ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA GENERAL

GESTIÓN FINANCIERA

CPS 322-2025 INFORME 1

Ítem	DOCUMENTOS REQUERIDOS	OBSERVACIONES	TIPO DE OBLIGACIÓN							
			Servicios	Obra	Compraventa	Interventoría	Suministro	Consultoría	Arrendamiento	Otro cual?
1	REGISTRO DEL COMPROMISO - RC -	Aplica para el primer pago, en copia y debidamente firmado por el coordinador del GAFC	N/A							
1	RADICADO ORFEO	Aplica para todos los pagos	OK							
2	ACTA DE INICIO	Aplica para el primer pago, y deben estar legibles y debidamente firmadas.	OK							
3	MINUTA DEL CONTRATO	Aplica para el primer pago, exceptuando los contratos de obra e interventoría, de compraventa y/o suministro, que se requiere cada vez que pasen pagos.	OK							
4	CERTIFICACION BANCARIA	Aplica para el primer pago	OK							
5	INFORME DE ACTIVIDADES	Aplica para todos los pagos y deben estar legibles y debidamente firmadas	OK							
6	ARCHIVO EN MEDIO MAGNÉTICO DE LAS EVIDENCIAS DE ACTIVIDADES	Escanner de los documentos ya firmados enviado al e-mail establecido para este trámite	X							
7	CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO	Aplica para todos los pagos y deben estar legibles y debidamente firmadas	OK							
8	COPIA DESIGNACIÓN DE SUPERVISIÓN	Aplica para el primer pago, en copia y debidamente firmada por el Ordenador del Gasto, el Coordinador del Grupo de Gestión Contractual y el Supervisor Designado.	OK							
9	FORMATO DE SOLICITUD DE PAGO PARA CONTRATISTAS	Original, diligenciado y debidamente firmado.	N/A							
10	FACTURA ORIGINAL Y AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN DE FACTURACIÓN	Aplica para Persona Natural y Jurídica del Régimen Común, la resolucion DIAN que no supere 2 años expedida.	OK							
11	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT	Copia actualizada.	OK							
12	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT CONSORCIOS	Aplica para cada uno de los integrantes del Consorcio o Unión Temporal - Copia y con fecha posterior a diciembre de 2012.	N/A							
13	REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT	Copia actualizada y aplica solo en Bogotá								
14	PLANILLA DEL APORTE A SEGURIDAD SOCIAL (EPS/FP/ARL) O CERTIFICACION DE PARAFISCALES	Aplica para Persona Natural correspondiente al periodo de cobro o CERTIFICADO DE PARAFISCALES (Vigente y debidamente firmado por el Representante Legal o Revisor Fiscal).	OK							
15	ACTA CONSORCIAL O DE UNIÓN TEMPORAL	Aplica para todos los pagos y deben estar legibles y debidamente firmadas.	N/A							
16	ACTA MENSUAL DE OBRA Y/O INTERVENTORÍA	Acta de avance de obra, informe de avance de obra e informe de interventoria. Debe estar en original debidamente firmada.	N/A							
17	OTRAS ACTAS	Las que requiera la entidad o señale la obligación contractual, deben estar debidamente firmadas (Ej: Liquidación, Terminación, Suspensión, Reactivación, Sesión de Contrato, etc)								
18	INGRESOS Y SALIDAS DE ALMACEN FORMATO ENTREGADO POR EL AREA DE ALMACEN	Si aplica para el pago debidamente firmadas	N/A							
19	INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS Y/O CONVENIOS	Debidamente diligenciado, en original y firmado por las partes.	OK							
20	PANTALLAZO LINK SECOP	Aplica para contratos vigencia 2023 en adelante	OK							
21	PARA EL ÚLTIMO PAGO ACREDITAR LOS APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL CONFORME AL VALOR TOTAL DEL CONTRATO	Aplica para último pago del contrato (anexar planillas)	N/A							
22	CONSTANCIA FACTOR MULTIPLICADOR	Solo aplica para contratos de interventoria conexos a Obra Pública	N/A							
23	AFECTACION PRESUPUESTAL DE OBLIGACIONES	Solo aplica para contratos de interventoria conexos a Obra Pública de regalías con cargo a los recursos del Sistema General de Regalías, que tengan mas de 1 item para afectación del gasto en el RP	N/A							
24	ACTA DE LIQUIDACION	Si es el ultimo pago del contrato personas jurídicas	N/A							

Nombre del supervisor y/o interventor del contrato	E-MAIL (De contacto):	Número de
LISETH CAMILA AGUILAR GALEANO	liseth.aguilar@gobiernobogota.gov.co	N/A
QUIEN RADICA (Nombre Legible):	DEPENDENCIA:	E-MAIL (De contacto):	No. Ext.
TATIANA VANESSA ESCALONA HERRERA	DESPACHO	tatiana.escalona@gobiernobogota.gov.co	N/A

NOTA IMPORTANTE: El funcionario y/o contratista que RADICA LA CUENTA, es el responsable de verificar SI todos los documentos se encuentran conforme al tipo de obligación y ordenados de acuerdo a la lista, en caso que NO sea así, el responsable de pagos del GAFC, realizará la respectiva devolución de la cuenta, notificando vía email.

FUNDACIÓN ECODES

NIT. 900359095-6

29/4/25, 8:15
Alcaldía Local de Mártires
R No. 2025-641-002738-2
2025-04-29 08:14 - Folios: 1 Anexos: 0
Destino: Area de Gestion de Desarr
Rem/D: FUNDACION ECODES
20256410027382

Bogotá, 28 abril de 2025

Señores
Alcaldía Local de los Mártires.

Bogotá D. C.
Av. Calle 19 #28-80

Ref. Contrato de Prestación de Servicios - CPS-322 de 2024

Asunto: Informe actividades #2 CPS 322 - 2024.

La suscrita Leidy Carolina Cristancho Márquez obrando en mi calidad de Representante Legal de Fundación ECODES, en el marco del contrato de referencia cuyo objeto es: "PRESTAR LOS SERVICIOS PARA REALIZAR LA ATENCIÓN DE ANIMALES DE LA LOCALIDAD DE LOS MÁRTIRES", por medio de la presente realizo entrega de informe de actividades correspondiente al mes 2 que reporta el periodo comprendido entre el 18 de enero de 2025 al 17 de febrero de 2025.

Sin otro particular, agradezco la atención prestada.

Atentamente,

Leidy Carolina Cristancho Márquez
Representante Legal
Fundación ECODES
Tel 3123120674
Martirespyba2025@gmail.com

Contiene:
Carpetas: (4)
Folios: (232)
CDS: (2)

Banco de Bogotá

EL BANCO DE BOGOTA

INFORMA:

Que la empresa FUNDACION ECODES identificado(a) con NIT 9003590956 está vinculada al BANCO DE BOGOTA a través de la CUENTA CORRIENTE No. 274146836 desde el 26 de Enero de 2018, este producto se encuentra ACTIVO.

Esta información es confidencial, no es una recomendación de negocio y se suministra sin responsabilidad del banco, se expide el 20 de Febrero de 2025, a solicitud del interesado, con destino a quien interese.

Atentamente,

OLGA YANIRA OTALORA GUERRERO
Gerencia de soluciones para el cliente
Banco de Bogota

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES No 2 PERÍODO: **18/01/2025 AL 17/02/2025**	
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO	
TIPO DE CONTRATO	Contrato de prestación de servicios
No. CONTRATO Y FECHA	CPS 322-2024 del 18 de diciembre de 2024
NOMBRE DEL CONTRATISTA	Fundación Ecodes
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	900359095-6
PLAZO DE EJECUCIÓN	Seis (6) meses
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 100.000.000 (cien millones)
VALOR DEL PERIODO DE COBRO	$ 42.008.320 (Cuarenta y dos millones ochomil trescientos veinte mil pesos M/CTE)
No. DEL PROYECTO (IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL)	FDLM-322-2024 (120487)
FECHA ACTA DE INICIO	18 de diciembre 2024
PRÓRROGA	No Aplica
ADICIÓN	No Aplica
SUSPENSIÓN	No Aplica
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y SUSPENSIONES)	17 de junio de 2025
OBJETO DEL CONTRATO	"PRESTAR LOS SERVICIOS PARA REALIZAR LA ATENCIÓN DE ANIMALES EN LA LOCALIDAD DE LOS MÁRTIRES".

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
1. Ejecutar el contrato a partir de la suscripción del acta de inicio, ajustándose a los estudios previos, anexo técnico, pliego de condiciones y propuesta presentada, en los lugares definidos y dentro del plazo estipulado.	**Generalidades:** • Se realiza comité técnico el 14 de febrero de 2025, donde se aclaran situaciones respecto a la primera jornada de esterilización. • Se realiza visita a clínica veterinaria el martes 21 de enero 2025.	• Acta visita a clínica • Acta reunión virtual 14 febrero 2025.	**Informe 2, Anexo 4** Acta visita a clínica 21 de enero 2025. **Informe 2, Anexo 5** Acta comité reunión 14 de febrero.
	Componente I, Programa Esterilizaciones caninas y felinas: Para el periodo de ejecución informado, se realizan 2 jornadas de esterilización, estas jornadas se realizaron el día 31 de enero de 2025, y el día 17 de febrero de 2025. • El día 31 de enero de 2025 se llevó a cabo la primera jornada de esterilización quirúrgica, con la intervención de 90 esterilizaciones felinas y caninas. • El día 17 de febrero de 2025 se llevó a cabo la segunda jornada de esterilización quirúrgica, con la intervención de 100 esterilizaciones felinas y caninas.	• Historias clínicas físicas y digitales componente esterilización del 31 enero 2025. • Historias clínicas físicas y digitales componente esterilización del 17 de febrero 2025.	**Informe 2, Anexo 1.** Historias clínicas pacientes, componente de esterilización 31 enero 2025. **Informe 2, Anexo 2** Historias clínicas paciente esterilización 17 febrero 2025.
	Componente II, Programa Brigadas médico-veterinarias: para el periodo ejecutado no se realizan actividades relacionadas con este componente.	• N/A	**N/A**
	Componente III, Programa Atención de urgencias veterinarias: Durante el mes de ejecución se realizó la atención de 9 pacientes remitidos por el apoyo a la supervisión del contrato a la clínica veterinaria Animal Welfare.	• Historia clínica físicas y digital del componente atención de urgencias.	**Informe 2, Anexo 3.** Historias Clínicas pacientes, componente atención de urgencias.
2. Previo a la firma del presente contrato, el contratista deberá presentar Resolución de habilitación del servicio de funcionamiento expedido por la Secretaría Distrital de Salud, así mismo, que cumpla con los lineamientos establecidos en la Resolución 482 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección	Se presenta por parte de Fundación ECODES, acta de secretaria de salud y resolución de equipo de radiografía usado para el componente de urgencias veterinarias.	• Acta de secretaria de salud. • Resolución de equipo de Rx.	**Informe 1, Anexo 4.** Acta de secretaria de salud. **Informe 1, Anexo 5.** Resolución de equipo RX.

32

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
Social "Por la cual se reglamenta el uso de equipos generadores de radiación ionizante, su control de calidad, la prestación de protección radiológica y se dictan otras disposiciones", para el equipo de Radiología a utilizar.			
3. Conformar un comité técnico el cual estará compuesto por un delegado de la comunidad, con voz y voto, puede ser Representante del Consejo Local de Protección y Bienestar Animal - CLPYBA o instancia que haga sus veces ó Representante de la mesa / red local de protección y bienestar animal o de organizaciones, hogares de paso, proteccionistas, rescatistas, animalistas; esto de acuerdo a la dinámica local, un representante de la Alcaldía Local de Los Mártires y un representante del operador del contrato en ejecución. PARAGRAFO: Se invitará al Instituto de Protección y Bienestar Animal-IDPYBA cuando se amerite de conformidad al anexo técnico.			
	• El día 9 de enero de 2025, se realiza comité en donde se realiza cambio del integrante de consejo local de protección y bienestar animal. Y posterior a esto se realiza la conformación del comité técnico.	• Integrantes de comité técnico.	**Informe 1, Anexo 2.** Acta comité 9 de enero
4. Realizar mínimo dos o tres Presentaciones Públicas conforme lo establecido en el anexo técnico. Ingresar al Almacén del Fondo de Desarrollo	• El día 13 de enero de 2025 se radica solicitud de espacio a la Junta Administradora Local para realizar la socialización del contrato, Se envía por parte de la JAL la fecha en la cual queda programada la socialización para el día 18 de enero 2025.	• Presentación ante la JAL	**Informe 1, Anexo 6.** Radicado espacio de socialización ante la JAL.

33

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
Local, previa aprobación del apoyo a la supervisión, los elementos o materiales que sean adquiridos con cargo a recursos del proyecto. siguiendo el respectivo procedimiento impartido por dicha oficina.	• El día 18 de enero se realiza la presentación pública ante la JAL, esta se realizó de manera virtual en donde se socializaron las metas, actividades y presupuesto del contrato. • El día 15 de enero de 2025, se realiza presentación ante la MLPYBA (mesa local PYBA) y con la mesa local de protección y bienestar animal.	• Acta presentación pública JAL. • Acta presentación MLPYBA, desarrollada por funcionaria de protección y b bienestar animal.	**Informe 1, Anexo 7** Acta presentación pública JAL. **Informe 1, Anexo 8** Acta presentación ante la MLPYBA.
5. Asistir al Comité Técnico de Seguimiento del Contrato, las veces que sea convocado, así como a las reuniones de trabajo, sensibilizaciones o capacitaciones que programe la entidad o que convoquen la Junta Administradora Local o la comunidad durante la ejecución del contrato.	• El día 21 de enero de 2025, se realiza visita a la clínica Animal Walfare, con el fin de hacer la verificación de las instalaciones, y que cumplan con los requerimientos del anexo técnico. • El día 14 de febrero se realiza reunión virtual con tema de primera jornada de esterilización y planes de mejora para las próximas jornadas de esterilización a desarrollar.	• Acta visita a clínica • Acta reunión virtual 14 febrero 2025.	**Informe 2, Anexo 4** Acta visita a clínica 21 de enero 2025. **Informe 2, Anexo 5** Acta comité reunión 14 de febrero.
6. Presentar un cronograma de ejecución de actividades al apoyo a la supervisión del contrato, con la proyección de las fechas para cada uno de los componentes del proyecto de acuerdo con el documento de Anexo Técnico.	Se presenta por parte de Fundación ECODES el plan de trabajo, y cronograma de actividades, teniendo en cuenta las actividades descritas en el anexo técnico y los (6) cinco meses programados para su ejecución, en el informe de actividades del mes 1 de ejecución.	• Cronograma de actividades aprobado. • Plan de trabajo aprobado.	**Informe 1, Anexo 11.** Cronograma de actividades aprobado. **Informe 1, Anexo 12.** Plan de trabajo aprobado.
7. Prestar el servicio de esterilizaciones para animales de compañía (gatos y perros tanto hembras como machos) que requieran de esta intervención quirúrgica siguiendo los parámetros establecidos en el Anexo Técnico del proyecto.	**Componente I, Programa Esterilizaciones caninas y felinas**: • El día 31 de enero de 2025 se llevó a cabo la primera jornada de esterilización quirúrgica, con la intervención de 90 esterilizaciones felinas y caninas. • El día 17 de febrero de 2025 se llevó a cabo la segunda jornada de esterilización quirúrgica, con la intervención de 100 esterilizaciones felinas y caninas.	• Acta verificación jornada esterilización 31 enero.	**Informe 2, Anexo 6** Acta jornada esterilización 31 enero 2025. **Informe 2, Anexo 7** Acta jornada esterilización 17 febrero 2025.

<table>
<tr><th>OBLIGACIONES ESPECIFICAS</th><th>ACTIVIDAD</th><th>PRODUCTOS</th><th>MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL</th></tr>
<tr><td></td><td>
<table>
<tr><th colspan="8">CIRUGIAS CONSOLIDADAS CONTRATO 322 - 2024</th></tr>
<tr><th>No</th><th>JORNADA</th><th>FECHA</th><th>LUGAR</th><th>CH</th><th>CM</th><th>FH</th><th>FM</th><th>TOTAL</th></tr>
<tr><td>1</td><td>PARQUE OSCAR</td><td>31.01.25</td><td>PARQUE OSCAR</td><td>24</td><td>17</td><td>25</td><td>24</td><td>90</td></tr>
<tr><td>2</td><td>SANTA HELENA</td><td>17.02.25</td><td>SANTA HELENA</td><td>14</td><td>13</td><td>42</td><td>31</td><td>100</td></tr>
</table>
</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>8. Atender las urgencias médicas veterinarias para animales de compañía en condición de calle y vulnerabilidad que requieran de atención médica inmediata por accidentes que afecten su integridad o que pongan en riesgo su vida siguiendo los parámetros establecidos en el Anexo Técnico del proyecto.</td><td>Componente III, Programa Atención de urgencias veterinarias:
Durante el mes de ejecución se hizo la atención de 9 pacientes, remitidos por el apoyo a la supervisión para exámenes y procedimientos que requerían.</td><td>• Historia clínica físicas y digital del componente atención de urgencias.</td><td>Informe 2, Anexo 3.
Historias Clínicas pacientes, componente atención de urgencias.</td></tr>
<tr><td>9. Realizar brigadas médico veterinarias que comprendan: valoración clínica integral, diagnóstico presuntivo, curaciones, pruebas diagnósticas y/o tratamientos a afecciones o enfermedades que se puedan tratar, vacunación y desparasitación interna y externa siguiendo los parámetros establecidos en el Anexo Técnico del proyecto.</td><td>Para este componente, y el periodo reportado, no se realizó actividades relacionadas con el componente de brigadas medico veterinarias.</td><td>• N/A</td><td>N/A</td></tr>
<tr><td>10. Implementar estrategias de educación sobre protección y bienestar animal que mejoren la relación de la población</td><td>• Con el fin de dar cumplimiento al componente de educación, durante el desarrollo de las jornadas de esterilización, para el presente periodo de ejecución se realizaron sensibilizaciones a las personas que asistieron a cada jornada, llevando a cabo un total de 134 sensibilizaciones.</td><td>• Listados sensibilizaciones en jornadas de esterilización</td><td>Informe 2, Anexo 8.
Listado sensibilización.</td></tr>
</table>

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
martíriense con los animales de acuerdo con las especificaciones del Anexo Técnico, así como con los contenidos y lineamientos del Instituto Distrital para la Protección y Bienestar animal (IDPYBA).			
11. Contar con el talento humano cualificado e idóneo para el desarrollo de las acciones contempladas en los cinco componentes del proyecto.	El día 10 de enero de 2025, se envía vía correo electrónico las hojas de vida del personal profesional que estarán en los componentes de esterilización, y la atención de urgencias en la clínica.	• Soporte de radicado personal profesional vía correo electrónico.	**Informe 1, Anexo 14.** hojas de vidas talento humano, componente esterilización. Medio digital (CD)
12. Coordinar mensualmente con el comité técnico, las actividades de trabajo de todo el equipo profesional de acuerdo con los componentes del proyecto, en aras de garantizar la prestación del servicio 24 horas al día, siete días a la semana, con el mínimo de personal requerido de acuerdo con el anexo técnico.	Durante el comité técnico realizado el día 14 de febrero del 2025 se informa de fechas para jornada de esterilización del mes de marzo, en donde se programa para el lunes 3 de marzo en Lafayette.	• Comité técnico 14 febrero.	**Informe 2, Anexo 5** Acta comité reunión 14 de febrero.
13. Disponer de la capacidad operativa de un punto fijo, una Unidad Móvil Quirúrgica, un vehículo adecuado para el transporte de animales, equipos médicos, talento humano, insumos, medicamentos y todos los elementos requeridos para el desarrollo de las acciones del contrato cumpliendo con procedimientos establecidos en el anexo técnico.	Fundación ECODES, durante el mes de ejecución ha suministrado todos los insumos, instrumentos, implementos y medicamentos requeridos para la prestación del servicio caninos y/o felinos, se encuentran en óptimas condiciones, dando complimiento al Anexo Técnico y a la normatividad vigente. Para dar cumplimiento según especificaciones del anexo técnico el programa de urgencias veterinarias, se realizan en las instalaciones de la clínica veterinaria ANIMAL WELFARE, la cual cuenta con concepto favorable en visita realizada por la SDS.	• Concepto favorable de la SDS, de la clínica ANIMAL WELFARE.	**Informe 1, Anexo 4.** Copia de acta de Concepto favorable de la clínica veterinaria.

36

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
14. Tramitar con la oficina de prensa de la Alcaldía Local de Los Mártires, a través del apoyo a la supervisión la aprobación de todas las piezas comunicativas que se elaboren durante la ejecución del contrato.	En el periodo reportado se realiza él envió de las piezas publicitarias para el componente de esterilización.	• Pieza publicitaria.	**Informe 2, Anexo 9.** Pieza publicitaria aprobada.
15. Custodiar, organizar y disponer la información la documentación (bases de datos, historias clínicas, informes ejecutivos, actas) generada durante la prestación de los servicios y remitir dicha información al área de Gestión Documental de la Alcaldía Local de Los Mártires.	Para el periodo reportado se custodio, organizo la información y documentación correspondiente y soporte de las atenciones en los componentes de, esterilizaciones y urgencias veterinarias. Teniendo en cuenta lo anterior para el periodo reportado se realizó 2 jornadas de esterilización, y pacientes atendidos en urgencias veterinarias, por lo tanto se reporta la atención total de 199 pacientes.	• Base de datos pacientes atendidos en jornadas esterilización y urgencias veterinarias.	**Informe 2, Anexo 10.** Base de datos y registro fotográfico pacientes atendidos por el componente de esterilización y urgencias. (CD).
16. Consolidar y presentar ante la Alcaldía Local de Los Mártires los informes de ejecución, facturas y/o cuentas de cobro y demás documentos solicitados, de acuerdo con la forma de pago establecida para el contrato, que den cuenta de la realización de las acciones del contrato para efectos de verificar las condiciones contractuales sobre el trámite de legalización y desembolso.	Con la presentación del presente informe se reportan las actividades desde el día 19 de enero de 2025 hasta el día 18 de febrero de 2025.	• Informe mensual de actividades.	el presente informe de actividades N° 2 y sus anexos.
17. Realizar mínimo una visita de caracterización y seguimiento a cada uno de los hogares de paso existentes en la localidad con el fin de validar los aspectos básicos de funcionamiento y articular	Para el periodo reportado se realizó la actividad de caracterización por medio del apoyo a la supervisión, mediante formularios de cada uno de los hogares de paso de la red local de protección de la localidad de los Mártires, los cuales fueron previamente visitados y evaluados para su respectiva verificación.	• Formularios caracterización animales hogares de paso.	**Informe 1, Anexo 17** Formularios hogares de paso.

37

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
acciones en el marco de la ejecución del proyecto			
18. Mantener actualizadas las bases de datos que se generen durante la ejecución del contrato con la información respectiva de los animales de compañía y sus cuidadores/as en caso de tenerlos.	Para el periodo reportado se realizó la construcción de la Base de datos de brigada médica y esterilizaciones donde se soportan las atenciones realizadas.	• Base de datos brigadas médicas. • Bases de datos esterilizaciones 31 enero y 17 febrero 2025.	**Informe 1, Anexo 16.** Base de datos pacientes atendidos por el componente de brigadas médicas. **Informe 2, Anexo 10.** Base de datos pacientes atendidos por el componente de esterilización y urgencias. (CD).
19. Realizar acciones de educación y sensibilización permanente y continua sobre Tenencia Responsable de Animales de Compañía, dirigida a la comunidad en general queriente y no queriente de los animales, cuidadores, profesionales y/o escolares, procurando que, en las diferentes actividades realizadas se incluya este tema dirigido a la comunidad sobre la debida convivencia y relacionamiento entre el ser humano y los animales.	Durante el periodo reportado se realiza las acciones de educación y sensibilización para las personas asistentes a las jornadas de esterilización del 31 de enero y el 17 de febrero de 2025.	• Listado sensibilizaciones	**Informe 2, Anexo 8.** Listado sensibilización.
20. Garantizar que todos los formatos a utilizar en las diferentes actividades a realizar en el curso del presente contrato sean los establecidos y/o	Para el periodo de ejecución reportado se realizó la presentación y aprobación de los diferentes formatos a utilizar en los diferentes componentes.	• Formatos aprobados.	**Informe 1, Anexo 18.** Formatos Aprobados.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
aprobados por la Alcaldía Local de los Mártires, los cuales deben contener campos para recoger información relacionada con el enfoque diferencial.			
21. Gestionar ante la aseguradora la actualización de las vigencias de los amparos cuando se produzcan modificaciones por adiciones, prórrogas o suspensiones del contrato.	FUNDACION ECODES, realiza la debida presentación de las pólizas para el desarrollo del proyecto. Durante el desarrollo del contrato no se han realizado modificaciones por adiciones, prórrogas o suspensiones en el contrato.	• pólizas del contrato.	SECOP II
22. Atender con prioridad los reclamos que se presenten durante la ejecución del Contrato que se suscriba, debiendo dar respuesta oportuna y correctiva de las situaciones presentadas e informar por escrito y de manera inmediata cualquier anomalía que se presente en el desarrollo de la ejecución del contrato.	Durante el periodo reportado no se requirió a FUNDACION ECODES, para atender reclamos frente a la ejecución del contrato, sin embargo, se atendió la solicitud hecha por parte de proteccionista de la localidad, durante el comité del día 14 de febrero de 2025.	• Comité 14 febrero 2025.	**Informe 2, Anexo 5** Acta comité reunión 14 de febrero.
23. Ajustarse al cumplimiento de la política ambiental de la Alcaldía Local de los Mártires, cumplir con lo establecido en la Guía de Contratación Sostenible y presentar las acciones adelantadas en el informe de ejecución del contrato.	FUNDACION ECODES ha realizado el cumplimiento de la política ambiental de la Alcaldía Local de los Mártires, cumpliendo con lo establecido en la Guía de Contratación Sostenible, de esta manera se ha realizado la disposición de los residuos generados en las jornadas realizadas a través de un gestor de residuos.	• Certificado de disposición de residuos.	**Informe 2, Anexo 11** Certificado de disposición de residuos.
24. Las demás que surjan de naturaleza del contrato.	En las obligaciones reportadas se realiza el alcance de todas las actividades ejecutadas en el periodo establecido.	N/A	N/A

INFORMACIÓN ADICIONAL			
APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL:	NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PAGO DE SALUD	NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PAGO DE ARL	NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PENSIÓN
	SALUD TOTAL - NUEVA EPS	ARL SURA	PORVENIR - COLPENSIONES

FIRMAS	
	CONTRATISTA
DECLARACIÓN DEL CONTRATISTA: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las labores efectivamente desarrolladas en el periodo indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.	Firma: Nombre: LEIDY CAROLINA CRISTANCHO MÁRQUEZ Cédula: 1.022.341.934 DE Bogotá RL Fundación ECODES NIT 900359095-6
	SUPERVISOR/INTERVENTOR
DECLARACIÓN DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR: Una vez verificado los soportes allegados por el contratista manifiesto que el/la contratista ha cumplido a la fecha con las obligaciones establecidas en el contrato.	**Nombre: JOHN JADER SUÁREZ DELGADO** **Cargo: alcalde Local de los Mártires.** **Firma:**
	APOYO A LA SUPERVISIÓN (CUANDO APLIQUE)
	Nombre: Liséth Camila Aguilar Galeano **Cargo: Referente PyBA FDLM** **Firma:**

Al contestar por favor cite estos datos:
Radicado No. 20256420005183
Fecha: 21-04-2025
20256420005183

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

MEMORANDO

(642)

BOGOTA D.C

PARA: **LISETH CAMILA AGUILAR GALEANO**
Apoyo a la supervisión 036-2025 CPS-P (125174)

DE: **ALCALDE LOCAL DE LOS MÁRTIRES**
JOHN JADER SUAREZ DELGADO

ASUNTO: Designación como apoyo a la supervisión del siguiente contrato:

CONTRATO	CONTRATISTA	OBJETO
FDLM-322-2024 (120487)	FUNDACION ECODES	PRESTAR LOS SERVICIOS PARA REALIZAR LA ATENCIÓN DE ANIMALES EN LA LOCALIDAD DE LOS MÁRTIRES.

Atentamente me permito informarle que a partir de la fecha deberá asumir la supervisión de los contratos anteriormente relacionados. En su actuación como supervisor, está en la obligación de mantener un estricto control sobre la ejecución del objeto contractual, por cuanto de conformidad con lo establecido en los artículos 51 y 56 de la Ley 80 de 1993, la Ley 610 de 2000 "Responsabilidad Fiscal", la Ley 1952 de 2019 "Código Disciplinario Único" y los artículos 44, 82 y 84 de la Ley 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción" y demás normas que las modifican y sustituyen, la supervisión responderá disciplinaria, civil y penalmente por sus acciones y omisiones en la actuación contractual, en los términos de la Constitución y la Ley, el Manual de Contratación de la Entidad y el Manual de Supervisión e Interventoría GCOGCI-M004.

Los documentos referentes al citado contrato reposan en gestión documental de la Alcaldía Local, y en la plataforma transaccional Secop II y SIPSE. Adicionalmente se recuerda que se requiere mantener actualizada la siguiente información en la plataforma SIPSE:

1. Reportar con anterioridad todas las modificaciones contractuales que se requieran en los contratos, tales como: suspensión, adición, prórrogas, cesión, otro sí y/o terminación.

Factura Electrónica De Venta No

FUEC No. 561

Documento Oficial de Autorización de Numeración Facturación Electrónica No. 18764081598505 que habilita desde FUEC 333 hasta FUEC 800. Vence 2025-10-16

Impuesto Sobre las Ventas IVA - No somos Agentes de Retención de IVA
No somos Grandes Contribuyentes
Actividad Económica ICA 9499 9.66 X 1000

FUNDACION ECODES
Nit 900359095 6

CLIENTE	FDL DE MARTIRES
NIT	899999061 9

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
AV. CALLE 19 #28-80	Bogota D.C.	3759535

POR CONCEPTO DE
CPS 322 DE 2024

FECHA FACTURA	FECHA VENCIMIENTO	VENDEDOR	FORMA DE PAGO
10/03/2025	08/06/2025	EIDY CAROLINA CRISTANCHO MARQUE	Credito

Item	Código	Descripción	Cantidad	U Medida	Valor Unitario	IVA	Valor IVA	Total
1	41359502	OTROS SERVICIOS19 % ESTERILIZACIONES	190	Und.	155.462	19%	29.538	29.537.815
2	41359502	OTROS SERVICIOS19 % Atencion de urgencias medicas veterinarias a animales vulnerables de la localidad, en las que se incluya la estabilización del *animal y el tratamiento de recuperacion* según sea el caso, basados en el anexo tecnico se contara con un monto agotable.	1	Und.	5.763.294	19%	1.095.026	5.763.294

SUBTOTAL	**35.301.109**
IVA	**6.707.211**
TOTAL DE LA OPERACIÓN	**42.008.320**

Valor en Letras **Total Items** 2

CUARENTA Y DOS MILLONES OCHO MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE

ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO SEGÚN ART. 774 DEL CODEIGO DE COMERCIO

RECIBI DE CONFORMIDAD EL SERVICIO QUE TRATA ESTA FACTURA Y ACEPTO EL VALOR ESTIPULADO EN LA MISMA

Favor Consignar a la Cuenta Corriente No 274146836 del Banco Bogota A Nombre de FUNDACION ECODES.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica

Fecha y Hora de Generación: 10/03/2025 15:55:18

CL 43 SUR 82 C 07 Teléfono 7433724 - 3103446272
Correo Electrónico ECODESFUNDACION@GMAIL.COM

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUFE: 1ade8efa0ed2e7354a6a17f97164f8b3b0373b84e50b6954f9693045d6b9e076730ca5240216bb3f6b0754b282feb85c --Fecha y Hora de Expedición : 10/03/2025 3:59:37 p. m.

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Autorización Numeración de Facturación

1876

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 18764037512767

(415)7707212489984(8020) 001876403751276 7

5. Número de Identificación Tributaria - NIT	6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres
900359095	6				

11. Razón social: FUNDACION ECODES — Cód. 3 2

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá

24. Dirección	26.Departamento	27. Municipio
AC 43 SUR 82 C 07	Bogotá D.C.	Bogotá, D.C.

25. País: Colombia

La U.A.E. Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, conforme a la facultad discrecional establecida en el artículo 684 - 2 del Estatuto Tributario y en virtud de lo estipulado en la Resolución 0042 del 05/05/2020, por la cual se dictan otras disposiciones en materia de sistemas de facturación; previo estudio y evaluación de la solicitud realizada por el contribuyente, representante legal o apoderado debidamente acreditado; determina autorizar los rangos de numeración de facturación y/o documento equivalente. En los casos, en que se agote dicha numeración antes de culminar su vigencia, el interesado tendrá derecho a solicitar una nueva autorización, de acuerdo con el tramite establecido.

Las vigencias de los rangos de numeración de facturación, se contarán a partir de la formalización de éste documento oficial.

Si el obligado a facturar; no hubiere agotado la numeración de facturación transcurrido el término de la vigencia autorizada, con 15 días de antelación podrá solicitar la habilitación de la numeración sobrante.

Cuando se trate de una solicitud de inhabilitación de la numeración de facturación y/o documento equivalente, la vigencia es permanente, por lo tanto, no procede la habilitación de dichos rangos.

Nota: La no adopción o violación de los sistemas técnicos de control, dará lugar a la sanción establecida en el artículo 684-2 del E.T

Firma del solicitante

Firma del funcionario autorizado

DIAN
2022-10-06 / 04:50:58 PM
Fecha Acuse de Recibo
Firmado

1001. Apellidos y nombres: CRISTANCHO MARQUEZ LEIDY CAROLINA
1002. Tipo documento: Cédula de Ciudadanía
1003. No. Identificación: 1022341934 — 1004. DV: 8
1005. Cod. Representación: Representante Legal Principal
1006. Organización: FUNDACION ECODES

984. Apellidos y nombres:
985. Cargo:
989. Dependencia: SUBDIRECCION DE FACTURA ELECTRONICA Y SOLUCI
990. Lugar administrativo:
991. Organización: U.A.E. DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACION
992. Área:
993. Establecimiento:

997. Fecha formalización: 2022-10-06/16:50:58

AUTORIZADO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Autorización Numeración de Facturación

1876

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 18764037512767

(415)7707212489984(8020) 001876403751276 7

5. Número de Identificación Tributaria - NIT	6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres
900359095	6				

11. Razón social: FUNDACION ECODES

Rangos de numeración para autorizar, habilitar o inhabilitar

	29. Establecimiento	30. Modalidad	Cód.	31. Prefijo	32. Desde el número	33. Hasta el número	38. Vigencia	34. Tipo solicitud	Cód.
1	FUNDACION ECODES 1 CL 48 J 5 D 90	FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	4	FUEC	201	800	12	AUTORIZACIÓN	1
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									

AUTORIZADO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA
Secretaría de Hacienda

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha:10/01/2025

CONTRIBUYENTE	N.I.T. 900359095	FUNDACION ECODES

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CL 43 SUR 82C 07 Teléfonos: 3124526900

Dirección electrónica: ecodesfundacion@gmail.com Ciudad: BOGOTÁ DC Municipio: BOGOTÁ, D.C.

Fecha de Inscripción: 28/02/2018 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA JURIDICA Régimen tributario: COMUN Fecha desde: NO

Matrícula Mercantil:NO Fecha inicio de Actividades: 21/05/2010 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 6810 - Actividades inmobiliarias realizadas con bienes propios o arrendados

Actividad 2: 9499 - Actividades de otras asociaciones n.c.p.

Actividad 3: 8130 - Actividades de paisajismo y servicios de mantenimiento conexos

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

Fecha Inicio	Tipo	Documento	NOMBRE	Tipo Representación
10/12/2012	C.C.	1022341934	LEIDY CAROLINA CRISTANCHO MARQUEZ	REPRESENTANTE LEGAL
01/09/2022	C.C.	39766199	ARACELLY GONZALEZ ARIAS	CONTADOR

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la Secretaria de Hacienda Distrital.

