: SUBA | UPZ: 71

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

APTO PARA CIRUGÍA: SI X NO ___

U.S.T. CELO	U.S.T. DESPARASITACIÓN	U.S. VACUNACIÓN: HEXA X CANINOS FELINOS	RABIA: HEXAVALENTE:	PARVOVIRUS: PENTAVALENTE:
N.A	N.R	FECHA DE ÚLTIMA DOSIS:	CELULOSA:	FARINGOTRAQUEITIS FELINA: RABIA:

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X | SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

FALLA PARA ENDOCRITADOS: Ninguno

CRASPEDACRIOSIS: 0 | CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 162 Lpm	F. RESPIRATORIA: 30 rpm	TEMPERATURA: 38,7 °C	TRC: 1 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.185 mL	1 mg/Kg IM
	KETAMINA	0.37 mL	5 mg/Kg IV ☐ 10 mg/Kg IM ☒
	FAMOTIDINA	___ mL	0.1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1.295 mL	2 mg/Kg IV
POSTOPERATORIO	PENICILINA G.S.A.	0.259 mL	17 000 UI/Kg IM
	MELOXICAM	0.037 mL	0.2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), certifico que he explicado a el/la propietario(a) del paciente arriba citado, informándole sobre el procedimiento quirúrgico y especificando los riesgos inherentes a la Cirugía a realizar con la Clínica Veterinaria Centro Canino Felino Bienestar Animal, quien tomó Decisión de aceptar y autorizar su ACEPTACIÓN X RECHAZO ___, para la realización del procedimiento con mi mascota descrita en esta historia clínica.

RESPONSABLE DILIGENCIA(M) ENTUBACIÓN: Mónica Vázquez Millán
TARJETA PROFESIONAL: Médica Veterinaria TP. 11804

NOMBRE DEL/LA ANESTESIÓLOGO: Yennifer Gutiérrez Nomesque
TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358

FIRMA: MG 96

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será atendido mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como: paro respiratorio o cardiaco, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones metabólicas e incluso la muerte.

Adicionalmente manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y de algunos riesgos que se pueden presentar. Se realiza debido que durante la implantación del microchip puede generar alergias o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de aplicación, edema por posible infección en el área por el uso inapropiado de factores, jabones, talcos, aplicación de antiguos, baños secos y otras patologías que surgen y contaminen el chip, debido de la mala manipulación a posteriores a la implantación.

Del igual manera autorizo al médico veterinario 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 mayor de edad y ACEPTO _X__ o RECHAZO_____ la realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa). Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, los complicaciones que pueden presentarse en el procedimiento, por lo que asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y no derecho a controversia alguna. Eximiendo de responsabilidad a la empresa contratista y al equipo médico que realizará el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, la cual ha sido informado, he comprendido y aceptado.

He comprendido que he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis respuestas han sido sinceras 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 Auxiliar Veterinario para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir juiciosamente 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, eximiendo a la Alcaldía Local de Suba, Inspectores y el cuerpo médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Nombre del tenedor/responsable:	Tipo de identificación:
Paulina Ramirez. S	1233907749

Yo _____ identificado con CC. No. _____ En pleno uso de mis facultades mentales, me COMPROMETO a realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. Raza: _____

Nombre del responsable/Tenedor:	Firma:
Num. Identificación:	

8. CERTIFICADO DE PERDIDA

LUGAR: Salon Comunal Gaitana | FECHA: 21-04-25 | HORA: 10 am

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

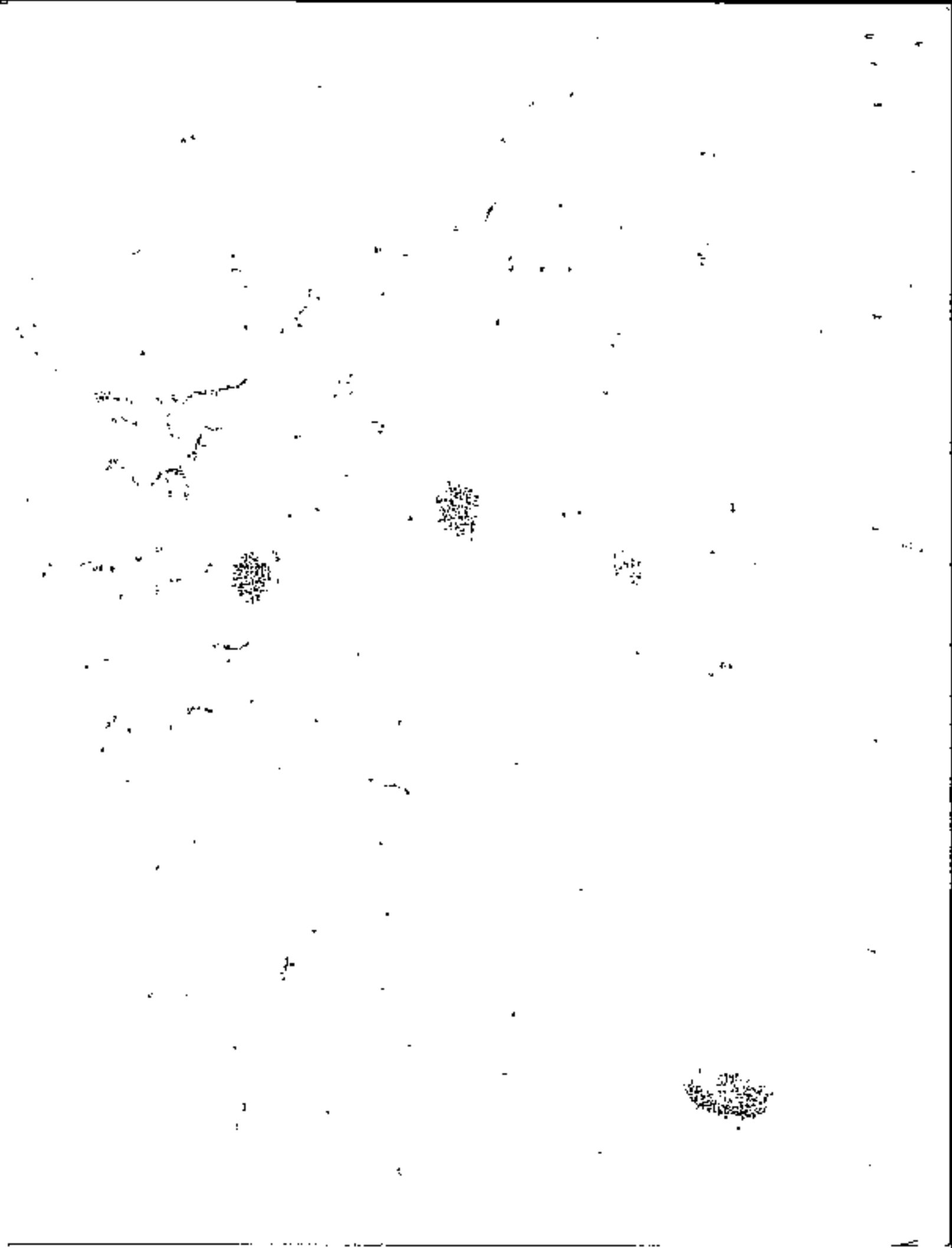
NUMERO 1.233.902.749
MORENO GONZALEZ

APELLIDOS
VALENTINA

NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 10-JUL-1998
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.54 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
16-NOV-2018 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL



acueducto
AGUA ALCANTARILLADO BOGOTÁ

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá ESP
NIT 899999094-1

Para el reporte ZONA 1 CICLO: J1 RUTA JR1378 BIMESTRAL

12230276	407087560 16
Cuenta contrato Núm. de identificación de este predio	Número para pagos Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el contenido asociado a esta factura

Periodo facturado	ENE/04/2026	MAR/04/2026

Pago oportuno ABR/07/2026 Suspensión ABR/10/2026

Fecha próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
MAY/31/2026	MAR/23/2026 04:17:20	MAR/22/2026 11:16:52

¡Hola!

Factura a nombre de
CARLOS ALBERTO FAJARDO ACOSTA

Dirección del predio
CL 132A 131 20 PI 2

Barrio: TOSCANA Localidad: SUBA

Matrícula de condominio

Datos adicionales del predio

Clase de uso:	Residencial
Estrato:	2
Unidades Habitacionales:	1
Unidades No Habitacionales:	0

¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambió
Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.

En este periodo **consumiste la misma cantidad de 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, pregunta la factura y realiza tu pago a través de internet.

Líneas 116 Acueducto

cadena

HISTORIA CLINICA
HC-939750

PACIENTE: 990000013796516

FECHA: 3 abril 25

LUGAR DE LA CONSULTA:

ESPECIE TENEDOR: CIC ___ REC ___ CES ___ BOVINA ___ COMPANIA X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Tulio

COLOR: Beige

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: mestizo EDAD: 8 meses PESO: 2,5 kg RAZA DE MAYOR CUIDADO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X

AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIOSO ___ OTRO: ___

SOSPECHA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACION: NB/NR ___ CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ CUAL: ___

ORIGEN: NACIO ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO ___ ADQUIRIDO X PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL CONTACTO RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Durlandy Irene Serrato Garcia

DIRECCION: Dg 146 128 53 167 001

TELEFONO: 3103137148

CEDULA: 20701988

TIPO: N ___ X

NACIONALIDAD: Colombiana

CORREO ELECTRONICO: Durly9981@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Profesional

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA X ARRIENDO ___ FAMILIAR ___

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X CUAL: ___

BARRIO: Compartir de Suba

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

APTO PARA TITULAR: SI X NO ___

ULT. VACU: no aplica

ULT. DESPARASITACION: Febrero 25

ESQUEMA DE VACUNACION: COMPLETO X PARCIAL ___ INCOMPLETO ___

TRIPLE: ___ TRIPLE FELINA: ___ RABIA: ___

PACIENTE: TIENE PEDIGRI: ___ SEDUCIDO: ___

4. EXAMEN CLINICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X SISTEMAS O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACION ASA: I II III IV V VI E

CONDICION CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PRE-QUIRURGICAS

F. CARDIACA: 171 l/m F. RESPIRATORIA: 36 r/m TEMPERATURA: 39,3 °c TLLC: 1 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: (No) Ninguna

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	KETAMINA	0,125 ml	5 mg/Kg IM
	KETAMINA	0,25 ml	5 mg/Kg IV ☐ 10 mg/Kg SC ☒
	MIDAZOLAM	___ ml	0,5 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTESICO	PROPOFOL	0,625 ml	2 mg/Kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G.S.A.	0,125 ml	17.000 UI/Kg SC
	METOXICAM	0,025 ml	0,2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En caso de [Diagnóstico Anatomopatológico], declaro haber entendido el procedimiento a realizar, el [Tratamiento/Cirugía] propuesto, los riesgos relacionados con la [Hospitalización/Cirugía], así como la información suministrada por [Nombre del Médico Veterinario]. Este [Tratamiento/Cirugía] es voluntario. ACEPTACIÓN X RECHAZO ___ para constancia, se firma en presencia de [Nombre del Médico Veterinario].

NOMBRE(S) DEL(OS) MV ESTUDIANTE: TARJETA PROFESIONAL: FIRMA: MV

Mónica Vc. Vázquez Millán
Médica Veterinaria
TP. 11804

NOMBRE DEL MV ANESTESIOLOGO: TARJETA PROFESIONAL: FIRMA: CG

Yennifer Gutiérrez Numesque
Médico Veterinario - Zootecnista
TP. 33358

7. 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 Ovariohisterectomía/Orquiectomía en mi(s) mascota(s) de mi propiedad de compañía. Declaro que al autorizar la intervención, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como cualquiera relacionados con anestesia, hemorragia, reacciones anafilácticas, complicaciones metabólicas 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 acerca los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar alergias o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de perdón, además de posible infección en el sitio por el uso posterior de tatuajes, jaimas, aretes, aplicación de antibióticos, baños secos y otras curanderías que limiten y comprometan la tesis, 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.

Después de conocer y ACEPTO_X__ o RECHAZO _____ la declaración realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cobra el programa) Autorizo voluntariamente se me han explicado y entendido todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por lo cual asumo con su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a compensación alguna, exonerando de toda responsabilidad a empresas y al equipo médico que realiza el procedimiento. 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 en las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir responsablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y cuidados que sean necesarios para evitar complicaciones en mi animal de compañía

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía, después de la intervención tomaré los riesgos y daños que se puedan presentar por ningún motivo responsabilizo en la manipulación con mi animal de compañía, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impactos ss y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
	7203 1388

Yo, _____ _____ _____ Identificado con CC Nro _____, En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me RETRACTO de realizarle intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización) de mi animal de compañía.
RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación:	

8. CITA DE CONTROL DE PUNTOS

USAR: Salón Comunal Gaitana | FECHA: 21-04-25 | HORA: 10 am

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 20701388

APELLIDOS SERRATO GARCIA

NOMBRES DURGANDY IRENE



FECHA DE NACIMIENTO 09-SEP-1980

LA PALMA

(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

01-JUN-2000 LA PALMA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

Inscríbete para recibir
tu factura
como recibo 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/

PSE

Botón PSE

Botón Bancolombia

Recuerda que puedes pagar las facturas de gas o varios diligencia consecutivos en una sola transacción

Escanea para pagar tu factura

» Pagos electrónicos en otros entidades

Redeban · Itaú · Bancolombia · BBVA · Davivienda · Banco Agrario · Banco de Occidente · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Daviplata · Apple Pay · dale!

*Permite adicionalmente inscripción o débito automático.