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogota D.C. Colombia

Fuente: RIT-SHD

Version 2.02

12

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141153969341

(415)7707212489984(8020) 000014115396934 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 0 0 3 5 9 0 9 5	6	Impuestos de Bogotá	3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona jurídica 1			

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social
FUNDACION ECODES

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CR 68 D 18 A 40 P 3

42. Correo electrónico	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
ecodesfundacion@gmail.com	3 1 2 4 5 2 6 9 0 0	3 1 2 5 6 9 3 4 7 5

43. Código postal

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
9 4 9 9	2 0 1 0 0 5 2 1	7 5 0 0	2 0 1 9 0 9 0 6	8 1 3 0			1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 5	7	9	1	4	4	2	4	8	5	2	5	5													

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
55 - Informante de Beneficiarios Finales
07- Retención en la fuente a título de rent
09- Retención en la fuente en el impuesto
14- Informante de exogena
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
54. Código																			

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X]

60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre CRISTANCHO MARQUEZ LEIDY CAROLINA

985. Cargo Representante legal Certificado

Fecha generación documento PDF: 09-01-2025 12:42:23PM

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141153969341

(415)7707212489984(8020) 000014115396934 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 900359095 | 6. DV: 6

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá 32

14. Buzón electrónico:

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza: 2
63. Formas asociativas:
64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados:
65. Fondos:
66. Cooperativas:
67. Sociedades y organismos extranjeros: 2
68. Sin personería jurídica:
69. Otras organizaciones no clasificadas: 16
70. Beneficio:

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	01	01
72. Número	20100325	18
73. Fecha		20161115
74. Número de notaría	03	03
75. Entidad de registro	20100524	20161118
76. Fecha de registro	S0037049	S0037049
77. No. Matrícula mercantil	11	11
78. Departamento	4	4
79. Ciudad/Municipio		

Composición del Capital

82. Nacional: 100 %
83. Nacional público: 0.0 %
84. Nacional privado: 100.0 %
85. Extranjero: 0 %
86. Extranjero público: 0.0 %
87. Extranjero privado: 0.0 %

Vigencia

80. Desde: 20100325
81. Hasta: 99991231

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: 11 Alcaldía

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	49	20100324		-
2	80	20190101		-
3				-
4				-
5				-

Vinculación económica

93. Vinculación económica:
94. Nombre del grupo económico y/o empresarial
95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante
96. DV.
97. Nombre o razón social de la matriz o controlante
170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior
171. País
172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP
173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141153969341

(415)7707212489984(8020) 000014115396934 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 9 0 0 3 5 9 0 9 5 | 6. DV: 6

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico: 3 2

Representación

1

98. Representación: REPRS LEGAL PRIN 1 8

99. Fecha inicio ejercicio representación: 2 0 1 0 0 6 2 2

100. Tipo de documento: Cédula de Ciudadaní 1 3

101. Número de identificación: 1 0 2 2 3 4 1 9 3 4

102. DV

103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido: CRISTANCHO

105. Segundo apellido: MARQUEZ

106. Primer nombre: LEIDY

107. Otros nombres: CAROLINA

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)

109. DV

110. Razón social representante legal

2

98. Representación

99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento

101. Número de identificación

102. DV

103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido

105. Segundo apellido

106. Primer nombre

107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)

109. DV

110. Razón social representante legal

3

98. Representación

99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento

101. Número de identificación

102. DV

103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido

105. Segundo apellido

106. Primer nombre

107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)

109. DV

110. Razón social representante legal

4

98. Representación

99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento

101. Número de identificación

102. DV

103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido

105. Segundo apellido

106. Primer nombre

107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)

109. DV

110. Razón social representante legal

5

98. Representación

99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento

101. Número de identificación

102. DV

103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido

105. Segundo apellido

106. Primer nombre

107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)

109. DV

110. Razón social representante legal

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

001

Página 4 de 6 Hoja 4

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141153969341

(415)7707212489984(8020) 000014115396934 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 9 0 0 3 5 9 0 9 5 | 6. DV: 6

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá 3 2

14. Buzón electrónico

Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

1

111. Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía 1 3
112. Número de identificación: 9 1 4 8 7 0 2 5
113. DV
114. Nacionalidad: COLOMBIA 1 6 9
115. Primer apellido: FLOREZ
116. Segundo apellido: MORENO
117. Primer nombre: ALBERTO
118. Otros nombres:
119. Razón social
120. Valor capital del socio
121. % Participación
122. Fecha de ingreso: 2 0 1 9 0 4 0 3
123. Fecha de retiro

2

111. Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía 1 3
112. Número de identificación: 1 0 2 2 3 4 1 9 3 4
113. DV
114. Nacionalidad: COLOMBIA 1 6 9
115. Primer apellido: CRISTANCHO
116. Segundo apellido: MARQUEZ
117. Primer nombre: LEIDY
118. Otros nombres: CAROLINA
119. Razón social
120. Valor capital del socio
121. % Participación
122. Fecha de ingreso: 2 0 1 0 0 3 2 5
123. Fecha de retiro

3

111. Tipo de documento
112. Número de identificación
113. DV
114. Nacionalidad
115. Primer apellido
116. Segundo apellido
117. Primer nombre
118. Otros nombres
119. Razón social
120. Valor capital del socio
121. % Participación
122. Fecha de ingreso
123. Fecha de retiro

4

111. Tipo de documento
112. Número de identificación
113. DV
114. Nacionalidad
115. Primer apellido
116. Segundo apellido
117. Primer nombre
118. Otros nombres
119. Razón social
120. Valor capital del socio
121. % Participación
122. Fecha de ingreso
123. Fecha de retiro

5

111. Tipo de documento
112. Número de identificación
113. DV
114. Nacionalidad
115. Primer apellido
116. Segundo apellido
117. Primer nombre
118. Otros nombres
119. Razón social
120. Valor capital del socio
121. % Participación
122. Fecha de ingreso
123. Fecha de retiro

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Página 5 de 6 **Hoja 5**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141153969341

(415)7707212489984(8020) 000014115396934 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 900359095 | 6. DV 6

12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá 32

14. Buzón electrónico

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía 13

125. Número de identificación: 50894242

126. DV

127. Número de tarjeta profesional: 106450T

128. Primer apellido: ROMERO

129. Segundo apellido: MUÑOZ

130. Primer nombre: PIEDAD

131. Otros nombres: DEL SOCORRO

132. Número de Identificación Tributaria (NIT)

133. DV

134. Sociedad o firma designada

135. Fecha de nombramiento: 2023 01 02

Revisor fiscal suplente

136. Tipo de documento

137. Número de identificación

138. DV

139. Número de tarjeta profesional

140. Primer apellido

141. Segundo apellido

142. Primer nombre

143. Otros nombres

144. Número de Identificación Tributaria (NIT)

145. DV

146. Sociedad o firma designada

147. Fecha de nombramiento

Contador

148. Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía 13

149. Número de identificación: 39766199

150. DV

151. Número de tarjeta profesional: 101465T

152. Primer apellido: GONZALEZ

153. Segundo apellido: ARIAS

154. Primer nombre: ARACELLY

155. Otros nombres

156. Número de Identificación Tributaria (NIT)

157. DV

158. Sociedad o firma designada

159. Fecha de nombramiento: 2022 09 01

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141153969341

(415)7707212489984(8020) 000014115396934 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 0 0 3 5 9 0 9 5	6	Impuestos de Bogotá	3 2	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de otras asociaciones n.c.p. 9 4 9 9	

162. Nombre del establecimiento: FUNDACION ECODES 1

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1	

165. Dirección: CL 48 J 5 D 90

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
0 2 5 7 1 6 6 1	2 0 1 5 0 5 0 9	
168. Teléfono: 3 1 1 5 0 6 3 7 6 9	169. Fecha de cierre	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

18

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900359095-6	FUNDACION ECODES	CALLE 43 SUR No 82 C- 07	7033629	ecodesfundacion@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				6	0
2025-03	2025-02	E	26/03/2025	84550069	TOTAL A PAGAR	
					$4.897.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	617.000	0		0		0	1	400	0	617.400	3
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	114.000	0		0		0	1	100	0	114.100	2
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	57.000	0		0		0	1	100	0	57.100	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	867.800	0	0	0	0	1	600	0	868.400	2
25-14	Colpensiones	900336004-7	2.283.400	0	0	50.000	50.000	1	1.500	200	2.385.100	4

TOTALES RIESGOS LABORALES													
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	98.900				98.900	1	100	99.000			989	99.000	6

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	755.700	1	500	756.200	6

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	1	0	0	0
ICBF				
0	1	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	3	788.000	788.600
Pensión	2	3.251.200	3.253.500
Riesgos Laborales	1	98.900	99.000
CCF	1	755.700	756.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	7	4.893.800	4.897.300

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900359095-6	FUNDACION ECODES	CALLE 43 SUR No 82 C- 07	7033629	ecodesfundacion@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				7	0
2025-02	2025-01	E	24/02/2025	83836987	TOTAL A PAGAR	
					$4.538.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	39.900	0		0		0	0	0	0	39.900	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	515.700	0		0		0	0	0	0	515.700	3
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	114.000	0		0		0	0	0	0	114.000	2
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	57.000	0		0		0	0	0	0	57.000	1

TOTALES PENSIÓN											
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	462.500	0	0	0	0	0	0		462.500	2
230301	Porvenir	800224808-8	159.500	0	0	0	0	0	0		159.500	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	2.383.400	0	0	50.000	50.000	0	0		2.383.400	4

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	83.700				83.700	0	0	83.700			837	83.700	7

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	722.400	0	0	722.400	7

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	4	726.600	726.600
Pensión	3	3.005.400	3.005.400
Riesgos Laborales	1	83.700	83.700
CCF	1	722.400	722.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	9	4.538.100	4.538.100

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.022.341.934**

CRISTANCHO MARQUEZ

APELLIDOS

LEIDY CAROLINA

NOMBRES

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **24-OCT-1987**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

08-ENE-2008 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1500150-00208488-F-1022341934-20100118 0020030084A 1

	FORMATO	Código: IPC.FR.003
	CERTIFICACIÓN	Versión: 001
		Fecha Vencimiento: DICIEMBRE 2025

CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES PERSONA JURÍDICA

La suscrita PIEDAD ROMERO MUÑOZ identificado con cédula de ciudadania No. 50. 894.242, de Bogotá, en mi condición de revisora fiscal de **FUNDACIÓN ECODES** identificada con Nit 900.359.095-6, certifico que la fundación se encuentra a Paz y Salvo por concepto del pago de sus obligaciones con los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje de todo el personal que se encuentra laborando dentro de la misma y que así lo requiere, durante los últimos seis (6) meses.

Lo anterior, para dar cumplimiento a lo establecido en el art. 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

La presente se expide en Bogotá, D.C., a los veintiocho (28) días del mes de de enero de 2025

Leidy Carolina Cristancho Márquez
Representante Legal
Fundación ECODES

PIEDAD ROMERO MUÑOZ
Revisora Fiscal
Fundación ECODES

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **PIEDAD DEL SOCORRO ROMERO MUÑOZ** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 50894242 de MONTERIA (CORDOBA) Y Tarjeta Profesional No 106450-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **********
****
****

Dado en BOGOTA a los 17 días del mes de Febrero de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

República de Colombia
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

106450-T

PIEDAD DEL SOCORRO
ROMERO MUÑOZ
C.C. 50894242
RESOLUCION INSCRIPCION 236
UNIVERSIDAD PILOTO DE COLOMBIA

FECHA 25/11/2004

DIRECTOR GENERAL
JULIO CESAR ACUÑA GONZALEZ

116058

206828

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: 644 44 50 o devolverla a la UAE - Junta Central de Contadores a la calle 96 No. 9A - 21 Bogota D.C.

www.ideas.com

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 50.894.242

ROMERO MUÑOZ

APELLIDOS

PIEDAD DEL SOCORRO

NOMBRES

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 14-DIC-1970

MONTERIA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

04-AGO-1989 MONTERIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00159113-F-0050894242-20090612 0012414021A 1 1210101860

Cámara de Comercio de Bogotá

Sede Virtual

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 10 de abril de 2025 Hora: 11:26:25
Recibo No. AA25714422
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25714422B6BA8

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

CON FUNDAMENTO EN LAS INSCRIPCIONES EFECTUADAS EN EL REGISTRO DE ENTIDADES SIN ÁNIMO DE LUCRO, LA CÁMARA DE COMERCIO CERTIFICA:

NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

Razón social: FUNDACION ECODES
Nit: 900.359.095-6 Administración : Direccion Seccional De Impuestos De Bogota, Regimen Comun

Domicilio principal: Bogotá D.C.

INSCRIPCIÓN

Inscripción No. S0037049
Fecha de Inscripción: 24 de mayo de 2010
Último año renovado: 2025
Fecha de renovación: 14 de marzo de 2025
Grupo NIIF: Grupo II.

UBICACIÓN

Dirección del domicilio principal: Cr 68 D 18 A 40 P 3
Municipio: Bogotá D.C.
Correo electrónico: ecodesfundacion@gmail.com
Teléfono comercial 1: 3124526900
Teléfono comercial 2: 3125693475
Teléfono comercial 3: No reportó.

Dirección para notificación judicial: Cr 68 D 18 A 40 P 3
Municipio: Bogotá D.C.
Correo electrónico de notificación: ecodesfundacion@gmail.com
Teléfono para notificación 1: 3124526900
Teléfono para notificación 2: 3125693475
Teléfono para notificación 3: No reportó.

La Entidad SI autorizó para recibir notificaciones personales a través de correo electrónico, de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del Código General del Proceso y 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Constanza del Pilar Puentes Trujillo

35

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 10 de abril de 2025 Hora: 11:26:25
Recibo No. AA25714422
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25714422B6BA8

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

CONSTITUCIÓN

Por Acta del 25 de marzo de 2010 de Asamblea Constitutiva, inscrito en esta Cámara de Comercio el 24 de mayo de 2010, con el No. 00172932 del Libro I de las entidades sin ánimo de lucro, se constituyó la persona jurídica de naturaleza Fundación denominada FUNDACION ECODES.

ENTIDAD QUE EJERCE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

Entidad que ejerce la función de inspección, vigilancia y control: ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA

TÉRMINO DE DURACIÓN

La Entidad no se encuentra disuelta y su duración es indefinida.

OBJETO SOCIAL

Para desarrollar su objeto social FUNDACIÓN ECODES podrá realizar entre otras las siguientes actividades: 1. Realizar y promover de cuenta propia o en asocio de otras entidades ya sea del sector oficial o privado mediante la celebración, de: Convenios o contratos de cualquier órgano investigativo, estudio técnico, y cultural como también la formulación, diseño y ejecución de los diferentes planes y programas, proyectos y obras de los diversos sectores antes citados en el objeto social de la fundación. 2. Diseñar, formular y/o ejecutar planes, programas, proyectos, acciones y/o actividades relacionadas con el objeto de la fundación. 3. Suministrar refrigerios y/o alimentos en eventos. 4. Recibir donaciones, aportes, auxilios y/o becas de: Personas naturales y/o jurídicas, nacionales y/o extranjeras, así como de entidades gubernamentales nacionales y/o extranjeras. 5. Suscribir contratos, convenios y/o acuerdos con entes públicos, privados y/o mixtos, para la prestación directa o indirecta de servicios, asesorías y/o capacitación en "áreas relacionadas con el objeto de la fundación. 6. Celebrar en ejercicio de sus actividades, toda clase de operaciones con establecimientos de crédito y/o compañías aseguradoras y/o entidades financieras nacionales y/o extranjeras bajo el cumplimiento de las normas

36

vigentes en la materia. 7. Realizar actividades de asesorías, capacitaciones de educación informal, investigaciones, proyectos, consultorías, interventorías, auditorias, suministro, dotaciones, logística y organización de eventos, impresos y publicaciones en las siguientes áreas: Ambiente: Campañas ambientales, sensibilización ambiental, Proyectos Ambientales Escolares (PRAES), Proyectos Ciudadanos de Educación Ambiental (PROCEDA), planes ambientales, ordenamiento territorial y de cuencas hidrográficas, agendas ambientales, elaboración de Planes de Ordenamiento Territorial (POT), elaboración de planes básicos de Ordenamiento Territorial (PBOT), elaboración de Esquemas de Ordenamiento Territorial (EOT), realización del proceso de revisión y ajuste d planes de ordenamiento territorial, elaboración de planes parciales, planes de manejo de cuencas hidrográficas, elaboración de planes de desarrollo y desarrollo rural, intervenciones forestales y del paisaje (reforestación, arborización, jardinería, podas, talas). Saneamiento básico ambiental, agricultura urbana, construcción de viveros, aulas ambientales, vigías ambientales, manejo de residuos sólidos separación en la fuente, reciclaje erradicación de puntos críticos, pedagogía social ambiental, trabajo con población recicladora, de oficio, ecoturismo, deporte extremo, promoción del conocimiento, conservación y restauración de ecosistemas y biodiversidad. Cultura: Eventos y festivales culturales y artísticos, circulación artística, fomento, investigación, creación y formación artística y cultural, eventos y actividades turísticas, organización, realización y/o desarrollo de eventos de gestión de programas con organizaciones juveniles. Recreación y Deporte: Formación deportiva, salidas y vacaciones recreodeportivas, realización de actividades recreodeportivas, festivales) olimpiadas y eventos recreodeportivos. Desarrollo Económico: Desarrollar programas en competencias laborales y/o formación formal e informal para él, trabajo fortalecimiento empresarial, desarrollo empresarial, gestión empresarial, asociatividad, cooperativismo, investigación de mercados, realización de ferias, diseño de sistemas de: Información: Para el empleo y la producción. Participación: Construcción y realización de agendas locales, eventos, foros y audiencias de participación comunitaria y sociales, asistencia técnica para el desarrollo de iniciativas comunitarias y sociales, fortalecimiento de medios alternativos de comunicación, Reconciliación y Paz, sensibilización y-fortalecimiento de los actores voluntarios, derechos humanos, resolución de conflictos, medios alternativos de solución de conflictos, conciliación, negociación; justicia comunitaria, equidad de género e

igualdad de derechos de los sectores de poblaciones vulnerables, ,asistencia técnica para el desarrollo de iniciativas ciudadanas de convivencia y paz. Salud: Desarrollo de programas, proyectos, campañas y actividades de promoción, prevención y atención de servicios en salud, dotación de insumos, médicos y quirúrgicos, asistencia técnica para el: Desarrollo de proyectos. Descentralización: Asistencia técnica para la formulación de planes maestros, planes de ordenamiento territorial, servicios públicos, servicios al ciudadano, fortalecimiento institucional, sistemas de información, bancos de datos, sistemas" de información georreferenciada, observatorios sociales; sistemas de gestión de calidad, MECI, formulación de planes de, gestión de riesgo, cultura organizacional, contratación; pública. Social: Atención, de población vulnerable. Programas de atención integral a población infantil, jóvenes, adultos mayores, madres cabeza de familia, desplazados, población en situación de discapacidad, población en situación de maltrato y violencia intrafamiliar, operación de comedores comunitarios, restaurantes escolares, suministro de refrigerios. Fortalecimiento Institucional: Consultorías, asesorías y asistencia técnica, jurídica y organizacional en el campo civil, penal, laboral, comercial, policivo y administrativo, contratación administrativa, asesoría de empresas, formulación y evaluación de proyectos, estudios de prefactibilidad y factibilidad 8. Realizar consultorías interventoras y asesorías de planes, programas y proyectos de desarrollo local y territorial en las áreas ambiental; social, de educación, cultura, nutrición, recreación y deportes, salud, participación, descentralización, infraestructura y obras civiles, entre otros. 9. Gestionar, canalizar y administrar recursos de orden municipal, departamental, nacional e internacional, ya sea del sector oficial o privado, los cuales serán utilizados para el cumplimiento del objeto social de la fundación. 10. Contratar servicios de terceros, hacer investigaciones científicas y/o técnicas, crear bancos y/o sistemas de información, prestar servicios a entidades públicas y/o, privadas, obtener licencias, efectuar registros en el registro nacional de derechos de autor y todos los demás actos conexos necesarios para el desarrollo del objeto de la fundación. 11. Canalizar recursos técnicos, económicos, humanos y científicos, nacionales y/o extranjeros destinados al desarrollo de planes, programas, proyectos, acciones y/o actividades relacionadas con el objeto principal de la fundación. 12. Propiciare impulsar políticas y acciones sociales relacionadas con el objeto principal de La fundación. 13. Movilizar recursos y/o unificar criterios y/o

esfuerzos de los sectores público y/o privado en búsqueda de los, objetivos de la fundación. 14. Adquirir, enajenar, dar y/o tomar en arriendo, gravar a cualquier título y en general disponer; de cualquier forma, de todos y cada uno de los bienes muebles o inmuebles de la fundación, cuando estas operaciones sean necesarias o convenientes para desarrollar en forma apropiada su objeto social. 15. Asociarse con entidades que tengan fines semejantes, celebrar con ellas convenios y/o contratos y en los casos pertinentes afiliarse y/o realizar alianzas estratégicas, consorcios y/o uniones temporales. 16. Producir, adquirir, distribuir, vender y en general comercializar productos y/o servicios que faciliten el cumplimiento de su objeto. 17. Asesorar dentro del marco de su objeto social, las personas naturales o jurídicas en la formulación; ejecución, seguimiento a planes, programas, proyectos, acciones y/o actividades tendientes a fortalecer el desarrollo territorial y local y en general relacionadas con el objeto principal de la fundación. 18. Organizar, promover, concurrir, conformar y/o financiar sociedades, empresas y/o entidades que tiendan a facilitar, ampliar y/o complementar las actividades de la fundación dentro o fuera del territorio nacional, así como suscribir acciones y/o adquirir cuotas de ellas. 19. Transigir, desistir y/o someter a decisiones arbítrales, a amigables componedores y similares, las cuestiones en que tengan interés frente a terceros y/o en participación con ellos, todos los actos y/o operaciones civiles y/o, comerciales y en general, todo acto o contrato que sea necesario y/o conveniente para facilitar las operaciones previstas en estos estatutos. 20. Designar apoderados judiciales y/o extrajudiciales. 21. Las demás que sean acordes o complementarias con los propósitos de la fundación. FUNDACIÓN ECODES podrá: celebrar convenios de cualquier orden administrativo, contratos, adquirir, grabar, transformar, y administrar toda clase de muebles e inmuebles, realizar operaciones comerciales con entidades bancarias, y realizar negocios, jurídicos con carácter particular o estatal nacional o internacional, siempre y cuando tenga relación con su objeto social y sus actividades. 22. Elaboración, montaje y mantenimiento de muros verdes o verticales, jardineras, así como la elaboración de sus diseños. 23. Administración de espacios públicos y privados. 24. Organización, realización y/o desarrollo de foros educativos y Ferias educativas. 25. Suministro de elementos de papelería. 26. Prestar el servicio de logística y presentaciones artísticas para eventos como foros, ferias, encuentros ciudadanos, novenas navideñas, entre otros. 27. Suministro de elementos de ferretería, pinturas y dotaciones. 28.

39

Desarrollo de actividades de bienestar animal y saneamiento ambiental (esterilizaciones caninas y felinas) así como la prevención y atención medica veterinaria, desarrollando acciones, técnicas y pedagógicas. 29. Suministro de insumos de uso veterinario. 30. Desarrollo de iniciativas agroecológicas. 31. Realizar Asistencia Técnica Agropecuaria.

PATRIMONIO

$ 3.379.072.417,00

REPRESENTACIÓN LEGAL

La representación legal de la sociedad estará a cargo del presidente.

FACULTADES Y LIMITACIONES DEL REPRESENTANTE LEGAL

El presidente, será el representante legal de FUNDACION ECODES y tendrá además las siguientes atribuciones: 1. Velar por el cumplimiento de los estatutos, reglamentos, determinaciones e instrucciones de la asamblea de asociados. 2. Será el ordenador del gasto y responsable de los giros y los pagos que se realicen de parte de FUNDACION ECODES. 3. Representar a la corporación judicial y extrajudicialmente, ante las autoridades públicas y ante cualquier persona jurídica y natural con las que aquella entrare en relación, lo mismo que a contratar apoderados judicialmente y extrajudicialmente. 4. El presidente queda autorizado para la celebración de contratos cuya cuantía exceda de 50 salarios mínimos legales vigentes. 5. Las demás que corresponda por naturaleza de su cargo y la que sea asignada por la Asamblea de Asociados y la Junta Directiva.

NOMBRAMIENTOS

REPRESENTANTES LEGALES

Por Acta No. 002 del 22 de junio de 2010, de Asamblea de Asociados, inscrita en esta Cámara de Comercio el 29 de junio de 2010 con el No.

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 10 de abril de 2025 Hora: 11:26:25
Recibo No. AA25714422
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25714422B6BA8

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

00175312 del Libro I de las entidades sin ánimo de lucro, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Representante Legal Esal	Leidy Carolina Cristancho Marquez	C.C. No. 1022341934

ÓRGANO DE ADMINISTRACIÓN

ÓRGANO DE ADMINISTRACIÓN

PRINCIPALES CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Miembro Junta Directiva	Alberto Florez Moreno	C.C. No. 91487025
Miembro Junta Directiva	Leidy Carolina Cristancho Marquez	C.C. No. 1022341934
Miembro Junta Directiva	Alberto Florez Moreno	C.C. No. 91487025

Por Acta del 25 de marzo de 2010, de Asamblea Constitutiva, inscrita en esta Cámara de Comercio el 24 de mayo de 2010 con el No. 00172932 del Libro I de las entidades sin ánimo de lucro, se designó a:

PRINCIPALES CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Miembro Junta Directiva	Leidy Carolina Cristancho Marquez	C.C. No. 1022341934

Por Acta No. 022 del 3 de abril de 2019, de Asamblea de Fundadores, inscrita en esta Cámara de Comercio el 5 de abril de 2019 con el No. 00315260 del Libro I de las entidades sin ánimo de lucro, se designó a:

PRINCIPALES CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Miembro Junta	Alberto Florez Moreno	C.C. No. 91487025

4

Cámara de Comercio de Bogotá

Sede Virtual

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 10 de abril de 2025 Hora: 11:26:25
Recibo No. AA25714422
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25714422B6BA8

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

****

Firma mecánica de conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la autorización impartida por la Superintendencia de Industria y Comercio, mediante el oficio del 18 de noviembre de 1996.

CONSTANZA PUENTES TRUJILLO

46

la Asamblea de Fundadores	2022 del Libro I de las entidades sin ánimo de lucro
Acta No. 029 del 2 de enero de 2023 de la Asamblea General	00362240 del 16 de marzo de 2023 del Libro I de las entidades sin ánimo de lucro

RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 962 de 2005, los actos administrativos de registro, quedan en firme dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos. Para estos efectos, se informa que para la Cámara de Comercio de Bogotá, los sábados NO son días hábiles.

Una vez interpuestos los recursos, los actos administrativos recurridos quedan en efecto suspensivo, hasta tanto los mismos sean resueltos, conforme lo prevé el artículo 79 del Código de Procedimiento Administrativo y de los Contencioso Administrativo.

A la fecha y hora de expedición de este certificado, NO se encuentra en curso ningún recurso.

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

Actividad principal Código CIIU: 9499
Actividad secundaria Código CIIU: 7500
Otras actividades Código CIIU: 8130

ESTABLECIMIENTO(S) DE COMERCIO

A nombre de la Entidad figura(n) matriculado(s)en esta Cámara de Comercio de Bogotá el(los) siguiente(s) establecimiento(s) de comercio:

Nombre: FUNDACION ECODES 1
Matrícula No.: 02571661

Directiva

Miembro Junta Directiva Alberto Florez Moreno C.C. No. 91487025

REVISORES FISCALES

Por Acta No. 029 del 2 de enero de 2023, de Asamblea General, inscrita en esta Cámara de Comercio el 16 de marzo de 2023 con el No. 00362241 del Libro I de las entidades sin ánimo de lucro, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Revisor Fiscal	Piedad Del Socorro Romero Muñoz	C.C. No. 50894242 T.P. No. 106450-T

REFORMAS DE ESTATUTOS

Los estatutos de la Entidad han sido reformados así:

DOCUMENTO	INSCRIPCIÓN
~~Acta No. 7 del 13 de enero de 2011~~ de la Asamblea de Asociados	~~00184024 del 14 de enero de~~ 2011 del Libro I de las entidades sin ánimo de lucro
Acta No. 8 del 20 de marzo de 2012 de la Asamblea de Asociados	00207893 del 29 de abril de 2012 del Libro I de las entidades sin ánimo de lucro
Acta No. 015 del 30 de abril de 2015 de la Asamblea General	00249226 del 7 de mayo de 2015 del Libro I de las entidades sin ánimo de lucro
Acta No. 18 del 15 de noviembre de 2016 de la Asamblea General	00268870 del 18 de noviembre de 2016 del Libro I de las entidades sin ánimo de lucro
Acta No. 022 del 3 de abril de 2019 de la Asamblea de Fundadores	00315261 del 5 de abril de 2019 del Libro I de las entidades sin ánimo de lucro
Acta No. 023 del 2 de junio de 2020 de la Asamblea de Fundadores	00329304 del 28 de julio de 2020 del Libro I de las entidades sin ánimo de lucro
Acta del 28 de febrero de 2022 de	00352811 del 10 de mayo de

SEGUIMIENTO JURÍDICO

No. del Contrato	FDLM-322-2024 (120487)
Periodo y/o No. de Pago	18 de enero de 2025 al 17 de febrero de 2025
Nombre Del Contratista	Fundación ECODES
Nit:	900359095-6
Objeto Del Contrato	"PRESTAR LOS SERVICIOS PARA REALIZAR LA ATENCIÓN DE ANIMALES EN LA LOCALIDAD DE LOS MÁRTIRES".
Fecha de Inicio	18 de diciembre de 2024
Fecha Fin (incluyendo modificaciones)	17 de junio de 2025
Póliza	11-44-101244265 – 17 de diciembre de 2024 11-40-101072159 – 18 de diciembre de 2024

SEGUIMIENTO TÉCNICO - ADMINISTRATIVO

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS	ACTIVIDADES ADELANTADAS
1. Ejecutar el contrato a partir de la suscripción del acta de inicio, ajustándose a los estudios previos, anexo técnico, pliego de condiciones y propuesta presentada, en los lugares definidos y dentro del plazo estipulado.	Realizaron 2 jornadas de esterilización el día 31 de enero de 2025 y el día 17 de febrero de 2025. Informe 2. Anexo 1. Historias clínicas pacientes, componente de esterilización 31 enero 2025. Anexo 2. Historias clínicas paciente esterilización 17 febrero 2025.

Jornadas esterilización FDLM CPS 322-2024						
Lugar	Fecha	CM	CH	FM	FH	Total
Parque Oscar	31/01/2025	17	24	24	25	90
Santa Helena	17/02/2025	13	14	31	42	100
Total, Jornadas informe 2						190

Prestaron la atención de 9 pacientes remitidos a la clínica prestadora del servicio de urgencias: Informe 2. Anexo 3. Historias Clínicas pacientes, componente atención de urgencias.

Paciente	Fecha de remisión
URG 01-2025 Manchas	29 de enero de 2025
URG 02-2025 Milu	29 de enero de 2025
URG 03-2025 Miel	01 de febrero de 2025
URG 04-2025 Miau	04 de febrero de 2025
URG 05-2025 Copito	04 de febrero de 2025
URG 06-2025 Canelo	05 de febrero de 2025

<table>
<tr><td></td><td>febrero.</td></tr>
<tr><td>6. Presentar un cronograma de ejecución de actividades al apoyo a la supervisión del contrato, con la proyección de las fechas para cada uno de los componentes del proyecto de acuerdo con el documento de Anexo Técnico.</td><td>Presentaron cronograma de actividades y plan de trabajo acorde al anexo técnico. Informe 1. Anexo 11. Cronograma de actividades aprobados. Anexo 12. Plan de trabajo aprobado.</td></tr>
<tr><td>7. Prestar el servicio de esterilizaciones para animales de compañía (gatos y perros tanto hembras como machos) que requieran de esta intervención quirúrgica siguiendo los parámetros establecidos en el Anexo Técnico del proyecto.</td><td>Realizaron 2 jornadas de esterilización el día 31 de enero de 2025 y el día 17 de febrero de 2025. Informe 2. Anexo 1. Historias clínicas pacientes, componente de esterilización 31 enero 2025. Anexo 2. Historias clínicas paciente esterilización 17 febrero 2025.
<table>
<tr><td colspan="7">Jornadas esterilización FDLM CPS 322-2024</td></tr>
<tr><td>Lugar</td><td>Fecha</td><td>CM</td><td>CH</td><td>FM</td><td>FH</td><td>Total</td></tr>
<tr><td>Parque Oscar</td><td>31/01/2025</td><td>17</td><td>24</td><td>24</td><td>25</td><td>90</td></tr>
<tr><td>Santa Helena</td><td>17/02/2025</td><td>13</td><td>14</td><td>31</td><td>42</td><td>100</td></tr>
<tr><td colspan="6">Total, Jornadas informe 2</td><td>190</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>8. Atender las urgencias médicas veterinarias para animales de compañía en condición de calle y vulnerabilidad que requieran de atención médica inmediata por accidentes que afecten su integridad o que pongan en riesgo su vida siguiendo los parámetros establecidos en el Anexo Técnico del proyecto.</td><td>Prestaron la atención de 9 pacientes remitidos a la clínica prestadora del servicio de urgencias: Informe 2. Anexo 3. Historias Clínicas pacientes, componente atención de urgencias.
<table>
<tr><td>Paciente</td><td>Fecha de remisión</td></tr>
<tr><td>URG 01-2025 Manchas</td><td>29 de enero de 2025</td></tr>
<tr><td>URG 02-2025 Milu</td><td>29 de enero de 2025</td></tr>
<tr><td>URG 03-2025 Miel</td><td>01 de febrero de 2025</td></tr>
<tr><td>URG 04-2025 Miau</td><td>04 de febrero de 2025</td></tr>
<tr><td>URG 05-2025 Copito</td><td>04 de febrero de 2025</td></tr>
<tr><td>URG 06-2025 Canelo</td><td>05 de febrero de 2025</td></tr>
<tr><td>URG 07-2025 Iris</td><td>05 de febrero de 2025</td></tr>
<tr><td>URG 08-2025 Tom</td><td>10 de febrero de 2025</td></tr>
<tr><td>URG 09-2025 Tini</td><td>16 de febrero de 2025</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>9. Realizar brigadas médico veterinarias que comprendan: valoración clínica integral, diagnóstico presuntivo, curaciones, pruebas diagnósticas y/o tratamientos a afecciones o enfermedades que se puedan tratar, vacunación y desparasitación interna y externa siguiendo los parámetros establecidos en el Anexo Técnico del proyecto.</td><td>Para el periodo de este informe no se realizaron brigadas medico veterinarias.</td></tr>
<tr><td>10. Implementar estrategias de educación sobre protección y bienestar animal que mejoren la relación de la población Mártirense con los animales de acuerdo con las especificaciones</td><td>Realizaron jornadas de sensibilización y educación a la ciudadanía durante las jornadas de esterilización, en donde realizaron dichas actividades en 134 tutores de mascotas que asistieron a las 2 jornadas del periodo del informe. Informe 2,</td></tr>
</table>

18. Mantener actualizadas las bases de datos que se generen durante la ejecución del contrato con la información respectiva de los animales de compañía y sus cuidadores/as en caso de tenerlos.	Suministraron bases de datos de las jornadas de esterilizaciones y de urgencias medico veterinarias, realizadas durante el periodo del presente informe. Informe 1, Anexo 16. Base de datos pacientes atendidos por el componente de brigadas médicas. Informe 2, Anexo 10. Base de datos pacientes atendidos por el componente de esterilización y urgencias. (CD).
19. Realizar acciones de educación y sensibilización permanente y continua sobre Tenencia Responsable de Animales de Compañía, dirigida a la comunidad en general queriente y no queriente de los animales, cuidadores, profesionales y/o escolares, procurando que, en las diferentes actividades realizadas se incluya este tema dirigido a la comunidad sobre la debida convivencia y relacionamiento entre el ser humano y los animales.	Realizaron jornadas de sensibilización y educación a la ciudadanía durante las jornadas de esterilización, en donde realizaron dichas actividades en 134 tutores de mascotas que asistieron a las 2 jornadas del periodo del informe. Informe 2, Anexo 8. Listado sensibilización.
20. Garantizar que todos los formatos a utilizar en las diferentes actividades a realizar en el curso del presente contrato sean los establecidos y/o aprobados por la Alcaldía Local de los Mártires, los cuales deben contener campos para recoger información relacionada con el enfoque diferencial.	Realizaron la presentación de los formatos los cuales fueron aprobados. Informe 1. Anexo 18. Formatos aprobados.
21. Gestionar ante la aseguradora la actualización de las vigencias de los amparos cuando se produzcan modificaciones por adiciones, prórrogas o suspensiones del contrato.	Presentaron debidamente las pólizas solicitadas para el desarrollo del proyecto. SECOP II.
22. Atender con prioridad los reclamos que se presenten durante la ejecución del Contrato que se suscriba, debiendo dar respuesta oportuna y correctiva de las situaciones presentadas e informar por escrito y de manera inmediata cualquier anomalía que se presente en el desarrollo de la ejecución del contrato.	Durante el periodo reportado no requirieron atender reclamos frente a la ejecución del contrato, sin embargo, atendieron la solicitud hecha por parte de proteccionista de la localidad, durante el comité del día 14 de febrero de 2025. Informe 2. Anexo 5. Acta comité reunión 14 de febrero.
23. Ajustarse al cumplimiento de la política ambiental de la Alcaldía Local de los Mártires, cumplir con lo establecido en la Guía de Contratación Sostenible y presentar las acciones adelantadas en el informe de ejecución del contrato	Cumplieron con la normativa ambiental solicitada. Informe 1. Anexo 19. Certificado de disposición de residuos.
24. Las demás que surjan de naturaleza del contrato.	N/A

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALOR
Valor Inicial	$100.000.000

Pantallazo Secop.

1. Información general
2. Condiciones
3. Bienes y servicios
4. Documentos del Proveedor
5. Documentos del contrato
6. Información presupuestal
7. **Ejecución del Contrato**
8. Modificaciones del Contrato
9. Incumplimientos

Volver

Evaluar proveedor | Imprimir | Modificar | < | >

Ejecución del Contrato

◉ Porcentaje ○ Recepción de artículos

Crear Plan | Cancelar Plan | Recepción no Planeada

	Referencia	Fecha prevista de entrega	% ejecución prevista	Fecha real de entrega	% ejecución real	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados						

Plan de Pagos

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor neto de la factura	Valor total de la factura	Valor a pagar	Estado	
Pago 001	549	19/02/2025 4:02 PM *(UTC -5 horas)*	-	11.808.041 COP	14.051.569 COP	14.051.569 COP	Enviado por proveedor	Detalle
Pago 002	561	10/03/2025 3:59 PM *(UTC -5 horas)*	-	35.301.109 COP	42.008.320 COP	42.008.320 COP	Enviado por proveedor	Detalle

Balance de pagos y Balance de entregas

		% del valor del contrato	% del valor amortizado
Valor total contrato:	100.000.000,00 COP	-	-
Valor anticipo:	0,00 COP	0%	-
Valor de las entregas	0,00 COP	0%	-
Valor facturado:	0,00 COP	0%	-
Valor facturado pendiente de pago:	0,00 COP	0%	-
Valor pagado:	0,00 COP	0%	-
Valor amortizado del anticipo:	0,00 COP	0%	0%

Llovizna Hoy
Búsqueda
ESP LAA
10:20 a. m. 22/04/2025

13/3/25, 14:40 Sticker web

Alcaldía Local de Mártires
R No. 2025-641-001702-2
2025-03-13 14:40 - Folios: 1 Anexos: 732
Destino: Area de Gestion de Desarr
Rem/D: FUNDACION ECODES

https://cdi.gobiernobogota.gov.co/cdi/radi... 1/1

CPS 322-2024
INFORME #2.

FUNDACIÓN ECODES

NIT. 900359095-6

13/3/25, 14:40 Sticker web

Alcaldía Local de Mártires
R No. 2025-641-001702-2
2025-03-13 14:40 - Folios: 1 Anexos: 732
Destino: Área de Gestión de Desarr
Rem/D: FUNDACION ECODES

https://cdi.gobiernobogota.gov.co/cdi/radi... 1/1

Bogotá, 13 marzo de 2025

Señores
Alcaldía Local de los Mártires.

Bogotá D. C.
Av. Calle 19 #28-80

Ref. Contrato de Prestación de Servicios - CPS-322 de 2024

Asunto: Informe actividades #2 CPS 322 - 2024.

La suscrita Leidy Carolina Cristancho Márquez obrando en mi calidad de Representante Legal de Fundación ECODES, en el marco del contrato de referencia cuyo objeto es: "PRESTAR LOS SERVICIOS PARA REALIZAR LA ATENCIÓN DE ANIMALES DE LA LOCALIDAD DE LOS MÁRTIRES", por medio de la presente realizo entrega de informe de actividades correspondiente al mes 2 que reporta el periodo comprendido entre el 19 de enero de 2025 al 18 de febrero de 2025.

Sin otro particular, agradezco la atención prestada.

Atentamente,

Leidy Carolina Cristancho Márquez
Representante Legal
Fundación ECODES
Tel 3123120674
Martirespyba2025@gmail.com

Contiene:
Carpetas: (4)
Folios: (732)
CDS: (2)

Banco de Bogotá

EL BANCO DE BOGOTA

INFORMA:

Que la empresa FUNDACION ECODES identificado(a) con NIT 9003590956 está vinculada al BANCO DE BOGOTA a través de la CUENTA CORRIENTE No. 274146836 desde el 26 de Enero de 2018, este producto se encuentra ACTIVO.

Esta información es confidencial, no es una recomendación de negocio y se suministra sin responsabilidad del banco, se expide el 20 de Febrero de 2025, a solicitud del interesado, con destino a quien interese.

Atentamente,

OLGA YANIRA OTALORA GUERRERO
Gerencia de soluciones para el cliente
Banco de Bogota

2

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES No 2 PERÍODO: **18/01/2025 AL 17/02/2025**	
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO	
TIPO DE CONTRATO	Contrato de prestacion de servcios
No. CONTRATO Y FECHA	CPS 322-2024 del 18 de diciembre de 2024
NOMBRE DEL CONTRATISTA	Fundación Ecodes
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	900359095-6
PLAZO DE EJECUCIÓN	Seis (6) meses
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 100.000.000 (cien millones)
VALOR DEL PERIODO DE COBRO	$ 42.008.320 (Cuarenta y dos millones ochomil tecientos veites pesos M/CTE)
No. DEL PROYECTO (IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL)	FDLM-322-2024 (120487)
FECHA ACTA DE INICIO	18 de diciembre 2024
PRÓRROGA	No Aplica
ADICIÓN	No Aplica
SUSPENSIÓN	No Aplica
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y SUSPENSIONES)	17 de junio de 2024
OBJETO DEL CONTRATO	"PRESTAR LOS SERVICIOS PARA REALIZAR LA ATENCIÓN DE ANIMALES EN LA LOCALIDAD DE LOS MÁRTIRES".

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
	Generalidades: • Se realiza comité técnico el 14 de febrero de 2025, donde se aclaran situaciones respecto a la primera jornada de esterilización. • Se realiza visita a clínica veterinaria el martes 21 de enero 2025.	• Acta visita a clínica • Acta reunión virtual 14 febrero 2025.	**Informe 2, Anexo 4** Acta visita a clínica 21 de enero 2025. **Informe 2, Anexo 5** Acta comité reunión 14 de febrero.
1. Ejecutar el contrato a partir de la suscripción del acta de inicio, ajustándose a los estudios previos, anexo técnico, pliego de condiciones y propuesta presentada, en los lugares definidos y dentro del plazo estipulado.	**Componente I, Programa Esterilizaciones caninas y felinas:** Para el periodo de ejecución informado, se realizan 2 jornadas de esterilización, estas jornadas se realizaron el día 31 de enero de 2025, y el día 17 de febrero de 2025. • El día 31 de enero de 2025 se llevó a cabo la primera jornada de esterilización quirúrgica, con la intervención de 90 esterilizaciones felinas y caninas. • El día 17 de febrero de 2025 se llevó a cabo la segunda jornada de esterilización quirúrgica, con la intervención de 100 esterilizaciones felinas y caninas.	• Historias clínicas físicas y digitales componente esterilización del 31 enero 2025. • Historias clínicas físicas y digitales componente esterilización del 17 de febrero 2025.	**Informe 2, Anexo 1.** Historias clínicas pacientes, componente de esterilización 31 enero 2025. **Informe 2, Anexo 2** Historias clínicas paciente esterilización 17 febrero 2025.
	Componente II, Programa Brigadas médico-veterinarias: para el periodo ejecutado no se realizan actividades relacionadas con este componente.	• N/A	**N/A**
	Componente III, Programa Atención de urgencias veterinarias: Durante el mes de ejecución se realizó la atención de 9 pacientes remitidos por el apoyo a la supervisión del contrato a la clínica veterinaria Animal Welfare.	• Historia clínica físicas y digital del componente atención de urgencias.	**Informe 2, Anexo 3.** Historias Clínicas pacientes, componente atención de urgencias.
2. Previo a la firma del presente contrato, el contratista deberá presentar Resolución de habilitación del servicio de funcionamiento expedido por la Secretaría Distrital de Salud, así mismo, que cumpla con los lineamientos establecidos en la Resolución 482 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección	Se presenta por parte de Fundación ECODES, acta de secretaria de salud y resolución de equipo de radiografía usado para el componente de urgencias veterinarias.	• Acta de secretaria de salud. • Resolución de equipo de Rx.	**Informe 1, Anexo 4.** Acta de secretaria de salud. **Informe 1, Anexo 5.** Resolución de equipo RX.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
Social "Por la cual se reglamenta el uso de equipos generadores de radiación ionizante, su control de calidad, la prestación de protección radiológica y se dictan otras disposiciones", para el equipo de Radiología a utilizar.			
3. Conformar un comité técnico el cual estará compuesto por un delegado de la comunidad, con voz y voto, puede ser Representante del Consejo Local de Protección y Bienestar Animal - CLPYBA o instancia que haga sus veces ó Representante de la mesa / red local de protección y bienestar animal o de organizaciones, hogares de paso, proteccionistas, rescatistas, animalistas; esto de acuerdo a la dinámica local, un representante de la Alcaldía Local de Los Mártires y un representante del operador del contrato en ejecución. PARAGRAFO: Se invitará al Instituto de Protección y Bienestar Animal-IDPYBA cuando se amerite de conformidad al anexo técnico.	• El día 9 de enero de 2025, se realiza comité en donde se realiza cambio del integrante de consejo local de protección y bienestar animal. Y posterior a esto se realiza la conformación del comité técnico.	• Integrantes de comité técnico.	**Informe 1, Anexo 2.** Acta comité 9 de enero
4. Realizar mínimo dos o tres Presentaciones Públicas conforme lo establecido en el anexo técnico. Ingresar al Almacén del Fondo de Desarrollo	• El día 13 de enero de 2025 se radica solicitud de espacio a la Junta Administradora Local para realizar la socialización del contrato, Se envía por parte de la JAL la fecha en la cual queda programada la socialización para el día 18 de enero 2025.	• Presentación ante la JAL	**Informe 1, Anexo 6.** Radicado espacio de socialización ante la JAL.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
Local, previa aprobación del apoyo a la supervisión, los elementos o materiales que sean adquiridos con cargo a recursos del proyecto, siguiendo el respectivo procedimiento impartido por dicha oficina.	• El día 18 de enero se realiza la presentación pública ante la JAL, esta se realizó de manera virtual en donde se socializaron las metas, actividades y presupuesto del contrato. • El día 15 de enero de 2025, se realiza presentación ante la MLPYBA (mesa local PYBA) y con la mesa local de protección y bienestar animal.	• Acta presentación pública JAL. • Acta presentación MLPYBA, desarrollada por funcionaria de protección y b bienestar animal.	**Informe 1, Anexo 7** Acta presentación pública JAL. **Informe 1, Anexo 8** Acta presentación ante la MLPYBA.
5. Asistir al Comité Técnico de Seguimiento del Contrato, las veces que sea convocado, así como a las reuniones de trabajo, sensibilizaciones o capacitaciones que programe la entidad o que convoquen la Junta Administradora Local o la comunidad durante la ejecución del contrato.	• El día 21 de enero de 2025, se realiza visita a la clínica Animal Walfare, con el fin de hacer la verificación de las instalaciones, y que cumplan con los requerimientos del anexo técnico. • El día 14 de febrero se realiza reunión virtual con tema de primera jornada de esterilización y planes de mejora para las próximas jornadas de esterilización a desarrollar.	• Acta visita a clínica • Acta reunión virtual 14 febrero 2025.	**Informe 2, Anexo 4** Acta visita a clínica 21 de enero 2025. **Informe 2, Anexo 5** Acta comité reunión 14 de febrero.
6. Presentar un cronograma de ejecución de actividades al apoyo a la supervisión del contrato, con la proyección de las fechas para cada uno de los componentes del proyecto de acuerdo con el documento de Anexo Técnico.	Se presenta por parte de Fundación ECODES el plan de trabajo, y cronograma de actividades, teniendo en cuenta las actividades descritas en el anexo técnico y los (6) cinco meses programados para su ejecución, en el informe de actividades del mes 1 de ejecución.	• Cronograma de actividades aprobado. • Plan de trabajo aprobado.	**Informe 1, Anexo 11.** Cronograma de actividades aprobado. **Informe 1, Anexo 12.** Plan de trabajo aprobado.
7. Prestar el servicio de esterilizaciones para animales de compañía (gatos y perros tanto hembras como machos) que requieran de esta intervención quirúrgica siguiendo los parámetros establecidos en el Anexo Técnico del proyecto.	**Componente I, Programa Esterilizaciones caninas y felinas**: • El día 31 de enero de 2025 se llevó a cabo la primera jornada de esterilización quirúrgica, con la intervención de 90 esterilizaciones felinas y caninas. • El día 17 de febrero de 2025 se llevó a cabo la segunda jornada de esterilización quirúrgica, con la intervención de 100 esterilizaciones felinas y caninas.	• Acta verificación jornada esterilización 31 enero.	**Informe 2, Anexo 6** Acta jornada esterilización 31 enero 2025. **Informe 2, Anexo 7** Acta jornada esterilización 17 febrero 2025.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
	CIRUGIAS CONSOLIDADAS CONTRATO 322 - 2024 No. | JORNADA | FECHA | LUGAR | CH | CM | FH | FM | TOTAL 1 | PARQUE OSCAR | 31.01.25 | PARQUE OSCAR | 24 | 17 | 25 | 24 | 90 2 | SANTA HELENA | 17.02.25 | SANTA HELENA | 14 | 13 | 42 | 31 | 100		
8. Atender las urgencias médicas veterinarias para animales de compañía en condición de calle y vulnerabilidad que requieran de atención médica inmediata por accidentes que afecten su integridad o que pongan en riesgo su vida siguiendo los parámetros establecidos en el Anexo Técnico del proyecto.	**Componente III, Programa Atención de urgencias veterinarias:** Durante el mes de ejecución se hizo la atención de 9 pacientes, remitidos por el apoyo a la supervisión para exámenes y procedimientos que requerían.	• Historia clínica físicas y digital del componente atención de urgencias.	**Informe 2, Anexo 3.** Historias Clínicas pacientes, componente atención de urgencias.
9. Realizar brigadas médico veterinarias que comprendan: valoración clínica integral, diagnóstico presuntivo, curaciones, pruebas diagnósticas y/o tratamientos a afecciones o enfermedades que se puedan tratar, vacunación y desparasitación interna y externa siguiendo los parámetros establecidos en el Anexo Técnico del proyecto.	Para este componente, y el periodo reportado, no se realizó actividades relacionadas con el componente de brigadas medico veterinarias.	• N/A	**N/A**
10. Implementar estrategias de educación sobre protección y bienestar animal que mejoren la relación de la población	• Con el fin de dar cumplimiento al componente de educación, durante el desarrollo de las jornadas de esterilización, para el presente periodo de ejecución se realizaron sensibilizaciones a las personas que asistieron a cada jornada, llevando a cabo un total de 134 sensibilizaciones.	• Listados sensibilizaciones en jornadas de esterilización	**Informe 2, Anexo 8.** Listado sensibilización.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
martiriense con los animales de acuerdo con las especificaciones del Anexo Técnico, así como con los contenidos y lineamientos del Instituto Distrital para la Protección y Bienestar animal (IDPYBA).			
11. Contar con el talento humano cualificado e idóneo para el desarrollo de las acciones contempladas en los cinco componentes del proyecto.	El día 10 de enero de 2025, se envía vía correo electrónico las hojas de vida del personal profesional que estarán en los componentes de esterilización, y la atención de urgencias en la clínica.	• Soporte de radicado personal profesional vía correo electrónico.	**Informe 1, Anexo 14.** hojas de vidas talento humano, componente esterilización. Medio digital (CD)
12. Coordinar mensualmente con el comité técnico, las actividades de trabajo de todo el equipo profesional de acuerdo con los componentes del proyecto, en aras de garantizar la prestación del servicio 24 horas al día, siete días a la semana, con el mínimo de personal requerido de acuerdo con el anexo técnico.	Durante el comité técnico realizado el día 14 de febrero del 2025 se informa de fechas para jornada de esterilización del mes de marzo, en donde se programa para el lunes 3 de marzo en Lafayette.	• Comité técnico 14 febrero.	**Informe 2, Anexo 5** Acta comité reunión 14 de febrero.
13. Disponer de la capacidad operativa de un punto fijo, una Unidad Móvil Quirúrgica, un vehículo adecuado para el transporte de animales, equipos médicos, talento humano, insumos, medicamentos y todos los elementos requeridos para el desarrollo de las acciones del contrato cumpliendo con procedimientos establecidos en el anexo técnico.	Fundación ECODES, durante el mes de ejecución ha suministrado todos los insumos, instrumentos, implementos y medicamentos requeridos para la prestación del servicio caninos y/o felinos, se encuentran en óptimas condiciones, dando complimiento al Anexo Técnico y a la normatividad vigente. Para dar cumplimiento según especificaciones del anexo técnico el programa de urgencias veterinarias, se realizan en las instalaciones de la clínica veterinaria ANIMAL WELFARE, la cual cuenta con concepto favorable en visita realizada por la SDS.	• Concepto favorable de la SDS, de la clínica ANIMAL WELFARE.	**Informe 1, Anexo 4.** Copia de acta de Concepto favorable de la clínica veterinaria.

35

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
14. Tramitar con la oficina de prensa de la Alcaldía Local de Los Mártires, a través del apoyo a la supervisión la aprobación de todas las piezas comunicativas que se elaboren durante la ejecución del contrato.	En el periodo reportado se realiza él envió de las piezas publicitarias para el componente de esterilización.	• Pieza publicitaria.	**Informe 2, Anexo 9.** Pieza publicitaria aprobada.
15. Custodiar, organizar y disponer la información la documentación (bases de datos, historias clínicas, informes ejecutivos, actas) generada durante la prestación de los servicios y remitir dicha información al área de Gestión Documental de la Alcaldía Local de Los Mártires.	Para el periodo reportado se custodio, organizo la información y documentación correspondiente y soporte de las atenciones en los componentes de, esterilizaciones y urgencias veterinarias. Teniendo en cuenta lo anterior para el periodo reportado se realizó 2 jornadas de esterilización, y pacientes atendidos en urgencias veterinarias, por lo tanto se reporta la atención total de 199 pacientes.	• Base de datos pacientes atendidos en jornadas esterilización y urgencias veterinarias.	**Informe 2, Anexo 10.** Base de datos y registro fotográfico pacientes atendidos por el componente de esterilización y urgencias. (CD).
16. Consolidar y presentar ante la Alcaldía Local de Los Mártires los informes de ejecución, facturas y/o cuentas de cobro y demás documentos solicitados, de acuerdo con la forma de pago establecida para el contrato, que den cuenta de la realización de las acciones del contrato para efectos de verificar las condiciones contractuales sobre el trámite de legalización y desembolso.	Con la presentación del presente informe se reportan las actividades desde el día 19 de enero de 2025 hasta el día 18 de febrero de 2025.	• Informe mensual de actividades.	el presente informe de actividades N° 2 y sus anexos.
17. Realizar mínimo una visita de caracterización y seguimiento a cada uno de los hogares de paso existentes en la localidad con el fin de validar los aspectos básicos de funcionamiento y articular	Para el periodo reportado se realizó la actividad de caracterización por medio del apoyo a la supervisión, mediante formularios de cada uno de los hogares de paso de la red local de protección de la localidad de los Mártires, los cuales fueron previamente visitados y evaluados para su respectiva verificación.	• Formularios caracterización animales hogares de paso.	**Informe 1, Anexo 17** Formularios hogares de paso.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
acciones en el marco de la ejecución del proyecto			
18. Mantener actualizadas las bases de datos que se generen durante la ejecución del contrato con la información respectiva de los animales de compañía y sus cuidadores/as en caso de tenerlos.	Para el periodo reportado se realizó la construcción de la Base de datos de brigada médica y esterilizaciones donde se soportan las atenciones realizadas.	• Base de datos brigadas médicas. • Bases de datos esterilizaciones 31 enero y 17 febrero 2025.	**Informe 1, Anexo 16.** Base de datos pacientes atendidos por el componente de brigadas médicas. **Informe 2, Anexo 10.** Base de datos pacientes atendidos por el componente de esterilización y urgencias. (CD).
19. Realizar acciones de educación y sensibilización permanente y continua sobre Tenencia Responsable de Animales de Compañía, dirigida a la comunidad en general queriente y no queriente de los animales, cuidadores, profesionales y/o escolares, procurando que, en las diferentes actividades realizadas se incluya este tema dirigido a la comunidad sobre la debida convivencia y relacionamiento entre el ser humano y los animales.	Durante el periodo reportado se realiza las acciones de educación y sensibilización para las personas asistentes a las jornadas de esterilización del 31 de enero y el 17 de febrero de 2025.	• Listado sensibilizaciones	**Informe 2, Anexo 8.** Listado sensibilización.
20. Garantizar que todos los formatos a utilizar en las diferentes actividades a realizar en el curso del presente contrato sean los establecidos y/o	Para el periodo de ejecución reportado se realizó la presentación y aprobación de los diferentes formatos a utilizar en los diferentes componentes.	• Formatos aprobados.	**Informe 1, Anexo 18.** Formatos Aprobados.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
aprobados por la Alcaldía Local de los Mártires, los cuales deben contener campos para recoger información relacionada con el enfoque diferencial.			
21. Gestionar ante la aseguradora la actualización de las vigencias de los amparos cuando se produzcan modificaciones por adiciones, prórrogas o suspensiones del contrato.	FUNDACION ECODES, realiza la debida presentación de las pólizas para el desarrollo del proyecto. Durante el desarrollo del contrato no se han realizado modificaciones por adiciones, prórrogas o suspensiones en el contrato.	• pólizas del contrato.	SECOP II
22. Atender con prioridad los reclamos que se presenten durante la ejecución del Contrato que se suscriba, debiendo dar respuesta oportuna y correctiva de las situaciones presentadas e informar por escrito y de manera inmediata cualquier anomalía que se presente en el desarrollo de la ejecución del contrato.	Durante el periodo reportado no se requirió a FUNDACION ECODES, para atender reclamos frente a la ejecución del contrato, sin embargo, se atendió la solicitud hecha por parte de proteccionista de la localidad, durante el comité del día 14 de febrero de 2025.	• Comité 14 febrero 2025.	**Informe 2, Anexo 5** Acta comité reunión 14 de febrero.
23. Ajustarse al cumplimiento de la política ambiental de la Alcaldía Local de los Mártires, cumplir con lo establecido en la Guía de Contratación Sostenible y presentar las acciones adelantadas en el informe de ejecución del contrato.	FUNDACION ECODES ha realizado el cumplimiento de la política ambiental de la Alcaldía Local de los Mártires, cumpliendo con lo establecido en la Guía de Contratación Sostenible, de esta manera se ha realizado la disposición de los residuos generados en las jornadas realizadas a través de un gestor de residuos.	• Certificado de disposición de residuos.	**Informe 2, Anexo 11** Certificado de disposición de residuos.
24. Las demás que surjan de naturaleza del contrato.	En las obligaciones reportadas se realiza el alcance de todas las actividades ejecutadas en el periodo establecido.	N/A	N/A

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

INFORMACIÓN ADICIONAL			
APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL:	NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PAGO DE SALUD	NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PAGO DE ARL	NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PENSIÓN
	SALUD TOTAL - NUEVA EPS	ARL SURA	PORVENIR - COLPENSIONES

FIRMAS	
	CONTRATISTA
DECLARACIÓN DEL CONTRATISTA: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las labores efectivamente desarrolladas en el periodo indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.	Firma: Nombre: LEIDY CAROLINA CRISTANCHO MÁRQUEZ Cédula: 1.022.341.934 DE Bogotá RL Fundación ECODES NIT 900359095-6
	SUPERVISOR/INTERVENTOR
DECLARACIÓN DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR: Una vez verificado los soportes allegados por el contratista manifiesto que el/la contratista ha cumplido a la fecha con las obligaciones establecidas en el contrato. LA CONTRATISTA DE LA ALCALDÍA LOCAL DE LOS MÁRTIRES REALIZÓ VERIFICACIÓN PREVIA DOCUMENTAL DE LA CUENTA Y CERTIFICA LAS ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL (LA) CONTRATISTA ENTRE EL 19 DE ENERO DE 2025 Y EL 18 DE FEBRERO DE 2025, Nombre: LISETH CAMILA AGUILAR GALEANO C.C 1018507180 DE BOGOTÁ.	**Nombre: JOHN JADER SUÁREZ DELGADO** **Cargo: alcalde Local de los Mártires.** **Firma:**
	APOYO A LA SUPERVISIÓN (CUANDO APLIQUE)
	Nombre: **Apoyo a la Supervisión.** **Firma:**

Factura Electrónica De Venta No

FUEC No. 561

Documento Oficial de Autorización de Numeración Facturación Electrónica No. 18764081598505 que habilita desde FUEC 333 hasta FUEC 800. Vence 2025-10-16

Impuesto Sobre las Ventas IVA - No somos Agentes de Retención de IVA

No somos Grandes Contribuyentes

Actividad Económica ICA 9499 9.66 X 1000

FUNDACION ECODES

Nit 900359095 6

CLIENTE	FDL DE MARTIRES		
NIT	899999061 9		
DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO	
AV. CALLE 19 #28-80	Bogota D.C.	3759535	
FECHA FACTURA	FECHA VENCIMIENTO		
10/03/2025	08/06/2025		

POR CONCEPTO DE		
CPS 322 DE 2024		
VENDEDOR		FORMA DE PAGO
EIDY CAROLINA CRISTANCHO MARQUE		Credito

Item	Código	Descripción	Cantidad	U Medida	Valor Unitario	IVA	Valor IVA	Total
1	41359502	OTROS SERVICIOS19 % ESTERILIZACIONES	190	Und.	155.462	19%	29.538	29.537.815
2	41359502	OTROS SERVICIOS19 % Atencion de urgencias medicas veterinarias a animales vulnerables de la localidad, en las que se incluya la estabilización del animal y el tratamiento de recuperacion según sea el caso, basados en el anexo tecnico se contara con un monto agotable.	1	Und.	5.763.294	19%	1.095.026	5.763.294

SUBTOTAL	35.301.109
IVA	6.707.211
TOTAL DE LA OPERACIÓN	42.008.320

Valor en Letras **Total Items** 2

CUARENTA Y DOS MILLONES OCHO MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE

ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO SEGÚN ART. 774 DEL CODEIGO DE COMERCIO

RECIBI DE CONFORMIDAD EL SERVICIO QUE TRATA ESTA FACTURA Y ACEPTO EL VALOR ESTIPULADO EN LA MISMA

Favor Consignar a la Cuenta Corriente No 274146836 del Banco Bogota A Nombre de FUNDACION ECODES.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica

Fecha y Hora de Generación: 10/03/2025 15:55:18

CL 43 SUR 82 C 07 Teléfono 7433724 - 3103446272

Correo Electrónico ECODESFUNDACION@GMAIL.COM

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUFE: 1ade8efa0ed2e7354a6a17f97164f8b3b0373b84e50b6954f9693045d6b9eb76730ca5240216bb3f6b0754b282feb85c --Fecha y Hora de Expedición : 10/03/2025 3:59:37 p. m.

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Autorización Numeración de Facturación

1876

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 18764037512767

(415)7707212489984(8020) 001876403751276 7

5. Número de Identificación Tributaria - NIT	6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres
900359095	6				

11. Razón social: FUNDACION ECODES — Cód. 32

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá

24. Dirección: AC 43 SUR 82 C 07

25. País: Colombia

26. Departamento: Bogotá D.C.

27. Municipio: Bogotá, D.C.

La U.A.E. Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, conforme a la facultad discrecional establecida en el artículo 684 - 2 del Estatuto Tributario y en virtud de lo estipulado en la Resolución 0042 del 05/05/2020, por la cual se dictan otras disposiciones en materia de sistemas de facturación; previo estudio y evaluación de la solicitud realizada por el contribuyente, representante legal o apoderado debidamente acreditado; determina autorizar los rangos de numeración de facturación y/o documento equivalente. En los casos en que se agote dicha numeración antes de culminar su vigencia, el interesado tendrá derecho a solicitar una nueva autorización, de acuerdo con el tramite establecido.

Las vigencias de los rangos de numeración de facturación, se contarán a partir de la formalización de éste documento oficial.

Si el obligado a facturar; no hubiere agotado la numeración de facturación transcurrido el término de la vigencia autorizada, con 15 días de antelación podrá solicitar la habilitación de la numeración sobrante.

Cuando se trate de una solicitud de inhabilitación de la numeración de facturación y/o documento equivalente, la vigencia es permanente, por lo tanto, no procede la habilitación de dichos rangos.

AUTORIZADO

Nota: La no adopción o violación de los sistemas técnicos de control, dará lugar a la sanción establecida en el artículo 684-2 del E.T

Firma del solicitante

Firma del funcionario autorizado

DIAN
2022-10-06 / 04:50:58 PM
Fecha Acuse de Recibo
Firmado

984. Apellidos y nombres
985. Cargo
989. Dependencia: SUBDIRECCION DE FACTURA ELECTRONICA Y SOLUCI
990. Lugar administrativo
991. Organización: U.A.E. DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACION
992. Área
993. Establecimiento

1001. Apellidos y nombres: CRISTANCHO MARQUEZ LEIDY CAROLINA
1002. Tipo documento: Cédula de Ciudadanía
1003. No. Identificación: 1022341934
1004. DV: 8
1005. Cod. Representación: Representante Legal Principal
1006. Organización: FUNDACION ECODES

997. Fecha formalización: 2022-10-06/16:50:58

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Autorización Numeración de Facturación

1876

Página 2 de 2 **Hoja No. 2**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 18764037512767

(415)7707212489984(8020) 001876403751276 7

5. Número de Identificación Tributaria - NIT	6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres
900359095	6				

11. Razón social
FUNDACION ECODES

Rangos de numeración para autorizar, habilitar o inhabilitar

	29. Establecimiento / 30. Modalidad	Cód.	31. Prefijo	32. Desde el número	33. Hasta el número	38. Vigencia	34. Tipo solicitud	Cód.
1	FUNDACION ECODES 1 CL 48 J 5 D 90 / FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	4	FUEC	201	800	12	AUTORIZACIÓN	1
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								

AUTORIZADO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA
Secretaría de Hacienda

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha:10/01/2025

CONTRIBUYENTE	N.I.T. 900359095	FUNDACION ECODES

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CL 43 SUR 82C 07 Teléfonos: 3124526900

Dirección electrónica: ecodesfundacion@gmail.com Ciudad: BOGOTÁ DC Municipio: BOGOTÁ, D.C.

Fecha de Inscripción: 28/02/2018 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA JURIDICA Régimen tributario: COMUN Fecha desde: NO

Matrícula Mercantil:NO Fecha inicio de Actividades: 21/05/2010 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 6810 - Actividades inmobiliarias realizadas con bienes propios o arrendados

Actividad 2: 9499 - Actividades de otras asociaciones n.c.p.

Actividad 3: 8130 - Actividades de paisajismo y servicios de mantenimiento conexos

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

Fecha Inicio	Tipo	Documento	NOMBRE	Tipo Representación
10/12/2012	C.C.	1022341934	LEIDY CAROLINA CRISTANCHO MARQUEZ	REPRESENTANTE LEGAL
01/09/2022	C.C.	39766199	ARACELLY GONZALEZ ARIAS	CONTADOR

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la Secretaria de Hacienda Distrital.

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogota D.C. Colombia

Fuente: RIT-SHD

Version 2.02

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141153969341

(415)7707212489984(8020) 000014115396934 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 3 5 9 0 9 5	6	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación
Persona jurídica 1		

Lugar de expedición 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social
FUNDACION ECODES

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CR 68 D 18 A 40 P 3

42. Correo electrónico ecodesfundacion@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 2 4 5 2 6 9 0 0	3 1 2 5 6 9 3 4 7 5

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
9 4 9 9	2 0 1 0 0 5 2 1	7 5 0 0	2 0 1 9 0 9 0 6	8 1 3 0			1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	7	9	1	4	4	2	4	8	5	2	5	5													

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar 55 - Informante de Beneficiarios Finales
07- Retención en la fuente a título de rent
09- Retención en la fuente en el impuesto
14- Informante de exogena
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
54. Código																				

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre CRISTANCHO MARQUEZ LEIDY CAROLINA

985. Cargo Representante legal Certificado

Fecha generación documento PDF: 09-01-2025 12:42:23PM

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN | Formulario del Registro Único Tributario | 001

Página 2 de 6 Hoja 2

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141153969341

(415)7707212489984(8020) 000014115396934 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 3 5 9 0 9 5	6	Impuestos de Bogotá	3 2

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas		64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas	1 6	70. Beneficio	2

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 1	0 1
72. Número		1 8
73. Fecha	2 0 1 0 0 3 2 5	2 0 1 6 1 1 1 5
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	0 3
76. Fecha de registro	2 0 1 0 0 5 2 4	2 0 1 6 1 1 1 8
77. No. Matrícula mercantil	S 0 0 3 7 0 4 9	S 0 0 3 7 0 4 9
78. Departamento	1 1	1 1
79. Ciudad/Municipio	4	4

Composición del Capital

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	0 . 0 %
84. Nacional privado	1 0 0 . 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 . 0 %
87. Extranjero privado	0 . 0 %

Vigencia

80. Desde	2 0 1 0 0 3 2 5
81. Hasta	9 9 9 9 1 2 3 1

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: Alcaldía 1 1

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	4 9	2 0 1 0 0 3 2 4		
2	8 0	2 0 1 9 0 1 0 1		
3				
4				
5				

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 09-01-2025 12:42:23PM

14

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Página 3 de 6 Hoja 3

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141153969341

(415)7707212489984(8020) 000014115396934 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 9 0 0 3 5 9 0 9 5 | 6. DV: 6

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico: 3 2

Representación

1
- 98. Representación: REPRS LEGAL PRIN 1 8
- 99. Fecha inicio ejercicio representación: 2 0 1 0 0 6 2 2
- 100. Tipo de documento: Cédula de Ciudadaní 1 3
- 101. Número de identificación: 1 0 2 2 3 4 1 9 3 4
- 102. DV
- 103. Número de tarjeta profesional
- 104. Primer apellido: CRISTANCHO
- 105. Segundo apellido: MARQUEZ
- 106. Primer nombre: LEIDY
- 107. Otros nombres: CAROLINA
- 108. Número de Identificación Tributaria (NIT)
- 109. DV
- 110. Razón social representante legal

2
- 98. Representación
- 99. Fecha inicio ejercicio representación
- 100. Tipo de documento
- 101. Número de identificación
- 102. DV
- 103. Número de tarjeta profesional
- 104. Primer apellido
- 105. Segundo apellido
- 106. Primer nombre
- 107. Otros nombres
- 108. Número de Identificación Tributaria (NIT)
- 109. DV
- 110. Razón social representante legal

3
- 98. Representación
- 99. Fecha inicio ejercicio representación
- 100. Tipo de documento
- 101. Número de identificación
- 102. DV
- 103. Número de tarjeta profesional
- 104. Primer apellido
- 105. Segundo apellido
- 106. Primer nombre
- 107. Otros nombres
- 108. Número de Identificación Tributaria (NIT)
- 109. DV
- 110. Razón social representante legal

4
- 98. Representación
- 99. Fecha inicio ejercicio representación
- 100. Tipo de documento
- 101. Número de identificación
- 102. DV
- 103. Número de tarjeta profesional
- 104. Primer apellido
- 105. Segundo apellido
- 106. Primer nombre
- 107. Otros nombres
- 108. Número de Identificación Tributaria (NIT)
- 109. DV
- 110. Razón social representante legal

5
- 98. Representación
- 99. Fecha inicio ejercicio representación
- 100. Tipo de documento
- 101. Número de identificación
- 102. DV
- 103. Número de tarjeta profesional
- 104. Primer apellido
- 105. Segundo apellido
- 106. Primer nombre
- 107. Otros nombres
- 108. Número de Identificación Tributaria (NIT)
- 109. DV
- 110. Razón social representante legal

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 09-01-2025 12:42:23PM

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141153969341

(415)7707212489984(8020) 000014115396934 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 900359095 | 6. DV: 6 | 12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá | 14. Buzón electrónico: 32

Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

1

111. Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía 13 | 112. Número de identificación: 91487025 | 113. DV | 114. Nacionalidad: COLOMBIA 169

115. Primer apellido: FLOREZ | 116. Segundo apellido: MORENO | 117. Primer nombre: ALBERTO | 118. Otros nombres

119. Razón social

120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso: 2019 04 03 | 123. Fecha de retiro

2

111. Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía 13 | 112. Número de identificación: 1022341934 | 113. DV | 114. Nacionalidad: COLOMBIA 169

115. Primer apellido: CRISTANCHO | 116. Segundo apellido: MARQUEZ | 117. Primer nombre: LEIDY | 118. Otros nombres: CAROLINA

119. Razón social

120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso: 2010 03 25 | 123. Fecha de retiro

3

111. Tipo de documento | 112. Número de identificación | 113. DV | 114. Nacionalidad

115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres

119. Razón social

120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro

4

111. Tipo de documento | 112. Número de identificación | 113. DV | 114. Nacionalidad

115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres

119. Razón social

120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro

5

111. Tipo de documento | 112. Número de identificación | 113. DV | 114. Nacionalidad

115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres

119. Razón social

120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Página 5 de 6 Hoja 5

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141153969341

(415)7707212489984(8020) 000014115396934 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 9 0 0 3 5 9 0 9 5 | 6. DV 6 | 12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá | 14. Buzón electrónico 3 2

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía 1 3 | 125. Número de identificación: 5 0 8 9 4 2 4 2 | 126. DV | 127. Número de tarjeta profesional: 1 0 6 4 5 0 T

128. Primer apellido: ROMERO | 129. Segundo apellido: MUÑOZ | 130. Primer nombre: PIEDAD | 131. Otros nombres: DEL SOCORRO

132. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 133. DV | 134. Sociedad o firma designada

135. Fecha de nombramiento: 2 0 2 3 0 1 0 2

Revisor fiscal suplente

136. Tipo de documento | 137. Número de identificación | 138. DV | 139. Número de tarjeta profesional

140. Primer apellido | 141. Segundo apellido | 142. Primer nombre | 143. Otros nombres

144. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 145. DV | 146. Sociedad o firma designada

147. Fecha de nombramiento

Contador

148. Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía 1 3 | 149. Número de identificación: 3 9 7 6 6 1 9 9 | 150. DV | 151. Número de tarjeta profesional: 1 0 1 4 6 5 T

152. Primer apellido: GONZALEZ | 153. Segundo apellido: ARIAS | 154. Primer nombre: ARACELLY | 155. Otros nombres

156. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 157. DV | 158. Sociedad o firma designada

159. Fecha de nombramiento: 2 0 2 2 0 9 0 1

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Página 6 de 6 **Hoja 6**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141153969341

(415)7707212489984(8020) 000014115396934 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 9 0 0 3 5 9 0 9 5 | 6. DV: 6

12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá: 3 2

14. Buzón electrónico

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento: Establecimiento de comerci 0 2

161. Actividad económica: Actividades de otras asociaciones n.c.p. 9 4 9 9

162. Nombre del establecimiento: FUNDACION ECODES 1

163. Departamento: Bogotá D.C. 1 1

164. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección: CL 48 J 5D 90

166. Número de matrícula mercantil: 0 2 5 7 1 6 6 1

167. Fecha de la matrícula mercantil: 2 0 1 5 0 5 0 9

168. Teléfono: 3 1 1 5 0 6 3 7 6 9

169. Fecha de cierre:

2

160. Tipo de establecimiento

161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento

163. Departamento

164. Ciudad/Municipio

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil

167. Fecha de la matrícula mercantil

168. Teléfono

169. Fecha de cierre

3

160. Tipo de establecimiento

161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento

164. Ciudad/Municipio

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil

167. Fecha de la matrícula mercantil

168. Teléfono

169. Fecha de cierre

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 09-01-2025 12:42:23PM

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900359095-6	FUNDACION ECODES	CALLE 43 SUR No 82 C- 07	7033829	ecodesfundacion@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					6	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-02	E	26/03/2025	84550089	$4.897.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	617.000	0		0		0	1	400	0	617.400	3
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	114.000	0		0		0	1	100	0	114.100	2
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	57.000	0		0		0	1	100	0	57.100	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING / Proteccion)	800229739-0	867.800	0	0	700	0	1	600	0	868.400	2
25-14	Colpensiones	900336004-7	2.283.400	0	0	50.000	50.000	1	1.500	200	2.385.100	4