Síguenos en nuestro redes sociales como @grupovanti y conoce nuestras iniciativas.

Puntos Presenciales

- Corresponsales Banco BBVA
- Corresponsales Scotiabank Colpatria
- Corresponsales Grupo Aval
- Corresponsales Banco Davivienda
- Red EFECTY
- 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.

¡Hola!

vanti

CONSTRUCTORA COLPATRIA CONSTRUCTORA COLPATRIA formas de avanzar
DG 145 128 59 162 90001 - COMPARTIR DE SUBA
BOGOTA

Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5077101-1091670

Lote: PCHGN Ruta: 3011727076061000S010 Código del Sector: 279

Cuenta o referencia de pago: 61366447

vanti Listo

Compra televisor, celular(es) regalo, moto y mucha más, y paga a cuotas a través de tu factura de gas.

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:

$ 4.900.000



CON VANTI LISTO
REGRESA
SUPER LISTO A CLASE Y
GANA UN COMPUTADOR

vanti Listo

Escanea el código QR y participa ya!

Usando tu cupo Vanti Listo por un monto igual o superior a $2.500.000*

Promo válida del 13 de enero al 28 de febrero de 2025

Paga a cuotas a través de tu factura de gas natural

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gasoriente S.A. ESP. Conoce más de la campaña ingresando a grupovanti.com/vantilisto/colaboradores. Vanti Listo es la marca que identifica el cupón de financiación no bancario otorgado por el Grupo Vanti. Aplican restricciones señaladas en la política de financiación consultada en grupovanti.com/vantilisto/colaboradores. Campaña válida entre los días 13 de enero hasta el 28 de febrero de 2025 o hasta agotar existencias, se entregarán en total 10 computadores.

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
Barrancabermeja (607) 585 4755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4161
Mi Vanti en línea
https://mi.grupovanti.com/

Recuerda registrar tu correo electrónico para recibir correos de acuerdo a la Ley 2300 de 2023.

Factura de gas

Febrero 2025

Cuenta o referencia de pago: 61366447

BOGOTA

NIT: 800 037 800-8
Vanti S.A. ESP
www.grupovanti.com

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

① Pago oportuno	② Fecha de suspensión	③ Periodo facturado	④ Emisión de la factura
25 Feb. 2025	26 Feb. 2025	Ene - Feb. 2025	13 Feb. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	6.03	3.370,16	0,00	20.325,26
FIJO	1 UN	4.041,00	0,00	4.041,00
AJUSTE DECENA	1 UN	1,72	0,00	1,72

① Total: $24.270,00

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota Nº	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A+B

② Total: $0,00

③ Valor facturas vencidas

$0,00

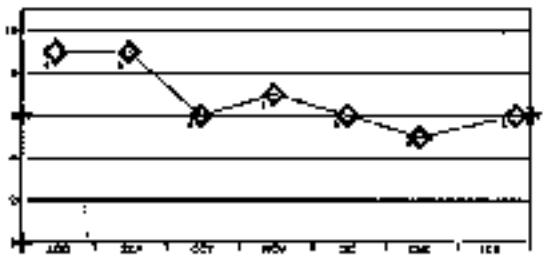
Total a pagar ①+②+③

$24.270,00

Pago por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial - Estrato/Cat. Tres - Días de consumo 31

Fecha	Lectura	Tipo
12 Ene. 2025	2880	REAL
11 Feb. 2025	2908	REAL

m³ consumidos: 2908 - 2880 = Factor de corrección = 0

Tu próximo lectura será Entre 07 y el 12 de Marzo

Novedades de tu factura

Date empresas a una tarifa razonable haciendo un aporte voluntario en www.grupovanti.com, valor sugerido $ 2427

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor en la necesidad $70.254

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Dic. 2025

La revisión de la instalación interna es responsabilidad y costo exclusivo del usuario conforme a la regulación vigente. Resoluciones CREG 067 de 2014 y 015 de 2017.

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del M³ de gas está más en de $3371

Nov. $2362 Dic. $2382 Ene. $2460

Tu factura está regulada por la Comisión de Regulación de Energía y Gas (CREG).

Componentes tarifarios

Consumo: 31 Días; $/M³ 0; Días 2880.00; Días 2880.00

Cargo: 31; Figura 42.00; $/M³ 0.0; $/M³ 0.0

Tu consumo en el de gas aquí es...

$/M³ 0 precios vigentes del 01/Ene $/M³ 0

Factor de corrección

Vm: 0; Kr: 0.7972; Pt: 1.0000; Pb: 0.7971; Vb: 0; Tb: 15; Tf: 0; Pf: 0.7971; Fc: 1.0000; Pb: 0.795; Pm: 1.000; P m: 1.0

Factor de corrección: $ 0.00

Indicadores de calidad

PCS: 1000; DTS: 0.0; Ks: 100.0; IPC: 100.0



(415)7703958028025(8020)61366447(3900)000000024270

Factura No. Pruebas.com

HC: 999...

FECHA: 3-04-25

990000013796520

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Shay

COLOR: Atigrado

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 1año | PESO: 4,4Kg | RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VACUNACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X

AGRESIVIDAD: MIEDO ___ ANSIEDAD ___ Otro ___

EVIDENCIA O APARENTE MALTRATO: S ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: CASERA ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ Otro ___

ORIGEN: H/R: RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO X Tiempo en ___ PERIODO DE CUIDOS ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRE Y APELLIDOS: Mercedes Andreina Arcangel Morillo Henriquez

DIRECCIÓN: Kr 123 131 61 607 00303

TELÉFONO: 3233419039

CÉDULA: 804866

EDAD: 27

NACIONALIDAD: Colombiana

CORREO ELECTRÓNICO: mercedes502@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRENDADO X FAMILIAR ___

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: S ___ NO X ¿Cuál?

BARRIO: Tibabuyes

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

APTO PARA CIRUGÍA: NO ___ SI ___

ÚLT. CELO: N.A

ÚLT. DESPARASITACIÓN: Marzo 25

ÚLT. VACUNACIÓN: CANINOS: RABIA: ___ PROVALENTE: ___ TRIPLE: ___ FECHA/VENCE: ___

PERROS: TRIPLE FELINA: ___ LEUCEMIA: ___ PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: ___

FECHA: Marz 25

4. EXAMEN CLÍNICO

SIGNOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X | SOSPECHA DIAGNÓSTICA: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: I X II III IV V VI | CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PRIQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 167 /m | F. RESPIRATORIA: 34 /m | TEMPERATURA: 38,2 °C | TLC: | MC: | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN	VOLUMEN	DOSIS/VIA/FRECUENCIA
PREANESTESIA	XILACINA	0,22 ml	1 mg/Kg IM
	KETAMINA	0,44 ml	5 mg/Kg IV X 10 mg/Kg IM X
	MIDAZOLAM	___ ml	0,1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1,5 ml	2 mg/Kg IV
POSTOPERATORIO	PENICILINA G L.A	0,309 ml	40.000UI/Kg IM
	MELOXICAM	0,044 ml	0,2 mg/Kg SC

OTROS/OBSERVACIONES: Ninguno

Yo (Cuidador/Acudiente/Propietario), autorizo de forma consciente como constancia de haber brindado la información completa sobre el procedimiento quirúrgico y procedimientos relacionados a realizar a mi mascota, así como la aceptación de los riesgos relacionados con la anestesia y/o procedimiento quirúrgico, además confirmo la veracidad de la información suministrada. ACEPTACIÓN: SI X NO ___ para tomar muestras de piel y procedimientos con fines académicos.

NOMBRE Y APELLIDOS MÉDICO VETERINARIO: Mónica Vc.azquez Milán
PERSONA PROFESIONAL: Médica Veterinaria TP: 1804

FIRMA:

NOMBRE Y APELLIDOS AUXILIAR: Yennifer Gutiérrez Hernesque
TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358

FIRMA:

7. 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 Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será sometido mi animal de compañía. El doctor me explicó en forma clara y comprensible que existen pequeños riesgos durante la cirugía como son: paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones anestésicas o patologías propias de la edad.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y precisa la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y entiendo los riesgos que se pueden presentar. Se me ha explicado que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas como 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 concomitante de tuciones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños con shampoo y otras sustancias que irriten y contaminen la zona donde se implantara.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la amputación del muñón de cola, de mi animal de compañía, igualmente acepto el cumplimiento de mis deberes como tenedor, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y ACEPTO _X__ o RECHAZO _____ la declinación realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me han explicado y entendido, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumiré su total responsabilidad de la cirugía y de cualquier complicación alguna, exonerando de toda responsabilidad a Inspecsa y al equipo médico que realizará el procedimiento. También entiendo que algunas situaciones no previstas así, haya actuado con diligencia y cuidado profesional.

En consecuencia, he dado una información veraz y oportuna 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 Medico 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 las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y cuidados que sean necesarios 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 graves que se puedan presentar con exigencia o negligencia en la manipulación con mi animal de compañía, comparendo a la Alcaldía local de Suba, Inspecsa y al equipo Médico Veterinario encargado del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Hernandez Portillo	80'494

Yo, _____ identificado(a) con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía.

RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación:	

8. ACTA DE ENTREGA DE PUNCOS

LUGAR: Salón Comunal Gaitana | FECHA: 21-04-25 | HORA: 10' am

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN

No. 804866

COL

MORILLO HENRRIQUEZ
APELLIDOS

MERCEDES ANDREINA ARCANGEL
NOMBRES



VEN
NACIONALIDAD

F
SEXO

26496273
DOCUMENTO

01-01-1999
FECHA DE NACIMIENTO

11-05-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO

FIRMA

E1766511

INDICE DERECHO

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria

Juan Francisco Espinosa Palacios
Director General de Migración Colombia

MIGRACIÓN
www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL804866<<<0<<<<<<<<<<<<<<<
9901018F3105308VENE1766511<<<7
MORILLO<HENRRIQUEZ<<MERCEDES<A

Enero 2025

Referencia de pago: 61314432

vanti

Fechas importantes

1 Pago oportuno: 10 Feb. 2025

2 Fecha de suspensión: 14 Feb. 2025

3 Periodo facturado: dic. - Ene. 2025

4 Emisión de la factura: 28 Ene. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal (A)*(B)+C
CARGO DE SUBSIDIO	1 UND	30.000,00	0,00	30.000,00
VENTA SUBSIDIO (50%)	1 UN	-15.484,30	0,00	-15.484,30
AJUSTE DECENA	1 UN	-15,70	0,00	-15,70

1 Total: $15.480,00

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota #	Capital A	Interes B	Subtotal C=A

2 Total: $0,00

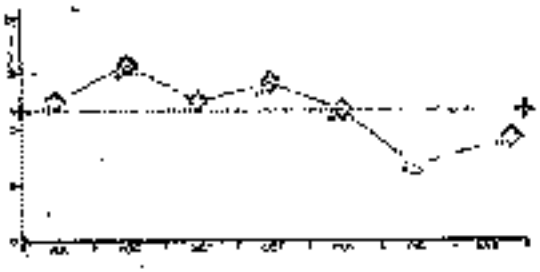
3 Valor facturas vencidas: $0,00

Total a pagar 1+2+3: $15.480,00

Pago por

Escanee el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial — Estrato 1 — Días de consumo: 33

Fecha	Lectura	Tipo
28 Dic 2024	3770	REAL
28 Ene 2025	3784	REAL

Consumos: 3784 - 3770 * Factor de corrección = 11

Tu próxima lectura será: Entre 16 y el 25 de Febrero

Novedades de tu factura

Saldo anterior $0,00

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión: $66.100

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria: 31 Jul. 2026

Agenda tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de: $2480.

Opt. $2250 Resi. $2352 Dia. $2585

Tarifa regulada por la Comisión de Regulación de Energía y Gas (CREG)

Componentes tarifarios

Cu: 1285.23	Tm: $1640	Dm: $2358	Cm: 0.0
Pr: 61.58	Cvm: 0.0	Cvfm: 38	Cmm: 0.0
Lm: 0.0	Aporte: 42.675	Cvfm: 0.0	Dm: 0.0

Factor de corrección

Vm: 14	Pcs: 1.05762	Fc: 1.06852	Tc: 0.73415		
Vc: 15	Tm: 1.055	Tc: 0.935	Pa: 1.0		
Fc: 1.329	Pm: 0.0234	Pa: 1.0			

Factor de corrección: 0.77275

Indicadores de calidad

DIUF: 100.0 DIUFC: 0.0 IU: 100.0 IUC: 0.0

(415)7709989000E025(8020)3 3 4432(3900)0000000015480

Para información sobre el uso de sus datos personales consulte nuestra política de tratamiento de datos personales en www.vanti.co

Por favor doble y rasgo para abrir la factura

Escríbenos a tu factura de manera digital

tu factura de manera digital

Escanea el código QR, diligencia el formulario y empieza a recibir tu factura de manera digital.

...ta tu factura ...
y pagala ... tra...
... Bancolombia o PSE.

Tan fácil tenerlo, tan fácil y seguro que es pagarlo.

Solicita tu factura en línea aquí



Mundo digital Vanti

Paga a través de nuestra página web
www.grupovanti.com/pagos-en-linea/

Pagos electrónicos en otros entidades

Botón PSE

Botón Bancolombia

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, este debe ser girado únicamente a favor 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 puntos para agendar tu cita

CAPITAL SOLUCIONES DE COMERCIALIZACIÓN S.A.S. NIT. 900.095.374

¡Hola!