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	800037800-5	98.900				98.900	1	100	99.000				99.000	6

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	755.700	1	500	756.200	6

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	1	0	0	0
ICBF				
0	1	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	3	788.000	788.600
Pensión	2	3.251.200	3.253.500
Riesgos Laborales	1	98.900	99.000
CCF	1	755.700	756.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	7	4.893.800	4.897.300

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900359095-6	FUNDACION ECODES	CALLE 43 SUR No 82 C- 07	7033629	ecodesfundacion@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B -- menos de 200 c			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					6	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-02	E	26/03/2025	84550069	$4.897.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES															PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza en el exterior	Sucursal	IGE	IRET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1013101472	CARO FORERO ANDRES FELIPE	1	0		S																		25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	1	7.500	CCF21	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
CC	1030690110	HERRERA PALACIOS LAURA VIVIANA	1	0		S																		230201	808.650	129.100	0	0	0	0	EPS017	808.650	32.300	14-11	808.650	1	4.300	CCF21	808.650	32.300	0	0	0	0	0
CC	1030690110	HERRERA PALACIOS LAURA VIVIANA	1	0		S												X						230201	616.850	98.700	0	0	0	0	EPS017	616.850	24.700	14-11	616.850	1	0	CCF21	616.850	0	0	0	0	0	0
CC	1031147283	RODRIGUEZ RODRIGUEZ JUAN MANUEL	1	0		S																		230201	4.000.000	640.000	0	0	0	0	EPS008	4.000.000	160.000	14-11	4.000.000	1	11.200	CCF21	4.000.000	160.000	0	0	0	0	0
CC	51651571	PEÑA BERMUDEZ ANA PAULA	1	0		S																		25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	1	7.500	CCF21	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
CC	79509034	FORERO SANTANA WILLIAM HERNAN	1	0		S																		25-14	1.233.700	197.400	0	0	0	0	EPS018	1.233.700	49.400	14-11	1.233.700	1	6.500	CCF21	1.233.700	49.400	0	0	0	0	0
CC	79509034	FORERO SANTANA WILLIAM HERNAN	1	0		S												X						25-14	189.800	30.400	0	0	0	0	EPS018	189.800	7.600	14-11	189.800	1	0	CCF21	189.800	0	0	0	0	0	0
CC	80832060	CARO PEÑA WILMER FABIAN	1	0		S																		25-14	10.000.000	1.600.000	0	0	50.000	50.000	EPS008	10.000.000	400.000	14-11	10.000.000	1	52.200	CCF21	10.000.000	400.000	0	0	0	0	0

PAGADA

Este docume[illegible] está clasificado como PRIVADO por parte de [illegible]pensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900359095-6	FUNDACION ECODES	CALLE 43 SUR No 82 C- 07	7033629	ecodesfundacion@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				7	0
2025-02	2025-01	E	24/02/2025	83836987	TOTAL A PAGAR	
					$4,538,100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	39.900	0		0		0	0	0	0	39.900	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	515.700	0		0		0	0	0	0	515.700	3
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	114.000	0		0		0	0	0	0	114.000	2
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	57.000	0		0		0	0	0	0	57.000	1

TOTALES PENSION												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Sólidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING - Proteccion)	800227339-0	462.500	0	0	0	0	0	0		462.500	2
230301	Porvenir	800224808-5	159.500	0	0	0	0	0	0		159.500	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	2.383.400	0	0	450.000	450.000	0	0		2.383.400	4

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	83.700				83.700	0	0	83.700			837	83.700	7

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	722.400	0	0	722.400	7

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	4	726.600	726.600
Pensión	3	3.005.400	3.005.400
Riesgos Laborales	1	83.700	83.700
CCF	1	722.400	722.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	9	4.538.100	4.538.100

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900359095-6	FUNDACION ECODES	CALLE 43 SUR No 82 C- 07	7033629	ecodesfundacion@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				7	0
2025-02	2025-01	E	24/02/2025	83836987	TOTAL A PAGAR	
					$4.538.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colombiano en el Exterior	Radicado	IRL	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días Cotizados	Cod. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cod. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cod. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1013101472	CARO FORERO ANDRES FELIPE	1	0			S																25-14	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS008	1,423,500	57,000	14-11	1,423,500	1	7,500	CCF21	1,423,500	57,000	0	0	0	0	0
CC	1030541031	CARO PEÑA YARLY YOLIMA	1	0			S		X														230301	996,450	159,500	0	0	0	0	EPS005	996,450	39,900	14-11	996,450	1	5,300	CCF21	2,317,142	92,700	0	0	0	0	0
CC	1030690110	HERRERA PALACIOS LAURA VIVIANA	1	0			S																230201	664,300	106,300	0	0	0	0	EPS017	664,300	26,600	14-11	664,300	1	3,500	CCF21	664,300	26,600	0	0	0	0	0
CC	1030690110	HERRERA PALACIOS LAURA VIVIANA	1	0			S													X			230201	759,200	121,500	0	0	0	0	EPS017	759,200	30,400	14-11	759,200	1	4,000	CCF21	759,200	30,400	0	0	0	0	0
CC	1031147283	RODRIGUEZ RODRIGUEZ BRIAN MIGUEL	1	0			S	X															230201	1,466,667	234,700	0	0	0	0	EPS008	1,466,667	58,700	14-11	1,466,667	1	7,700	CCF21	1,466,667	58,700	0	0	0	0	0
CC	51651571	PEÑA BERMÚDEZ ANA FLAXILA	1	0			S																25-14	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS037	1,423,500	57,000	14-11	1,423,500	1	7,500	CCF21	1,423,500	57,000	0	0	0	0	0
CC	79509034	FORERO SANTANA WILLIAM HERNAN	1	0			S													X			25-14	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS017	1,423,500	57,000	14-11	1,423,500	1	0	CCF21	1,423,500	0	0	0	0	0	0
CC	80832089	CARO PEÑA WILDER FABIAN	1	0			S																25-14	10,000,000	1,600,000	0	0	50,000	50,000	EPS008	10,000,000	400,000	14-11	10,000,000	1	62,200	CCF21	10,000,000	400,000	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.022.341.934**

CRISTANCHO MARQUEZ

APELLIDOS

LEIDY CAROLINA

NOMBRES

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **24-OCT-1987**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

08-ENE-2008 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1500150-00206488-F-1022341934-20100118 0020060084A 1 1980010256

	FORMATO	Código: IPC.FR.003
	CERTIFICACIÓN	Versión: 001
		Fecha Vencimiento: DICIEMBRE 2025

CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES PERSONA JURÍDICA

La suscrita PIEDAD ROMERO MUÑOZ identificado con cédula de ciudadania No. 50. 894.242, de Bogotá, en mi condición de revisora fiscal de **FUNDACIÓN ECODES** identificada con Nit 900.359.095-6, certifico que la fundación se encuentra a Paz y Salvo por concepto del pago de sus obligaciones con los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje de todo el personal que se encuentra laborando dentro de la misma y que así lo requiere, durante los últimos seis (6) meses.

Lo anterior, para dar cumplimiento a lo establecido en el art. 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

La presente se expide en Bogotá, D.C., a los veintiocho (28) días del mes de de enero de 2025

Leidy Carolina Cristancho Márquez
Representante Legal
Fundación ECODES

PIEDAD ROMERO MUÑOZ
Revisora Fiscal
Fundación ECODES

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

EBED9CF97713180

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **PIEDAD DEL SOCORRO ROMERO MUÑOZ** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 50894242 de MONTERIA (CORDOBA) Y Tarjeta Profesional No 106450-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **********
****
****

Dado en BOGOTA a los 6 días del mes de Noviembre de 2024 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

7

República de Colombia
Ministerio de Comercio Industria y Turismo

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

106450-T

PIEDAD DEL SOCORRO
ROMERO MUÑOZ
C.C. 50894242
RESOLUCION INSCRIPCION 236 **FECHA 25/11/2004**
UNIVERSIDAD PILOTO DE COLOMBIA

DIRECTOR GENERAL

JULIO CESAR ACUÑA GONZALEZ 116058

206828

Esta tarjeta es el unico documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: 644 44 50 o devolverla a la UAE - Junta Central de Contadores a la calle 96 No. 9A - 21 Bogota D.C.

www.ideqs.com

8

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 50.894.242

ROMERO MUÑOZ

APELLIDOS

PIEDAD DEL SOCORRO

NOMBRES

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 14-DIC-1970

MONTERIA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54	A+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

04-AGO-1989 MONTERIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00159113-F-0050894242-20090612 0012414021A 1 1210101860

9

Cámara de Comercio de Bogotá

Sede Virtual

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 27 de enero de 2025 Hora: 08:40:20
Recibo No. AA25103697
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25103697FAFE3

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

CON FUNDAMENTO EN LAS INSCRIPCIONES EFECTUADAS EN EL REGISTRO DE ENTIDADES SIN ÁNIMO DE LUCRO, LA CÁMARA DE COMERCIO CERTIFICA:

NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

Razón social: FUNDACION ECODES
Nit: 900.359.095-6 Administración : Direccion Seccional De Impuestos De Bogota, Regimen Comun
Domicilio principal: Bogotá D.C.

INSCRIPCIÓN

Inscripción No. S0037049
Fecha de Inscripción: 24 de mayo de 2010
Último año renovado: 2024
Fecha de renovación: 1 de abril de 2024
Grupo NIIF: Grupo II.

UBICACIÓN

Dirección del domicilio principal: Ac 43 Sur No. 82 C 07
Municipio: Bogotá D.C.
Correo electrónico: ecodesfundacion@gmail.com
Teléfono comercial 1: 4502234
Teléfono comercial 2: 4502234
Teléfono comercial 3: No reportó.

Dirección para notificación judicial: Ac 43 Sur No. 82 C 07
Municipio: Bogotá D.C.
Correo electrónico de notificación: ecodesfundacion@gmail.com
Teléfono para notificación 1: 4610942
Teléfono para notificación 2: 4502234
Teléfono para notificación 3: No reportó.

La Entidad NO autorizó para recibir notificaciones personales a través de correo electrónico, de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del Código General del Proceso y 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Constanza del Pilar Fuentes Trujillo

19

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 27 de enero de 2025 Hora: 08:40:20
Recibo No. AA25103697
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25103697FAFE3

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

CONSTITUCIÓN

Por Acta del 25 de marzo de 2010 de Asamblea Constitutiva, inscrito en esta Cámara de Comercio el 24 de mayo de 2010, con el No. 00172932 del Libro I de las entidades sin ánimo de lucro, se constituyó la persona jurídica de naturaleza Fundación denominada FUNDACION ECODES.

ENTIDAD QUE EJERCE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

Entidad que ejerce la función de inspección, vigilancia y control: ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA

TÉRMINO DE DURACIÓN

La Entidad no se encuentra disuelta y su duración es indefinida.

OBJETO SOCIAL

Para desarrollar su objeto social FUNDACIÓN ECODES podrá realizar entre otras las siguientes actividades: 1. Realizar y promover de cuenta propia o en asocio de otras entidades ya sea del sector oficial o privado mediante la celebración, de: Convenios o contratos de cualquier órgano investigativo, estudio técnico, y cultural como también la formulación, diseño y ejecución de los diferentes planes y programas, proyectos y obras de los diversos sectores antes citados en el objeto social de, la fundación. 2. Diseñar, formular y/o ejecutar planes, programas, proyectos, acciones y/o actividades relacionadas con el objeto de la fundación. 3. Suministrar refrigerios y/o alimentos en eventos. 4. Recibir donaciones, aportes, auxilios y/o becas de: Personas naturales y/o jurídicas, nacionales y/o extranjeras, así como de entidades gubernamentales nacionales y/o extranjeras. 5. Suscribir contratos, convenios y/o acuerdos con entes públicos, privados y/o mixtos, para la prestación directa o indirecta de servicios, asesorías y/o capacitación en "áreas relacionadas con el objeto de la fundación. 6. Celebrar en ejercicio de sus actividades, toda clase de operaciones con establecimientos de crédito y/o compañías aseguradoras y/o entidades financieras nacionales y/o extranjeras bajo el cumplimiento de las normas

20

vigentes en la materia. 7. Realizar actividades de asesorías, capacitaciones de educación informal, investigaciones, proyectos, consultorías, interventorías, auditorias, suministro, dotaciones, logística y organización de eventos, impresos y publicaciones en las siguientes áreas: Ambiente: Campañas ambientales, sensibilización ambiental, Proyectos Ambientales Escolares (PRAES), Proyectos Ciudadanos de Educación Ambiental (PROCEDA), planes ambientales, ordenamiento territorial y de cuencas hidrográficas, agendas ambientales, elaboración de Planes de Ordenamiento Territorial (POT), elaboración de planes básicos de Ordenamiento Territorial (PBOT), elaboración de Esquemas de Ordenamiento Territorial (EOT), realización del proceso de revisión y ajuste d planes de ordenamiento territorial, elaboración de planes parciales, planes de manejo de cuencas hidrográficas, elaboración de planes de desarrollo y desarrollo rural, intervenciones forestales y del paisaje (reforestación, arborización, jardinería, podas, talas). Saneamiento básico ambiental, agricultura urbana, construcción de viveros, aulas ambientales, vigías ambientales, manejo de residuos sólidos separación en la fuente, reciclaje erradicación de puntos críticos, pedagogía social ambiental, trabajo con población recicladora, de oficio, ecoturismo, deporte extremo, promoción del conocimiento, conservación y restauración de ecosistemas y biodiversidad. Cultura: Eventos y festivales culturales y artísticos, circulación artística, fomento, investigación, creación y formación artística y cultural, eventos y actividades turísticas, organización, realización y/o desarrollo de eventos de gestión de programas con organizaciones juveniles. Recreación y Deporte: Formación deportiva, salidas y vacaciones recreodeportivas, realización de actividades recreodeportivas, festivales) olimpiadas y eventos recreodeportivos. Desarrollo Económico: Desarrollar programas en competencias laborales y/o formación formal e informal para él, trabajo fortalecimiento empresarial, desarrollo empresarial, gestión empresarial, asociatividad, cooperativismo, investigación de mercados, realización de ferias, diseño de sistemas de: Información: Para el empleo y la producción. Participación: Construcción y realización de agendas locales, eventos, foros y audiencias de participación comunitaria y sociales, asistencia técnica para el desarrollo de iniciativas comunitarias y sociales, fortalecimiento de medios alternativos de comunicación, Reconciliación y Paz, sensibilización y-fortalecimiento de los actores voluntarios, derechos humanos, resolución de conflictos, medios alternativos de solución de conflictos, conciliación, negociación; justicia comunitaria, equidad de género e

21

igualdad de derechos de los sectores de poblaciones vulnerables, ,asistencia técnica para el desarrollo de iniciativas ciudadanas de convivencia y paz. Salud: Desarrollo de programas, proyectos, campañas y actividades de promoción, prevención y atención de servicios en salud, dotación de insumos, médicos y quirúrgicos, asistencia técnica para el: Desarrollo de proyectos. Descentralización: Asistencia técnica para la formulación de planes maestros, planes de ordenamiento territorial, servicios públicos, servicios al ciudadano, fortalecimiento institucional, sistemas de información, bancos de datos, sistemas" de información georreferenciada, observatorios sociales; sistemas de gestión de calidad, MECI, formulación de planes de, gestión de riesgo, cultura organizacional, contratación; pública. Social: Atención, de población vulnerable. Programas de atención integral a población infantil, jóvenes, adultos mayores, madres cabeza de familia, desplazados, población en situación de discapacidad, población en situación de maltrato y violencia intrafamiliar, operación de comedores comunitarios, restaurantes escolares, suministro de refrigerios. Fortalecimiento Institucional: Consultorías, asesorías y asistencia técnica, jurídica y organizacional en el campo civil, penal, laboral, comercial, policivo y administrativo, contratación administrativa, asesoría de empresas, formulación y evaluación de proyectos, estudios de prefactibilidad y factibilidad 8. Realizar consultorías interventoras y asesorías de planes, programas y proyectos de desarrollo local y territorial en las áreas ambiental; social, de educación, cultura, nutrición, recreación y deportes, salud, participación, descentralización, infraestructura y obras civiles, entre otros. 9. Gestionar, canalizar y administrar recursos de orden municipal, departamental, nacional e internacional, ya sea del sector oficial o privado, los cuales serán utilizados para el cumplimiento del objeto social de la fundación. 10. Contratar servicios de terceros, hacer investigaciones científicas y/o técnicas, crear bancos y/o sistemas de información, prestar servicios a entidades públicas y/o, privadas, obtener licencias, efectuar registros en el registro nacional de derechos de autor y todos los demás actos conexos necesarios para el desarrollo del objeto de la fundación. 11. Canalizar recursos técnicos, económicos, humanos y científicos, nacionales y/o extranjeros destinados al desarrollo de planes, programas, proyectos, acciones y/o actividades relacionadas con el objeto principal de la fundación. 12. Propiciare impulsar políticas y acciones sociales relacionadas con el objeto principal de La fundación. 13. Movilizar recursos y/o unificar criterios y/o

esfuerzos de los sectores público y/o privado en búsqueda de los, objetivos de la fundación. 14. Adquirir, enajenar, dar y/o tomar en arriendo, gravar a cualquier título y en general disponer; de cualquier forma, de todos y cada uno de los bienes muebles o inmuebles de la fundación, cuando estas operaciones sean necesarias o convenientes para desarrollar en forma apropiada su objeto social. 15. Asociarse con entidades que tengan fines semejantes, celebrar con ellas convenios y/o contratos y en los casos pertinentes afiliarse y/o realizar alianzas estratégicas, consorcios y/o uniones temporales. 16. Producir, adquirir, distribuir, vender y en general comercializar productos y/o servicios que faciliten el cumplimiento de su objeto. 17. Asesorar dentro del marco de su objeto social, las personas naturales o jurídicas en la formulación; ejecución, seguimiento a planes, programas, proyectos, acciones y/o actividades tendientes a fortalecer el desarrollo territorial y local y en general relacionadas con el objeto principal de la fundación. 18. Organizar, promover, concurrir, conformar y/o financiar sociedades, empresas y/o entidades que tiendan a facilitar, ampliar y/o complementar las actividades de la fundación dentro o fuera del territorio nacional, así como suscribir acciones y/o adquirir cuotas de ellas. 19. Transigir, desistir y/o someter a decisiones arbitrales, a amigables componedores y similares, las cuestiones en que tengan interés frente a terceros y/o en participación con ellos, todos los actos y/o operaciones civiles y/o, comerciales y en general, todo acto o contrato que sea necesario y/o conveniente para facilitar las operaciones previstas en estos estatutos. 20. Designar apoderados judiciales y/o extrajudiciales. 21. Las demás que sean acordes o complementarias con los propósitos de la fundación. FUNDACIÓN ECODES podrá; celebrar convenios de cualquier orden administrativo, contratos, adquirir, grabar, transformar, y administrar toda clase de muebles e inmuebles, realizar operaciones comerciales con entidades bancarias, y realizar negocios, jurídicos con carácter particular o estatal nacional o internacional, siempre y cuando tenga relación con su objeto social y sus actividades. 22. Elaboración, montaje y mantenimiento de muros verdes o verticales, jardíneras, así como la elaboración de sus diseños. 23. Administración de espacios públicos y privados. 24. Organización, realización y/o desarrollo de foros educativos y Ferias educativas. 25. Suministro de elementos de papelería. 26. Prestar el servicio de logística y presentaciones artísticas para eventos como foros, ferias, encuentros ciudadanos, novenas navideñas, entre otros. 27. Suministro de elementos de ferretería, pinturas y dotaciones. 28.

Desarrollo de actividades de bienestar animal y saneamiento ambiental (esterilizaciones caninas y felinas) así como la prevención y atención medica veterinaria, desarrollando acciones, técnicas y pedagógicas. 29. Suministro de insumos de uso veterinario. 30. Desarrollo de iniciativas agroecológicas. 31. Realizar Asistencia Técnica Agropecuaria.

PATRIMONIO

$ 2.958.652.718,00

REPRESENTACIÓN LEGAL

La representación legal de la sociedad estará a cargo del presidente.

FACULTADES Y LIMITACIONES DEL REPRESENTANTE LEGAL

El presidente, será el representante legal de FUNDACION ECODES y tendrá además las siguientes atribuciones: 1. Velar por el cumplimiento de los estatutos, reglamentos, determinaciones e instrucciones de la asamblea de asociados. 2. Será el ordenador del gasto y responsable de los giros y los pagos que se realicen de parte de FUNDACION ECODES. 3. Representar a la corporación judicial y extrajudicialmente, ante las autoridades públicas y ante cualquier persona jurídica y natural con las que aquella entrare en relación, lo mismo que a contratar apoderados judicialmente y extrajudicialmente. 4. El presidente queda autorizado para la celebración de contratos cuya cuantía exceda de 50 salarios mínimos legales vigentes. 5. Las demás que corresponda por naturaleza de su cargo y la que sea asignada por la Asamblea de Asociados y la Junta Directiva.

NOMBRAMIENTOS

REPRESENTANTES LEGALES

Por Acta No. 002 del 22 de junio de 2010, de Asamblea de Asociados, inscrita en esta Cámara de Comercio el 29 de junio de 2010 con el No.

24

00175312 del Libro I de las entidades sin ánimo de lucro, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Representante Legal Esal	Leidy Carolina Cristancho Marquez	C.C. No. 1022341934

ÓRGANO DE ADMINISTRACIÓN

ÓRGANO DE ADMINISTRACIÓN

PRINCIPALES CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Miembro Junta Directiva	Alberto Florez Moreno	C.C. No. 91487025
Miembro Junta Directiva	Leidy Carolina Cristancho Marquez	C.C. No. 1022341934
Miembro Junta Directiva	Alberto Florez Moreno	C.C. No. 91487025

Por Acta del 25 de marzo de 2010, de Asamblea Constitutiva, inscrita en esta Cámara de Comercio el 24 de mayo de 2010 con el No. 00172932 del Libro I de las entidades sin ánimo de lucro, se designó a:

PRINCIPALES CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Miembro Junta Directiva	Leidy Carolina Cristancho Marquez	C.C. No. 1022341934

Por Acta No. 022 del 3 de abril de 2019, de Asamblea de Fundadores, inscrita en esta Cámara de Comercio el 5 de abril de 2019 con el No. 00315260 del Libro I de las entidades sin ánimo de lucro, se designó a:

PRINCIPALES CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Miembro Junta	Alberto Florez Moreno	C.C. No. 91487025

25

Directiva		
Miembro Junta Directiva	Alberto Florez Moreno	C.C. No. 91487025

REVISORES FISCALES

Por Acta No. 029 del 2 de enero de 2023, de Asamblea General, inscrita en esta Cámara de Comercio el 16 de marzo de 2023 con el No. 00362241 del Libro I de las entidades sin ánimo de lucro, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Revisor Fiscal	Piedad Del Socorro Romero Muñoz	C.C. No. 50894242 T.P. No. 106450-T

REFORMAS DE ESTATUTOS

Los estatutos de la Entidad han sido reformados así:

DOCUMENTO	INSCRIPCIÓN
Acta No. 7 del 13 de enero de 2011 de la Asamblea de Asociados	00184024 del 14 de enero de 2011 del Libro I de las entidades sin ánimo de lucro
Acta No. 8 del 20 de marzo de 2012 de la Asamblea de Asociados	00207893 del 29 de abril de 2012 del Libro I de las entidades sin ánimo de lucro
Acta No. 015 del 30 de abril de 2015 de la Asamblea General	00249226 del 7 de mayo de 2015 del Libro I de las entidades sin ánimo de lucro
Acta No. 18 del 15 de noviembre de 2016 de la Asamblea General	00268870 del 18 de noviembre de 2016 del Libro I de las entidades sin ánimo de lucro
Acta No. 022 del 3 de abril de 2019 de la Asamblea de Fundadores	00315261 del 5 de abril de 2019 del Libro I de las entidades sin ánimo de lucro
Acta No. 023 del 2 de junio de 2020 de la Asamblea de Fundadores	00329304 del 28 de julio de 2020 del Libro I de las entidades sin ánimo de lucro
Acta del 28 de febrero de 2022 de	00352811 del 10 de mayo de

25

la Asamblea de Fundadores	2022 del Libro I de las entidades sin ánimo de lucro
Acta No. 029 del 2 de enero de 2023 de la Asamblea General	00362240 del 16 de marzo de 2023 del Libro I de las entidades sin ánimo de lucro

RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 962 de 2005, los actos administrativos de registro, quedan en firme dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos. Para estos efectos, se informa que para la Cámara de Comercio de Bogotá, los sábados NO son días hábiles.

Una vez interpuestos los recursos, los actos administrativos recurridos quedan en efecto suspensivo, hasta tanto los mismos sean resueltos, conforme lo prevé el artículo 79 del Código de Procedimiento Administrativo y de los Contencioso Administrativo.

A la fecha y hora de expedición de este certificado, NO se encuentra en curso ningún recurso.

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

Actividad principal Código CIIU: 9499
Actividad secundaria Código CIIU: 7500
Otras actividades Código CIIU: 8130

ESTABLECIMIENTO(S) DE COMERCIO

A nombre de la Entidad figura(n) matriculado(s)en esta Cámara de Comercio de Bogotá el(los) siguiente(s) establecimiento(s) de comercio:

Nombre: FUNDACION ECODES 1
Matrícula No.: 02571661

27

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 27 de enero de 2025 Hora: 08:40:20
Recibo No. AA25103697
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25103697FAFE3

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Fecha de matrícula:	9 de mayo de 2015
Último año renovado:	2024
Categoría:	Establecimiento de comercio
Dirección:	Cl 48 J No. 5 D - 90
Municipio:	Bogotá D.C.

SI DESEA OBTENER INFORMACIÓN DETALLA DE LOS ANTERIORES ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO O DE AQUELLOS MATRICULADOS EN UNA JURISDICCIÓN DIFERENTE A LA DEL PROPIETARIO, DEBERÁ SOLICITAR EL CERTIFICADO DE MATRÍCULA MERCANTIL DEL RESPECTIVO ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO.

LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LOS ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO, AGENCIAS Y SUCURSALES, QUE LA PERSONA JURÍDICA TIENE MATRICULADOS EN OTRAS CÁMARAS DE COMERCIO DEL PAÍS, PODRÁ CONSULTARLA EN WWW.RUES.ORG.CO.

TAMAÑO EMPRESARIAL

De conformidad con lo previsto en el artículo 2.2.1.13.2.1 del Decreto 1074 de 2015 y la Resolución 2225 de 2019 del DANE el tamaño de la empresa es Mediana

Lo anterior de acuerdo a la información reportada por el matriculado o inscrito en el formulario RUES:

Ingresos por actividad ordinaria $ 7.098.190.184
Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el período - CIIU : 9499

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Que, los datos del empresario y/o el establecimiento de comercio han sido puestos a disposición de la Policía Nacional a través de la consulta a la base de datos del RUES.

El suscrito secretario de la Cámara de Comercio de Bogotá, en el ejercicio de la facultad conferida por los artículos 43 y 144 del

28

Decreto número 2150 de 1995.

Que en esta Cámara de Comercio no aparecen inscripciones posteriores de documentos referentes a reforma, disolución, liquidación o nombramientos de representantes legales de la mencionada entidad.

El registro ante las Cámaras de Comercio no constituye aprobación de estatutos. (Decreto 2150 de 1995 y Decreto 427 de 1996).

La persona jurídica de que trata este certificado se encuentra sujeta a la inspección, vigilancia y control de las autoridades que ejercen esta función, por lo tanto deberá presentar ante la autoridad correspondiente, el certificado de registro respectivo, expedido por la Cámara de Comercio, dentro de los 10 días hábiles siguientes a la fecha de inscripción, más el término de la distancia cuando el domicilio de la persona jurídica sin ánimo de lucro que se registra es diferente al de la Cámara de Comercio que le corresponde. En el caso de reformas estatutarias además se allegara copia de los estatutos.

Toda autorización, permiso, licencia o reconocimiento de carácter oficial, se tramitará con posterioridad a la inscripción de las personas jurídicas sin ánimo de lucro en la respectiva Cámara de Comercio.

El presente certificado no constituye permiso de funcionamiento en ningún caso.

****

Este certificado refleja la situación jurídica registral de la entidad sin ánimo de lucro, a la fecha y hora de su expedición.

****

Este certificado fue generado electrónicamente con firma digital y cuenta con plena validez jurídica conforme a la Ley 527 de 1999.

29

Cámara de Comercio de Bogotá

Sede Virtual

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 27 de enero de 2025 Hora: 08:40:20
Recibo No. AA25103697
Valor: $ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A25103697FAFE3

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

****

Firma mecánica de conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la autorización impartida por la Superintendencia de Industria y Comercio, mediante el oficio del 18 de noviembre de 1996.

CONSTANZA PUENTES TRUJILLO

30

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría de Gobierno

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MÁRTIRES

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES No 2 PERÍODO: 19/01/2025 AL 18/02/2025	
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO	
TIPO DE CONTRATO	Contrato de prestacion de servcios
No. CONTRATO Y FECHA	CPS.322-2024 del 18 de diciembre de 2024
NOMBRE DEL CONTRATISTA	Fundación Ecodes
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	900359095-6
PLAZO DE EJECUCIÓN	Seis (6) meses
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 100.000.000 (cien millones)
VALOR DEL PERIODO DE COBRO	$ 42.008.320 ((Cuarenta y dos millones ochomil trecientos veinte pesos M/CTE)
No. DEL PROYECTO (IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL)	FDLM-322-2024 (120487)
FECHA ACTA DE INICIO	18 de diciembre 2024
PRÓRROGA	No Aplica
ADICIÓN	No Aplica
SUSPENSIÓN	No Aplica
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y SUSPENSIONES)	17 de junio de 2024
OBJETO DEL CONTRATO	"PRESTAR LOS SERVICIOS PARA REALIZAR LA ATENCIÓN DE ANIMALES EN LA LOCALIDAD DE LOS MÁRTIRES".

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
1. Ejecutar el contrato a partir de la suscripción del acta de inicio, ajustándose a los estudios previos, anexo técnico, pliego de condiciones y propuesta presentada, en los lugares definidos y dentro del plazo estipulado.	**Generalidades:** • Se realiza comité técnico el 14 de febrero de 2025, donde se aclaran situaciones respecto a la primera jornada de esterilización. • Se realiza visita a clínica veterinaria el martes 21 de enero 2025.	• Acta visita a clínica • Acta reunión virtual 14 febrero 2025.	**Informe 2, Anexo 4** Acta visita a clínica 21 de enero 2025. **Informe 2, Anexo 5** Acta comité reunión 14 de febrero.
	Componente I, Programa Esterilizaciones caninas y felinas: Para el periodo de ejecución informado, se realizan 2 jornadas de esterilización, estas jornadas se realizaron el día 31 de enero de 2025, y el día 17 de febrero de 2025. • El día 31 de enero de 2025 se llevó a cabo la primera jornada de esterilización quirúrgica, con la intervención de 90 esterilizaciones felinas y caninas. • El día 17 de febrero de 2025 se llevó a cabo la segunda jornada de esterilización quirúrgica, con la intervención de 100 esterilizaciones felinas y caninas.	• Historias clínicas físicas y digitales componente esterilización del 31 enero 2025. • Historias clínicas físicas y digitales componente esterilización del 17 de febrero 2025.	**Informe 2, Anexo 1.** Historias clínicas pacientes, componente de esterilización 31 enero 2025. **Informe 2, Anexo 2** Historias clínicas paciente esterilización 17 febrero 2025.
	Componente II, Programa Brigadas médico-veterinarias: para el periodo ejecutado no se realizan actividades relacionadas con este componente.	• N/A	N/A
	Componente III, Programa Atención de urgencias veterinarias: Durante el mes de ejecución se realizó la atención de 9 pacientes remitidos por el apoyo a la supervisión del contrato a la clínica veterinaria Animal Welfare.	• Historia clínica físicas y digital del componente atención de urgencias.	**Informe 2, Anexo 3.** Historias Clínicas pacientes, componente atención de urgencias.
2. Previo a la firma del presente contrato, el contratista deberá presentar Resolución de habilitación del servicio de funcionamiento expedido por la Secretaría Distrital de Salud, así mismo, que cumpla con los lineamientos establecidos en la Resolución 482 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección	Se presenta por parte de Fundación ECODES, acta de secretaria de salud y resolución de equipo de radiografía usado para el componente de urgencias veterinarias.	• Acta de secretaria de salud. • Resolución de equipo de Rx.	**Informe 1, Anexo 4.** Acta de secretaria de salud. **Informe 1, Anexo 5.** Resolución de equipo RX.

32

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
Social "Por la cual se reglamenta el uso de equipos generadores de radiación ionizante, su control de calidad, la prestación de protección radiológica y se dictan otras disposiciones", para el equipo de Radiología a utilizar.			
3. Conformar un comité técnico el cual estará compuesto por un delegado de la comunidad, con voz y voto, puede ser Representante del Consejo Local de Protección y Bienestar Animal - CLPYBA o instancia que haga sus veces ó Representante de la mesa / red local de protección y bienestar animal o de organizaciones, hogares de paso, proteccionistas, rescatistas, animalistas; esto de acuerdo a la dinámica local, un representante de la Alcaldía Local de Los Mártires y un representante del operador del contrato en ejecución. PARAGRAFO: Se invitará al Instituto de Protección y Bienestar Animal-IDPYBA cuando se amerite de conformidad al anexo técnico.	• El día 9 de enero de 2025, se realiza comité en donde se realiza cambio del integrante de consejo local de protección y bienestar animal. Y posterior a esto se realiza la conformación del comité técnico.	• Integrantes de comité técnico.	**Informe 1, Anexo 2.** Acta comité 9 de enero
4. Realizar mínimo dos o tres Presentaciones Públicas conforme lo establecido en el anexo técnico. Ingresar al Almacén del Fondo de Desarrollo	• El día 13 de enero de 2025 se radica solicitud de espacio a la Junta Administradora Local para realizar la socialización del contrato, Se envía por parte de la JAL la fecha en la cual queda programada la socialización para el día 18 de enero 2025.	• Presentación ante la JAL	**Informe 1, Anexo 6.** Radicado espacio de socialización ante la JAL.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
Local, previa aprobación del apoyo a la supervisión, los elementos o materiales que sean adquiridos con cargo a recursos del proyecto. siguiendo el respectivo procedimiento impartido por dicha oficina.	• El día 18 de enero se realiza la presentación pública ante la JAL, esta se realizó de manera virtual en donde se socializaron las metas, actividades y presupuesto del contrato. • El día 15 de enero de 2025, se realiza presentación ante la MLPYBA (mesa local PYBA) y con la mesa local de protección y bienestar animal.	• Acta presentación pública JAL. • Acta presentación MLPYBA, desarrollada por funcionaria de protección y b bienestar animal.	**Informe 1, Anexo 7** Acta presentación pública JAL. **Informe 1, Anexo 8** Acta presentación ante la MLPYBA.
5. Asistir al Comité Técnico de Seguimiento del Contrato, las veces que sea convocado, así como a las reuniones de trabajo, sensibilizaciones o capacitaciones que programe la entidad o que convoquen la Junta Administradora Local o la comunidad durante la ejecución del contrato.	• El día 21 de enero de 2025, se realiza visita a la clínica Animal Walfare, con el fin de hacer la verificación de las instalaciones, y que cumplan con los requerimientos del anexo técnico. • El día 14 de febrero se realiza reunión virtual con tema de primera jornada de esterilización y planes de mejora para las próximas jornadas de esterilización a desarrollar.	• Acta visita a clínica • Acta reunión virtual 14 febrero 2025.	**Informe 2, Anexo 4** Acta visita a clínica 21 de enero 2025. **Informe 2, Anexo 5** Acta comité reunión 14 de febrero.
6. Presentar un cronograma de ejecución de actividades al apoyo a la supervisión del contrato, con la proyección de las fechas para cada uno de los componentes del proyecto de acuerdo con el documento de Anexo Técnico.	Se presenta por parte de Fundación ECODES el plan de trabajo, y cronograma de actividades, teniendo en cuenta las actividades descritas en el anexo técnico y los (6) cinco meses programados para su ejecución, en el informe de actividades del mes 1 de ejecución.	• Cronograma de actividades aprobado. • Plan de trabajo aprobado.	**Informe 1, Anexo 11.** Cronograma de actividades aprobado. **Informe 1, Anexo 12.** Plan de trabajo aprobado.
7. Prestar el servicio de esterilizaciones para animales de compañía (gatos y perros tanto hembras como machos) que requieran de esta intervención quirúrgica siguiendo los parámetros establecidos en el Anexo Técnico del proyecto.	**Componente I, Programa Esterilizaciones caninas y felinas:** • El día 31 de enero de 2025 se llevó a cabo la primera jornada de esterilización quirúrgica, con la intervención de 90 esterilizaciones felinas y caninas. • El día 17 de febrero de 2025 se llevó a cabo la segunda jornada de esterilización quirúrgica, con la intervención de 100 esterilizaciones felinas y caninas.	• Acta verificación jornada esterilización 31 enero.	**Informe 2, Anexo 6** Acta jornada esterilización 31 enero 2025. **Informe 2, Anexo 7** Acta jornada esterilización 17 febrero 2025.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
	CIRUGIAS CONSOLIDADAS CONTRATO 322 - 2024 No. | JORNADA | FECHA | LUGAR | CH | CM | FH | FM | TOTAL 1 | PARQUE OSCAR | 31.01.25 | PARQUE OSCAR | 23 | 17 | 25 | 24 | 90 2 | SANTA HELENA | 17.02.25 | SANTA HELENA | 14 | 13 | 42 | 31 | 100		
8. Atender las urgencias médicas veterinarias para animales de compañía en condición de calle y vulnerabilidad que requieran de atención médica inmediata por accidentes que afecten su integridad o que pongan en riesgo su vida siguiendo los parámetros establecidos en el Anexo Técnico del proyecto.	**Componente III, Programa Atención de urgencias veterinarias:** Durante el mes de ejecución se hizo la atención de 9 pacientes, remitidos por el apoyo a la supervisión para exámenes y procedimientos que requerían.	• Historia clínica físicas y digital del componente atención de urgencias.	**Informe 2, Anexo 3.** Historias Clínicas pacientes, componente atención de urgencias.
9. Realizar brigadas médico veterinarias que comprendan: valoración clínica integral, diagnóstico presuntivo, curaciones, pruebas diagnósticas y/o tratamientos a afecciones o enfermedades que se puedan tratar, vacunación y desparasitación interna y externa siguiendo los parámetros establecidos en el Anexo Técnico del proyecto.	Para este componente, y el periodo reportado, no se realizó actividades relacionadas con el componente de brigadas medico veterinarias.	• N/A	**N/A**
10. Implementar estrategias de educación sobre protección y bienestar animal que mejoren la relación de la población	• Con el fin de dar cumplimiento al componente de educación, durante el desarrollo de las jornadas de esterilización, para el presente periodo de ejecución se realizaron sensibilizaciones a las personas que asistieron a cada jornada, llevando a cabo un total de 134 sensibilizaciones.	• Listados sensibilizaciones en jornadas de esterilización	**Informe 2, Anexo 8.** Listado sensibilización.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
martiriense con los animales de acuerdo con las especificaciones del Anexo Técnico, así como con los contenidos y lineamientos del Instituto Distrital para la Protección y Bienestar animal (IDPYBA).			
11. Contar con el talento humano cualificado e idóneo para el desarrollo de las acciones contempladas en los cinco componentes del proyecto.	El día 10 de enero de 2025, se envía vía correo electrónico las hojas de vida del personal profesional que estarán en los componentes de esterilización, y la atención de urgencias en la clínica.	• Soporte de radicado personal profesional vía correo electrónico.	**Informe 1, Anexo 14.** hojas de vidas talento humano, componente esterilización. Medio digital (CD)
12. Coordinar mensualmente con el comité técnico, las actividades de trabajo de todo el equipo profesional de acuerdo con los componentes del proyecto, en aras de garantizar la prestación del servicio 24 horas al día, siete días a la semana, con el mínimo de personal requerido de acuerdo con el anexo técnico.	Durante el comité técnico realizado el día 14 de febrero del 2025 se informa de fechas para jornada de esterilización del mes de marzo, en donde se programa para el lunes 3 de marzo en Lafayette.	• Comité técnico 14 febrero.	**Informe 2, Anexo 5** Acta comité reunión 14 de febrero.
13. Disponer de la capacidad operativa de un punto fijo, una Unidad Móvil Quirúrgica, un vehículo adecuado para el transporte de animales, equipos médicos, talento humano, insumos, medicamentos y todos los elementos requeridos para el desarrollo de las acciones del contrato cumpliendo con procedimientos establecidos en el anexo técnico.	Fundación ECODES, durante el mes de ejecución ha suministrado todos los insumos, instrumentos, implementos y medicamentos requeridos para la prestación del servicio caninos y/o felinos, se encuentran en óptimas condiciones, dando complimiento al Anexo Técnico y a la normatividad vigente. Para dar cumplimiento según especificaciones del anexo técnico el programa de urgencias veterinarias, se realizan en las instalaciones de la clínica veterinaria ANIMAL WELFARE, la cual cuenta con concepto favorable en visita realizada por la SDS.	• Concepto favorable de la SDS, de la clínica ANIMAL WELFARE.	**Informe 1, Anexo 4.** Copia de acta de Concepto favorable de la clínica veterinaria.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
14. Tramitar con la oficina de prensa de la Alcaldía Local de Los Mártires, a través del apoyo a la supervisión la aprobación de todas las piezas comunicativas que se elaboren durante la ejecución del contrato.	En el periodo reportado se realiza él envió de las piezas publicitarias para el componente de esterilización.	• Pieza publicitaria.	**Informe 2, Anexo 9.** Pieza publicitaria aprobada.
15. Custodiar, organizar y disponer la información la documentación (bases de datos, historias clínicas, informes ejecutivos, actas) generada durante la prestación de los servicios y remitir dicha información al área de Gestión Documental de la Alcaldía Local de Los Mártires.	Para el periodo reportado se custodio, organizo la información y documentación correspondiente y soporte de las atenciones en los componentes de, esterilizaciones y urgencias veterinarias. Teniendo en cuenta lo anterior para el periodo reportado se realizó 2 jornadas de esterilización, y pacientes atendidos en urgencias veterinarias, por lo tanto se reporta la atención total de 199 pacientes.	• Base de datos pacientes atendidos en jornadas esterilización y urgencias veterinarias.	**Informe 2, Anexo 10.** Base de datos y registro fotográfico pacientes atendidos por el componente de esterilización y urgencias. (CD).
16. Consolidar y presentar ante la Alcaldía Local de Los Mártires los informes de ejecución, facturas y/o cuentas de cobro y demás documentos solicitados, de acuerdo con la forma de pago establecida para el contrato, que den cuenta de la realización de las acciones del contrato para efectos de verificar las condiciones contractuales sobre el trámite de legalización y desembolso.	Con la presentación del presente informe se reportan las actividades desde el día 19 de enero de 2025 hasta el día 18 de febrero de 2025.	• Informe mensual de actividades.	el presente informe de actividades N° 2 y sus anexos.
17. Realizar mínimo una visita de caracterización y seguimiento a cada uno de los hogares de paso existentes en la localidad con el fin de validar los aspectos básicos de funcionamiento y articular	Para el periodo reportado se realizó la actividad de caracterización por medio del apoyo a la supervisión, mediante formularios de cada uno de los hogares de paso de la red local de protección de la localidad de los Mártires, los cuales fueron previamente visitados y evaluados para su respectiva verificación.	• Formularios caracterización animales hogares de paso.	**Informe 1, Anexo 17** Formularios hogares de paso.

37

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
acciones en el marco de la ejecución del proyecto			
18. Mantener actualizadas las bases de datos que se generen durante la ejecución del contrato con la información respectiva de los animales de compañía y sus cuidadores/as en caso de tenerlos.	Para el periodo reportado se realizó la construcción de la Base de datos de brigada médica y esterilizaciones donde se soportan las atenciones realizadas.	• Base de datos brigadas médicas. • Bases de datos esterilizaciones 31 enero y 17 febrero 2025.	**Informe 1, Anexo 16.** Base de datos pacientes atendidos por el componente de brigadas médicas. **Informe 2, Anexo 10.** Base de datos pacientes atendidos por el componente de esterilización y urgencias. (CD).
19. Realizar acciones de educación y sensibilización permanente y continua sobre Tenencia Responsable de Animales de Compañía, dirigida a la comunidad en general queriente y no queriente de los animales, cuidadores, profesionales y/o escolares, procurando que, en las diferentes actividades realizadas se incluya este tema dirigido a la comunidad sobre la debida convivencia y relacionamiento entre el ser humano y los animales.	Durante el periodo reportado se realiza las acciones de educación y sensibilización para las personas asistentes a las jornadas de esterilización del 31 de enero y el 17 de febrero de 2025.	• Listado sensibilizaciones	**Informe 2, Anexo 8.** Listado sensibilización.
20. Garantizar que todos los formatos a utilizar en las diferentes actividades a realizar en el curso del presente contrato sean los establecidos y/o	Para el periodo de ejecución reportado se realizó la presentación y aprobación de los diferentes formatos a utilizar en los diferentes componentes.	• Formatos aprobados.	**Informe 1, Anexo 18.** Formatos Aprobados.

38

ANEXO 1

HISTORIAS CLINICAS ESTERILIZACION 31 DE ENERO.

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES
PLANILLA DE REGISTRO - ESTERILIZACIONES
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CPS-322-2024

LOCALIDAD: Los Martires LOS MARTIRES | BARRIO: Parque Olcev | JORNADA: Parque Olcev
FECHA: 3 enero 2025 | OPERADOR: FUNDACION ECODES

NÚMERO MICROCHIP	TIPO DE TENEDOR	ESTRATO	NOMBRE	APELLIDO	CC	SEXO: MUJER	SEXO: HOMBRE	SEXO: INTERSEXUAL	LGBTQI+	IDENTIFICACIÓN ÉTNICA: AFRO COLOMBIANO	IDENTIFICACIÓN ÉTNICA: PALENQUERO	IDENTIFICACIÓN ÉTNICA: INDÍGENA	IDENTIFICACIÓN ÉTNICA: RAIZAL	IDENTIFICACIÓN ÉTNICA: GITANO	IDENTIFICACIÓN ÉTNICA: NINGUNO	FIJO / CELULAR	e-mail	DIRECCIÓN	NOMBRE PACIENTE	ESPECIE: CANINO	ESPECIE: FELINO	SEXO: MACHO	SEXO: HEMBRA	OBSERVACIONES	FIRMA
ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004321785 Expiry date:09/06/2028	P	O	Ana Maria	Bohorquez Torres	1032 481 446	Y									Y	320464 2030	anamariabohorquez torres@gmail.com	Kr 18 # 22-09	Mona	Y			Y		Ana Bohorquez
ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004321790 * Expiry date:09/06/2028	P	O	Ana Maria	Bohorquez Torres	1032 481 446	Y									Y	320464 2030	anamariabohorquez torres@gmail.com	Kr 18 # 22-09	Kira	Y			Y		Ana Bohorquez
ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004321751 Expiry date:09/06/2028	P	2	Guadalupe	Pantoja Aguilera	35 503 678	Y									Y	311742 7231	3117427231@sincorreo.com	Kr 2 # 5A-09	Molly	Y			Y		Guadalupe Pantoja
990000012140598	P	2	Cristofer David	Prieto	1033 700 303		Y								Y	313433 6846	3134336846@sincorreo.com	Kr 134 # 23-42	Amaya	Y			Y		Cristhofer Prieto
ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004321763 Expiry date:09/06/2028	P	2	Fredy Fabian	Carrillo	1007 244 492		Y								Y	320430 2176	fredycarrillo206@gmail.com	CL 2 Asor #4A-14	lai Negrita	Y			Y		
ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004321782 Expiry date:09/06/2028	P	3	Rosa Elena	Gaviria Avendaño	35 501 743	Y									Y	313533 4612	3135534612@sincorreo.com	Kr 21 # 22-28	Princesa	P			Y		Rosa Elena Gaviria
ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004321759 Expiry date:09/06/2028	P	2	Nelson Camilo	Rebayo	1023 900 677		Y								6	312220 1460	3122201460@sincorreo.com	Kr 18B # 23A 15	Azul	P			Y		
990000012140584		3	Ingrid Natalia	Vasquez Duarte	1000 935 062	Y									Y	322405 5156	3224055156@sincorreo.com	Kr 24C # 2 sur 20	Mandy	P			P		Natalia
990000012140595		3	Daniel steven	Guio Cortes	1026 575 677		Y								P	304386 2778	edanderon@gmail.com	CL 23 # 18-84 P12	Martina	P			P		
990000012140585		3	Daniel steven	Guio Cortes	1026 575 677		Y								P	304386 2778	edanderon@gmail.com	CL 23 # 18-84 P12	Charlotte	P			P		
990000012140592		2	Miguel Angel	Parada Muñoz	1021 669 263		Y								Y	321295 1099	miguelparada@sincorreo.policia.gov.co	Kr 2 # 55-4	Jazz	1			P		
ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004321748 Expiry date:09/06/2028		2	Johan Sneider	Rojas Diaz	1010 041 558		Y								Y	320345 9545	loschicos tambien lo pegan@gmail.com	Kr 16 # 19-15 IN P003	Kira	1			P		Sneider diaz

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

PLANILLA DE REGISTRO - ESTERILIZACIONES

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CPS-322-2024

LOCALIDAD: Los Martires LOS MARTIRES | BARRIO: Los Martires | JORNADA: Parque Oscar

FECHA: 31 enero 2025 | OPERADOR: FUNDACION ECODES

NÚMERO MICROCHIP	TIPO DE TENEDOR	ESTRATO	NOMBRE	APELLIDO	CC	SEXO: MUJER	SEXO: HOMBRE	SEXO: INTERSEXUAL	LGBTI	IDENTIFICACIÓN ÉTNICA: AFROCOLOMBIANO	IDENTIFICACIÓN ÉTNICA: PALENQUERO	IDENTIFICACIÓN ÉTNICA: INDÍGENA	IDENTIFICACIÓN ÉTNICA: RAIZAL	IDENTIFICACIÓN ÉTNICA: ROM	IDENTIFICACIÓN ÉTNICA: NINGUNO	FIJO / CELULAR	e-mail	DIRECCIÓN	NOMBRE PACIENTE	ESPECIE: CANINO	ESPECIE: FELINO	SEXO: MACHO	SEXO: HEMBRA	OBSERVACIONES	FIRMA
ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004321776 Expiry date:09/06/2028		3	Neriel	Andrade Cortes	52024 448											321246 5802	reliveessanto yo@yahoo.es	CL 23A # 18B-32 02	Laika						Neriel Andrade Cortes
ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004321796 Expiry date:09/06/2028		3	Fernando	Narvaez Garzon	19479 421											310254 2277	fernandotecnico@2016@gmail.com	CL 24B # 26-69	Bella						
990000012136766		0	Geyser Daniel	Piña Hernandez	713 8063											311795 3751	laurangvarvoo95@gmail.com	CL 23B # 16A-64	Canela						
990000012136780		3	Gellinotte Carolina	Piñeros Rodriguez	49714 19											323250 9392	gelli-25@hotmail.com	Kr 16 # 24-03 P12	Maya						
990000012136763		0	Karina	Cumaye Hernandez	25941 95											302496 7716	Karinacu mare89@gmail.com	Kr 14 # 22-45	Luna						
9781010832243010		2	Maria Cristina	Vasquez Ortega	25808 772											314394 0999	314394 0999@sincorreo.com	Kr 16A # 22.51 AP203	Luna						
990000012129078		2	Jhirly Yaneth	Caldera Hernandez	26230 132											322913 2868	322913 2868@sincorreo.com	Kr 16A # 22-51 AP203	Milo						
990000012129073		3	Wilfredo Martin	Morales Rojas	79631 602											311448 9811	taller mangaku@yahoo.com	CL 220 # 17-29 31	Oliva						
990000012136765		2	Maria Cristina	Vasquez Ortega	25808 772											314394 0999	314394 0999@sincorreo.com	Kr 16A # 22-51 AP203	Perla						
990000012136762		3	Ana Bertilda	Poveda Rodriguez	30205 928											320229 9047	anitapovedaa@gmail.com	CL 24 # 18-29	Kyra						
990000012129068		0	Isela Katherine	Restrepo Restrepo	1108 561 345											317408 6994	yisela restrepo vrestrepo@gmail.com	CL 02B # 24-40	Mia						
990000012129072		0	Isela Katherine	Restrepo Restrepo	1108 561 345											317408 6994	yisellarestrepo@gmail.com	CL 02B # 24-40	Dulce						

BOGOTÁ

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN

HISTORIA CLINICA: 001

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
900233004321785 Expiry date:09/06/2028

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA X COMUNIDAD __

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Mona

COLOR: Canela

ESPECIE: CANINO X FELINO __ SEXO: HEMBRA X MACHO __ RAZA Mestizo EDAD 3años PESO: 26,4Kg

POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ana Maria Bohorquez Torres

DIRECCION: KR 18 #22-09

TELEFONO: 3204642030

CEDULA: 1032481446

CORREO ELECTRÓNICO: anamariabohorquez torres@gmail.com

BARRIO: Santa fe

ESTRATO: 0

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: NS/NR: __ Tecnico

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO: No Reporta

ULT. DESPARASITACION: No Reporta

ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE:

FELINOS: TRIPLE FELINA: HEXAVALENTE: LEUCEMIA: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI __ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 121 l/m

F. RESPIRATORIA: 32 r/m

TEMPERATURA: 38,4 °c

TLLC 1 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1,4 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	2,6 ml.	5 mg/kg IV ☒ 10 mg/kg IM ☐
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	5,2 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PROPOFOL	9,1 ml.	2 mg/kg IV
	PEN (S.P.B.)	1,8 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 brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_x_ RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Mónica Vázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Ximena Moreno Ruiz Médica veterinaria M.P 45482 Universidad Nacional de Colombia	FIRMA

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

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

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

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

Además soy consciente y ACEPTO _X___ o RECHAZO ____ **la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua 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 preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Ana Baharquez	1032481446

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

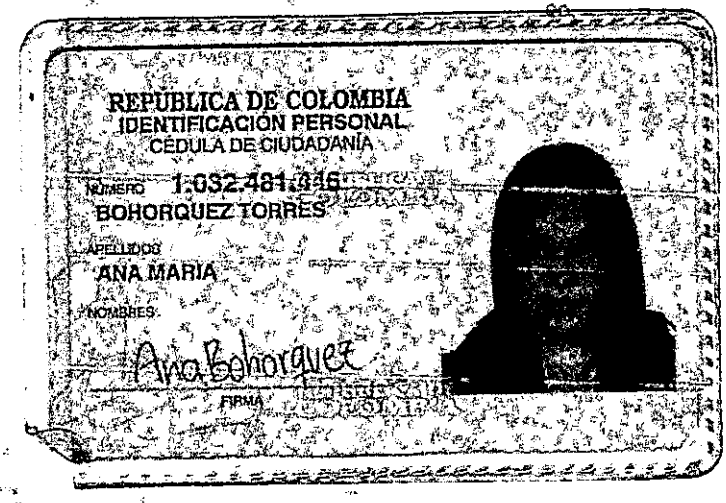
RAZÓN:

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Oxar	13-Feb-25	8:00 Am

OBSERVACIONES:



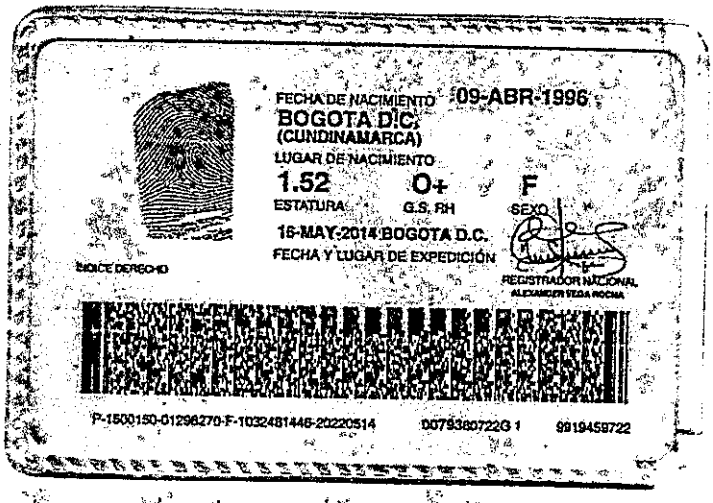
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.032.481.446

APELLIDOS
BOHORQUEZ TORRES

NOMBRES
ANA MARIA

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 09-ABR-1996
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

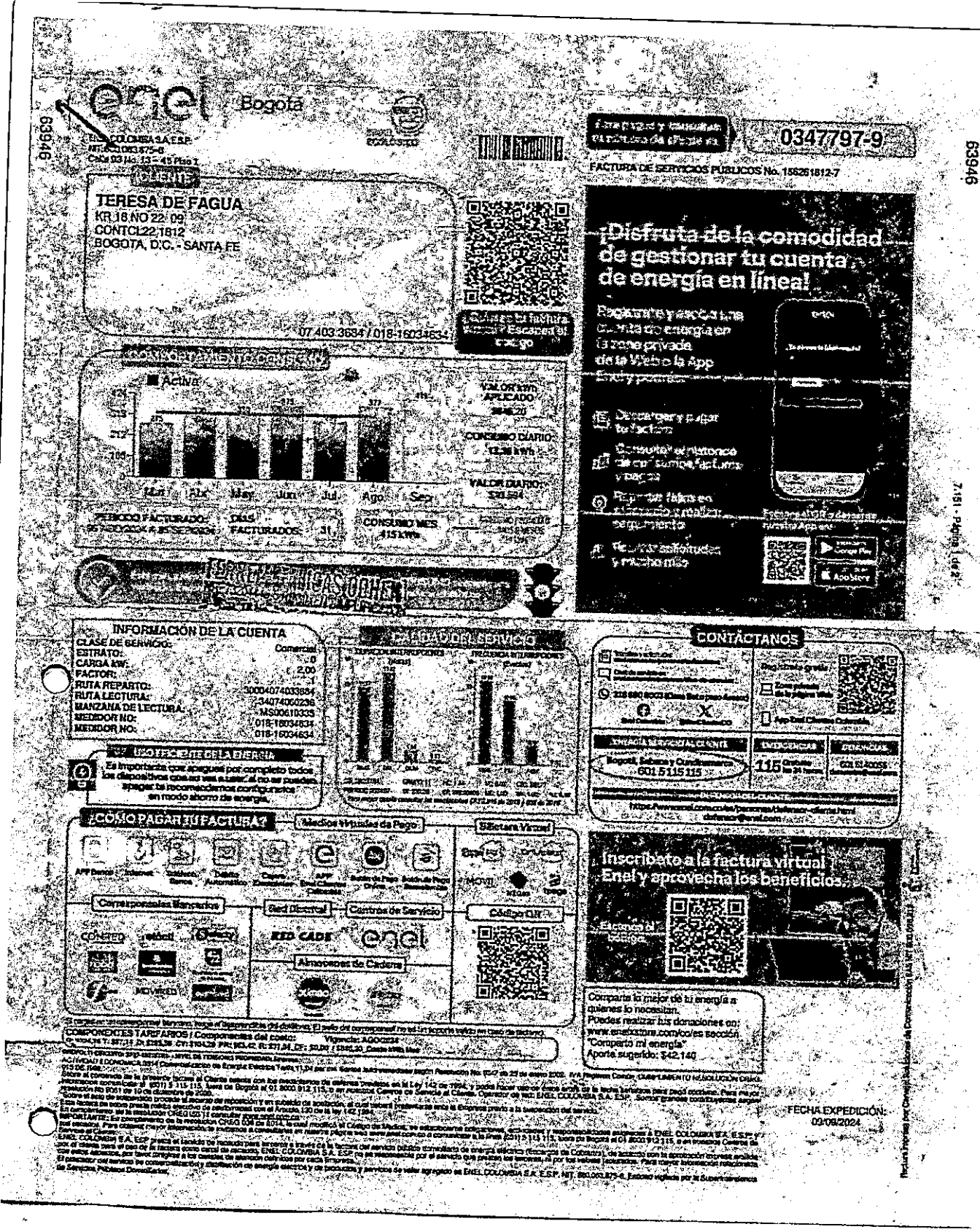
1.52 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

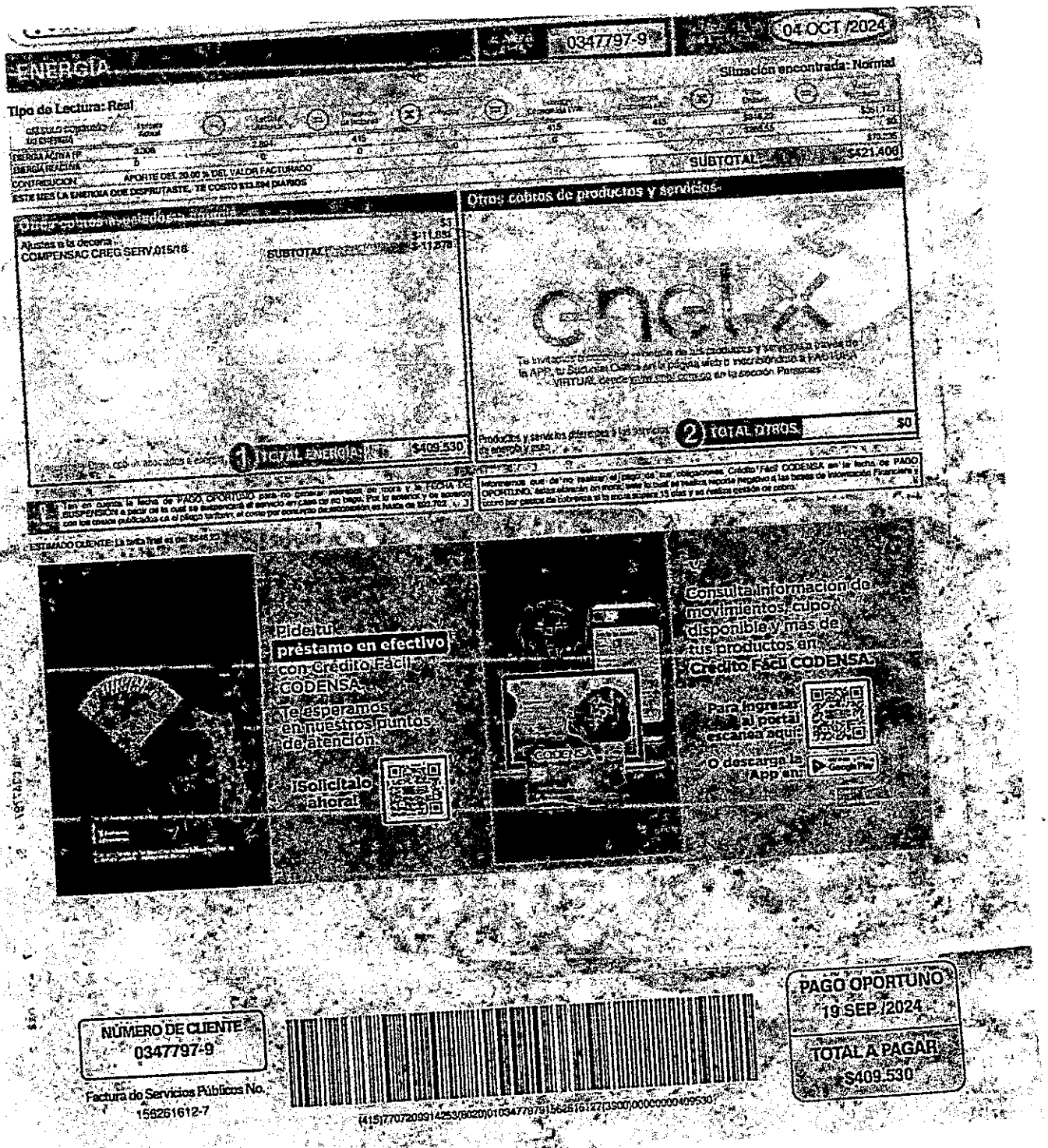
16-MAY-2014 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

P-1500150-01296270-F-1032481446-20220514 0079380722G 1 9919459722


enel Bogotá
ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
Cra 9 No. 13 - 45 Piso 1
TERESA DE FAGUA
KR 18 NO 22 09
CONTCL22 1812
BOGOTA, D.C. - SANTA FE
07 403 3684 / 018-16034634
0347797-9
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 1552618127
¡Disfruta de la comodidad de gestionar tu cuenta de energía en línea!
Descargar y pagar tu factura
Consultar el historico de consumos, facturas y pagos
Reportar fallas en el servicio y realizar seguimiento
Y muchas más
Descarga nuestra App en
Activa
VALOR KWH APLICADO
CONSUMO DIARIO
VALOR DIARIO
PERIODO FACTURADO
DIAS FACTURADOS 31
CONSUMO MES 415 kWh
INFORMACIÓN DE LA CUENTA
CLASE DE SERVICIO: Comercial
ESTRATO: 0
CARGA kW: 2,00
FACTOR:
RUTA REPARTO: 3000407403384
RUTA LECTURA: 34074060236
MANZANA DE LECTURA: MS006103335
MEDIDOR NO: 018-16034634
MEDIDOR NO: 018-16034634
USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA
Es importante que apagues por completo todos los dispositivos que no vas a usar, ya no se pueden apagar, te recomendamos configurarlos en modo ahorro de energía.
CALIDAD DEL SERVICIO
CONTÁCTANOS
Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 5115 115
115
CÓMO PAGAR TU FACTURA?
Medios Virtuales de Pago
Sitios de Atención Virtual
Corresponsales Bancarios
Red Directa
Centros de Servicio
Código QR
Almacenes de Cadena
¡Inscríbete a la factura virtual de Enel y aprovecha los beneficios.
Comparte lo mejor de tu energía a quienes lo necesitan.
Puedes realizar tus donaciones en:
www.enelxtore.com/co/es sección "Comparto mi energía"
Aporte sugerido: $42.140
FECHA EXPEDICIÓN: 03/09/2024
63946


0347797-9
04 OCT /2024
ENERGÍA
Situación encontrada : Normal
Tipo de Lectura: Real
SUBTOTAL
$421.406
Otros cobros de productos y servicios
Ajustes a la decena
COMPENSAC CREG SERV.015/16
SUBTOTAL
$-11.876
$-11.876
Te invitamos a conocer nuestra variedad de productos y servicios a través de la APP, tu Sucursal Online en la página web o incorporando a FACTURA VIRTUAL desde el mail que llega en la sección Planazos
TOTAL OTROS
$0
TOTAL ENERGÍA
$409.530
Pídelo tu
préstamo en efectivo
con Crédito Fácil
CODENSA
Te esperamos
en nuestros puntos
de atención
¡Solicítalo
ahora!
Consulta información de
movimientos, cupo
disponible y más de
tus productos en
Crédito Fácil CODENSA
Para ingresar
al portal
escanea aquí
O descarga la
App en:
Google Play
NÚMERO DE CLIENTE
0347797-9
Factura de Servicios Públicos No.
156261612-7
(415)7707209314253(8020)0103477979156261612 7(3900)000000409530
PAGO OPORTUNO
19 SEP /2024
TOTAL A PAGAR
$409.530

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN

HISTORIA CLINICA: 002

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
900233004321790 Expiry date:09/06/2028

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA X COMUNIDAD __

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Kira

COLOR: Negro blanco Amarillo

ESPECIE: CANINO X FELINO __ SEXO: HEMBRA X MACHO __ RAZA Mestizo EDAD 1 año PESO: 16,4Kg POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ana Maria Bohorquez Torres

DIRECCION: KR 18 # 22 -09 TELEFONO 3204642030

CEDULA: 1032481446

CORREO ELECTRÓNICO: anamariabohorquertorres@gmail.com

BARRIO: Santa fe ESTRATO: 6 LOCALIDAD: LOS MARTIRES

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

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO: No Reporta

ULT. DESPARASITACION: No Reporta

ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE:

FELINOS: TRIPLE FELINA: / HEXAVALENTE: LEUCEMIA: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA: /

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 120 l/m F. RESPIRATORIA: 32 r/m TEMPERATURA: 38,2 °c TLLC 1 seg MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,8 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	1,6 ml.	5 mg/kg IV X 10 mg/kg IM ☐
	PROPOFOL	2,9 ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	5,6 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1,1 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 brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y especificamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_x_ RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO
TARJETA PROFESIONAL

Mónica Velázquez Milán
Médica Veterinaria
TP 11804

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO
TARJETA PROFESIONAL

Dra. Ximena Moreno Ruiz
Médica veterinaria
M.P 45482
Universidad Nacional de Colombia

FIRMA

47

	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES	
	HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS	
	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM	

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

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO** _X___ o **RECHAZO** ____ **la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua 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 preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Ana Bohorquez	1032481446

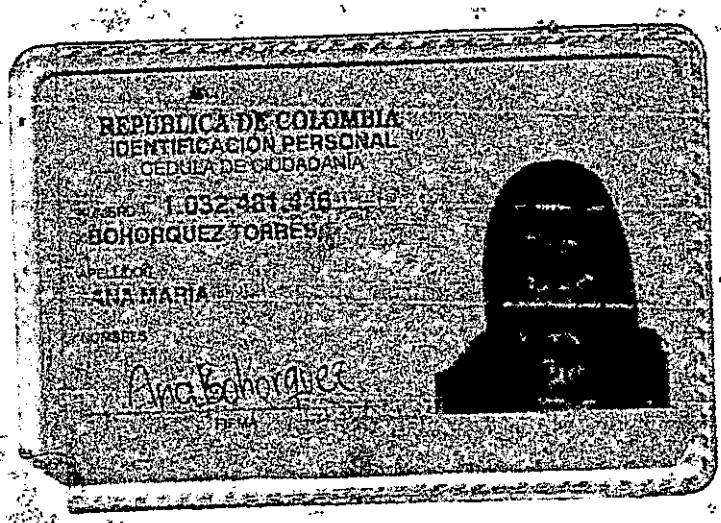
Yo, _____ identificado con CC. No._____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilización y castración) de mi animal de compañía.
RAZÓN:

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

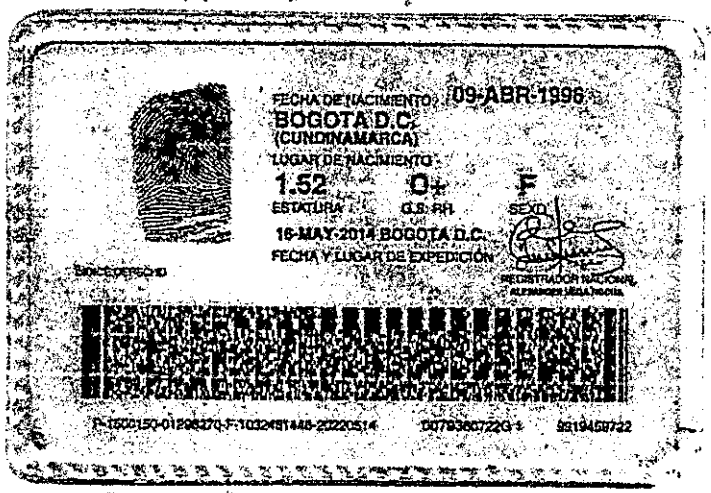
8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Oscar	13-Feb-25	8:00AM

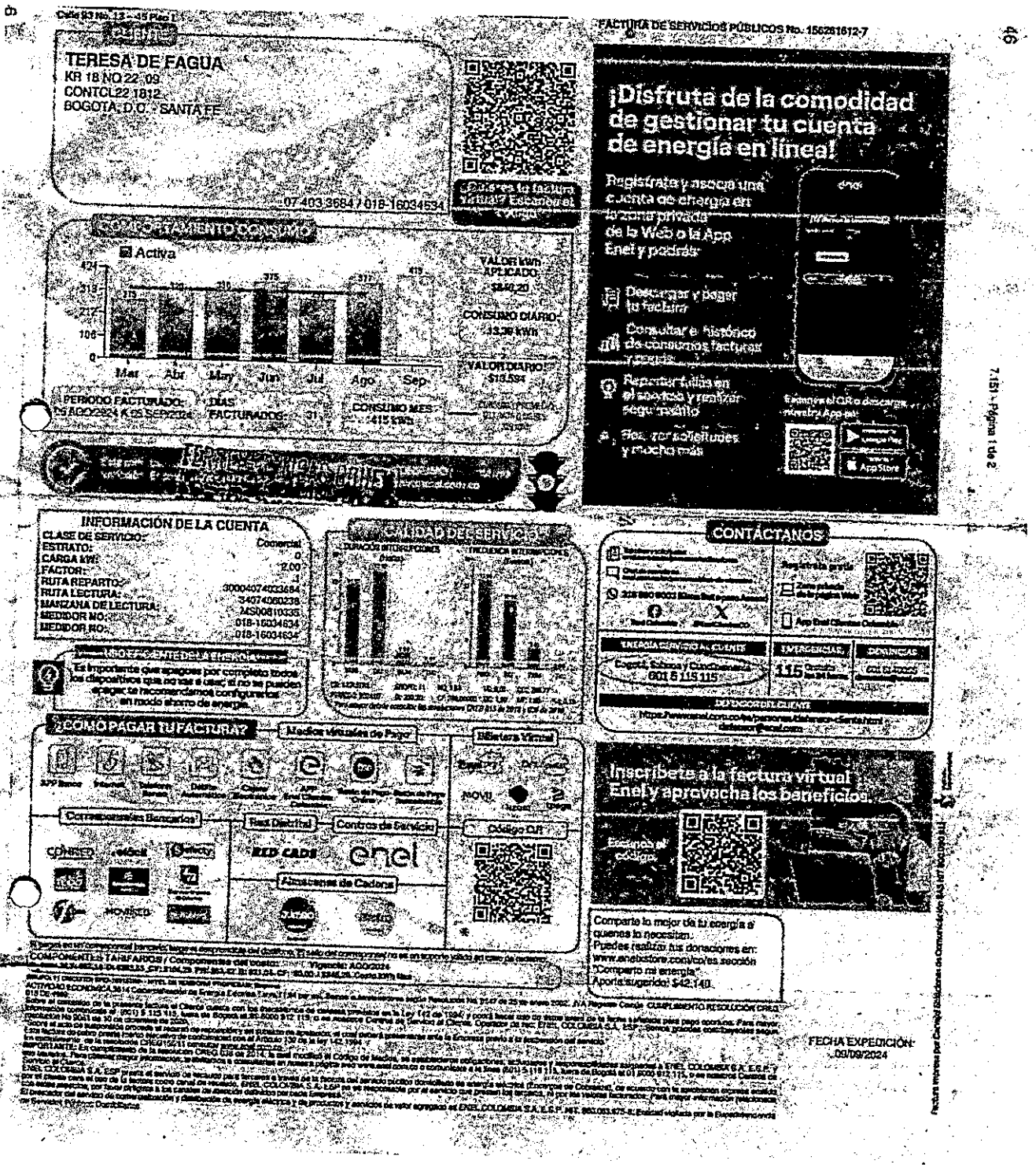
OBSERVACIONES:



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 1.032.481.446
BOHORQUEZ TORRES
APELLIDOS
ANA MARIA
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 09-ABR-1996
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.52 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
16-MAY-2014 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL


FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 156281612-7
TERESA DE FAGUA
KR 18 NO 22 09
CONTCL22 1812
BOGOTA, D.C. - SANTA FE
07 403 3684 / 018-16034634
¡Disfruta de la comodidad de gestionar tu cuenta de energía en línea!
Descargar y pagar tu factura
Consultar el histórico de consumos, facturas y pagos
Reportar fallas en el servicio y realizar seguimiento
Peticiones, quejas, reclamos y sugerencias
Y mucho más
App Store
Activa
VALOR kWh APLICADO
CONSUMO DIARIO
VALOR DIARIO
PERIODO FACTURADO
DÍAS FACTURADOS
CONSUMO MES
INFORMACIÓN DE LA CUENTA
CLASE DE SERVICIO:
ESTRATO:
CARGA kW:
FACTOR:
RUTA REPARTO:
RUTA LECTURA:
MANZANA DE LECTURA:
MEDIDOR NO:
MEDIDOR RO:
CONTÁCTANOS
¿COMO PAGAR TU FACTURA?
Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios.
Comparte lo mejor de tu energía a quienes lo necesitan.
Puedes realizar tus donaciones en: www.enelxstore.com/co/es sección "Comparto mi energía"
Aporte sugerido: $42.140
FECHA EXPEDICIÓN: 09/09/2024

0347797-9

04 OCT /2024

ENERGÍA

Situación encontrada: Normal

Tipo de Lectura: Real

CÁLCULO FACTURADO	LECTURA Actual	−	Factor de Ajuste	=	DIFERENCIA de Lecturas	×	Factor de Multiplicación	−	Pérdidas Compensación kWh	Factor de Ajuste kWh	×	Tarifa Vigente	=	Valor Facturado
LECTURA										415		$338.235		$5
ENERGÍA ACTIVA kWh	3.509		2.954		415		0		0	415		$356.55		$70.235
ENERGÍA REACTIVA	0		0		0									
CONTRIBUCIÓN	APORTE DEL 20,00 % DEL VALOR FACTURADO											SUBTOTAL		$427.408

ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTÓ $12.894 DIARIOS

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$3
COMPENSAC CREG SERV.015/18	$-17.831
SUBTOTAL	$-17.828

Consumo + Otros cobros asociados a energía

1 TOTAL ENERGÍA $409.530

Otros cobros de productos y servicios

Te invitamos a conocer nuestros productos y promociones a través de la APP, la Oficina Virtual en esta página web o visítanos en la SUCURSAL VIRTUAL (puedes pagar tus cuentas) en la sección Personas.