AGUSTIN LEON
KR 123 131 61 B07 50303 - TIRABUZÓN
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 3057101-35203

Lote: P18GV Ruta: 3011770161012E005100 Código del Sector: 281

Cuenta o referencia de pago 61314432

vanti Listo

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 4.400.000**



vanti

CON REGRESA A CLASE Y SUPER GANA UN

Escanea el código QR y participa aquí

Usando tu cupo Vanti Listo por un monto igual o superior a $2.500.000*

Premio válido del 13 de enero al 28 de febrero de 2025

Paga a cuotas a través de tu factura de gas natural

Kalley · Alkosto · Mercado Electrónico

Vanti S.A. E.S.P. es una sociedad de Promigas S.A. E.S.P., Gas Natural del Oriente S.A. E.S.P. y Gases de la Guajira S.A. E.S.P. Consulta T&C de la campaña ingresando a grupovanti.com/Nivel-Socio-Vanticomo. Vanti Listo es un producto del portafolio de servicios de Promigas S.A. E.S.P. y Gases del Caribe S.A. E.S.P. ofrecido por el Grupo Vanti. Aplica para nuevos usuarios de Vanti S.A. E.S.P. en la prueba de financiación controlada en grupovanti.com/vanti-listo/. Cómprelo solo entre los días 13 de enero hasta el 28 de febrero de 2025 a través de nuestros canales de atención. Sujeto a aprobación crediticia. Consulta términos y condiciones en Línea 01 8000 919 052.

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) 695 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 la empresa de tu preferencia para comercializar tu energía (Ley 2030 de 2020).

Por favor doble y rasgo para abrir la factura

HISTORIA CLÍNICA No. [illegible]

VOUCHER: 990000013796503

FECHA: 3-04-25

CÓDIGO INT.: [illegible]

TIPO DE ATENCIÓN: CITE ___ HOS ___ CIRUG ___ REMIS ___ CONSULTORIO X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Baruk

COLOR: Amarillo

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 2 años PESO: 4,2 Kg RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X

AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___

OTRO: ___

POTENCIALMENTE AGRESIVO: SI ___ NO X

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: MARCA ___ LÁSER ___ COLLAR/PITILLO X MICROCHIP ___ OTRO ___

CLIENTE: PROPIA ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO X DONACIÓN ___ PERSONA CUIDA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jorge Rodriguez Espinosa

IDENTIFICACIÓN: KR 129 129B 33

TELÉFONO: 3224508234

CÉDULA: 19223326

EXP: X

NACIONALIDAD: Colombiano

CORREO ELECTRÓNICO: Jorge.rodriguez.espinosa999@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller

DIRECCIÓN: PROPIA ___ ARRENDO X FAMILIAR ___

TIENE ANIMALES SOSPECHOSOS: SI ___ NO X CUÁL? ___

BARRIO: Tibabuyes

ESTRATO: 2

VECINDARIO: SUBA

CRA 71

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ANTIGRIPAL CANINA: SI ___ NO ___

ÚLT. CELO: N.A

FÓM. DESPARASITACIÓN: N.R

ÚLT. VACUNA: KUKA: ___ CUÁNTOS PARVO: ___ REFUERZO: ___ TRIPLE: ___ PENTAVALENTE: ___ RABIA: Oct 24

FECHA DE TOMA DE TELEMA: ___ OBSERVACIONES: ___

4. EXAMEN FÍSICO

HALLAZGOS DE IMPORTANCIA APARENTES: SI ___ NO X SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: I II III IV V VI E CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PRE-QUIRÚRGICAS

FC: 170 x/m FR: 34 x/m TEMPERATURA: 38,1 °C TRC: 1 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/VIA/FRECUENCIA
PREANESTESIA	MIDAZOLAM	0,21 mL	0,1 mg/Kg IM
	KETAMINA	0,42 mL	4 mg/Kg IV ☐ 10 mg/Kg IM ☒
	MIDAZOLAM	___ mL	0,1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1,47 mL	2 mg/Kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G.B.A.	0,294 mL	17.000 UI/Kg IM
	MELOXICAM	0,042 mL	0,2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

Entiendo que (Cliente) y/o Acudiente (Aquí) todo lo escrito en este documento como consentimiento informado es aceptable y lo acepto. He sido informado de los riesgos anestésicos y quirúrgicos que conlleva el procedimiento a realizar a mi mascota. Estoy de acuerdo con la realización del procedimiento anestésico y quirúrgico. ACEPTACIÓN X RECHAZO ___

ACEPTACIÓN DE LOS CONSENTIMIENTOS: [Firma ilegible]

[Sello profesional]

Mónica Vázquez Millán
Médica Veterinaria
TP. 11804

MV

ENTREGÓ: [Firma ilegible]

[Sello profesional]

Yennifer Gutiérrez Romesque
Médico Veterinario - Anestesiólogo
TP. 33356

FIRMA

96

		SIIM

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he sido informado acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en mi mascota especificada en mi animal de compañía. Declaro que el aspecto de esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos o complicaciones como son; paro respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

De 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 dicho procedimiento de microchip cuando general riesgos accidentes o acciones que se deriven encontrar en el momento de implantación, o de inutilidad técnica de identificación en el punto de presión, además es posible infección en el área con el caso particular de lesiones, jaboneo, tales, aplicación de antibióticos, baños secos y otras urgencias culminar y comprender la zona, dentro de las 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, garantizo autoría el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Adicionalmente considerando ACEPTO _X__ o RECHAZO _____ la realización realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales [NO los cubre el programa] Adicionalmente se me han explicado previamente todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de lo cual yo he derecho a consentimiento alguno y renuncio de toda responsabilidad a Empresas y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entendiendo que existen situaciones imprevistas, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, la cual he sido información, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información amplia y completa sobre el estado de salud de mi animal de compañía, me incluyendo he sido tomadas y he entendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, AUTORIZO a Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista realizar la intervención quirúrgica con las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO
Me comprometo a seguir responsablemente las recomendaciones y adicionales medidas de precaución y cuidados que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como tutor/Responsable del cuidado de mi animal de compañía, asumo el de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Vínculos S.A.S y el equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Nombre del Responsable/Tenedor:	No. Identificación: 1.122326

Yo, _____ identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me NEGARÉ/NEGÓ de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía.
RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
No. Identificación:	

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Salón Comunal Gaitana | FECHA: 21-04-25 | HORA: 10 am

OBSERVACIONES

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **19.223.325**

RODRIGUEZ ESPINOSA

APELLIDOS

JORGE

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **23-ENE-1954**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 **O+** **M**

ESTATURA G.S. RH SEXO

11-MAR-1975 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-8800040-00310043-M-0019223325-20110725 0027521122A 1 30001652

Para el reparto ZONA:1 CICLO: II RUTA:11324 BIMESTRAL

11239454
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

41345712610
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Periodo facturado 01/03/2025 Febrero/2025

¡Hola!

Factura a nombre de
MARIA ELVIA CARDENAS

Dirección del predio
KR 129 155 23
Barrio TIBABUYES Localidad SUBA

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso:	Residencial
Estrato:	2
Unidades Habitacionales:	1
Unidades No Habitacionales:	0

Pago oportuno	MAR/10/2025	Suspensión	MAR/14/2025
Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura	
MAY/05/2025	FEB/27/2025 [illegible]	FEB/27/2025 12:44:48	

¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambió
Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.

En este periodo consumiste Metros agua que en el anterior.
Abre y descubre el detalle de tu pago y consumo ↓

Línea de atención 116 Acueducto

Entra a www.acueducto.com.co haz clic en Servicios al Ciudadano y podrás ubicar en los puntos de atención copia de la factura y realiza tu pago a través de entidad.

Cadena.

HISTORIA CLÍNICA
HC-999 E-0

FECHA: 3-04-25

CÓDIGO ESF-1

990000013796308

LUGAR DE LA ESTERILIZACIÓN

TIPO DE TENEDOR: CIC ___ RIC ___ CAS ___ RESERVA ___ COMUNIDAD X

2. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Draco

COLOR: Amarillo blanco

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 11 meses | PESO: 3,4 Kg | RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

¿DURANTE LA VACUNACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO? SI ___ NO X

AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___ OTRO: ___

ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: NINGUNA ___ CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___

CRUZADO: SIGNA ___ APARENTE X CONFIRMADO ___ ADOPTADO ___ RESCATADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

3. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Erika Sandrith Uscategui Sierra

DIRECCIÓN: KR 145 No 150 64 103 AP 221

TELÉFONO: 3138838101

CÉDULA: 1019149865

EDAD: X

BARRIO/VEREDA: Palombia

CORREO ELECTRÓNICO: erikauscategui@hotmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRENDO X FAMILIAR ___

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X ¿CUÁL?

BARRIO: TIBABUYES II

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71

4. ANAMNESIS

Buen estado de salud

¿MORDIÓ A ALGUIEN? SI X NO

ULT. CELO: N.A

ULT. DESPARASITACIÓN: Dic 24

ULT. VACUNACIÓN: MOQUILLO ___ CANINOS ___ PARVO ___ RECARGUE ___ RABIA ___ LEPTO ___

FELINOS: TRIPLE FELINA: ___ LEUCEMIA: ___

DESPISTE: ___ INTERNAMIENTO: ___

PARA(S) VACUNA(S) ANTERIOR(ES): AÑO: Dic 24

5. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X | SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: I II III IV V VI E | CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

6. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 165 l/m | F. RESPIRATORIA: 32 r/m | TEMPERATURA: 39,9 °C | TLC: | MM | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

8. MEDICACIÓN

FASE DE PREMEDICACIÓN	MEDICAMENTO	DOSIS/VOLUMEN	DOSIS/CONCENTRACIÓN
PREANESTÉSICA	XILACINA	0,17 mL	2 mg/Kg IM
	VETANINA	10,34 mL	3 mg/Kg IV ☐ 10 mg/Kg IM ☒
	MIDAZOLAM	— mL	0,1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1,19 mL	2 mg/Kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G.B.A.	0,238 mL	17.000 UI/Kg IM
	MELOXICAM	0,034 mL	0,2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), manifiesto que doy mi consentimiento como constancia de haber brindado la respectiva información, relacionada sobre el procedimiento quirúrgico y anestésico a realizar en la mascota a mi cargo, con la finalidad de conocer el riesgo y beneficio del mismo, así como las posibles complicaciones que se puedan presentar durante el procedimiento. ACEPTACIÓN _X_

RECHAZO ___ razón por la cual se abstiene de proceder como cirujano y/o anestesiólogo

NOMBRE(S) DEL(OS) MV CIRUJANO(S): Mónica Vc. Vázquez Milán
TARJETA PROFESIONAL: Médica Veterinaria TP. 11504

FIRMA: MVV

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO: Yennifer Gutiérrez Nomesque
TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358

FIRMA: YG

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información suministrada por el profesional Orientador/Director/Orquestadora en el cual se me explicó todo lo relacionado con el procedimiento de esterilización, entendiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros cardiorrespiratorios, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y completa la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclararon las dudas que se pudieran presentar. Se me ha explicado que durante la implantación del microchip pueden generarse riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, salida de pocilla infección en el área por debajo posterior de la oreja, alopecia, tóxica, aplicación de antibiótico, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, durante los días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo además autorizo para realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Adicionalmente manifiesto que _X_ o RECHAZO _____ la declinación realización de examenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa). Adicionalmente se me ha explicado y entendido, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y de cualquier complicación alguna, exonerando de toda responsabilidad a Impactos sas y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen complicaciones poco frecuentes, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado. - [illegible]

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 contenida en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, AUTORIZO al Medico Veterinario y/o Medico Veterinario Zootecnista contratado para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir fielmente 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 asumiré los riesgos y daños que pueda presentar por negligencia o impericia en la atención pos-operatoria de mi animal de compañía, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, Impactos sas y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable o Tenedor:	Nro de Identificación:
[illegible]	1019149865

Yo, _____ identificado con CC No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía/esterilización y castración a mi animal de compañía. RAZON:

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro Identificación:	

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Salon Comunal Santana	FECHA: 21-04-25	HORA: 10 am

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.019.149.865**

USCATEGUI SIERRA

ERIKA SANDRITH



FECHA DE NACIMIENTO **12-JUN-1999**

UMBITA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 ESTATURA **O+** G.S. RH **F** SEXO

07-JUL-2017 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
DEL ESTADO CIVIL

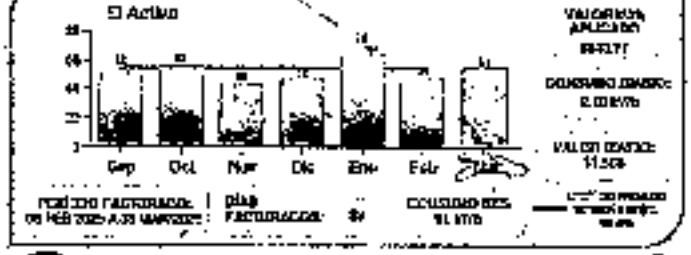
INDICE DERECHO

I<1500130-00340567<1<1019149865<2017Ux2n 0057201540A 1 ...

enel | Bogotá

6228972-3

WILMAN FLOREZ CABALLERO
KR CARRO 101 84 TOS AP 221
TORRE 3 APARTAMENTO 221
BOGOTA, D.C. - TIBABUYES 2





INFORMACIÓN DE LA CUENTA

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ
SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN MÓVIL