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y aseo

2 TOTAL OTROS: $0

Informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones, Crédito Fácil CODENSA en la fecha de PAGO OPORTUNA estará reflejando en mora, ante la cual se realiza reporte negativo a las bases de información financiera y cobro por gastos de cobranza a la cual aspera 15 días y se realiza gestión de cobro.

Tan sólo supera la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $62.202

ESTIMADO CLIENTE: La tarifa final es de: $0,46.23

Pide tu **préstamo en efectivo** con Crédito Fácil CODENSA.

Te esperamos en nuestros puntos de atención.

¡Solicítalo ahora!

Consulta información de movimientos, cupo disponible y más de tus productos en Crédito Fácil CODENSA.

Para ingresar al portal escanea aquí:

O descarga la App en: Google Play

NÚMERO DE CLIENTE
0347797-9

Factura de Servicios Públicos No.
156261612-7

(415)7707209914253(8020)0103477979156261612(3900)0000000409530

PAGO OPORTUNO
19 SEP /2024

TOTAL A PAGAR
$409.530

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN

HISTORIA CLINICA: 03

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
900233004321751 Expiry date:09/06/2028

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA X COMUNIDAD __

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Molly

COLOR: Amarillo- Crema

ESPECIE: CANINO X FELINO __ SEXO: HEMBRA X MACHO __ RAZA Mestizo EDAD 1año PESO: 17 kg POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Guadalupe Pantoja Aguilera

DIRECCION: CR 2 # SA 09

TELEFONO: 3117427231

CEDULA: 35503678

CORREO ELECTRÓNICO: 3117427231@sincorreo.com

BARRIO: Las Cruces ESTRATO: 2 LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: NS/NR: Primaria

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __

3. ANAMNESIS

Buen Estado de salud

ULT. CELO: Oct-24

ULT. DESPARASITACION: NO Reporta

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

FELINOS: TRIPLE FELINA: HEXAVALENTE: LEUCEMIA:

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI __ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 118 l/m | F. RESPIRATORIA: 32 r/m | TEMPERATURA: 38.4 °c | TLLC 1 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,9 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	1,7 ml.	5 mg/kg IV X 10 mg/kg IM ☐
	PROPOFOL	3,4 ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	5,9 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1,1 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 especificamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_x_ RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO
TARJETA PROFESIONAL

Mónica Vázquez Milán
Médica Veterinaria
TP. 11804

FIRMA: MVM

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO
TARJETA PROFESIONAL

Dra. Ximena Moreno Ruiz
Médica veterinaria
M.P 45482
Universidad Nacional de Colombia

FIRMA: XMR

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

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

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

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

Además soy consciente y ACEPTO _X___ o RECHAZO ____ **la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua 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 preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Guadalupe Pantoja Aguilar	35 503678 13 t.

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

RAZÓN:

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
parque Oscar	8-Feb-25	8:00am

OBSERVACIONES:

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 04

MICROCHIP: 990000012140598

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA X COMUNIDAD __

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Amaya

COLOR: Amarillo Negro

ESPECIE: CANINO X FELINO __ SEXO: HEMBRA X MACHO __ RAZA Mestizo EDAD 6años PESO: 16Kg POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Cristofer David Prieto

DIRECCION: KR 13A #23 42

TELEFONO: 3134336846

CEDULA: 1033 700303

CORREO ELECTRÓNICO: 3134336846@sincorreo.com

BARRIO: Santa Fe

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO: Oct 24

ULT. DESPARASITACION: No Reporta

ULT. VACUNACION: NS/NR: CANINOS PARVO: — TRIPLE: — PENTAVALENTE: —

FELINOS: TRIPLE FELINA: / HEXAVALENTE: / LEUCEMIA: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: —

RABIA: Oct 24

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI __ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 116(6) l/m

F. RESPIRATORIA: 30 r/m

TEMPERATURA: 38,2 °c

TLLC 1 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,8 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	1,6 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☐
	PROPOFOL	2,2 ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	5,6 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1,1 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 brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomía/Orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_x_ RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO
TARJETA PROFESIONAL

Mónica Velázquez Milán

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO
TARJETA PROFESIONAL

Médica Veterinaria
TP. 11804
Dra. Ximena Moreno Ruiz
Médica veterinaria
M.P 45482
Universidad Nacional de Colombia

FIRMA

	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES	
	HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS	
	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM	

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

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO _X___ o RECHAZO ____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua 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 preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Cristhofer Prieto	1033700303

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

RAZÓN:

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Oscar	13-Feb-25	8:00Am

OBSERVACIONES:

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SE

HISTORIA CLINICA: 05

MICRO: ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004321763 Expiry date:09/06/2028

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA X COMUNIDAD __

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: la Negrita

COLOR: Negro

ESPECIE: CANINO X FELINO __ SEXO: HEMBRA X MACHO __ RAZA Mestizo EDAD 1año PESO 6,6kg POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Fredy Fabian Carrillo

DIRECCION: Cl 2 A Sur #4A 14

TELEFONO: 3204302196

CEDULA: 1007244492

CORREO ELECTRÓNICO: Fredycarrillo206@gmail.com

BARRIO: las Brisas ESTRATO: 2 LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR: __

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __

3. ANAMNESIS

Buen Estado de Salud

ULT. CELO: No Reporta

ULT. DESPARASITACION: NO Reporta

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

FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA:

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 118 l/m F. RESPIRATORIA: 31 r/m TEMPERATURA: 38,2 °c TLLC 1 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,6 ml.	5 mg/kg IV ☑ 10 mg/kg IM ☐
	PROPOFOL	1,2 ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	2,1 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,4 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,6 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 Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_x_ RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO
TARJETA PROFESIONAL

Mónica Velázquez Milán
Médica Veterinaria
TP. 11804

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO
TARJETA PROFESIONAL

Dra. Ximena Moreno Ruiz
Médica veterinaria
M.P 45482
Universidad Nacional de Colombia

FIRMA

	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES
	HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

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 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.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua 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 preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación: 1005214497

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: Parque Oscar	FECHA: 13-feb-25	HORA: 8:00Am

OBSERVACIONES:

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN

HISTORIA CLINICA: 06

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
900233004321782 Expiry date:09/06/2028

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA X COMUNIDAD __

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Princesa

COLOR: Amarillo

ESPECIE: CANINO X FELINO __ SEXO: HEMBRA X MACHO __ RAZA Mestizo EDAD 2años PESO: 12,5Kg POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Rosa Elena Gaviria Avendaño

DIRECCION: KR 21 22 28

TELEFONO: 3135534612

CEDULA: 35501743

CORREO ELECTRÓNICO: 3135534612@sincorreo.com

BARRIO: Santa fe ESTRATO: 3 LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: NS/NR: Primaria

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO: Dic 24

ULT. DESPARASITACION: Nov 24

ULT. VACUNACION: NS/NR: CANINOS PARVO: — TRIPLE: — PENTAVALENTE: —

HEXAVALENTE: —

FELINOS: TRIPLE FELINA: — LEUCEMIA: — PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: /

RABIA: Oct 24

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 120 l/m F. RESPIRATORIA: 32 r/m TEMPERATURA: 38,4 °c TLLC 1 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,6 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	1,2 ml.	5 mg/kg IV X 10 mg/kg IM ☐
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	2,4 ml.	2 mg/kg IV
	PROPOFOL	4,2 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,8 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 Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_x_ RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO
TARJETA PROFESIONAL

Mónica Vázquez Milán
Médica Veterinaria
TP. 11884

FIRMA: MV

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO
TARJETA PROFESIONAL

Dra. Ximena Moreno Ruiz
Médica veterinaria
M.P 45482
Universidad Nacional de Colombia

FIRMA: XM

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES	
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS	
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM	

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

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO** _X___ o **RECHAZO** ____ **la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua 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 preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Rafaela Gaviria Arenas	35501743

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

RAZÓN:

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Oscar	13-Feb-25	8:00AM

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 35.501.743
GAVIRIA AVENDAÑO
APELLIDOS
ROSA ELENA
NOMBRES
FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 06-JUN-1964
SAMANA
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
17-MAR-1983 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-1500150-00095102-F-0035501743-20081013 0004338837A 1 1230015092

Periodo facturado Aseo
OCT/01/2024 - NOV/30/2024
El servicio de aseo se factura de forma bimestral

Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio
10658318

Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos
41998849214

KR 56 No. 9-17 LC 2 Ed. Torre Almedras
Horario de Atención
LUNES A VIERNES 7:00 AM A 5:00 PM SABADO 9:00 AM A 1:00 PM

Datos del usuario
Tipo de producto residencial
Estrato 3
Und. Res. Ocupadas: 1 Und. No Res. Ocupadas: 0 Densidad 0,000
Und. Res. Desocupadas: 000 Und. No Res. Desocupadas: 000 Volumen 0,00
Frecuencia Barrido: 06 Frecuencia Recolección: 07 %Participación 0,0000%

Componentes de tarifas

Costo Fijo Total CFT:	Costo variable no aprovechable	Valor base aprovechamiento
32.896,66	13.129,98	150.736,55

A. Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	302.093	Corrección crédito	336-
	323.14-	Ajuste a la decena -crédito-	82-
		Dev cobro no aplicado	329-

Toneladas por suscriptor mes

Barrido y Limpieza	Limpieza urbana	Factura del aprovechamiento
0,0026	0,0010	0,0000
Facturamiento aprovechables	Residuos no aprovechables [Ajustes - no aforados	
0,0029	0,0068	

Histórico de Vigencias cobradas

3	2	1		Días liquidados
$51.802	$51.600	$53.510		61

La tarifa incluye subsidio o aporte

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA:3 CICLO: N3 RUTA:N33538

BIMESTRAL

10658318
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

41998849214
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de
SAMUEL MARTINEZ RAMOS

Dirección del predio
KR 21 22 28

Barrio: SANTA FE Localidad: LOS MARTIRES

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Período facturado	SEP/15/2024	NOV/14/2024

Pago oportuno	DIC/18/2024	Suspensión	DIC/23/2024

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
FEB/10/2025	DIC/04/2024 08:56:58	DIC/04/2024 12:39:36

¡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 ↓

55

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período 488
Lectura anterior 474
Tu consumo este período 14

Facturado con Consumo Normal
Base promedio
Descargue fuente alterna 0

Datos de tu medidor

Marca JANZ
Serie 15-8574352

Tipo VELO016R160
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		Aseo		Escanea y paga virtual
$57.189,54	+	$51.813,02	+	$2-	+	$52.530	= Total a pagar	$161.530
1		2		3 4 5 6		A		

Consulta el detalle de estos cobros en las tablas numeradas de abajo

Consulta el detalle aquí

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

Total ingresos del período
Valores que la EAAB-ESP registró a la CRA en el período actual

CUDE Código Único de Documento Electrónico

Detalle de tu consumo

1 Acueducto

Ítems facturados	Cant.	Valor unitario	Ajustes tarifa subsidios y CC	Valor	Tarifa	Total
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$3.195,79	-15	$2.756-	$7.818,42	$15.632,58
Consumo residencial básico (m³)	14,00	$3.482,14	-15	$7.353-	$2.958,32	$41.396,88
Consumo residencial superior básico (m³)						
Cargo fijo no residencial (mes)						
Consumo no residencial (m³)						
Subtotal				$10.092-		$57.029,46

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

2 Alcantarillado

Ítems facturados	Cant.	Valor unitario	Ajustes tarifa subsidios y CC	Valor	Tarifa	Total
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$4.370,95	-15	$1.311-	$3.716,31	$7.430,80
Consumo residencial básico (m³)	14,00	$3.729,59	-15	$7.832-	$3.170,14	$44.382,12
Consumo residencial superior básico (m³)						
Cargo fijo no residencial (mes)						
Consumo no residencial (m³)						
Subtotal				$9.143-		$51.812,92

Tarifas ambientales

Estos conceptos ya están incluidos en el consumo residencial básico y superior básico. (Ley 99 de 1993)

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Sobretasa (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m3)	$3.482	$3.730
Tarifa consumo superior a básico ($/m3)	$6.965	$7.461
Total por consumo facturado	$3.482	$3.730

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajustes a la decena	$2-
Subtotal	$2-

4 Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	$0

5 Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

Deudas en estudio

Concepto	Valor
	$0
	$0
	$0
Subtotal	$0

6 Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	$0

Pagos por la página web, app y billeteras

puntopay tpaga Nequi PSE Aso EAAB Punto de Pago puntored

Red CADE Consulta direcciones y horarios de atención en: www.bogota.gov.co/servicios/cades

La Empresa ESP solo tiene convenio con los siguientes bancos: Davivienda, Scotiabank Colpatria, Caja Social, Itaú, Occidente, AV Villas, Bogotá, Sudameris y Citi.

Aseo
Valor a pagar
$52.530

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.
Si paga con cheque, gírar los cheques únicamente de gerencia a nombre de la EAAB-ESP NIT 899.999.094-1 y endosar cada uno con el número de cuenta contrato, indicando cuál corresponde al valor de acueducto y cuál al valor de aseo.

(415)7707200489996(8020)41988492141(3900)000000052530

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$109.000

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.
Señor cajero: Si en el desprendible de aseo aparece sello y rotular del reclamación, recibir solo Acueducto. (Este pago solo podrá efectuarse en Bancos y Red CADE, no podrá efectuarse en un corresponsal bancario).

(415)7707200489527(8020)41988492141(3900)000000109000

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO DE SERVICIOS PÚBLICOS

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SER'

HISTORIA CLINICA: 07

MICROCH: ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004321759 Expiry date:09/06/2028

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA X COMUNIDAD __

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Azul

COLOR: Amarrillo-Negro

ESPECIE: CANINO X FELINO __ SEXO: HEMBRA X MACHO __ RAZA Mestizo EDAD 7meses PESO: 14kg POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Nelso Camilo Robayo

DIRECCION: KR 18B #23A15

TELEFONO: 3122201460

CEDULA: 1023900677

CORREO ELECTRÓNICO: 3122201460@sincorreo.com

BARRIO: Martires ESTRATO: 2 LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR: __

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO: NO Reporta

ULT. DESPARASITACION: NO Reporta

ULT. VACUNACION: NS/NR: __ CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE:

FELINOS: TRIPLE FELINA: HEXAVALENTE: LEUCEMIA: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 120 l/m F. RESPIRATORIA: 32 r/m TEMPERATURA: 38,2 °c TLLC 1 seg MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,7 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	1,4 ml.	5 mg/kg IV ☒ 10 mg/kg IM ☐
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	2,8 ml.	2 mg/kg IV
	PROPOFOL	4,9 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,9 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), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_x_ RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Mónica Vázquez Milán Médica Veterinaria TP 11804	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Ximena Moreno Ruiz Médica veterinaria M.P 45482 Universidad Nacional de Colombia	FIRMA

	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES
	HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

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

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO _X___ o RECHAZO ____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua 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 preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación: 1.023.900.677

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Parque Oscar	FECHA: 13 Feb 25	HORA: 8:00AM

OBSERVACIONES

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 06

MICROCHIP: 990000012140584

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Mandy

COLOR: Barcino - Oscoro

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

RAZA: Mestizo EDAD: 6meses PESO: 17kg. POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ingrid Natalia Vasquez Duarte

DIRECCION: KR 24 C#2 SUR 20

TELEFONO: 3224055156

CEDULA: 1000935062

CORREO ELECTRÓNICO: 3224055156@sincorreo.com

BARRIO: La Fragüita ESTRATO: 3 LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR: __

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __

3. ANAMNESIS

Buen Estado de salud

ULT. CELO: No ha Tenido

ULT. DESPARASITACION: Dic 24

ULT. VACUNACION: NS/NR: __ CANINOS PARVO: / HEXAVALENTE: / TRIPLE: / PENTAVALENTE:

FELINOS: TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / RABIA: Jun 10 24

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 121 l/m F. RESPIRATORIA: 32 r/m TEMPERATURA: 38,4 °c TLLC 1 seg MUCOSAS: Rosada

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,9 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	1,7 ml.	5 mg/kg IV X 10 mg/kg IM ☐
	PROPOFOL	3,4 ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	5,9 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1,1 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,17 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 ACEPTACION_x_ RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Mónica Vizquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Ximena Moreno Ruiz Médica veterinaria M.P 45482 Universidad Nacional de Colombia	FIRMA

57

	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES
	HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

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

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO _X___ o RECHAZO ____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua 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 preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del Responsable/Tenedor: Natalia	Nro de Identificación: 1000935062

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

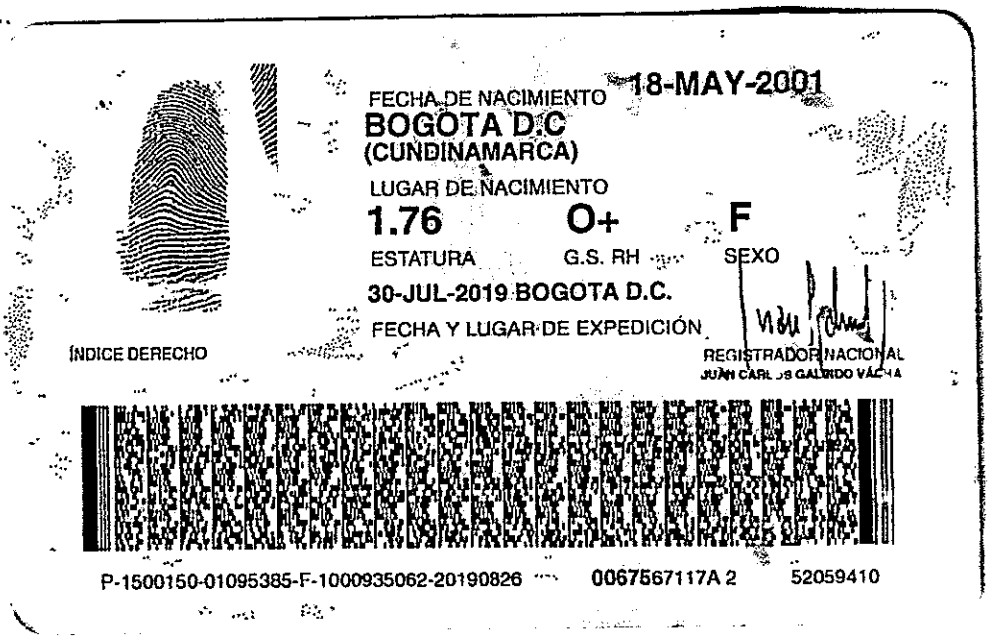
Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación:	

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Oscar	13-Feb-25	8:00 Am

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.000.935.062
VASQUEZ DUARTE
APELLIDOS
INGRID NATALIA
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 18-MAY-2001
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.76
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
30-JUL-2019 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA
ÍNDICE DERECHO
P-1500150-01095385-F-1000935062-20190826 0067567117A 2 52059410

enel Bogotá

1463854-4

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 223058165-4

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 830.059.375-8
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

ALCIDES AGUILAR R
KR 24 C NO 2 SUR 20
AP 202
BOGOTA, D.C. - LA FRAGUITA

07 207 0904 / 031-72015481

Activa

VALOR kWh APLICADO $377,55

CONSUMO DIARIO: 11,61 kWh

VALOR DIARIO: $9.664

PERIODO FACTURADO: DE DIC/2024 A 07 ENE/2025

DÍAS FACTURADOS: 33

CONSUMO MES: 383 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA KW:	7,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	100020720700004
RUTA LECTURA:	12072050421
MANZANA DE LECTURA:	AI5002101105
MEDIDOR NO:	031-72015481
MEDIDOR NO:	031-72015481

DURACIÓN INTERRUPCIONES (Horas)

FRECUENCIA INTERRUPCIONES (Cantidad)

Es importante que apagues por completo todos los dispositivos que no vas a usar, así no se pierden ahorros de recomendaciones configuradas en modo ahorro de energía.

Bogotá, Cobana y Cundinamarca 601 5 115 115

115 Opción No. 5 del menú

018000 113355

Medios virtuales de Pago

Puntos Físicos

Corresponsales Bancarios

Red Efectiva

Centros de Servicio

Cobranza

Almacenes de Cadena

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: DIC/2024

CU: $318,76 | $53,19 | D: $329,72 | CV: $106,30 | PR: $69,75 | R: $3,64 | CPT: $0,00 | $877,36 Costo kWh Mes

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0017 de 25 de enero 2002. IVA No aplica Decreto 0049 DE 2019

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 dentro de la fecha indicada para este cobro. Para mayor información comuníquese al (601) 5 115 115, Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestras Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 0061 de 10 de diciembre de 2020.

Vencido el plazo de pago sin haberse efectuado el pago de la factura de servicios o no existir acuerdo de pago, el cliente incurrirá en mora y la Empresa podrá suspender el servicio.

Esta factura es título ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994.

En cumplimiento de la resolución CREG 131/11 consulte www.enel.com.co

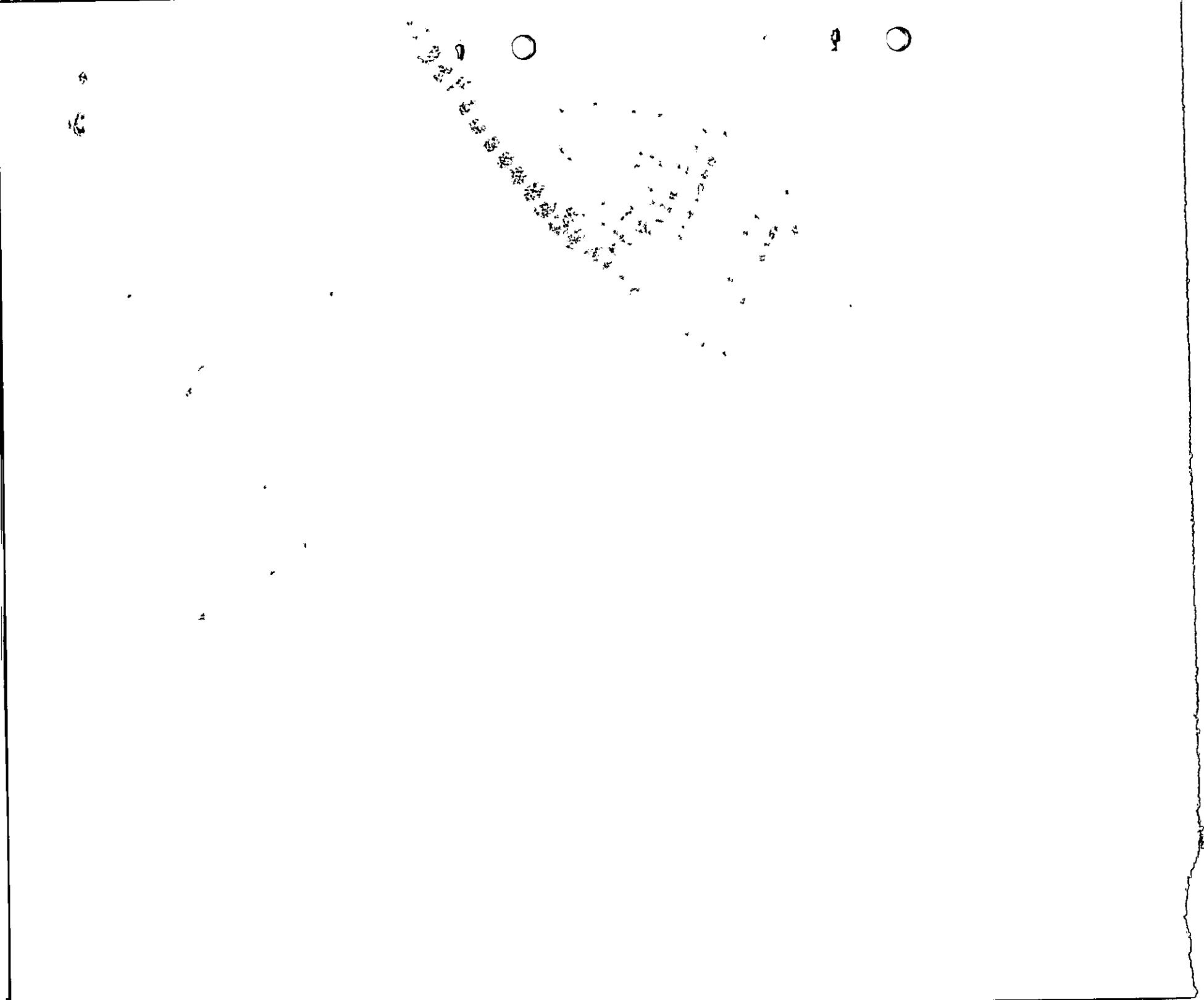
SERVICIOS EXPRESS. En cumplimiento de la resolución CREG 015 de 2010, la cual modificó el Código de Medida, se actualizaron definiciones, derechos y procedimientos aplicables a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para conocer mayor información, le invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comuníquese a nuestras líneas (601) 5 115 115, Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestras Centros de Servicio al Cliente.

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. prestó el servicio de acueducto para vivienda a través de la figura del suscriptor público domiciliario de empresa diferente (prestación de Colmena), de acuerdo con lo consagrado en los contratos suscritos por el cliente para el uso de la fuente hídrica usada por vivienda. ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. no es responsable por el servicio que presta en terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información comuníquese con dicho operador, por favor consulte a los canales de atención definidos por esta Empresa.

El prestador del servicio de comercialización y suministro de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 830.059.375-8. Sometido vigilado por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN 10/01/2025 01:20:32
FECHA EXPEDICIÓN: 10/01/2025 12:42:21

39



ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 09 | MICROCHIP: 990000012140595 | FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Martina | COLOR: Blanco Café

ESPECIE: CANINO X FELINO __ | SEXO: HEMBRA X MACHO __ | RAZA: Husky Siberiano | EDAD: 1 año | PESO: 20Kg | POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Daniel Steven Guio Cortes | DIRECCION: Cl 23 # 18 84 Piz | TELEFONO: 3043862778

CEDULA: 1026575677 | CORREO ELECTRÓNICO: edanderon@gmail.com

BARRIO: Santa fe | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: LOS MARTIRES

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

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: / HEXAVALENTE: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: / FELINOS: TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / RABIA:
No Reporta	No Reporta	

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
116 l/m	32 r/m	38,4 °c	1 seg	Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1,1 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	2 ml.	5 mg/kg IV X 10 mg/kg IM ☐
	PROPOFOL	4 ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	7 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1,4 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 brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomía/Orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_x_ RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Mónica Vázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Ximena Moreno Ruiz Médica veterinaria M.P 45482 Universidad Nacional de Colombia	FIRMA

60

	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES	
	HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS	
	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM	

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 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.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua 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 preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación: 1076575677

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: Parque Oscar	FECHA: 13-Feb-25	HORA: 8:00Am

OBSERVACIONES:

35
36

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.026.575.677

GUIO CORTES

APELLIDOS

DANIEL STEVEN

NOMBRES

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 05-ABR-1993

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.85 ESTATURA

B+ G.S. RH

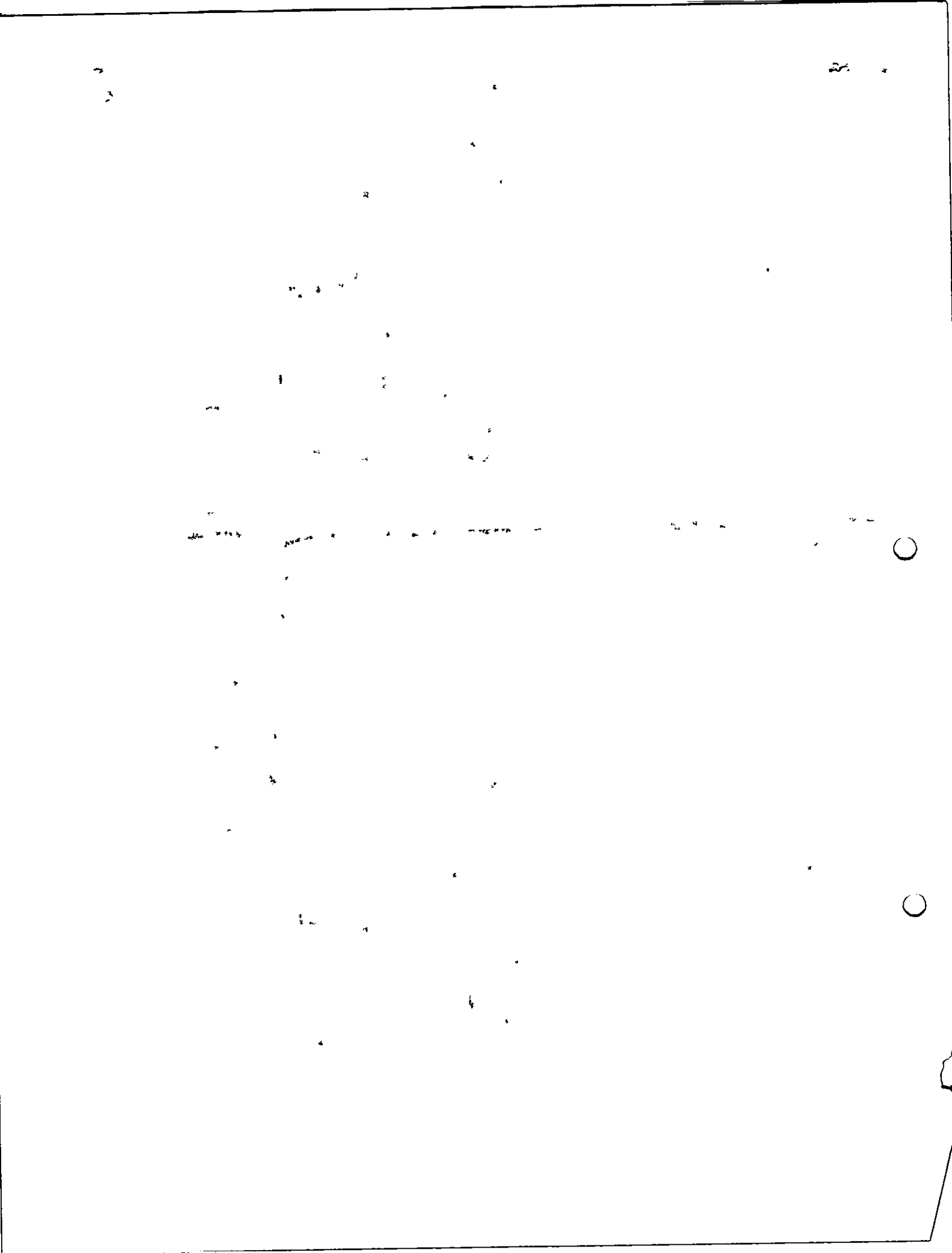
M SEXO

07-ABR-2011 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00302605-M-1026575677-20110523 0027028173A 1 36441997



enel | Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 830.063.875-8
Calle 93 No. 13 – 45 Piso 1

PAPEL ECOLÓGICO

0343131-9

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 338270734-0

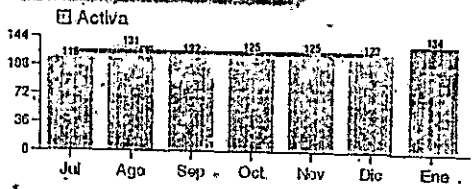
CLIENTE

JOSE I MARTINEZ O
CL 23 NO 18 84 PI 2
PISO SEGUNDO
BOGOTA, D.C. - SANTA FE

08 403 6626 / 019-24327866

¿Quieres tu factura física?

CONTRATANDO EL CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $877,36

CONSUMO DIARIO: 4,06 kWh

VALOR DIARIO: $3.044

PERÍODO FACTURADO: 07 DIC/2024 A 06 ENE/2025

DÍAS FACTURADOS: 33

CONSUMO MES: 134 kWh

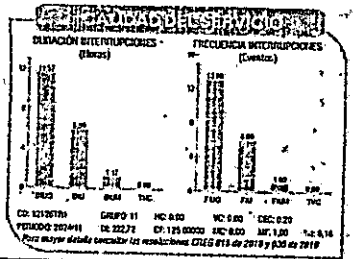
CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 121 kWh

¡Este mes NO tuvimos acceso a la lectura de tu MEDIDOR!
Revisa la fecha de tu próxima lectura para permitir el ingreso de nuestro personal o reportanos la lectura de tu medidor a través de nuestra APP.

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30004084038626
RUTA LECTURA:	34084050185
MANZANA DE LECTURA:	MS00610331
MEDIDOR NO:	019-24327866
MEDIDOR NO:	019-24327866

CALIDAD DEL SERVICIO



Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 030 de 2018

CONTACTANOS

Radique su solicitud, queja o reclamo por nuestros canales de atención

Chat de atención en línea para personas Línea de atención

Registrate gratis

Zona privada de la página Web

App Enel Clientes Colombia

Bogotá, Sabana y Cundinamarca: 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas	601 6140055

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

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENTrancoro - NIT 830.221.151-9

TIPS DE AHORRO DE LA ENERGÍA ELÉCTRICA

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.

¿CÓMO PAGAR MI FACTURA?

Medios virtuales de Pago

APP Banco | Internet | Teléfono Banco | Débito Automático | Cobro Electrónico | APP Enel Clientes Colombia | Botón de Pago Online | Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual

Daviplata | dale! | MOVII | NEQUI | tpaga

Corresponsales Bancarios

CONRED | efecti | El Reval | MOVIRED | Efecty

Red Distrital

RED CADE

Centros de Servicio

enel

Almacenes de Cadena

Código QR

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

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:

Vigencia: DIC/2024

G: $330,76 T: $38,19 D: $280,72 CV: $106,30 PR: $69,75 R: $5,64 CF: $0,00 / $377,25 Costo kWh Mes

GRUPO 11 CIRCUITO: BP37-11536781 - NIVEL DE TENSIÓN: PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de ellos dentro de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115-115, Área de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente, Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP.. Somos grandes contribuyentes según resolución No 0061 de 10 de diciembre de 2020.

Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio."

Esta factura es cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994

En cumplimiento de la resolución CREG 015811 consultar www.enel.com.co

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, te invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, Área de Bogotá 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 (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la autorización expresa emitida por el cliente 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 dirigirse a los canales de atención definidos por cada Empresa.

El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P, NIT. 800.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 11/01/2025 00:56:56
FECHA EXPEDICIÓN: 11/01/2025 16:50:17

Factura Impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.050.012-

CUDE: e1825a6a1a1ade902903...