HISTORIA CLÍNICA: HC-995-E-C
MICROCHIP: 990000013796309
FECHA: 3-04-25
CÓDIGO: 051-4

LUGAR DE LA JORNADA:
TIPO DE TRANSPORTE: DLC ___ REC. CLÍ ___ RELEVAS ___ COMUNICATAS ✓

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Patacon
COLOR: Tigre Amarillado
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA ___ MACHO X
RAZA: mestizo
EDAD: 6 meses
PESO: 3,4 KG
RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X
AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___
OTRO:
EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X
TIPO DE ALIMENTACIÓN: MIXTA ___ CASERO ___ CONCENTRADO X HUMO ___ OTRO ___
CONDICIÓN: NNTS ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Lady Catherine Restrepo Avila
DIRECCIÓN: KR 104F 128D 15
TELÉFONO: 3057124286
CÉDULA: 1052490614
EDAD: 24
VEREDA/BARRIO: Colombiano Kale
CORREO ELECTRÓNICO: Leshepo97@gmail.com
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Profesional
TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO X FAMILIAR ___
TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO ___ ¿CUÁL?
BARRIO: Villa Maria
ESTRATO: 2
LOCALIDAD: SUBA
UPZ: 71

3. HALLAZGOS

Buen estado de salud

APTO PARA CIRUGÍA: SI ☐ NO ☐

VAC. CÉLO: NO Aplica
VAC. DESPARASITACIÓN: NO Reporta
INT. VACUNACIÓN ANUAL: CANINO: HEXAVALENTE ___ FELINO: TRIPLE FELINA ___ TRIPLE: PANTAVALENTE PARAINFLUENZA Y CORONAVIRUS ___ RABIA: ___

4. VALORACIÓN CLÍNICA

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X
SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno
HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ROA: (I) II III IV V VI VII
CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES PARACLÍNICAS PRE-QUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 164 /min
F. RESPIRATORIA: 30 /m
TEMPERATURA: 38,6 °C
TLC: 2 seg
MUCOSAS: Rosadas
OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	KETAMINA	0,17 mL	1 mg/kg IM
	XILACINA	0,34 mL	2 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☒
	MIDAZOLAM	___ ml	0,1 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1,19 mL	2 mg/kg IV
POS-OPERATORIO	PENICILINA G.S.A.	0,238 mL	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,034 mL	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cirujano/a, Asistente, Médico/a, Anestesiólogo/a) declaro mi conformidad con la información suministrada en el presente documento y autorizo la realización de la esterilización quirúrgica. ACEPTACIÓN: X
RECHAZO ___ para lo cual se explicaron los procedimientos con sus riesgos y beneficios.

NOMBRE DEL CIRUJANO/A: Mónica Vázquez Millán
TARJETA PROFESIONAL: Médica Veterinaria T.P. 11804
FIRMA: MVM

NOMBRE DEL ANESTESIÓLOGO/A: Yennifer Gutiérrez Nomesque
TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33256
FIRMA: YG

	[illegible]	[illegible] SUDA

7. 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 Quirúrgico de Esterilización (Ovariohisterectomía/Orquiectomía) en el cual será intervenido mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la intervención, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardíacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas o muerte inesperada.

Adicionalmente manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y entiendo 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 conocimiento en el punto de sujetar, además de posibles infecciones futuras por el uso posterior de lociones, jabones, talco, aplicación de antipulgas, baños secos y otras situaciones 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 doy conocimiento y **ACEPTO** _X_, o **RECHAZO** _____ la declinación cualquier de estos [illegible] pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa). Adicionalmente he sido explicado y entiendo todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo su implícita responsabilidad de la misma y sin derecho a contravención alguna; exonerando de toda responsabilidad a terceros así y a todo involucrado que realice el procedimiento. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, la cual ha sido informada, he comprendido y aceptado.

En consecuencia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, además todas las dudas han sido aclaradas y he leído y comprendido la información incluida 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 juiciosamente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y atención necesarias para evitar complicaciones con mi animal de compañía.

Como 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, eximiendo a la Alcaldía Local de Suba, Inspectores y al equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Número de Identificación: 1032490614

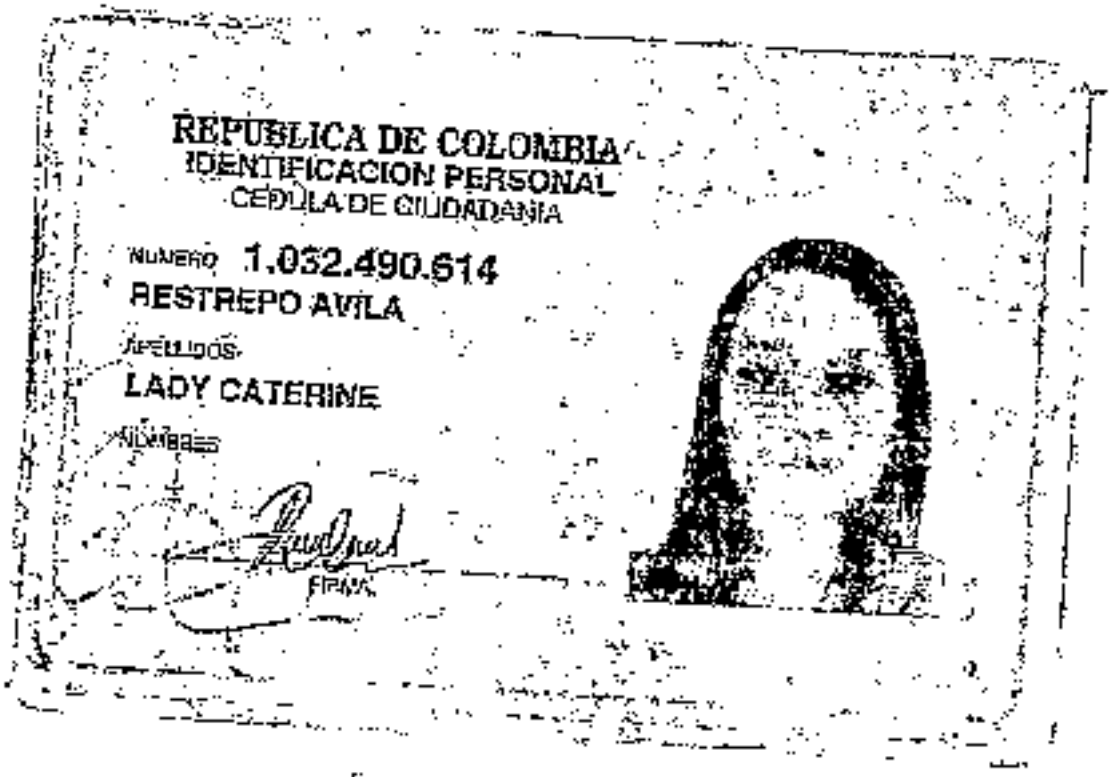
Yo, _____ identificado con CC. No. _____. En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica (Ovariohisterectomía / Orquiectomía) de mi animal de compañía.
HAGO CONSTAR;

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
No. Identificación:	

8. CITA DE RETOMO DE PUNTOS

LUGAR: Salón Comunal Gaitana | FECHA: 21-04-25 | HORA: 10 am

OBSERVACIONES:



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

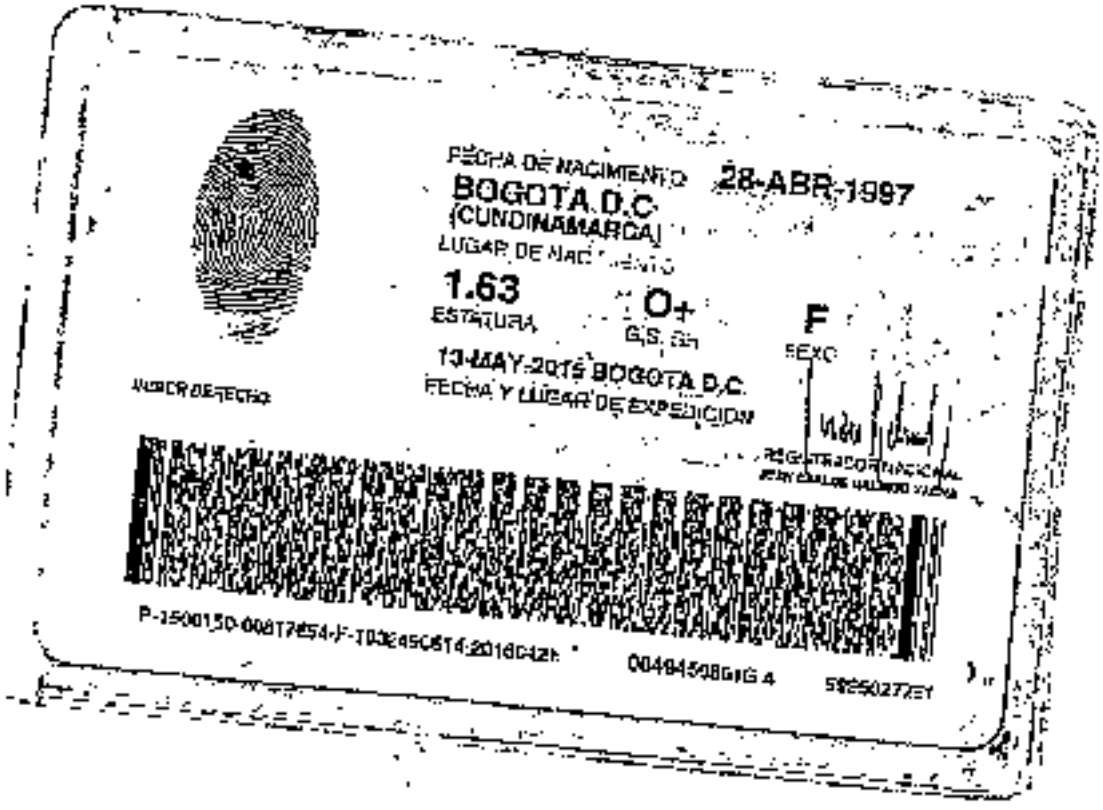
NUMERO 1.032.490.614
RESTREPO AVILA

APELLIDOS

LADY CATERINE

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 28-ABR-1997
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

13-MAY-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALLEGO ARBELAEZ

P-1500150-00817654-F-1032490614-20160428

0049450861G 4

5825027ZEY

Febrero 2025

Cuenta o referencia de pago: 61730701

Fechas importantes

1 Pago oportuno: 07 Mar. 2025

2 Fecha de suspensión: 08 Mar. 2025

3 Periodo facturado: Ene. - Feb. 2025

4 Emisión de la factura: 21 Feb. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario ($)	IVA (C)	Subtotal $=(A*B)+C
CONS CON SUBSIDIO	12KD	3.742,48	5,20	44.920,76
MENOS SUBSIDIO -(99%)	1UN	-22.454,80	5,20	-22.460,00
AJUSTE DECENA	1UN	0,41	0,20	0,41
Intereses Moratorios Base Recaudo	1UN	29,83	0,20	29,83

1 — Total: $22.490,00

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota N°	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A

2 — Total: $0,00

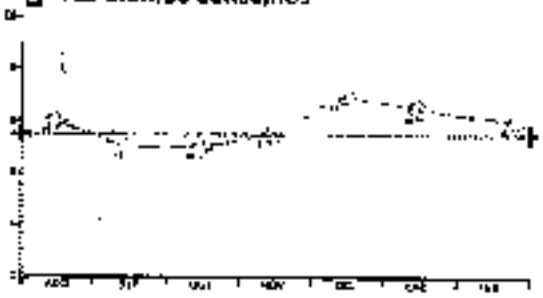
3 — Valor facturas vencidas: $0,00

Total a pagar (1)+(2)+(3): $22.490,00

Pago por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial — Estrato Residencial 2 — Días de consumo 30

Fecha	Lectura	Tipo
20 Ene. 2025	2998	REAL
18 Feb. 2025	3014	REAL

3° consumidos: 3014 - 2998 * Factor de corrección = 12

Tu próxima lectura será

Entre 14 y el 19 de Marzo

Novedades de tu factura

Cuota $370,88

Después de la fecha de pago oportuno se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $70.256

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria: **31 Oct. 2025**

Tenga en cuenta que el incumplimiento de la Revisión Periódica Obligatoria de gasodomésticos conforme a la Resolución CREG 067 de 2013 y la 131 de 2021 puede generar la suspensión del servicio.

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $5971.

Nov. $2362 Dic. $2382 Ene. $2480

Tarifa regulada por la Comisión de Regulación de Energía y Gas (CREG).

Componentes tarifarios

Gas ($/m³): 4[illegible] Tte: 817,00 Dist: 617,95 Com: 0,00

AP: 2000 Cmz: 3,8 Subs: 0,0 Cont: 0,0

Cont: 0,0 Fpond: 42,448 PMPA: 0,0 Exc: 0,0

V(m³) = Consumo en el periodo de facturación (m³)

Cmz y el precio unitario de la Cmz es $[illegible]

Factor de corrección

Vm: 12 Ki: 2,7[illegible] Kt: 1,0556 Pc: 0,7885

Vc: 12 Zm: 0,94 Tc: 0,53 Pz: 1,5[illegible]

Pm: 0,760 Zm: 0,9224 Pb: 1,0

Factor de corrección: 3,7[illegible]

Indicadores de calidad

DIST: 100,0 DES: 0,0 IC: 100,0 IRS: 100,0



(415)7709958025325(8020)61730701(3900)000000000022490

Factura No. H1[illegible]

Recibe tu factura

tu factura

Diligencia el formulario y empieza a recibir tu factura de manera digital.

vanti

Vanti GANA

Mundo digital Vanti

Paga a través de nuestra página web
www.grupovanti.com/pagos-en-linea/

Botón PSE

Botón Bancolombia

Recuerda que puedes pagar tus facturas de una manera distinta en una sola transacción

Escanea para pagar tu factura

Pagos directos en otras entidades

Bancolombia

Nequi

dale!

*Puedes adicionalmente incorporar 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 compras por precios, solo debes ver de grupo y no cambie de Vanti S.A. ESP.

Eficiencia energética

Realizar nuestro consumo de energía se traduce en un beneficio 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.

¡Hola!

MERY YOLANDA AVILA
KR 104 B 128D 45 - VILLA MARIA
BOGOTA

PAGO 08-03-25

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5017110-003303

Lote: P14GN Ruta: 0011480105 0005000 Código del Sector: 132

Cuenta o referencia de pago 61730701

vanti Listo

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: $ 4.400.000

CON REGRESA A CLASE Y SÚPER GANA UN

Escanea el código QR y participa aquí.

Usando tu cupo Vanti Listo por un monto igual o superior a $2.500.000*

Promo válida del 13 de enero al 28 de febrero de 2025

Paga a 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 5 p.m.
Sábado 7 a.m. a 1 p.m.

Línea gratuita 01 8000 942 784
Bogotá (601) 307 6171
Bucaramanga (607) 685 4755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones en solo clic aquí

Línea de WhatsApp 318 414 4264

Mi Vanti en línea
https://virtual.grupovanti.com/

Recuerda que puedes elegir tu canal de preferencia para comunicarnos de acuerdo a la Ley 2300 de 2023.

HISTORIA CLÍNICA

FECHA: 3-04-25

990000013796316

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Manguito

COLOR: Tigre Amarillo

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 6 meses | PESO: 3,4 kg | RAZA DE PELIGROSO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X

AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___ OTRO ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR ___ CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___

CANINO: NS/NR ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO X PERRO DE GUARDA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Lady Catherine Restrepo Avila

DIRECCIÓN: KR 104F #80 15

TELÉFONO: 3057124285

CÉDULA: 1032490614

EDAD: 31 X

PROCEDENCIA: Colombiana

CORREO ELECTRÓNICO: Lac_restrepo92@gmail.com

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Profesional

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRIENDO X FAMILIAR ___

TIENE MASCOTA ENFERMO(A): SI ___ NO X CUAL?

BARRIO: Villa Maria

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

UPZ: 71

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

DATO PROVOCADO: Jefa Otro

ULT. CELO: NO Aplica

ULT. DESPARASITACIÓN: NO Reporta

ULT. VACUNACIÓN: M/S/R ___ CANINA: M/S/R ___ FELINA: M/S/R ___

RECORDATORIO: FELINA: CANINA:

ANUAL: Marzo 25

PARVOVIRUS Y MOQUILLO

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMAS O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN: (I) II III IV V VI

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PRE-QUIRÚRGICAS

FC	FR	T°	TLC	MUCOSAS
169 LPM	34 r/m	38,6 °C	1 seg	Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACIÓN

TIPO DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	KETAMINA	0.17 ml	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0.34 ml	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☒
	BUPRENORFINA	___ ml	0,3 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1.19 ml	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G.B.	0.238 ml	12.000 UI/kg IM
	METOCLOPRAM	0.034 ml	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANTE MORTEM: Ninguno

Se explicó de [illegible] procedimiento, sus riesgos y beneficios, y se resolvieron todas las inquietudes. Se firma el presente consentimiento informado para [illegible] ACEPTACIÓN X RECHAZO ___ para la realización del procedimiento descrito por [illegible]

NOMBRE(S) Y APELLIDOS DEL CLÍNICO: Mónica Vlazquez Milán
FIRMA PROFESIONAL: Médica Veterinaria TP. 11804

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO: Jennifer Gutiérrez Nomesque
FIRMA PROFESIONAL: Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358

FIRMA: MVK

96

	Formato nuevo TESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA CONSENTIMIENTO ESTERILIZACIÓN 2014 Oficial Salud	BOGOTÁ SUBA

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

Con pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será intervenido mi animal de compañía. Declaro que el cirujano Jaime Ovalle me explicó que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paro respiratorio o cardíaco, hemorragias, reacciones anestésicas, complicaciones metabólicas e incluso la muerte.

Asimismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y de los posibles riesgos que se pueden presentar. Se me ha dicho que ninguna de las implantación del microchip puede generar riesgos o condiciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y que mi manifiesto consentimiento en el puesto de cirugía, además de posible infección en el sitio por el uso accidental de lesiones, abscesos, tos seca, aplicación de antibióticos, baños secos y otras molestias que ellos y comentarios. Si ocurre, 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 acepto el manejo de mis datos personales de acuerdo con la normatividad vigente.

Además leí y consiento y ACEPTO _X__ o RECHAZO _____ la decisión sobre realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa) Adicionalmente se me ha explicado y entendido, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esta razón exonero totalmente la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contraer ningún reparo de toda responsabilidad a Propercol s.a.s y al equipo médico que realiza el procedimiento. También entiendo que existen complicaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, en mi 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, así mismo todas las dudas 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.

CUMPLIMIENTO DE CUIDADOS POST OPERATORIO
Me comprometo a seguir inmediatamente las recomendaciones y el tomar las medidas de precaución y asistencia 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 todos los gastos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en el manejo del animal de compañía, exonero de a la Alcaldía Local de Suba, Propercol s.a.s y el equipo Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda surgir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación - 1032490612

Yo, _____ Identificado con CC. No._____. En pleno y normal uso de mis facultades mentales, doy RETRACTO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización) a mi animal de compañía.
RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación	Firma:

8. CITA DE INICIO DE PUNTOS

LUGAR: Salón Comunal Gaitana	FECHA: 21-04-25	HORA: 10 am

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.032.490.614
RESTREPO AVILA

APELLIDOS

LADY CATERINE

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 28-ABR-1997
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NAC

1.63
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

13-MAY-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



Febrero 2025

Cuenta o referencia de pago 61730701

Fechas importantes

1 — Pago oportuno 07 Mar. 2025

2 — Fecha de suspensión 08 Mar. 2025

3 — Periodo facturado Ene. - Feb. 2025

4 — Emisión de su factura 21-Feb-2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSID	1290	3782,16	0,00	44.359,28
MENOS SUBSIDIO 15%	1UN	-22.454,56	0,00	-22.454,56
AJUSTE DECENA	1UN	0,41	0,00	0,41
Intereses Moratorios Base Recargo	1UN	35,55	0,00	35,55

3 — Total $22.490,00

Tus financiaciones

Tasa de Interés/Concepto	Cuota N°	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A

2 — Total $0,00

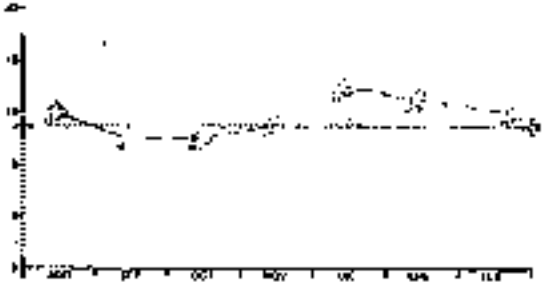
1 — Valor facturas vencidas $0,00

Total a pagar (1)+(2)+(3) $22.490,00

Paga por:

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial · Estrato/Cat.Cod* · Días de consumo 30

Fecha	Lectura	Tipo
20 Ene. 2025	2999	REAL
19 Feb. 2025	3014	REAL

m³ consumidos 3014 - 2999 * Factor de corrección = 12

Tu próxima factura será Entre 14 y el 18 de Marzo

Novedades de tu factura

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán Intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $70.294

(415)7709998026025(8020)617207D15500(3900)00000022490

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Oct. 2025

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El costo del m³ de gas este mes es de $3371.

Nov. $3352 Dic. $3362 Ene $3480

Tarifa regulada por la Comisión de Regulación de Energía y Gas (CREG).

Componentes tarifarios

Gen: $1.844,28	Tte: $97,52	Dis: $1.270,85	Crt: $ 0
Cmt: $ 30,55	Com: $ 0	Fnte: $ 0	Dsm: $ 0
Cmn: $ 0	Aporte: $2.400	Subs: $ 0	Ds: $-2.244,00

Aporte: Tu aporte por el uso de gas este mes.

Subs: Tu descuento por el uso de gas este mes.

Factor de corrección

Vm: 15	Gri: 0,97169	Ks: 1,00533	Fc: 0,97226		
Vm: 12	Pra: 10,91	Yd: 15,00	Hr: 1,00332		
Pcr: 0,964	Pm: 0,9824	Pbm: 1,0			

Factor de corrección: 0,97226

Indicadores de calidad

SAIFI: 19,0 SAIDI: 10,0 IRL: 100,0 IPL: 100,0



Recibe tu factura de manera digital

, diligencio el formulario y empieza a recibir tu factura de manera digital.

vanti

Vanti GANA

Colilegas

Mundo digital Vanti

Paga a través de nuestra página web www.grupovanti.com/pagos-en-linea/

Botón PSE

Botón Bancolombia

Si prefieres que puedas pagar las compras de tus amigos o vecinos cuando te pasan el dato, solo tienes que

Escríbenos para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otros entidades

Redeban · Bancolombia · BBVA · Davivienda · Nequi · dale!

*Para la adecuada inscripción a débito automático

Síguenos en nuestros canales sociales como @grupovanti y conoce nuestras iniciativas

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Sodexbank Colpatria
Corresponsales Grupo Avvi

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies
Mega, Jumbo, Éxito

*Si cancelas en efectivo este debe ser de procedencia y a nombre de Vanti S.A. ESP.

Eficiencia energética

Reduce nuestro consumo de energía de manera inteligente para tu bolsillo, tu hogar y contribuye a disminuir las emisiones de gases de efecto invernadero, principal causa del cambio climático.

Línea telefónica solo para emergencias
Atendida todos los días las 24 horas
Fija: 01 8000 919 052 Móvil: 164

Atención presencial
Ingresa a www.grupovanti.com y conoce los pasos para agendar tu cita.

¡Hola!

MERY YOLANDA AVILA
KR 104E 128D 15A VILLA MARIA
BOGOTA

PAGO 08-03-25

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Vendedor Gas No. 5619110-003301

Lote: P14GN Ruta: 0011480135116CCC5000 Código del Sector: 332

Cuento a referencia de pago 61730701

vanti

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: $ 4.400.000

vanti

CON REGRESA A CLASE Y SÚPER GANA UN!

Escanea el código QR y participa aquí.

Usando tu cupo Vanti Listo por un monto igual o superior a $2.500.000*

Promo válida del 13 de enero al 28 de febrero de 2025

Paga a 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.
Sábados 7 a.m. a 1 p.m.

Línea gratuita 01 8000 942 795
Bogotá (601) 307 8121
Desde el exterior (607) 635 4795

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

Mi Vanti en línea
https://miplus.covanti.com/

Recuerda que puedes elegir tu comercializadora para comprar gas natural según lo establecido en la Ley 2365 de 2024.

HISTORIA CLÍNICA

HC-[illegible]

990000013796301

FECHA: 3 Abril 26

CÓDIGO

LUGAR DE LA URGENCIA:

TIPO DE CONSULTA: CHC ___ RPC ___ CES ___ BUENAS COMUNIDAD X

I. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Michi

COLOR: Tigre Amarillo

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA ___ MACHO X

RAZA: Mestizo

EDAD: 6 meses

PESO: 3,8 kg

RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIONES COMPORTAMENTO: SI ___ NO X

AGRESIVIDAD ___ MIEDO ___ AVERSIÓN ___ OTRO ___

SINDROME DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: MIXTA ___ CASERA ___ CONCENTRADO ___ MIXTA X OTRO ___

CUSTODIA: NINGUNA ___ RESCATADO X COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

II. DATOS DEL RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria Ruth Cardenas Barrera

DIRECCIÓN: TV 126F No 133 51

TELEFONO: 3132694487 -

CELULAR: 3551955

SEXO: M ___ F X

MUNICIPIO/VEREDA: Colombia

CORREO ELECTRÓNICO: Colombiana1me015968@gmail.com

NIVEL SOCIOECONÓMICO/ESTUDIO: Bachiller

PROPIA ___ ARRENDO X FAMILIAR ___

TIPO DE VIVIENDA:

TIENE AUXILIAR DISCAPACITADO: SI ___ NO X

BARRIO: La Gaitana

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: SUBA

EDAD: 71

III. ANAMNESIS

Buen estado de salud

APOYO PARACLÍNICO: SI ___ NO ___

ULT. CELO: NO Aplica

ULT. DESPARASITACIÓN: NO Reporta

ULT. VACUNACIÓN: M/MR X CANINOS: PARVO: ___ MOQUILLO: ___ HEPATITIS: ___ RABIA: ___

FELINOS: TRIPLE: ___ LEUCEMIA: ___ RABIA: ___

TRATAMIENTO: PARASITOSIS INTERNA Y ADMINISTRADA: ___

IV. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACIÓN ASA: (I) II. III. IV. VI. VI. E.

CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

V. CONSTANTES FISIOLÓGICAS/PSICOMÓRFICAS

F. CARDIACA: 167 l/m

F. RESPIRATORIA: 32 r/m

TEMPERATURA: 38,1 °C

TLC: 1 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

VI. MEDICACIÓN

PASO DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	KETAMINA	0,19 mL	3 mg/Kg IM
	KETAMINA	0,38 mL	5 mg/Kg IV ☐ 25 mg/Kg IM ☐
	MIDAZOLAM	___ mL	0,1 mg/Kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1,33 ml	2 mg/Kg IV
POST OPERATORIO	PENICILINA G.S.A.	0,266 mL	12.000 Ux/Kg IM
	MELOXICAM	0,038 ml	0,2 mg/Kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de [illegible] autorizo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento a realizar y sus posibles riesgos relacionados con la [illegible] y/o [illegible] y/o [illegible] cuenta mi propio criterio profesional y voluntad. ACEPTACIÓN X RECHAZO ___ para la realización del procedimiento descrito en el presente consentimiento.