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 10

MICROCHIP: 990000012140585

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Charlotte

COLOR: Blanco Cafe

ESPECIE: CANINO X FELINO __ SEXO: HEMBRA X MACHO __ RAZA Border Collie EDAD 1 año PESO: 15,5Kg POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X

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

ORIGEN: NS/NR __ RESCATADO __ COMPRADO __ ADOPTADO __ REGALADO __ PERRO DE CUADRA __ OTRO Nacio en casa

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Daniel Steven Goio Cortes

DIRECCION: Cl 23 # 18 84 Piz

TELEFONO: 3043862778

CEDULA: 1026575677

CORREO ELECTRÓNICO: edanderon@gmail.com

BARRIO: Santa fe ESTRATO: 3 LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: NS/NR: Tecnologo

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO: Nov 24

ULT. DESPARASITACION: Nov 24

ULT. VACUNACION: NS/NR: __ CANINOS PARVO: — TRIPLE: — PENTAVALENTE: —

FELINOS: TRIPLE FELINA: — HEXAVALENTE: — LEUCEMIA: —

PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: —

RABIA: Nov 24

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 118 l/m F. RESPIRATORIA: 32 r/m TEMPERATURA: 38,5 °C TLLC 1 seg MUCOSAS: Rosada

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,8 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	1,5 ml.	5 mg/kg IV ☑ 10 mg/kg IM ☐
	PROPOFOL	3 ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	5,2 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,115 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 Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_x_ RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO
TARJETA PROFESIONAL

Mónica Vázquez Milán
Médica Veterinaria
TP. 11804

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO
TARJETA PROFESIONAL

Dra. Ximena Moreno Ruiz
Médica veterinaria
M.P 45482
Universidad Nacional de Colombia

FIRMA

	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES	
	HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS	
	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM	

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 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.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua 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 preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Deivid Gil	1026575677

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:	FECHA:	HORA:
parque Oscar	13-Feb-25	8:00 Am

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.026.575.677

GUIO CORTES

APELLIDOS

DANIEL STEVEN

NOMBRES

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 05-ABR-1993

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.85 B+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

07-ABR-2011 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00302605-M-1026575677-20110523 0027028173A 1 36441997

enel | Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A.E.S.P.
NIT 830.053.875-8
Calle 93 No. 13 – 45 Piso 1

PAPEL ECOLÓGICO

Factura de venta No. 0343131-9

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 338270734-0

CLIENTE

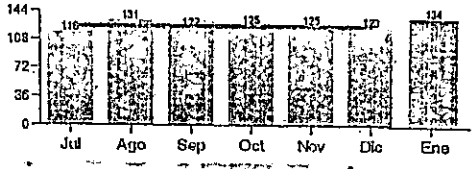
JOSE I MARTINEZ O
CL 23 NO 18 84 PI 2
PISO SEGUNDO
BOGOTA, D.C. - SANTA FE

08 403 6626 / 019-24327866

Ahorra tu factura ingresando a enel.co/factura

COMPORTAMIENTO CONSUMO

Activa



VALOR kWh APLICADO: $877,36

CONSUMO DIARIO: 4,06 kWh

VALOR DIARIO: $3.044

PERÍODO FACTURADO: 07 DIC/2024 A 08 ENE/2025

DÍAS FACTURADOS: 33

CONSUMO MES: 134 kWh

CONSUMO PROMEDIO 12 MESES: 124 kWh

¡Esta vez NO tuvimos acceso a la lectura de tu MEDIDOR!
Revisa la fecha de tu próxima lectura para permitir el ingreso de nuestro personal o reportarnos la lectura de tu medidor a través de nuestra APP.

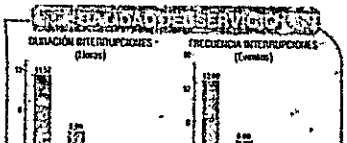
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30004084036626
RUTA LECTURA:	34084050185
MANZANA DE LECTURA:	MS00510331
MEDIDOR NO:	019-24327856
MEDIDOR NO:	019-24327866

TU PISO SEGURO DE ENERGÍA APAGADO

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

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

Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion

316 800 6003 (Elena Bot o paso Asesor)

Enel Colombia @EnelClientesCO

Regístrate gratis

Zona privada de la página Web

App Enel Clientes Colombia

Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115

115 Gratuito las 24 horas

601 6140055 denuncias@enel.com

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago: APP Daviplata, Internet, Teléfono Clave, Débito Automático, Cajero Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Botón de Pago Online, Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual: daleI, MOVII, NEQUI, Ipaga

Corresponsales Bancarios: CONEXRED, efecty, Reval, MOVIRED

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena

Código QR

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

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: DIC/2024
G: $336,76 T: 358,19 D: $260,72 CV: $106,30 PR: $28,75 R: $5,84 CF: $0,00 / $377,36 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: SF27-13223761 - NIVEL DE TENSIÓN: PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3314 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por ent. Somos autorretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunicate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 0061 de 10 de diciembre de 2020.

Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio.*
Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994
En cumplimiento de la resolución CREG 156/11 consultar www.enel.com.co
IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, le invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, 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 (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención definidos por cada Empresa.
El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.053.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 11/01/2025 00:56:56
FECHA EXPEDICIÓN: 11/01/2025 16:58:17

CUDE: ef1826d61a1a4e892905e9cc9fcf15a8c3e19acc5995be50c41c14b670cfcab07e6d0089a2fd6ec935

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 800.221.151-0

Factura Impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación, SAS NIT 800.050.512

65

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 11

MICROCHIP: 990000012140592

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA X COMUNIDAD __

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Lazy

COLOR: Amarillo Negro

ESPECIE: CANINO X FELINO __ SEXO: HEMBRA X MACHO __ RAZA Mestizo EDAD 8 meses PESO: 11Kg POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Miguel Angel Parada Muñoz

DIRECCION: KR 2 #55 4

TELEFONO: 3212951099

CEDULA: 1021669 263

CORREO ELECTRÓNICO: miguel.paradam@correo.policia.gov.co

BARRIO: Chapinero ESTRATO: 2 LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO: No Reporta

ULT. DESPARASITACION: No Reporta

ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: / HEXAVALENTE: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / FELINOS: TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA: / RABIA: /

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 117 l/m F. RESPIRATORIA: 31 r/m TEMPERATURA: 38,2 °c TLLC 1 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,6 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	1,1 ml.	5 mg/kg IV ☑ 10 mg/kg IM ☐
	PROPOFOL	2,2 ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	3,8 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,7 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 Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_x_ RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes pre-qujrúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Mónica V. Vázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	FIRMA: MVC
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Ximena Moreno Ruiz Médica veterinaria M.P 45482 Universidad Nacional de Colombia	FIRMA: XMR

	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES	
	HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS	
	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM	

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

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO _X___ o RECHAZO ____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua 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 preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Miguel Parada	1021669263

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

RAZÓN:

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Oscar	13-Feb-25	8:00AM

OBSERVACIONES:

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPUBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.021.669.263

Apellidos
PARADA MUNOZ

Nombres
MIGUEL ANGEL

Nacionalidad
COL

Estatura
1.72

Sexo
M

Fecha de nacimiento
08 NOV 2005

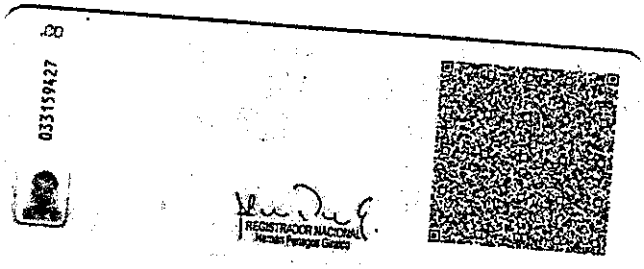
G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
10 NOV 2023 BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expiración
10 NOV 2033


CO

033159427

REGISTRADOR NACIONAL

ICCOL033159427415001<<<<<<<<<<
0511081M3311101COL1021669263<7
PARADA<MUNOZ<<MIGUEL<ANGEL<<<<

Bogotá

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SER

HISTORIA CLINICA: 72

MICROCI: ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004321748 Expiry date:09/06/2028

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Kira

COLOR: Cafe

ESPECIE: CANINO X FELINO __ SEXO: HEMBRA X MACHO __ RAZA Pincher EDAD 3 años PESO: 2,2 kg POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Johan Sneeider Rojas Diaz

DIRECCION: KR 16 # 19 15 IN P003

TELEFONO: 3203459545

CEDULA: 1010041558

CORREO ELECTRÓNICO: laschicaslamalenlopegan@gmail.com

BARRIO: La Favorita ESTRATO: 2

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: Bachiller

NS/NR: __

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __

3. ANAMNESIS

Buen Estado de Salud

ULT. CELO: NO Reporta

ULT. DESPARASITACION: NO Reporta

ULT. VACUNACION: NS/NR: __ CANINOS PARVO: / HEXAVALENTE: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: /

FELINOS: TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / RABIA: /

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 116 l/m F. RESPIRATORIA: 32 r/m TEMPERATURA: 38,4 °c TLLC 1 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,1 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,2 ml.	5 mg/kg IV X 10 mg/kg IM ☐
	PROPOFOL	0,4 ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,7 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,14 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,02 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 Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_x_ RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO
TARJETA PROFESIONAL
Mónica V. Vázquez Milán
Médica Veterinaria
TP. 11804

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO
TARJETA PROFESIONAL
Dra. Ximena Moreno Ruiz
Médica veterinaria
M.P 45482
Universidad Nacional de Colombia

FIRMA

BOGOTÁ	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM	

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

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO _X___ o RECHAZO ____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua 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 preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Jneider cliaz	1010041558

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Oscar	13-Feb-25	8:00 Am

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

1.010.041.558

ROJAS DIAZ

JOHAN SNEEIDER

FECHA DE NACIMIENTO 28-MAY-1999
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA
O+ G S RH
M SEXO

15-JUN-2017 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

I-1500150-01224221-M-1010041558-20210324 0073881301A 2 9915126IB1

enel | Bogotá

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

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **2363271-5**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 338197287-2

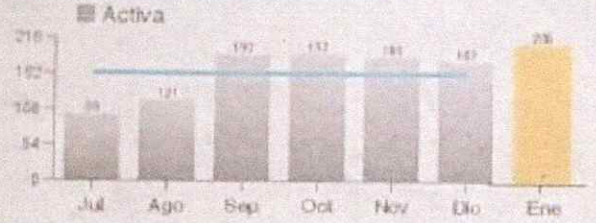
CLIENTE

LUIS JORGE AYALA SUAREZ
KR 16 NO 19 15 IN PISO 3
0
BOGOTA, D.C. - LA FAVORITA

07 401 5052 / 074-906178

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $877,38

CONSUMO DIARIO: 6,06 kWh

VALOR DIARIO: $5.722

PERIODO FACTURADO: 06 DIC/2024 A 09 ENE/2025

DIAS FACTURADOS: 34

CONSUMO MES 206 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES 192 kWh

Sabías que tu factura incluye el LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO diariamente para variación. Encuentra las posibles causas y tips de ahorro en: www.enel.com.co

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	1,88
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30004074015052
RUTA LECTURA:	34074010515
MANZANA DE LECTURA:	ME0061041 7
MEDIDOR NO:	074-906178
MEDIDOR NO:	074-906178

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

Registrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia
318 890 6003 (Llama fácil o paga fácil)

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas	601 5140055 denuncias@enel.com.co

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago: APP Enel, Internet, Teléfono Banco, Débito Automático, Correo Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Botón de Pago Online, Botón de Pago Bancolombia

Billeteras Virtuales: daviplata, dale!, MOVII, Uruapp

Corresponsales Bancarios: CONFECOOP, efecty, Red Servi, Gana, Su Red, Punto Red, MOVIRED, Punto Efecty

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Alkosto

Código QR

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
900233004321776 Expiry date:09/06/2028

HISTORIA CLINICA: 13

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: laika

COLOR: Blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO __ SEXO: HEMBRA X MACHO __ RAZA Samoyedo EDAD 5años PESO 17,2kg POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Neriel Adrade Cortes

DIRECCION: C123A 18B-32-02

TELEFONO: 3212465802

CEDULA: 52024448

CORREO ELECTRÓNICO: relievessantoya@yahoo.es

BARRIO: San Victorino

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: NS/NR: __ Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO: No Reporta

ULT. DESPARASITACION: No Reporta

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

FELINOS: TRIPLE FELINA: / HEXAVALENTE: / LEUCEMIA: /

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI __ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 118 l/m

F. RESPIRATORIA: 32 r/m

TEMPERATURA: 38,1 °c

TLLC 1 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,9 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	1,7 ml.	5 mg/kg IV ☑ 10 mg/kg IM ☐
	PROPOFOL	3,4 ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	5,9 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1,1 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,17 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 Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_x_ RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO: Mónica Vázquez Milán
TARJETA PROFESIONAL: TP. 11804
Mónica Vázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804

FIRMA: MVM

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO: Dra. Ximena Moreno Ruiz
TARJETA PROFESIONAL: Médica veterinaria MP 45482

FIRMA: XMR

71

	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES
	HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

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

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO _X___ o RECHAZO ____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua 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 preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Meriel Andrade Cortes	1.520 24448 Bta.

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

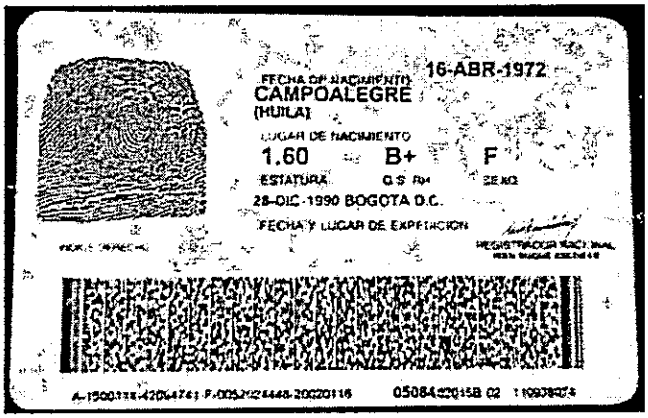
Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación:	

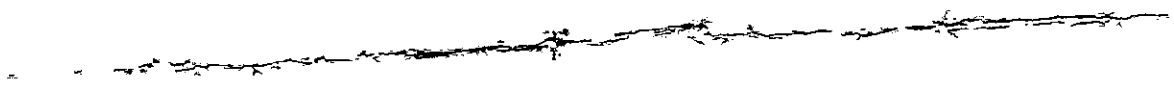
8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Oscar	13-Feb-25	8:00 Am

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
52024448
ANDRADE CORTES
NERIEL


FECHA DE NACIMIENTO 16-ABR-1972
CAMPOALEGRE
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 B+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
28-DIC-1990 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL



Factura de gas

Enero 2025

Cuenta o referencia de pago 62711119

NIT 800 007.813-5
Vanti S.A. ESP.
www.grupovanti.com

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1. Pago oportuno: 29 Ene. 2025
2. Fecha de suspensión: 30 Ene. 2025
3. Periodo facturado: Dic. - Ene. 2024
4. Emisión de tu factura: 16 Ene. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	2M3	2.479,93	0,00	4.959,86
FIJO	1UN	4.029,00	0,00	4.029,00
AJUSTE DECENA	1UN	0,71	0,00	0,71
Intereses Moratorios Base Recargo	1UN	11,85	0,00	11,85

(1) Total $9.000,00

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)

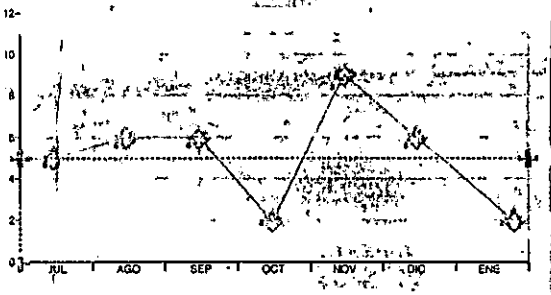
$9.000,00

Paga por

Escanea el código QR

(415)7709998026025(8020)62711119(3900)00000000009000

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial Estrato/Cat.Tres Días de consumo 34

Fecha	Lectura	Tipo
11 Dic. 2024	741	REAL
13 Ene. 2025	743	REAL

m³ corregidos 743 - 741 Factor de corrección 2

Tu próxima lectura será: Entre 08 y el 13 de Febrero

Novedades de tu factura

Dale esperanza a una familia colombiana realizando un aporte voluntario en www.grupovanti.com, valor sugerido $ 900

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. 2027

La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente* *Resoluciones 059 de 2012 y 41385 de 2017

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $2480.

Oct. $2250 Nov. $2362 Dic. $2362

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

Componentes tarifarios

Gm: 1289.55 Tm: 514.92 Dm: 613.88 Cm: 2479.93
Pr: 61.56 Cvm: 0.0 Cuvm: 4029.0 Cuom: 2479.93
Czm: 0.0 Fpcm: 42.475 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

Mjtu: Tu consumo en m³ de gas equivale: 24 kWh y el precio unitario del kWh es: $374.536

Factor de corrección

Vm: 2 Kp: 0.76727 Kt: 1.00652 Fc: 0.77227
Vc: 2 Tm: 13.69 Tc: 15.56 Pa: 1.01008
Pz: 0.752 Pm: 0.023 Fpv: 1.0
Factor de corrección: 0.77227

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 PES: 0.0 IO: 100.0 IPE: 100.0

56916

C1

Factura No. F1582443627

23

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/**

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

» Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Bancolombia · BBVA · Banco AV Villas · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Davivienda Plata · dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
» Corresponsales Grupo Avol
» 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.

Se te suspenderá el servicio por falta de pago y cuando se requiera, en caso de que se impida el acceso al medidor o a la instalación interna y de artefactos de consumo. Como consumidor puedes presentar un recurso de reposición ante la empresa y apelar ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los (5) días hábiles siguientes al conocimiento del acto de suspensión. Sobre el contenido de la presente factura el cliente cuenta con los mecanismos de defensa en la ley 142 de 1994 y puede hacer uso antes de la fecha señalada para el pago oportuno.

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.312-3 7048/2307/2024

¡Hola!

NANIEL ANDRADE
CL 23A 18B 32 02 - SAN VICTORINO
BOGOTA

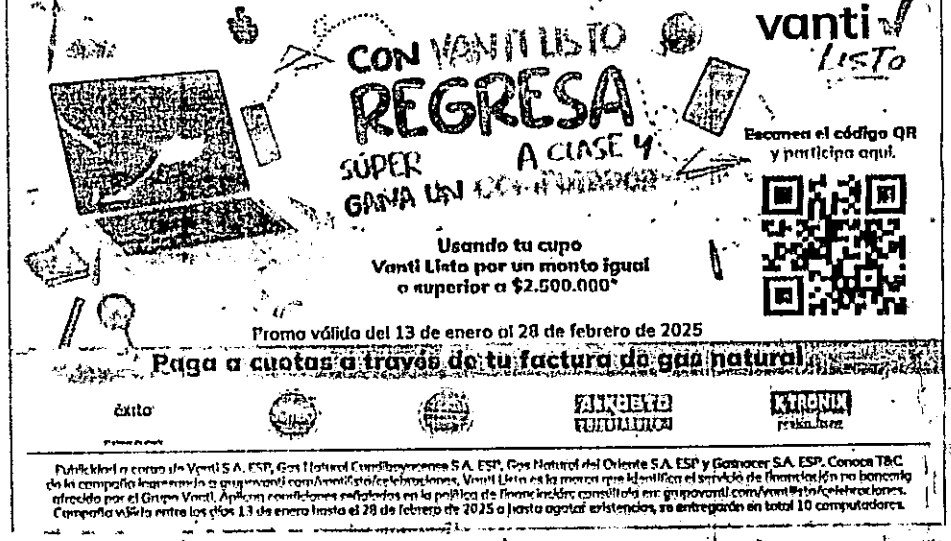
vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 6007117-3251472

Lote: P09GN Ruta: 0011310202540005000 Código del Sector: 391

Cuenta o referencia de pago **62711119**

vanti listo

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 4.900.000**



Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Comprimido S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gasnacer S.A. ESP. Conoce T&C de la campaña ingresando a grupovanti.com/vantilistoycelebraciones. Vanti Listo es la manera que identifica el servicio de financiación no bancario ofrecido por el Grupo Vanti. Aplican condiciones señaladas en la política de financiación consultada en grupovanti.com/vantilistoycelebraciones. 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
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.

0011310202540005000 P09GN

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVI

HISTORIA CLINICA: 14

MICROCHIP: ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004321796 Expiry date:09/06/2028

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Bella

COLOR: Canela

ESPECIE: CANINO X FELINO __ SEXO: HEMBRA X MACHO __ RAZA Pincheu EDAD 2años PESO: 3kg POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Fernando Moreno Garzon

DIRECCION: Cl 24B 26 69

TELEFONO: 3102542797

CEDULA: 79479421

CORREO ELECTRÓNICO: Fernando.tecnico92016@gmail.com

BARRIO: Florida ESTRATO: 3 LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR: __

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO: NOV 24

ULT. DESPARASITACION: DIC 24

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

FELINOS: TRIPLE FELINA:

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 118 l/m F. RESPIRATORIA: 30 r/m TEMPERATURA: 38,2 °c TLLC 1 seg MUCOSAS: Resecdo

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,16 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,3 ml.	5 mg/kg IV X 10 mg/kg IM ☐
	PROPOFOL	0,6 ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,21 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	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 responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y especificamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_x_ RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes pre-quirúrgicos

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO: Mónica V. Vázquez Milán

TARJETA PROFESIONAL: Vázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO: Dra. Ximena Moreno Ruiz

TARJETA PROFESIONAL: Médica veterinaria M.P 45482 Universidad Nacional de Colombia

FIRMA

BOGOTÁ	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM	

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

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO _X___ o RECHAZO ____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua 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 preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
	1947947 21

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

RAZÓN:

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Oscar	13-Feb-23	8:00Am

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 19.479.421
MORENO GARZON
APELLIDOS
FERNANDO
NOMBRES
FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 27-MAY-1962
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
30-SEP-1980 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-1500150-00009541-M-0019479421-20080530 0000332287A1 1590007437
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Responsabilidades fiscales del emisor: Gran contribuyente; Autorretenedor

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto **ZONA: 3** **CICLO: N3** **RUTA: N33540**

BIMESTRAL

10055319
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

40007572015
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

Período facturado **SEP/15/2024** **NOV/14/2024**

Pago oportuno **DIC/18/2024**

Suspensión **DIC/23/2024**

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
FEB/10/2025	DIC/04/2024 06:56:18	DIC/04/2024 12:46:37

¡Hola!

Factura a nombre de
M DE BLANCO

Dirección del predio
CL 24B 26 69

Barrio: FLORIDA **Localidad:** LOS MARTIRES

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso:	**Residencial**
Estrato:	**3**
Unidades Habitacionales:	**3**
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 **110** Aseo

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

cadena. NIT. 890.930.534-0

76

04573 45721 –

---

aseo

Período facturado Aseo
OCT/01/2024 - NOV/30/2024

El servicio de aseo se factura de forma bimestral

10055319
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

40007572015
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

KR 56 No. 9-17 LC 2 Ed. Torre Americas
Horario de Atención
LUNES A VIERNES 7:00 AM A 5:00 PM SABADO 9:00 AM A 1:00 PM

Datos del usuario

Tipo de productor RESIDENCIAL			Estrato	3	
Und. Res. Ocupada:	2	Und. No Res. Ocupada:	0	Densidad	0,000
Und. Res. Desocupada:	000	Und. No Res. Desocupada:	000	Volumen	0,00
Frecuencia Barrido:	06	Frecuencia Recolección:	03	%Participación	0,000%

Componentes de tarifas

Costo Fijo Total CFT:	Costo variable no aprovechable	Valor base aprovechamiento
65.793,32	26.359,96	150.736,65

Toneladas por suscriptor mes

Barrido y limpieza	Limpieza urbana	Rechazo del aprovechamiento
0,0026	0,0010	0,0000
Ecoeficiencia aprovechables	Residuos no aprovechables | Alcaldías - no alcaldías	
0,0529	0,0368	

Histórico de vigencias cobradas

3	2	1	
$103.604	$103.199	$107.221	Días liquidados 61

La tarifa incluye subsidio o aporte*

Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$124.185	Intereses mora	$22.198
Subsidio	$18.628-	Ajuste a la decena -debito-	$3
Deuda Vigencias anterior	$2.511.770	Dev.cobro no autoriz	41-

Subsidio (-)	15%	Valor Aseo	$124.185
Aporte (+)	85%	Total Vigencia del periodo	$127.756
Información - deuda total		Ingreso que Aseo Reporta a la DIAN en el período actual	

SIMPLIFICAMOS TU FACTURA

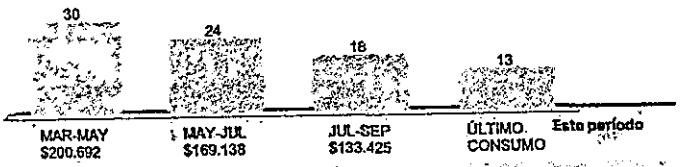
Para que pagues una vez y recibas más información con el agua.

Muestra tu consumo en litros para que lo comprendas mejor.

+ Más detalle
+ Fácil de leer
+ Aprende cómo cuidar el agua

Tu consumo en este período

En los períodos anteriores tu promedio de consumo fue 24



En este periodo consumiste menos agua que en el anterior.

Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

En este período	Promedio al día
13.000	213

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este periodo 2691
Lectura anterior 2678
Tu consumo este periodo 13

Facturado con Consumo Normal
Base promedio
Descargue fuente alterna 0

Datos de tu medidor

Marca FLODIS DE ACTARIS
Serie A11S085627

Tipo VELO015T2
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 (1)	+ Alcantarillado (2)	+ Otros cobros (3 4 5 6)	+ Aseo (A)	Escanea y paga virtual
$54.220,40	$48.642,44	$27.208	$2.639.110	

Consulta el detalle de estos cobros en las tablas numeradas de abajo

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

Total ingresos del período = **Total a pagar** $2.769.182

Ingresos que la EAAB-ESP reporta a la DIAN en el período actual

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 695a50b6d19c7748346826a858403e50fcb81761faf31e869edac8bd0e43a2903643ef4dc330875b1e020c5923 1c14

Detalle de tu consumo este bimestre

1 Acueducto

	Cant.	×	Valor unitario	×	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	=	Valor	Tarifa*** (Tarifa x Cant.)	=	Total
Cargo fijo residencial (mes)	2,00		$9.195,79		-15		$2.759-	$7.810,42		$18.632,58
Consumo residencial básico (m³)	13,00		$3.492,14		-15		$6.810-	$2.968,32		$38.587,82
Consumo residencial superior básico (m³)										
Cargo fijo no residencial (mes)										
Consumo no residencial (m³)										
Subtotal							$9.569-			$54.220,40

2 Alcantarillado

	Cant.	×	Valor unitario	×	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	=	Valor	Tarifa*** (Tarifa x Cant.)	=	Total
Cargo fijo residencial (mes)	2,00		$4.370,95		-15		$1.311-	$3.715,31		$7.430,90
Consumo residencial básico (m³)	13,00		$3.729,58		-15		$7.273-	$3.170,14		$41.211,54
Consumo residencial superior básico (m³)										
Cargo fijo no residencial (mes)										
Consumo no residencial (m³)										
Subtotal							$8.584-			$48.642,44

* Corresponde a consumos de hasta 21 m³ mensuales (22 m³ bimestrales). ** (+) Aporte: aplica para estratos 5, 6, comercial e industrial. (-) Subsidio: aplica para estratos 1, 2 o 3.
*** La tarifa se determina a partir del valor unitario del cargo fijo o del consumo. Si aplica un subsidio, se descuenta un %; si hay un aporte, agrega un %.

Tasas ambientales

Estos valores ya están incluidos en el consumo residencial básico y superior a básico, hay tasa de 1000

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m3)	$24,20	$74,17
Tarifa consumo superior a básico ($/m3)	$0,00	$87,87
Total por consumo facturado	$315	$972

El Mínimo Vital es un beneficio donde el Distrito le paga un pequeño apoyo económico de hasta 6 m³ mensuales (12 m³ por cada período facturado) si el valor de su factura supera el 14% de su ingreso mensual.

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajuste a la decena	
Intereses financiación	
Subtotal	27.208

4 Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

5 Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

Deudas en estudio

Concepto	Valor
	$0
	$0
	$0
Subtotal	$0

6 Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	$0

LIMPIEZA METROPOLITANA S.A. E.S.P.
RECIBIDO ASEO
15 ENE 2026
Vo.Bo Fecha:
Folios Código: Financiero

Pagos por la página web, app y billeteras

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

Vbo Fecha 15 ENE 2026
AUTORIZADO

Red CADE Consulta direcciones y horarios de atención en: www.bogota.gov.co/servicios/cades

La EAAB-ESP también tiene convenios con

Aseo
Valor a pagar
$2.639.110

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.
Si paga con cheque, girar dos cheques únicamente de gerencia a nombre de la EAAB-ESP NIT 899.999.094-1 y endosar cada uno con el número de cuenta contrato, indicando cuál corresponde al valor de acueducto y cuál al valor de aseo.

02000000028398

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$130.072

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.
Señor cajero: Si en el desprendible de aseo aparece sello y sticker de reclamación, recibir solo Acueducto. (Este pago solo podrá efectuarse en Bancos y Red CADE, no podrá efectuarse en un corresponsal bancario).

(415)7707200485271(8020)400075720155(3900)000000130072

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS NRO. ÚNICO DE REGISTRO 1-11001000-10 EAAB-ESP

94574 45721 2D

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 15

MICROCHIP: 990000012136766

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Canela

COLOR: Cafe

ESPECIE: CANINO X FELINO __ SEXO: HEMBRA X MACHO __ RAZA Mestizo EDAD 5meses PESO: 5,6Kg

POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Geyser Daniel Piña Hernandez

DIRECCION: Cl 2BIS#16A 64

TELEFONO: 3117953951

CEDULA: 7138063

CORREO ELECTRÓNICO: lauranarro095@gmail.com

BARRIO: Eduardo Santos

ESTRATO: 0

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: __

NS/NR: X

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __

3. ANAMNESIS

Buen Estado de Salud

ULT. CELO: No ha Tenido

ULT. DESPARASITACION: enero 25

ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE:

FELINOS: TRIPLE FELINA: HEXAVALENTE: LEUCEMIA: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI __ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 116 l/m

F. RESPIRATORIA: 32 r/m

TEMPERATURA: 38,6 °c

TLLC 1 seg

MUCOSAS: Rosada

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,2 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,5 ml.	5 mg/kg IV ☒ 10 mg/kg IM ☐
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1 ml.	2 mg/kg IV
	PROPOFOL	1,7 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,3 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,05 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 Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_x_ RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO: Mónica Vazquez Milán

TARJETA PROFESIONAL: Médica Veterinaria TP. 11804

FIRMA: MVM

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO: Dra. Ximena Moreno Ruiz

TARJETA PROFESIONAL: Médica veterinaria M.P 45482 Universidad Nacional de Colombia

FIRMA: XMR

BOGOTÁ	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM	

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

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO _X___ o RECHAZO ____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua 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 preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación: 25 WS8133

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: parque Oscar	FECHA: 13 Feb 25	HORA: 8:00AM

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL
MIGRACIÓN
NO. 7138063
COL
PIÑA HERNANDEZ
APELLIDOS
GEYSER DANIEL
NOMBRES
VEN
NACIONALIDAD
M
SEXO
25458133
DOCUMENTO
21-12-1996
FECHA DE NACIMIENTO
04-08-2023
BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO
VISIBLES
FIRMA

enel | Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-6
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **2139699-1**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 340183926-6

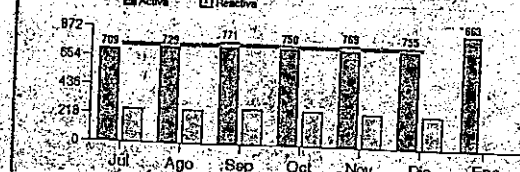
CLIENTE

MARIA P DE LOZANO
CL 2 BIS NO 16 A 64
LOCAL
BOGOTA, D.C. - EDUARDO SANTOS

19 206 3791 / 117-14380922873

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código QR.

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $877,36
CONSUMO DIARIO: 26,97 kWh
VALOR DIARIO: $31.278

PERIODO FACTURADO: 22 DIC/2024 A 22 ENE/2025 | DIAS FACTURADOS: 32 | CONSUMO MES: 863 kWh | CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 747 kWh

Este mes tuvimos a cargo la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía se encuentra dentro de lo habitual.

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Comercial
ESTRATO:	0
CARGA kW:	3,47
FACTOR:	
RUTA REPARTO:	100021920637911
RUTA LECTURA:	12192030343
MANZANA DE LECTURA:	MS00410506
MEDIDOR NO:	117-14380922873
MEDIDOR NO:	117-14380922873

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 DE SERVICIO

PERIODO: 2024/11 | DI: 222,71 | CFI: 756,6000 | VC: 0,00 | CEC: 0,00 | IAD: 1,05 | SAIDI: 0,19

Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 030 de 2019

CONTÁCTANOS

Servicios asociados a tu cuenta: Chat de servicios, 318 000 6003 (Línea Bot o paso Asesor), Enel Colombia, @EnelClientesCO, Registrate gratis, Zona privada de la página Web, App Enel Clientes Colombia

Atención Servicios al Cliente: Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115

Emergencias: 115 Gratuito las 24 horas

PQR: 601 514 0055 denuncias@enel.com

Defensoría del Cliente: https://www.enel.com.co/es/personas/defensoria-del-cliente.html defensor@enel.com.co

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago: APP Banco, Internet, Teléfono Banco, Débito Automático, Cobro Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Botón de Pago Online, Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual: Nequi, dale!, MOVII, Hipoti, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONPED, Vetfácil, Gana, MOVIRED, Su Red, Efecty

Red Distrital

Centros de Servicio: RED CADE, enel, Almacenes de Cadena, Olímpica

Código QR

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el desprendible del datáfono. El sello del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: DIC/2024

G: $356,76 / T: $58,19 / D: $280,72 / CV: $106,30 / PR: $69,75 / R: $5,64 / CF: $0,00 / $877,36 Costo kWh Mes

GRUPO 11 CIRCUITO CAYZ 153 BTR1 - NIVEL DE TENSIÓN 1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONÓMICA: 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por ml. Somos autorretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de ellos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comuníquese al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P., donde grandes consumidores según resolución No 0061 de 30 de diciembre de 2020.

Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa prevío a la suspensión del servicio.

Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, le cual modifica el Código de Medida, se establecerán actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, le invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co

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 (Energías de Cobrarral, de acuerdo con la aprobación impresa emitida por el cliente 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 diríjase a los canales de atención dispuestos por cada Empresa.

El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT: 860.063.875-6. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

¡Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios!

Escanea el código

Comparte lo mejor de tu energía a quienes lo necesitan.
Puedes realizar tus donaciones en: www.enelxstore.com/co/es sección "Comparto mi energía".
Aporte sugerido: $100.089

FECHA GENERACIÓN: 27/01/2025 00:18:13
FECHA EXPEDICIÓN: 27/01/2025 13:16:22

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación S.A.S. NIT 830.060.830-2 Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios

CUDE: 287b2935584b5bc4d15a1e49972329d7cd4a39f30c36a72758621 4ba8e654e9e0c122cf71b6d52d8a916167d495aba39

35936

79

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 16 | MICROCHIP: 990000012136780 | FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Maya | COLOR: Negro - Blanco Amarillo

ESPECIE: CANINO X FELINO __ | SEXO: HEMBRA X MACHO __ | RAZA: Mestizo | EDAD: 1 año | PESO: 4,9 kg | POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Gellinotte Carolina Piñero Rodriguez | DIRECCION: KR 16 24 03 piz | TELEFONO: 3232509392

CEDULA: 4971419 | CORREO ELECTRÓNICO: gelli-25@hotmail.com

BARRIO: Santa fe | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: LOS MARTIRES

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

3. ANAMNESIS

Buen Estado de Salud

ULT. CELO: Dic 24 | ULT. DESPARASITACION: Enero 25 | ULT. VACUNACION: NS/NR: __ CANINOS PARVO: | FELINOS: TRIPLE FELINA: | HEXAVALENTE: | LEUCEMIA: | TRIPLE: | PENTAVALENTE: | PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: | RABIA: Feb 24

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 118 l/m | F. RESPIRATORIA: 32 r/m | TEMPERATURA: 38,4 °c | TLLC 1 seg | MUCOSAS: Rosada

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,2 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,4 ml.	5 mg/kg IV ☑ 10 mg/kg IM ☐
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,8 ml.	2 mg/kg IV
	PROPOFOL	1,4 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,28 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,04 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 Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_x_ RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes médicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Mónica V. Vázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Ximena Moreno Ruiz Médica veterinaria M.P 45482 Universidad Nacional de Colombia	FIRMA

80

BOGOTÁ	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES
	HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

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

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO _X___ o RECHAZO ____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua 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 preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación: 1.49714719

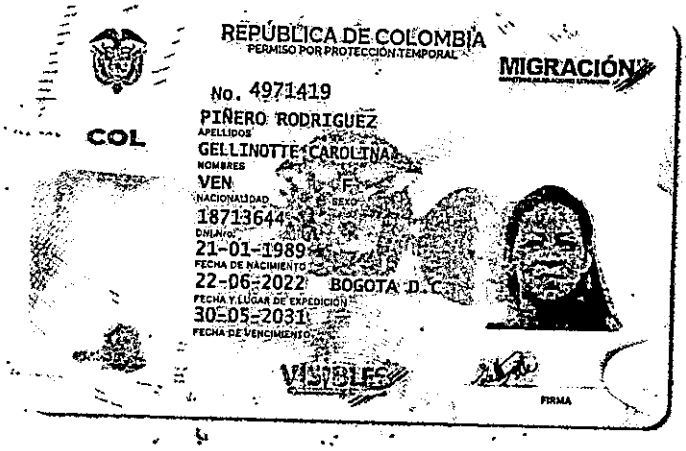
Yo, _____ identificado con CC. No._____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilización y castración) de mi animal de compañía.
RAZÓN:

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

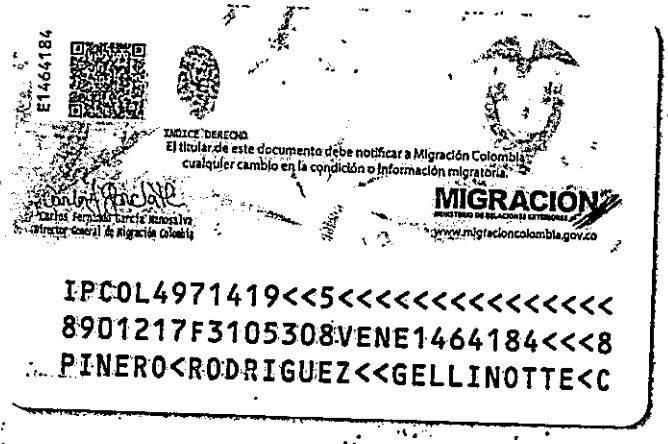
LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Oscar	13 Feb 25	8:00 AM

OBSERVACIONES:



REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL
MIGRACIÓN

No. 4971419
PIÑERO RODRIGUEZ
APELLIDOS
GELLINOTTE CAROLINA
NOMBRES
COL
VEN F
NACIONALIDAD SEXO
18713644 2
DNI/No.
21-01-1989
FECHA DE NACIMIENTO
22-06-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO
VISIBLE
FIRMA



E1464184
INDICE DERECHO
El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria.
Carlos Fernando García Manosalva
Director General de Migración Colombia
MIGRACIÓN
www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL4971419<<5<<<<<<<<<<<<<<<
8901217F3105308VENE1464184<<<8
PINERO<RODRIGUEZ<<GELLINOTTE<C

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

JOSE DE J MARIÑO
KR 16 24 03 PI 2 (INMUEBLE)
(CORRESPONDENCIA)

ESTRATO:	3	CLASE DE USO:	Residencial
UND.HABIT./FAMILIAS:	1	UND. NO HABITACIONAL:	0

ZONA: 3 **CICLO:** N3 **RUTA:** N33534

Datos del medidor

MARCA: IBERCONTA NÚMERO: 25519 TIPO: VELO015B DIÁMETRO: ½

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta 000010568763

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos 39340987211

TOTAL A PAGAR
Agua + Alcantarillado + Aseo (si aplica ver al respaldo) + Cobro Terceros (si aplica ver al respaldo) $ 232.620

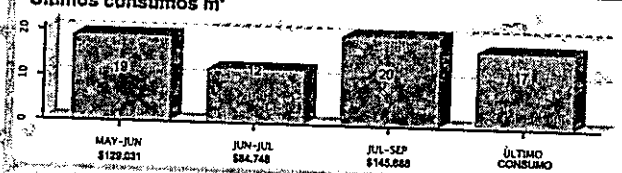
Fecha de pago oportuno DIC/18/2024

Fecha de suspensión DIC/23/2024

Datos del consumo

ÚLTIMA LECTURA:	3651	CONSUMO (m³)	17
LECTURA ANTERIOR:	3634	PROMEDIO (m³)	17
FACTURADO CON:	Consumo Normal	Descargue fuente alterna	0

Últimos consumos m³



Periodo facturado
SEP/15/2024 - NOV/14/2024

Resumen de su cuenta

FECHA DE EXPEDICIÓN DIC/04/2024 FECHA ESPERADA DE LA PRÓXIMA FACTURA FEB/10/2025
Rango CMO Básico Bimestral Según Resolución CRA-750/2016: (0 m3 - 22 m3)

Descripción	Cantidad	Costo Valor Unitario	Costo Valor Total	(-)Subsidio (+) Aporte	Tarifa Valor Unitario	Valor a Pagar
Acueducto						
Cargo fijo residencial	2,00	$9.195,79	$18.391,58	$2.759-	$7.816,42	$15.632,58
Consumo residencial básico	17,00	$3.492,14	$59.366,38	$8.905-	$2.968,32	$50.461,38
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Acueducto ①			$77.757,96	$11.664-		$66.093,96
Alcantarillado						
Cargo fijo residencial	2,00	$4.370,95	$8.741,90	$1.311-	$3.715,31	$7.430,90
Consumo residencial básico	17,00	$3.729,58	$63.402,86	$9.510-	$3.170,14	$53.892,86
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Alcantarillado ②			$72.144,76	$10.821-		$61.323,76

Otros Cobros	No. Cuota	Interés	Total	Saldo
Ajuste a la Decena			$3	
Intereses de mora			$80	
Subtotal Otros Cobros ③			$83	

Otros conceptos que adeuda	Valor Total
Total otros conceptos que adeuda	

Beneficio Mínimo Vital hasta 12 m³. Período actual $0

TOTAL AGUA, ALCANTARILLADO Y OTROS COBROS ①+②+③+④ $127.500

CONSUMO MES AGUA Y ALCANTARILLADO $63.709

CONSUMO DÍA AGUA Y ALCANTARILLADO $2.089

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS NIRO ÚNICO DE REGISTRO 1-1100-1000-10 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 cajas, tapas, rejillas, medidores, hidrantes o centros de medición 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.