PROPIETARIO DE LOS MV COLABORADORES FACULTA PROFESIONAL

Mónica V. Jaquez Milan
Médica Veterinaria
TP. 11904

FIRMA

NOMBRE DEL MV ANESTESIÓLOGO FACULTA PROFESIONAL

Yennifer Gutierrez Nemesque
Médica Veterinaria - Zootecnista
TP. 33358

FIRMA

FECHA: 3 / 4 / 26

	[illegible]	BOGOTÁ

7. 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 Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será intervenido mi animal de compañía. Declaro que al suscribir la autorización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como: paros respiratorios, convulsiones, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información acerca del procedimiento de identificación del microchip y de estos los riesgos que este puedan presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar: 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 clínica por el uso posterior de agujas, jeringas, tubos, aplicadores de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, derivado de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera apruebo 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 ley vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO** _X_ o **RECHAZO** _____ la declinación exención de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa). Adicionalmente se me ha explicado y entendido, todos los riesgos que puede presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y de derecho a controversia alguna, renunciando de toda responsabilidad a Empresa social y al equipo médico que realice el procedimiento. También entiendo que existen situaciones imprevistas, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En consistencia, he sido 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 responsable del cuidador, **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 las recomendaciones y 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 libero de riesgos y daños que se deriven por mi negligencia o descuido en la manipulación con mi animal de compañía, exonerando a la Alcaldía Local de Suba, empresa social y al equipo Médico Veterinario encargado del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Nombre del Responsable/Tenedor: [illegible]	Firma de Identificación: [illegible]

Yo, _____ identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me RETRACTO de realizar a mi animal cualquier procedimiento Quirúrgico (Ovariohisterectomía / Orquiectomía) (esterilización y castración) de mi animal de compañía. RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor.	Firma:
Nro. Identificación:	

8. CITA DE RETURN DE PUNTOS

LUGAR: Salón Comunal Gaitana	FECHA: 21-04-25	HORA: 10 am

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 35.511.955.
CARDENAS BARRERA

MARIA RUTH

FIRMA



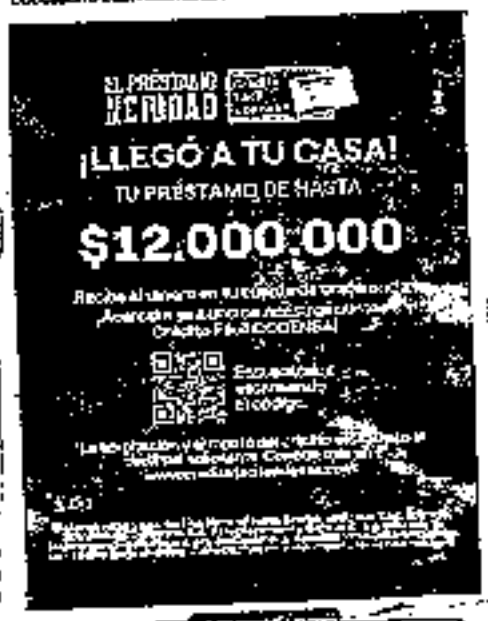
FECHA DE NACIMIENTO 03-FEB-1968
CHIA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.50 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
04-FEB-1987 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

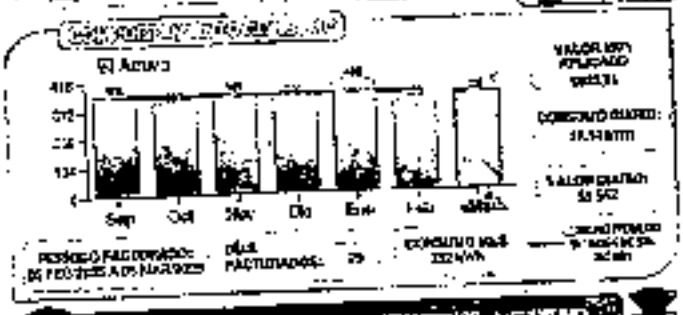
enel Bogotá

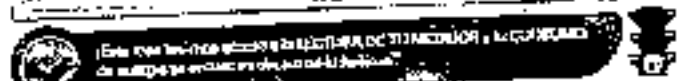
0752475-4

ANA LUCILA BARRERA DE CARDENAS

BOGOTA D.C. - LA GAITANA

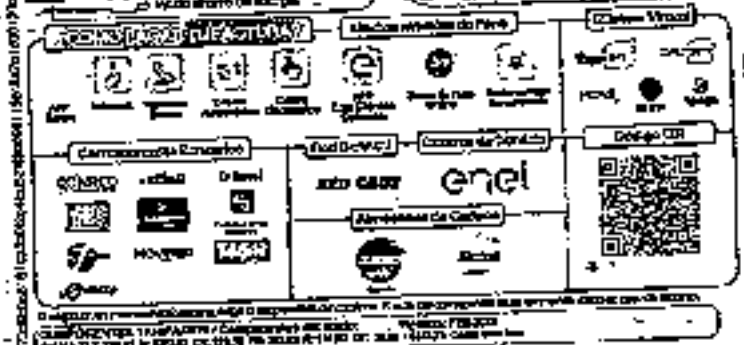












PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO



ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024
CPS 999 DE 2024

Fecha: 03 de Abril del 2025.

Nombre: Jose Ignacio Sanchez

1. ¿Su animal recibió atención en la jornada de esterilización para animales caninos y felinos? SI X NO___
2. ¿Cómo califica el servicio de esterilización brindado? Excelente___Buena X Regular___Mala ___
3. ¿Cómo fué la atención del equipo de profesionales de la jornada? Excelente___ Buena X Regular___mala___
4. El espacio y las instalaciones destinadas para la jornada le parecieron: Cómodas X Amplias_____ Adecuadas Inadecuadas_____
5. ¿Recibió capacitación y/o sensibilización del componente de educación y prevención en los siguientes temas?

   ☐ Tenencia responsable de animales de compañía

   ☒ Protección y bienestar animal

   ☐ Código de policía ☐ Tenencia de caninos de manejo especial

   ☐ Enfermedades de origen zoonótico ☐ Cultura y conciencia ciudadana hacia el respeto de los animales
6. ¿Cómo se enteró de la jornada de esterilización?
   Redes sociales ___Publicidad volanteo ___voz a voz X
7. Para CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024 es importante conocer sus sugerencias u observaciones.

Firma: [signature]

CONSORCIO

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024
CPS 999 DE 2024

Fecha: 3 de Abril del 2025.

Nombre: Keli Mahecha

1. ¿Su animal recibió atención en la jornada de esterilización para animales caninos y felinos? SI X NO___
2. ¿Cómo califica el servicio de esterilización brindado? Excelente___ Buena X Regular___Mala_____
3. ¿Cómo fué la atención del equipo de profesionales de la jornada? Excelente___ Buena X Regular___Mala ___
4. El espacio y las instalaciones destinadas para la jornada le parecieron: Cómodas_____ Amplias X Adecuadas Inadecuadas_____
5. ¿Recibió capacitación y/o sensibilización del componente de educación y prevención en los siguientes temas?

   ☐ Tenencia responsable de animales de compañía

   ☐ Protección y bienestar animal

   ☐ Código de policía ☐ Tenencia de caninos de manejo especial

   ☐ Enfermedades de origen zoonótico ☐ Cultura y conciencia ciudadana hacia el respeto de los animales
6. ¿Cómo se enteró de la jornada de esterilización?
   Redes sociales X Publicidad volanteo ___voz a voz _____
7. Para CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024 es importante conocer sus sugerencias u observaciones.

Firma _____

CONSORCIO

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024
CPS 999 DE 2024

Fecha: 3 de 4 del 2025.

Nombre: Lyliana Pinzón

1. ¿Su animal recibió atención en la jornada de esterilización para animales caninos y felinos? SI X NO___
2. ¿Cómo califica el servicio de esterilización brindado? Excelente X Buena___Regular___Mala ___
3. ¿Cómo fué la atención del equipo de profesionales de la jornada? Excelente X Buena___ Regular___mala___
4. El espacio y las instalaciones destinadas para la jornada le parecieron: Cómodas_____ Amplias X Adecuadas Inadecuadas_____
5. ¿Recibió capacitación y/o sensibilización del componente de educación y prevención en los siguientes temas?

   ☐ Tenencia responsable de animales de compañía

   ☒ Protección y bienestar animal

   ☐ Código de policía ☒ Tenencia de caninos de manejo especial

   ☒ Enfermedades de origen zoonótico ☐ Cultura y conciencia ciudadana hacia el respeto de los animales
6. ¿Cómo se enteró de la jornada de esterilización?
   Redes sociales ___Publicidad volanteo ___voz a voz X
7. Para CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024 es importante conocer sus sugerencias u observaciones.

Firma: Lyliana Pinzón Monobaguí

CONSORCIO

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024
CPS 999 DE 2024

Fecha: 3 de ABRIL del 2025.

Nombre: Rosbel Reyes

1. ¿Su animal recibió atención en la jornada de esterilización para animales caninos y felinos? SI X NO___
2. ¿Cómo califica el servicio de esterilización brindado? Excelente X Buena___ Regular___Mala_____
3. ¿Cómo fué la atención del equipo de profesionales de la jornada? Excelente X Buena___ Regular___Mala ___
4. El espacio y las instalaciones destinadas para la jornada le parecieron: Cómodas X Amplias_____ Adecuadas Inadecuadas_____
5. ¿Recibió capacitación y/o sensibilización del componente de educación y prevención en los siguientes temas?

   ☒ Tenencia responsable de animales de compañía

   ☐ Protección y bienestar animal

   ☐ Código de policía ☐ Tenencia de caninos de manejo especial

   ☐ Enfermedades de origen zoonótico ☐ Cultura y conciencia ciudadana hacia el respeto de los animales
6. ¿Cómo se enteró de la jornada de esterilización?
   Redes sociales ___Publicidad volanteo X voz a voz _____
7. Para CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024 es importante conocer sus sugerencias u observaciones.

Firma Rosbel Reyes

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024
CPS 999 DE 2024

Fecha: 03 de ABRIL del 2025.

Nombre: Angel. Pinzon

1. ¿Su animal recibió atención en la jornada de esterilización para animales caninos y felinos? SI X NO___
2. ¿Cómo califica el servicio de esterilización brindado? Excelente X Buena___ Regular___ Mala ___
3. ¿Cómo fué la atención del equipo de profesionales de la jornada? Excelente X Buena___ Regular___ mala___
4. El espacio y las instalaciones destinadas para la jornada le parecieron: Cómodas X Amplias_____ Adecuadas Inadecuadas_____
5. ¿Recibió capacitación y/o sensibilización del componente de educación y prevención en los siguientes temas?

   ☑ Tenencia responsable de animales de compañía

   ☑ Protección y bienestar animal

   ☐ Código de policía ☐ Tenencia de caninos de manejo especial

   ☐ Enfermedades de origen zoonótico ☐ Cultura y conciencia ciudadana hacia el respeto de los animales
6. ¿Cómo se enteró de la jornada de esterilización?
   Redes sociales X Publicidad volanteo ___ voz a voz _____
7. Para CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024 es importante conocer sus sugerencias u observaciones.

Firma: _____

CONSORCIO

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024
CPS 999 DE 2024

Fecha: 03 de ABRIL del 2025.

Nombre: Jennifer Cáceres

1. ¿Su animal recibió atención en la jornada de esterilización para animales caninos y felinos? SI X NO___
2. ¿Cómo califica el servicio de esterilización brindado? Excelente X Buena___Regular___Mala ___
3. ¿Cómo fué la atención del equipo de profesionales de la jornada? Excelente X Buena___ Regular___mala___
4. El espacio y las instalaciones destinadas para la jornada le parecieron: Cómodas X Amplias_____ Adecuadas Inadecuadas_____
5. ¿Recibió capacitación y/o sensibilización del componente de educación y prevención en los siguientes temas?

   ☐ Tenencia responsable de animales de compañía

   X Protección y bienestar animal

   ☐ Código de policía ☐ Tenencia de caninos de manejo especial

   ☐ Enfermedades de origen zoonótico ☐ Cultura y conciencia ciudadana hacia el respeto de los animales
6. ¿Cómo se enteró de la jornada de esterilización? Redes sociales ___Publicidad volanteo ___voz a voz X
7. Para CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024 es importante conocer sus sugerencias u observaciones.

Firma: Jennifer Cáceres

CONSORCIO

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024
CPS 999 DE 2024

Fecha: 03 de ABRIL del 2025.

Nombre: Alba Lucia Gutierrez

1. ¿Su animal recibió atención en la jornada de esterilización para animales caninos y felinos? SI X NO___
2. ¿Cómo califica el servicio de esterilización brindado? Excelente___Buena X Regular___Mala ___
3. ¿Cómo fué la atención del equipo de profesionales de la jornada? Excelente___ Buena X Regular___mala___
4. El espacio y las instalaciones destinadas para la jornada le parecieron: Cómodas X Amplias_____ Adecuadas Inadecuadas_____
5. ¿Recibió capacitación y/o sensibilización del componente de educación y prevención en los siguientes temas?

   ☐ Tenencia responsable de animales de compañía

   ☒ Protección y bienestar animal

   ☐ Código de policía ☐ Tenencia de caninos de manejo especial

   ☐ Enfermedades de origen zoonótico ☐ Cultura y conciencia ciudadana hacia el respeto de los animales
6. ¿Cómo se enteró de la jornada de esterilización? Redes sociales ___Publicidad volanteo ___voz a voz X
7. Para CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024 es importante conocer sus sugerencias u observaciones.

Firma: Alba Gutierrez

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024
CPS 999 DE 2024

Fecha: 03 de abril del 2025.

Nombre: Norma Martinez

1. ¿Su animal recibió atención en la jornada de esterilización para animales caninos y felinos? SI X NO___
2. ¿Cómo califica el servicio de esterilización brindado? Excelente X Buena___Regular___Mala ___
3. ¿Cómo fué la atención del equipo de profesionales de la jornada? Excelente___ Buena X Regular___mala___
4. El espacio y las instalaciones destinadas para la jornada le parecieron: Cómodas X Amplias_____ Adecuadas Inadecuadas_____
5. ¿Recibió capacitación y/o sensibilización del componente de educación y prevención en los siguientes temas?

   ☒ Tenencia responsable de animales de compañía

   ☒ Protección y bienestar animal

   ☒ Código de policía ☐ Tenencia de caninos de manejo especial

   ☐ Enfermedades de origen zoonótico ☒ Cultura y conciencia ciudadana hacia el respeto de los animales
6. ¿Cómo se enteró de la jornada de esterilización?
   Redes sociales X Publicidad volanteo ___voz a voz _____
7. Para CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024 es importante conocer sus sugerencias u observaciones.

Firma: Norma Martinez

CONSORCIO

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024
CPS 999 DE 2024

Fecha: 03 de ABRIL del 2025.

Nombre: Maria Alcira Barona

1. ¿Su animal recibió atención en la jornada de esterilización para animales caninos y felinos? SI X NO___
2. ¿Cómo califica el servicio de esterilización brindado? Excelente X Buena___Regular___Mala ___
3. ¿Cómo fué la atención del equipo de profesionales de la jornada? Excelente X Buena___ Regular___mala___
4. El espacio y las instalaciones destinadas para la jornada le parecieron: Cómodas X Amplias_____ Adecuadas Inadecuadas_____
5. ¿Recibió capacitación y/o sensibilización del componente de educación y prevención en los siguientes temas?

   ☑ Tenencia responsable de animales de compañía

   ☑ Protección y bienestar animal

   ☐ Código de policía ☑ Tenencia de caninos de manejo especial

   ☑ Enfermedades de origen zoonótico ☑ Cultura y conciencia ciudadana hacia el respeto de los animales
6. ¿Cómo se enteró de la jornada de esterilización?
   Redes sociales ___Publicidad volanteo X voz a voz _____
7. Para CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024 es importante conocer sus sugerencias u observaciones.

Firma: Alcira Barona

52 395 837

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024
CPS 999 DE 2024

Fecha: 03 de abril del 2025.

Nombre: Ivan Dario Morono Romero

1. ¿Su animal recibió atención en la jornada de esterilización para animales caninos y felinos? SI X NO___
2. ¿Cómo califica el servicio de esterilización brindado? Excelente X Buena___Regular___Mala ___
3. ¿Cómo fué la atención del equipo de profesionales de la jornada? Excelente___ Buena X Regular___mala___
4. El espacio y las instalaciones destinadas para la jornada le parecieron: Cómodas X Amplias_____ Adecuadas Inadecuadas_____
5. ¿Recibió capacitación y/o sensibilización del componente de educación y prevención en los siguientes temas?

   ☒ Tenencia responsable de animales de compañía

   ☐ Protección y bienestar animal

   ☐ Código de policía ☐ Tenencia de caninos de manejo especial

   ☐ Enfermedades de origen zoonótico ☐ Cultura y conciencia ciudadana hacia el respeto de los animales
6. ¿Cómo se enteró de la jornada de esterilización?
   Redes sociales X Publicidad volanteo ___voz a voz _____
7. Para CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024 es importante conocer sus sugerencias u observaciones.

Firma: _____

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024
CPS 999 DE 2024

Fecha: 03 de 04 del 2025.

Nombre: Flavio Rodriguez

1. ¿Su animal recibió atención en la jornada de esterilización para animales caninos y felinos? SI X NO ___
2. ¿Cómo califica el servicio de esterilización brindado? Excelente X Buena ___ Regular ___ Mala ___
3. ¿Cómo fué la atención del equipo de profesionales de la jornada? Excelente X Buena ___ Regular ___ Mala ___
4. El espacio y las instalaciones destinadas para la jornada le parecieron: Cómodas ___ Amplias ___ Adecuadas X Inadecuadas ___
5. ¿Recibió capacitación y/o sensibilización del componente de educación y prevención en los siguientes temas?

   ☒ Tenencia responsable de animales de compañía

   ☐ Protección y bienestar animal

   ☐ Código de policía ☐ Tenencia de caninos de manejo especial

   ☐ Enfermedades de origen zoonótico ☐ Cultura y conciencia ciudadana hacia el respeto de los animales
6. ¿Cómo se enteró de la jornada de esterilización?
   Redes sociales ___ Publicidad volanteo X voz a voz ___
7. Para CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024 es importante conocer sus sugerencias u observaciones.

Firma 

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024
CPS 999 DE 2024

Fecha: 3 de abril del 2025.

Nombre: Rojas Brayan

1. ¿Su animal recibió atención en la jornada de esterilización para animales caninos y felinos? SI X NO___
2. ¿Cómo califica el servicio de esterilización brindado? Excelente___ Buena X Regular___Mala_____
3. ¿Cómo fué la atención del equipo de profesionales de la jornada? Excelente___ Buena X Regular___Mala ___
4. El espacio y las instalaciones destinadas para la jornada le parecieron: Cómodas X Amplias_____ Adecuadas Inadecuadas_____
5. ¿Recibió capacitación y/o sensibilización del componente de educación y prevención en los siguientes temas?

   X Tenencia responsable de animales de compañía

   ☐ Protección y bienestar animal

   ☐ Código de policía ☐ Tenencia de caninos de manejo especial

   ☐ Enfermedades de origen zoonótico ☐ Cultura y conciencia ciudadana hacia el respeto de los animales
6. ¿Cómo se enteró de la jornada de esterilización?
   Redes sociales X Publicidad volanteo ___voz a voz _____
7. Para CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024 es importante conocer sus sugerencias u observaciones.

Firma 

CONSORCIO

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024
CPS 999 DE 2024

Fecha: 03 de Abril del 2025.

Nombre Carmen Oviedo

1. ¿Su animal recibió atención en la jornada de esterilización para animales caninos y felinos? SI X NO___
2. ¿Cómo califica el servicio de esterilización brindado? Excelente X Buena___ Regular___Mala_____
3. ¿Cómo fué la atención del equipo de profesionales de la jornada? Excelente___ Buena X Regular___Mala ___
4. El espacio y las instalaciones destinadas para la jornada le parecieron: Cómodas_____ Amplias X Adecuadas Inadecuadas_____
5. ¿Recibió capacitación y/o sensibilización del componente de educación y prevención en los siguientes temas?

   ☐ Tenencia responsable de animales de compañía

   ☒ Protección y bienestar animal

   ☐ Código de policía ☐ Tenencia de caninos de manejo especial

   ☐ Enfermedades de origen zoonótico ☐ Cultura y conciencia ciudadana hacia el respeto de los animales
6. ¿Cómo se enteró de la jornada de esterilización?
   Redes sociales ___Publicidad volanteo X voz a voz _____
7. Para CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024 es importante conocer sus sugerencias u observaciones.

Firma Carmen Oviedo

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024
CPS 999 DE 2024

Fecha: 03 de ABRIL del 2025.

Nombre: Diana Pinto

1. ¿Su animal recibió atención en la jornada de esterilización para animales caninos y felinos? SI X NO___
2. ¿Cómo califica el servicio de esterilización brindado? Excelente___ Buena X Regular___Mala_____
3. ¿Cómo fué la atención del equipo de profesionales de la jornada? Excelente___ Buena X Regular___Mala ___
4. El espacio y las instalaciones destinadas para la jornada le parecieron: Cómodas X Amplias_____ Adecuadas Inadecuadas_____
5. ¿Recibió capacitación y/o sensibilización del componente de educación y prevención en los siguientes temas?

   X Tenencia responsable de animales de compañía

   ☐ Protección y bienestar animal

   ☐ Código de policía ☐ Tenencia de caninos de manejo especial

   ☐ Enfermedades de origen zoonótico ☐ Cultura y conciencia ciudadana hacia el respeto de los animales
6. ¿Cómo se enteró de la jornada de esterilización?
   Redes sociales ___Publicidad volanteo X voz a voz _____
7. Para CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024 es importante conocer sus sugerencias u observaciones.

Firma _____

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024
CPS 999 DE 2024

Fecha: 3 de Abril del 2025.

Nombre: Juana Acosta O

1. ¿Su animal recibió atención en la jornada de esterilización para animales caninos y felinos? SI X NO___
2. ¿Cómo califica el servicio de esterilización brindado? Excelente X Buena___ Regular___Mala_____
3. ¿Cómo fué la atención del equipo de profesionales de la jornada? Excelente X Buena___ Regular___Mala ___
4. El espacio y las instalaciones destinadas para la jornada le parecieron: Cómodas X Amplias_____ Adecuadas Inadecuadas_____
5. ¿Recibió capacitación y/o sensibilización del componente de educación y prevención en los siguientes temas?

   ☐ Tenencia responsable de animales de compañía

   ☒ Protección y bienestar animal

   ☐ Código de policía ☐ Tenencia de caninos de manejo especial

   ☐ Enfermedades de origen zoonótico ☐ Cultura y conciencia ciudadana hacia el respeto de los animales
6. ¿Cómo se enteró de la jornada de esterilización?
   Redes sociales ___Publicidad volanteo ___voz a voz X
7. Para CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024 es importante conocer sus sugerencias u observaciones.

Firma _____

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024
CPS 999 DE 2024

Fecha: 3 de 04 del 2025.

Nombre: Gina Marcela.

1. ¿Su animal recibió atención en la jornada de esterilización para animales caninos y felinos? SI X NO___
2. ¿Cómo califica el servicio de esterilización brindado? Excelente X Buena___ Regular___ Mala ___
3. ¿Cómo fué la atención del equipo de profesionales de la jornada? Excelente X Buena___ Regular___ mala___
4. El espacio y las instalaciones destinadas para la jornada le parecieron: Cómodas X Amplias X Adecuadas Inadecuadas_____
5. ¿Recibió capacitación y/o sensibilización del componente de educación y prevención en los siguientes temas?

   ☒ Tenencia responsable de animales de compañía

   ☐ Protección y bienestar animal

   ☐ Código de policía ☒ Tenencia de caninos de manejo especial

   ☒ Enfermedades de origen zoonótico ☐ Cultura y conciencia ciudadana hacia el respeto de los animales
6. ¿Cómo se enteró de la jornada de esterilización? Redes sociales ___ Publicidad volanteo ___ voz a voz X
7. Para CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024 es importante conocer sus sugerencias u observaciones.

   Ninguna.

Firma: _____

CONSORCIO

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024
CPS 999 DE 2024

Fecha: 03 de ABRIL del 2025.

Nombre: Frank Antonio Hernandez

1. ¿Su animal recibió atención en la jornada de esterilización para animales caninos y felinos? SI X NO___
2. ¿Cómo califica el servicio de esterilización brindado? Excelente X Buena___ Regular___Mala_____
3. ¿Cómo fué la atención del equipo de profesionales de la jornada? Excelente X Buena___ Regular___Mala ___
4. El espacio y las instalaciones destinadas para la jornada le parecieron: Cómodas_____ Amplias X Adecuadas Inadecuadas_____
5. ¿Recibió capacitación y/o sensibilización del componente de educación y prevención en los siguientes temas?

   ☐ Tenencia responsable de animales de compañía

   ☒ Protección y bienestar animal

   ☐ Código de policía ☐ Tenencia de caninos de manejo especial

   ☐ Enfermedades de origen zoonótico ☐ Cultura y conciencia ciudadana hacia el respeto de los animales
6. ¿Cómo se enteró de la jornada de esterilización? Redes sociales X Publicidad volanteo ___voz a voz ____
7. Para CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024 es importante conocer sus sugerencias u observaciones.

Firma _____

CONSORCIO

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024
CPS 999 DE 2024

Fecha: 03 de Abril del 2025.

Nombre: Ines gallo Salazar

1. ¿Su animal recibió atención en la jornada de esterilización para animales caninos y felinos? SI X NO___
2. ¿Cómo califica el servicio de esterilización brindado? Excelente X Buena___Regular___Mala ___
3. ¿Cómo fué la atención del equipo de profesionales de la jornada? Excelente___ Buena X Regular___mala___
4. El espacio y las instalaciones destinadas para la jornada le parecieron: Cómodas_____ Amplias X Adecuadas Inadecuadas_____
5. ¿Recibió capacitación y/o sensibilización del componente de educación y prevención en los siguientes temas?

   ☐ Tenencia responsable de animales de compañía

   ☑ Protección y bienestar animal

   ☐ Código de policía ☐ Tenencia de caninos de manejo especial

   ☐ Enfermedades de origen zoonótico ☐ Cultura y conciencia ciudadana hacia el respeto de los animales
6. ¿Cómo se enteró de la jornada de esterilización? Redes sociales ___Publicidad volanteo ___voz a voz X
7. Para CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024 es importante conocer sus sugerencias u observaciones.

Firma: Inés Gallo

CONSORCIO

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024
CPS 999 DE 2024

Fecha: 03-04 de Abril del 2025.

Nombre: Sandra Consuelo Yepes

1. ¿Su animal recibió atención en la jornada de esterilización para animales caninos y felinos? SI X NO ___
2. ¿Cómo califica el servicio de esterilización brindado? Excelente X Buena ___ Regular ___ Mala ___
3. ¿Cómo fué la atención del equipo de profesionales de la jornada? Excelente X Buena ___ Regular ___ Mala ___
4. El espacio y las instalaciones destinadas para la jornada le parecieron: Cómodas X Amplias ___ Adecuadas Inadecuadas ___
5. ¿Recibió capacitación y/o sensibilización del componente de educación y prevención en los siguientes temas?

   ☒ Tenencia responsable de animales de compañía

   ☐ Protección y bienestar animal

   ☒ Código de policía ☐ Tenencia de caninos de manejo especial

   ☐ Enfermedades de origen zoonótico ☐ Cultura y conciencia ciudadana hacia el respeto de los animales
6. ¿Cómo se enteró de la jornada de esterilización?
   Redes sociales ___ Publicidad volanteo ___ voz a voz X
7. Para CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024 es importante conocer sus sugerencias u observaciones.

Firma Sandra Consuelo Yepes Campos

CONSORCIO

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024
CPS 999 DE 2024

Fecha: 03 de Abril del 2025.

Nombre: Marlene Vargas

1. ¿Su animal recibió atención en la jornada de esterilización para animales caninos y felinos? SI X NO___
2. ¿Cómo califica el servicio de esterilización brindado? Excelente X Buena___ Regular___Mala_____
3. ¿Cómo fué la atención del equipo de profesionales de la jornada? Excelente X Buena___ Regular___Mala ___
4. El espacio y las instalaciones destinadas para la jornada le parecieron: Cómodas X Amplias_____ Adecuadas Inadecuadas_____
5. ¿Recibió capacitación y/o sensibilización del componente de educación y prevención en los siguientes temas?

   ☒ Tenencia responsable de animales de compañía

   ☐ Protección y bienestar animal

   ☐ Código de policía ☐ Tenencia de caninos de manejo especial

   ☐ Enfermedades de origen zoonótico ☐ Cultura y conciencia ciudadana hacia el respeto de los animales
6. ¿Cómo se enteró de la jornada de esterilización?
   Redes sociales ___Publicidad volanteo ___voz a voz X
7. Para CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024 es importante conocer sus sugerencias u observaciones.

Firma _____



ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024
CPS 999 DE 2024

Fecha: 03 de Abril del 2025.

Nombre: Olga Torres.

1. ¿Su animal recibió atención en la jornada de esterilización para animales caninos y felinos? SI X NO___
2. ¿Cómo califica el servicio de esterilización brindado? Excelente___ Buena X Regular___Mala_____
3. ¿Cómo fué la atención del equipo de profesionales de la jornada? Excelente___ Buena X Regular___Mala ___
4. El espacio y las instalaciones destinadas para la jornada le parecieron: Cómodas X Amplias_____ Adecuadas Inadecuadas_____
5. ¿Recibió capacitación y/o sensibilización del componente de educación y prevención en los siguientes temas?

   ☐ Tenencia responsable de animales de compañía

   ☑ Protección y bienestar animal

   ☐ Código de policía ☐ Tenencia de caninos de manejo especial

   ☐ Enfermedades de origen zoonótico ☐ Cultura y conciencia ciudadana hacia el respeto de los animales
6. ¿Cómo se enteró de la jornada de esterilización?
   Redes sociales ___Publicidad volanteo ___voz a voz X
7. Para CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024 es importante conocer sus sugerencias u observaciones.

Firma Olga Torres.

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024
CPS 999 DE 2024

Fecha: 03 de Abril del 2025.

Nombre: Juliana Marin

1. ¿Su animal recibió atención en la jornada de esterilización para animales caninos y felinos? SI X NO___
2. ¿Cómo califica el servicio de esterilización brindado? Excelente___ Buena X Regular___Mala_____
3. ¿Cómo fué la atención del equipo de profesionales de la jornada? Excelente___ Buena X Regular___Mala ___
4. El espacio y las instalaciones destinadas para la jornada le parecieron: Cómodas_____ Amplias X Adecuadas Inadecuadas_____
5. ¿Recibió capacitación y/o sensibilización del componente de educación y prevención en los siguientes temas?

   ☐ Tenencia responsable de animales de compañía

   ☒ Protección y bienestar animal

   ☐ Código de policía ☐ Tenencia de caninos de manejo especial

   ☐ Enfermedades de origen zoonótico ☐ Cultura y conciencia ciudadana hacia el respeto de los animales
6. ¿Cómo se enteró de la jornada de esterilización?
   Redes sociales ___Publicidad volanteo ___voz a voz X
7. Para CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024 es importante conocer sus sugerencias u observaciones.

Firma _____

CONSORCIO

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024
CPS 999 DE 2024

Fecha: 03 de 04 del 2025.

Nombre: Maria dilsa Mayorga

1. ¿Su animal recibió atención en la jornada de esterilización para animales caninos y felinos? SI X NO___
2. ¿Cómo califica el servicio de esterilización brindado? Excelente X Buena___ Regular___Mala_____
3. ¿Cómo fué la atención del equipo de profesionales de la jornada? Excelente X Buena___ Regular___Mala ___
4. El espacio y las instalaciones destinadas para la jornada le parecieron: Cómodas X Amplias_____ Adecuadas Inadecuadas_____
5. ¿Recibió capacitación y/o sensibilización del componente de educación y prevención en los siguientes temas?

   ☒ Tenencia responsable de animales de compañía

   ☐ Protección y bienestar animal

   ☐ Código de policía ☐ Tenencia de caninos de manejo especial

   ☐ Enfermedades de origen zoonótico ☐ Cultura y conciencia ciudadana hacia el respeto de los animales
6. ¿Cómo se enteró de la jornada de esterilización?
   Redes sociales ___Publicidad volanteo ___voz a voz X
7. Para CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024 es importante conocer sus sugerencias u observaciones.

Firma

CONSORCIO

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024
CPS 999 DE 2024

Fecha: 03 de 04 del 2025.

Nombre: Elsa Gladys Vargas

1. ¿Su animal recibió atención en la jornada de esterilización para animales caninos y felinos? SI X NO___
2. ¿Cómo califica el servicio de esterilización brindado? Excelente X Buena___ Regular___Mala_____
3. ¿Cómo fué la atención del equipo de profesionales de la jornada? Excelente X Buena___ Regular___Mala ___
4. El espacio y las instalaciones destinadas para la jornada le parecieron: Cómodas X Amplias_____ Adecuadas Inadecuadas_____
5. ¿Recibió capacitación y/o sensibilización del componente de educación y prevención en los siguientes temas?

   ☐ Tenencia responsable de animales de compañía

   ☒ Protección y bienestar animal

   ☐ Código de policía ☐ Tenencia de caninos de manejo especial

   ☐ Enfermedades de origen zoonótico ☐ Cultura y conciencia ciudadana hacia el respeto de los animales
6. ¿Cómo se enteró de la jornada de esterilización?
   Redes sociales ___Publicidad volanteo ___voz a voz X
7. Para CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024 es importante conocer sus sugerencias u observaciones.

Firma Gladys

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
DIRECCIÓN DE SEGURIDAD
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024
CPS 999 DE 2024

Fecha: 3 de Abril del 2025.

Nombre: Andres Lano

1. ¿Su animal recibió atención en la jornada de esterilización para animales caninos y felinos? SI X NO ___
2. ¿Cómo califica el servicio de esterilización brindado? Excelente X Buena ___ Regular ___ Mala ___
3. ¿Cómo fué la atención del equipo de profesionales de la jornada? Excelente X Buena ___ Regular ___ Mala ___
4. El espacio y las instalaciones destinadas para la jornada le parecieron: Cómodas ___ Amplias ___ Adecuadas X Inadecuadas ___
5. ¿Recibió capacitación y/o sensibilización del componente de educación y prevención en los siguientes temas?

   X Tenencia responsable de animales de compañía

   ☐ Protección y bienestar animal

   ☐ Código de policía ☐ Tenencia de caninos de manejo especial

   ☐ Enfermedades de origen zoonótico ☐ Cultura y conciencia ciudadana hacia el respeto de los animales
6. ¿Cómo se enteró de la jornada de esterilización? Redes sociales ___ Publicidad volanteo ___ voz a voz X
7. Para CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024 es importante conocer sus sugerencias u observaciones.

Firma ___

CONSORCIO

ALCALDÍA LOCAL DE SUBA
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL
CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024
CPS 999 DE 2024

Fecha: 3 de abril del 2025.

Nombre: Yinnetth Montilla

1. ¿Su animal recibió atención en la jornada de esterilización para animales caninos y felinos? SI X NO___
2. ¿Cómo califica el servicio de esterilización brindado? Excelente X Buena___ Regular___Mala_____
3. ¿Cómo fué la atención del equipo de profesionales de la jornada? Excelente X Buena___ Regular___Mala ___
4. El espacio y las instalaciones destinadas para la jornada le parecieron: Cómodas_____ Amplias X Adecuadas Inadecuadas_____
5. ¿Recibió capacitación y/o sensibilización del componente de educación y prevención en los siguientes temas?

   ☐ Tenencia responsable de animales de compañía

   ☒ Protección y bienestar animal

   ☐ Código de policía ☐ Tenencia de caninos de manejo especial

   ☐ Enfermedades de origen zoonótico ☐ Cultura y conciencia ciudadana hacia el respeto de los animales
6. ¿Cómo se enteró de la jornada de esterilización?
   Redes sociales ___Publicidad volanteo ___voz a voz X
7. Para CONSORCIO ESTERILIZACIONES 2024 es importante conocer sus sugerencias u observaciones.

Firma Yinnetth Montilla

ENCUESTA DE SATISFACCION PROGRAMA DE ESTERILIZACION ANIMAL CPS 999 de 2024

No	Nombre	1. ¿Su animal recibió atención en la jornada de esterilización para animales caninos y felinos?	2. ¿Cómo califica el servicio de esterilización brindado?	3. ¿Cómo fue la atención del equipo de profesionales de la jornada?	4. El espacio de las instalaciones destinadas para la jornada le parecieron	5. ¿Recibió capacitación y/o sensibilización del componente de educación y prevención en los siguientes temas?	6. ¿Cómo se entero de la jornada de esterilización?	7. Sugerencias u observaciones
1	yinneth Montilla	si	excelente	excelente	amplias	protección y bienestar animal	voz a voz	no
2	Andrés cano	si	excelente	excelente	adecuadas	tenencia responsable de animales d	voz a voz	no
3	Elsa Vargas	si	excelente	excelente	cómodas	protección y bienestar animal	voz a voz	no
4	María Mayorga	si	excelente	excelente	cómodas	tenencia responsable de animales d	voz a voz	no
5	Julieta Marin	si	buena	buena	amplias	protección y bienestar animal	voz a voz	no
6	Olga Torres	si	buena	buena	cómodas	protección y bienestar animal	voz a voz	no
7	Marlene Vargas	si	excelente	excelente	cómodas	tenencia responsable de animales d	voz a voz	no
8	Sandra yopasa	si	excelente	excelente	cómodas	tenencia responsable de animales d	voz a voz	no
9	Ines Gallo	si	excelente	buena	amplias	protección y bienestar animal	voz a voz	no
10	Frank Antony	si	excelente	excelente	amplias	protección y bienestar animal	redes sociales	no
11	Gina Mancera	si	excelente	excelente	cómodas amplias	tenencia responsable de animales d	voz a voz	no
12	Juana Achury	si	excelente	excelente	cómodas	protección y bienestar animal	voz a voz	no
13	Diana Pinto	si	buena	buena	cómodas	tenencia responsable de animales d	publicidad volanteo	no
14	Carmen ovejero	si	excelente	buena	amplias	protección y bienestar animal	publicidad volanteo	no
15	Brayan Rojas	si	buena	buena	cómodas	tenencia responsable de animales d	redes sociales	no
16	Mauricio Rodríguez	si	excelente	excelente	adecuadas	tenencia responsable de animales d	publicidad volanteo	no
17	Ivan Moreno	si	excelente	buena	cómodas	tenencia responsable de animales d	redes sociales	no
18	María Bayona	si	excelente	excelente	cómodas	tenencia responsable de animales d	publicidad volanteo	no
19	Norma Martinez	si	excelente	buena	cómodas	tenencia responsable de animales d	redes sociales	no
20	Alba Gutiérrez	si	buena	buena	cómodas	protección y bienestar animal	voz a voz	no
21	Jennifer Caseres	si	excelente	excelente	cómodas	protección y bienestar animal	voz a voz	no
22	Angel Pinzón	si	excelente	excelente	cómodas	tenencia responsable de animales d	redes sociales	no
23	Ros el Reyes	si	excelente	excelente	cómodas	tenencia responsable de animales d	publicidad volanteo	no
24	Liliana pinzón	si	excelente	excelente	amplias	protección y bienestar animal	voz a voz	no
25	keli Maecha	si	buena	buena	amplias	no	redes sociales	no
26	José Sanchez	si	buena	buena	cómodas	protección y bienestar animal	voz a voz	no

51
52

Anexo fotográfico

Avanzada













Preinscripción







Jornada








Network: 3 abr 2025 7:24:50 a. m. GMT-05:00
Local: 3 abr 2025 7:24:49 a. m. GMT-05:00
4°44'31.896"N 74°6'29.376"W
134-80 Carrera 125b
Suba
Bogotá