52

aseo

PRESTADOR: LIMPIEZA METROPOLITANA S.A. ESP.
830123461-1

VIGILADO POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS

PARA CUALQUIER RECLAMO SOBRE ASEO DIRÍJASE A LOS CENTROS DE ATENCIÓN AL USUARIO

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta: 000010568763

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos: 39340987211

Periodo facturado
OCT/01/2024 - NOV/30/2024

DATOS DEL USUARIO

Tipo de Productor:	RESIDENCIAL			Estrato:	3
Und. Res. Ocup:	2	Und. No Res. Ocup:	0	Densidad:	0.000
Und. Res. Desocup:	000	Und. No Res. Desocup:	000	Volumen:	0.00
Frec. Barrido:	06	Frec. Recolección:	06	% Participación:	0.000%

COMPONENTES DE TARIFAS

Costo Fijo Total CFT:	Costo Variable No Aprovechables:	Valor Base Aprovechamiento:
65.793,32	26.359,86	150.736,65

TONELADAS POR SUSCRIPTOR MES

Barrido y Limpieza:	0.0026	Limpieza Urbana:	0.0010	Rechazo del Aprovechamiento:	0.0000
Efectivamente Aprovechadas:	0.0529	Residuos No Aprovechables Aforadas - no Aforadas:			0.0388

HISTORICO DE VIGENCIAS COBRADAS

3.	2.	1.	DÍAS LIQUIDADOS:
$52.496	$50.703	$107.221	61

LA TARIFA INCLUYE SUBSIDIO O APORTE.

ESTADO DE SU CUENTA

CONCEPTO	VALOR	CONCEPTO	VALOR
ASEO RESIDENCIAL	$124.185		
SUBSIDIO	$18.828-	CONCEPTOS CREDITO	$24-
		AJUSTE A LA DECENA -DEBITO-	$5
Subsidio	15%		
Aporte	00%		
		VALOR ASEO $	105.120

PARA PAGOS

Actualmente la EAAB ESP no tiene convenio de recaudo con los siguientes bancos: BBVA, Bancolombia, Pichincha, Falabella, Finandina, Bancamía, Creditfinanciera, Cooperativo, Bancoldex.

PAGOS POR LA PÁGINA WEB, APP Y BILLETERAS

PSE · puntopay · tpaga · Daviplata · gou.N · VISA

PARA QUIENES REQUIEREN DESPLAZARSE
CORRESPONSALES BANCARIOS AUTORIZADOS

Punto de Pago · Su Red Amiga · puntored

MEDIOS ELECTRÓNICOS
Red 4 Baloncesto · Banco Av Villas · Banco Caja Social · Banco Citibank · Cajeros Servibanca · Banco Colpatria · Banco GNB Sudameris · Cajeros ATH (Grupo Aval) · Banco de Occidente

CENTROS ESPECIALIZADOS DE PAGOS
BANCO DAVIVIENDA · BANCO DE BOGOTÁ

CENTRO HARIÑO
Pagos tarjetas - Visa y Mastercard - Débito y crédito
Calle 24 No. 37-15

SUCURSALES BANCARIAS AUTORIZADAS
Banco Itaú · Banco Bogotá · Banco Av Villas · Banco Sudameris

SUPERCADES
Suba · Engativá · 20 de Julio · Américas · CAD · Manitas · Bosa

CADES
Tobería · Servitá · Calzona · Santa Helenita · Patio Bonito · Plaza de las Américas · Kennedy · Candelaria · Usme · Yomasa · Lucerna

RAPICADES
Chía Centro · Soacha Centro · Suba Norte · San Fernando · Siete de Agosto · Santa Inés · Chapinero CalleS3 · Claret · Fontibón Centro · Madelena

Los horarios de atención pueden ser consultados en https://bogota.gov.co/servicios/cades

RECLAMOS 116 Acueducto 110 Aseo

SU APORTE PARA LA PRESERVACIÓN Y RESTAURACIÓN DEL AMBIENTE

(Ley 99 de 1.993)
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)	$24,26	$0,00	$412
TASA RETRIBUTIVA (Compensacion por Contaminación con Aguas Residuales)	$74,77	$87,97	$1.271

Cobro de terceros

CONCEPTO	VALOR	CONCEPTO	VALOR

Total cobro de terceros (4) $0

OPERADOR: LIMPIEZA METROPOLITANA S.A. ESP.

FACTURA DE COBRO No. 39340987211 - 000010568763
Si cancela en cheque, favor girar 2 cheques de gerencia separados 1 - Agua y Alcantarillado a favor de EAB-ESP NIT 899.999.094.1 Y 2 - Aseo a favor de EAB-ESP-ASEO NIT 899.999.094.1

PERÍODO FACTURACIÓN	JOSE DE J MARIÑO
OCT/01/2024 NOV/30/202	KR 16 24 03 PI 2

(415) 7707200489996802039340987211 5 (3900) 000000105120

aseo

TOTAL ASEO $105.120

ESPACIO PARA TIMBRE Y REGISTRO BANCO

FECHA DE EXPEDICIÓN 30/01/2025

FACTURA DE COBRO No. 39340987211 - 000010568763
Señor cajero: Si en el desprendible de aseo aparece sello y sticker de reclamación, recibir solo Acueducto. (este pago solo podrá efectuarse en Bancos y Red Cade, no podrá efectuarse en un corresponsal bancario).

PERÍODO FACTURACIÓN	JOSE DE J MARIÑO
SEP/15/2024 NOV/14/202	KR 16 24 03 PI 2

(415) 7707200485271802039340987211 2 (3900) 000000127500

acueducto

TOTAL AGUA Y ALCANTARILLADO $127.500

ESPACIO PARA TIMBRE Y REGISTRO BANCO

FECHA DE EXPEDICIÓN 30/01/2025

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 17

MICROCHIP: 990000012136763

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Luna

COLOR: Barcino Oscuro

ESPECIE: CANINO X FELINO __ SEXO: HEMBRA X MACHO __ RAZA Mestizo EDAD 10 meses PESO: 16Kg POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Karina Cumare Hernandez

DIRECCION: KR 14 #22-45

TELEFONO: 3024967716

CEDULA: 2594195

CORREO ELECTRÓNICO: karinacumare89@gmail.com

BARRIO: Santafe ESTRATO: 0

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: NS/NR: Profesional

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO: Dic 24

ULT. DESPARASITACION: No Reporta

ULT. VACUNACION: NS/NR: __ CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE:

FELINOS: TRIPLE FELINA: HEXAVALENTE: LEUCEMIA: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA: Sep 24

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI __ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 116 l/m

F. RESPIRATORIA: 32 r/m

TEMPERATURA: 38,4 °c

TLLC 1 seg

MUCOSAS: Rosada

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,8 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	1,6 ml.	5 mg/kg IV ☒ 10 mg/kg IM ☐
	PROPOFOL	3,2 ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	5,6 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1,1 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 brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomía/Orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_x_ RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO
TARJETA PROFESIONAL

Mónica V. Vázquez Milán
Médica Veterinaria
TP. 11804

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO
TARJETA PROFESIONAL

Dra. Ximena Moreno Ruiz
Médica veterinaria
M.P 45482
Universidad Nacional de Colombia

FIRMA

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

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

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO _X___ o RECHAZO ____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua 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 preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación: 2594195.

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

RAZÓN:

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Parque Oscar	FECHA: 13-Feb-25	HORA: 8:00AM

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN

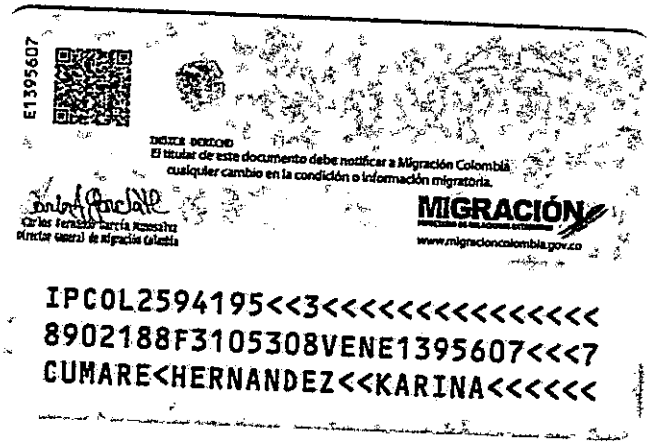
No. 2594195

COL

CUMARE HERNANDEZ
APELLIDOS
KARINA
NOMBRES
VEN
NACIONALIDAD
F
SEXO
18631941
DNI Nro.
18-02-1989
FECHA DE NACIMIENTO
12-10-2023 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO

VISIBLE

FIRMA



E1395607

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

Carlos Fernando García Acosta
Director General de Migración Colombia

MIGRACIÓN
www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL2594195<<3<<<<<<<<<<<<<<<
8902188F3105308VENE1395607<<<7
CUMARE<HERNANDEZ<<KARINA<<<<<<

enel Bogotá

0346381-1

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 338320410-8

INOCENCIO GARCIA LOZANO
KR 14 NO 22-45
CONT N 22-47
BOGOTA D.C. - SANTA FE

08 401 3625 / 074-1012362

¿Quieres tu factura avanzar? Escanea el código

COMPORTAMIENTO DE CONSUMO

Actual

VALOR kWh APLICADO: $877,35

CONSUMO DIARIO: 3,73 kWh

VALOR DIARIO: $3.324

Jul Ago Sep Oct Nov Dic Ene

PERÍODO FACTURADO: 07 DIC/2024 A 09 ENE/2025

DÍAS FACTURADOS: 33

CONSUMO MES: 123 kWh

Juntos podemos lograr un consumo más inteligente de energía

Escanea el código y conoce más.

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Comercial
ESTRATO:	0
CARGA kW:	3,58
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30004064013625
RUTA LECTURA:	34084010391
MANZANA DE LECTURA:	MS00610305
MEDIDOR NO:	074-1012362
MEDIDOR NO:	074-1012362

DURACIÓN INTERRUPCIONES (Horas)

FRECUENCIA INTERRUPCIONES (Veces)

USO RACIONAL 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

Registrate gratis

Zona privada de la página Web

App Enel Clientes Colombia

Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 5 115 115

115 Gratis las 24 horas

601 6140055

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Débito Automático

Cobro Electrónico

Corresponsales Bancarios

Red Efectiva

Red Daviplata

Puntos de Servicio

Código QR

RED CADE

Almacenes de Cadena

Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios

Comparte lo mejor de tu energía a

Proveedor Tecnológico Candial Tecnología y Servicios BAS SIC - Nombre col SW: CENFacturador - NIT 800.531.161-0

1 $129.500 + 2 Portafolio Enel X $0 = $129.500

PAGO OPORTUNO 21 ENE./2025

FECHA DE SUSPENSIÓN 23 ENE./2025

ENERGÍA — 0346381-1 — 05 FEB./2025

Tipo de Lectura: Real — Situación encontrada: Normal

SUBTOTAL: $129.498

Otros cobros aseo

Ajustes a la decena

GRAVIMENDA CAJERO No. 1 H.N. 51 15 ENE 2025 PROCESADO

1 TOTAL ENERGÍA $129.500

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 inscribiéndote a FACTURA VIRTUAL desde www.enelx.com.co en la opción Personas

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y aseo

2 TOTAL OTROS $0

Si no cancelas la factura en PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual NO tendremos el servicio en caso de no pago. Por lo anterior nos acogemos con los costos publicados en el pliego tarifario, el cobro por concepto de reconexión es hasta de $82.782.

Informamos que en no reflejar el pago de sus obligaciones Crédito Fecal COOENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO, éstas entrarán en mora, sobre la cual se realiza reporte negativo a las bases de información Financiera y cobro por gastos de cobranza al la mora superar los 15 días y se realiza gestión de cobro.

ESTIMADO CLIENTE. La tarifa final es de: $827,36.

Cuida tu celular.

Protección Luz 360 + Asistencia celular te da la cobertura de reparación del equipo en caso de daño accidental.

Plan básico (1 equipo): $28.500

Conoce los beneficios en nuestra línea de atención: 601 744 7474.

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 14

MICROCHIP: SI X NO ___ 978 101 083 243 010

FECHA: 31/05/2025

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Luna

COLOR: Amarillo

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA Mestizo EDAD 3 años PESO: 15,7Kg POTENCIAL PELIGROSO SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria Cristina Vasquez Ortega

DIRECCION: KR 16A #225 IAP 203

TELEFONO: 3143940999

CEDULA: 25808772

CORREO ELECTRÓNICO: 3143940999@sincorreo.com

BARRIO: Santa fe ESTRATO: 2 LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: NS/NR: Primaria

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL ___

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: CANINOS PARVO:	TRIPLE:	PENTAVALENTE:
Nov 24	No Reporta	FELINOS: TRIPLE FELINA:	HEXAVALENTE:	PARAINFLUENZA Y BORDETELLA:
			LEUCEMIA:	RABIA: Sep 24

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 116 l/m F. RESPIRATORIA: 32 r/m TEMPERATURA: 38,4 °c TLLC 1 seg MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,8 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	1,5 ml.	5 mg/kg IV ☑ 10 mg/kg IM ☐
	PROPOFOL	3 ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	5,2 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	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 Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_x_ RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Mónica V. Vázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Ximena Moreno Ruiz Médica veterinaria M.P 45482 Universidad Nacional de Colombia	FIRMA

BOGOTÁ	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES	
	HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS	
	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM	

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

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO _X___ o RECHAZO ____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua 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 preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Maria Vargas	75 808 772

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

RAZÓN:

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Oscar	13-Feb-25	8:00Am

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA.

NUMERO 25.808.772
VASQUEZ ORTEGA
APELLIDOS
MARIA CRISTINA
NOMBRES

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 25-MAY-1958
MONTELIBANO
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 B+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
14-MAR-1989 AYAPEL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00613679-F-0025808772-20140822 0039630159A 1 5021166239

enel | Bogotá

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

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **0347451-1**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 338370017-0

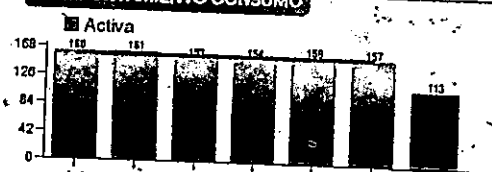
CLIENTE

JULIO PARRA
KR 16 A NO 22 51 AP 203
SEGUNDO PISO NO 203
BOGOTA, D.C. - SANTA FE

08 401 3126 / 018-16030912

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $877,36

CONSUMO DIARIO: 3,42 kWh

VALOR DIARIO: $1.577

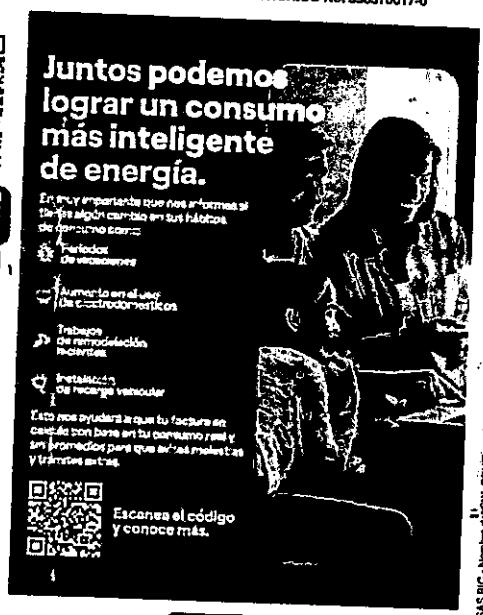
PERÍODO FACTURADO: 07 DIC/2024 A 08 ENE/2025

DÍAS FACTURADOS: 33

CONSUMO MES: 113 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 157 kWh

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



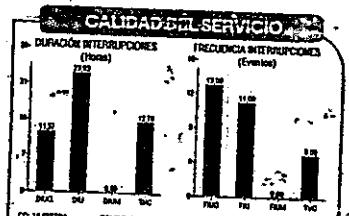
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	1,90
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30004064013126
RUTA LECTURA:	34084030464
MANZANA DE LECTURA:	MS00610317
MEDIDOR NO:	018-16030912
MEDIDOR NO:	018-16030912

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

Trámites y solicitudes
Chat de servicio en
Registrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas	800 514 0056

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago: APP Banco, Internet, Teléfono Banco, Débito Automático, Cobro Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Botón de Pago Online, Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual: Daviplata, dale!, MOVII, Ppago

Corresponsales Bancarios: CONRED, efécti, El Raval, MOVIRED

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Código QR

Almacenes de Cadena: Jumbo, Metro

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el desprendible del costado. El sello del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: DIC/2024

C: $336,76 T: $58,19 D: $280,72 CV: $106,39 PR: $89,75 R: $5,64 CP: $0,00 / $877,36 Costo kWh Mes

BRILLO: 11 CIRCUITO: SP14-1H427R1 - - NIVEL DE TENSIÓN: 1 PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3314 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1995.

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 éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 9081 de 10 de diciembre de 2020.

"Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio."

Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994

En cumplimiento de la resolución CREG156/11 consultar www.enel.com.co

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, te invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá 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 (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención definidos por cada empresa.

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

FECHA GENERACIÓN: 11/01/2025 00:57:00
FECHA EXPEDICIÓN: 11/01/2025 15:59:15

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.086.812-

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del PW: CENFacturaCo - NIT 800.321.151-9

88

6014399801

linia contrato
Animal

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 19

MICROCHIP: 990000012129078

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Milo

COLOR: Gris

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

RAZA: Mestizo EDAD: 1año

PESO: 6,5 Kg.

POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Thirly Yaneth Caldera Hernandez

DIRECCION: KR 16 A #22 SI AP 203

TELEFONO: 3229132868

CEDULA: 26230132

CORREO ELECTRÓNICO: 3229132868@smcorreo.com

BARRIO: Santa fe

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: Bachiller

NS/NR: __

TIPO DE VIVIENDA: CASA __ APTO X RURAL __

3. ANAMNESIS

Buen Estado de Salud

ULT. CELO: Dic 24

ULT. DESPARASITACION: Dic 24

ULT. VACUNACION: NS/NR: __ CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE:

FELINOS: TRIPLE FELINA: HEXAVALENTE: LEUCEMIA: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA:

RABIA: NO024

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI __ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 116 l/m

F. RESPIRATORIA: 31 r/m

TEMPERATURA: 38,2 °c

TLLC 1 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,6 ml.	5 mg/kg IV X 10 mg/kg IM ☐
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1,2 ml.	2 mg/kg IV
	PROPOFOL	2,1 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,4 ml.	17.000 UI/kg IM
	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 especificamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_x_ RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO
TARJETA PROFESIONAL

Mónica Vázquez Milán
Médica Veterinaria
TP. 11804

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO
TARJETA PROFESIONAL

Dra. Ximena Moreno Ruiz
Médica veterinaria
M.P 45482
Universidad Nacional de Colombia

FIRMA

	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES
	HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

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

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO _X___ o RECHAZO ____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua 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 preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del Responsable/Tenedor: Shirly Caldera	Nro de Identificación: 26230132

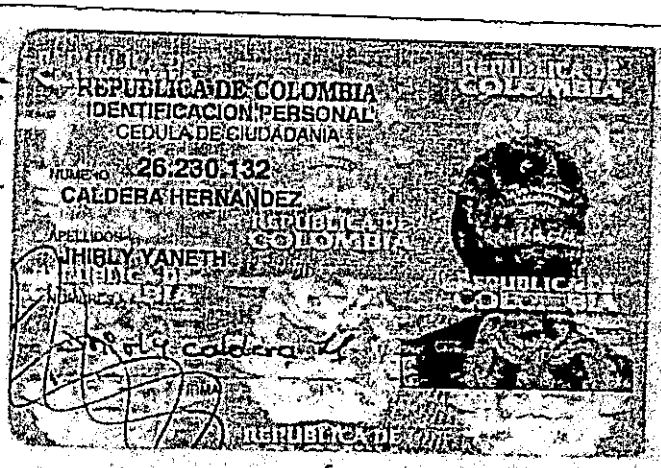
Yo, _____ identificado con CC. No._____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilización y castración) de mi animal de compañía.
RAZÓN:

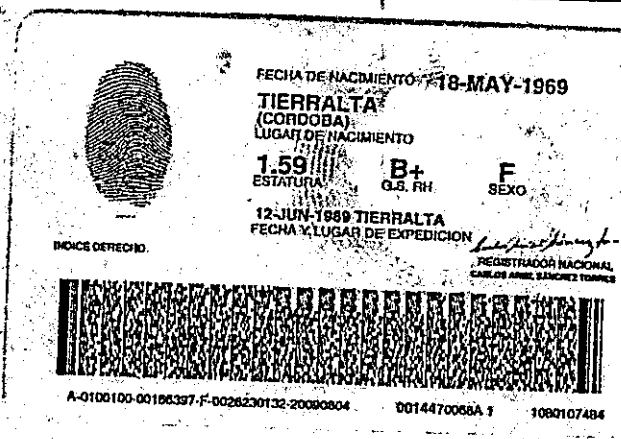
Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación:	

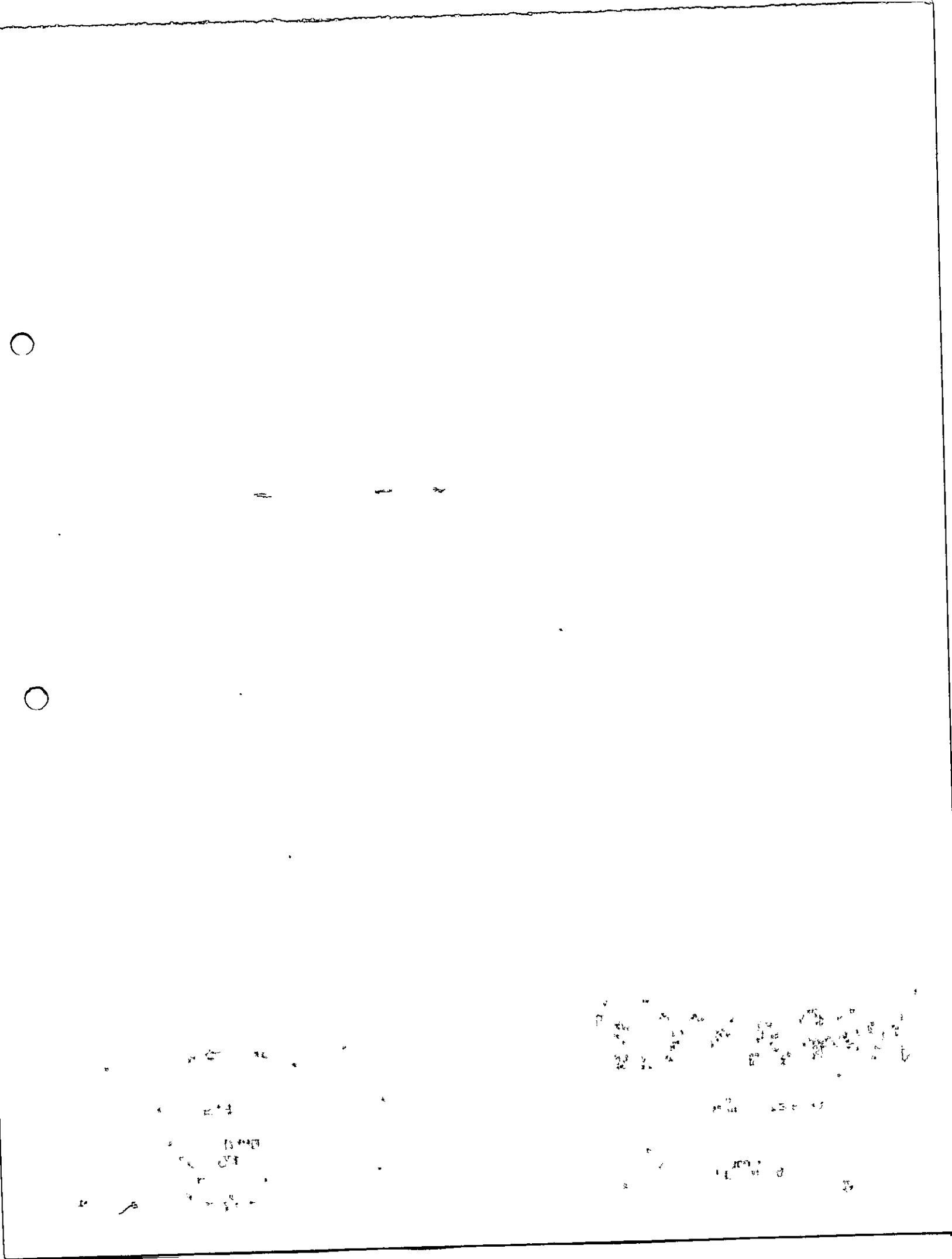
8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Parque Oscar	FECHA: 13 Feb-25	HORA: 8:00 Am

OBSERVACIONES:


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 26.230.132
CALDERA HERNANDEZ
APELLIDOS
JHIBLY YANETH
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 18-MAY-1969
TIERRALTA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.59
ESTATURA
B+
G.S. RH
F
SEXO
12-JUN-1989 TIERRALTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
A-0100100-00186397-F-0026230132-20090804 0014470068A 1 1080107484



enel | Bogotá

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

PAPEL ECOLÓGICO

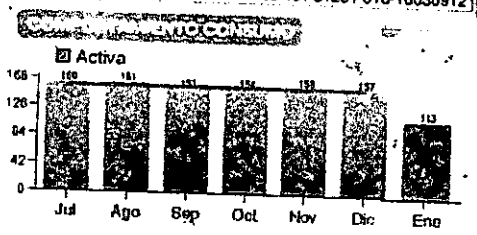
Para pagos y consultas tu número de cliente es: **0347451-1**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 338370017-0

JULIO PARRA
KR 15 A NO 22 51 AP 203
SEGUNDO PISO NO 203
BOGOTA, D.C. - SANTA FE

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

08 401 3126 / 018-16030912



VALOR kWh APLICADO: $877,35

CONSUMO DIARIO: 3,42 kWh

VALOR DIARIO: $1.577

PERÍODO FACTURADO: 07 DIC/2024 A 06 ENE/2025

DÍAS FACTURADOS: 33

CONSUMO MES 113 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES 137 kWh

¡Estamos llevando acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía se encuentra dentro de lo habitual!

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del PH: CENTRARIO - NIT 900.321.151-0

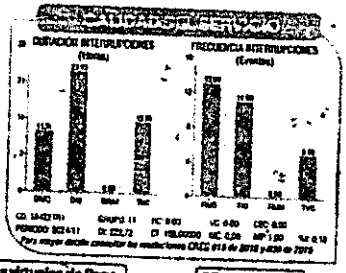
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	1,90
[illegible] REPARTO:	1
[illegible] LECTURA:	3000484013128
MANZANA DE LECTURA:	34084030464
MEDIDOR NO:	MS00610317
MEDIDOR NO:	018-16030912
	018-16030912

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.

INDICADORES DE CALIDAD



CONTÁCTANOS

Escribe a nuestro chat de servicio en www.enel.com.co/chat

Registrarte gratis

Zona privada de la página Web

App Enel Clientes Colombia

Línea gratuita nacional 01 8000 115 115

Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 6 115 115

EMERGENCIAS: 115 Gratuito las 24 horas

DENUNCIAS: 601 6140005 denuncias@enel.com

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

APP Bancos · Internet · Teléfono Banco · Débito Automático · Cobro Electrónico · APP Enel Clientes Colombia · Botón de Pago Online · Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual

Daviplata · dale! · Nequi · MOVII · Tpaga

Corresponsales Bancarios

CORRED · efecty · El Raval · MOVIRED

Red Distrital

RED CADE

Centros de Servicio

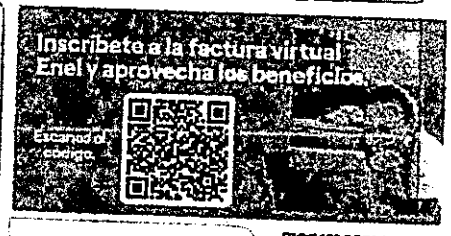
enel

Almacenes de Cadena

Éxito · Carulla

Código QR

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el comprobante del cliente. El sello del corresponsal no es un recibo válido en caso de reclamo.



COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:

Vigencia: DIC/2024

G: $396,78 T: $58,19 D: $280,73 C/U: $108,30 PR: $88,73 R: $3,64 CP: $0,00 / $877,35 Costo kWh Mes

GRUPO 11 DECRETO 0412-1992/2019 – NIVEL DE TENSIONES PROMEDIO: Inferior

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tasa 11,04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0047 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG

Información comunícate al (601) 9 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de Red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según

Resolución No. 0061 del 10 de diciembre de 2020.

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

Este factura se cobra precio máximo establecido de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994

[illegible] de la resolución CREG156/11 consultar www.enel.com.co

[illegible] En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y

[illegible] Para obtener mayor información, se invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 9 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 113, o en nuestros Centros de

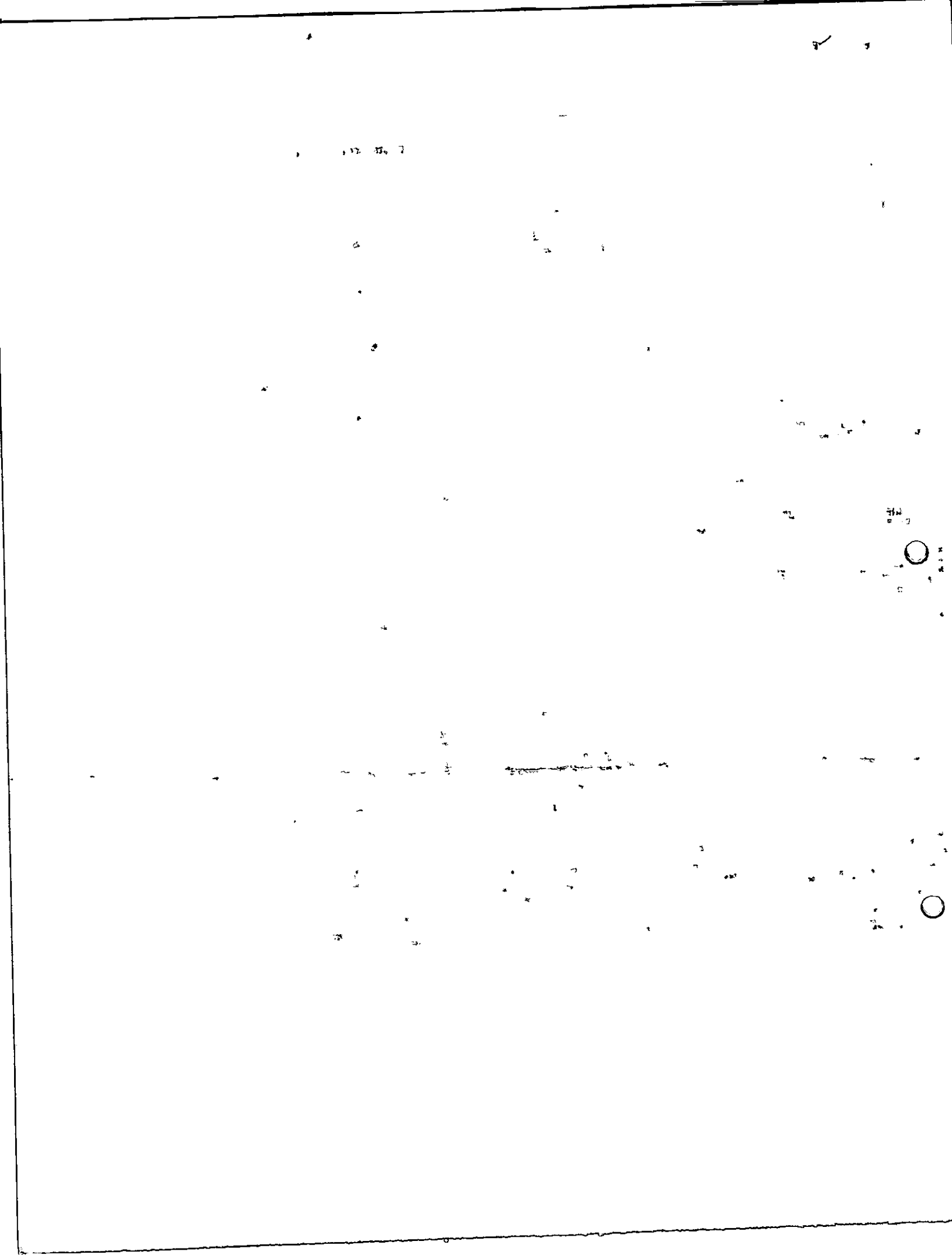
Cliente.

ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Entregas de Cobranza), de acuerdo con la autorización expresa emitida por el cliente 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 dirigirse a los canales de atención definidos por cada tercero.

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

FECHA GENERACIÓN: 11/01/2025 00:57:00
FECHA EXPEDICIÓN: 11/01/2025 15:59:15

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 830.048.812-



ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 20

MICROCHIP: 990000012129073

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Oliva

COLOR: Canela

ESPECIE: CANINO X FELINO __ SEXO: HEMBRA X MACHO __ RAZA: chow chow EDAD: 8 años PESO: 14,6 kg

POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Wilfredo Martin Morales Rojas

DIRECCION: Cl 22D N A29 31

TELEFONO: 3114489811

CEDULA: 79631602

CORREO ELECTRÓNICO: tallermangaku@yahoo.com

BARRIO: Santa fe ESTRATO: 3 LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: profesional NS/NR: __

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __

3. ANAMNESIS

Buen Estado de salud

ULT. CELO: Dic 24

ULT. DESPARASITACION: NO Reporta

ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE:

FELINOS: TRIPLE FELINA: HEXAVALENTE: LEUCEMIA: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 118 l/m F. RESPIRATORIA: 32 r/m TEMPERATURA: 38,6 °c TLLC 1" seg MUCOSAS: Rosada

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,7 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	1,4 ml.	5 mg/kg IV ☑ 10 mg/kg IM ☐
	PROPOFOL	2,8 ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	4,9 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,9 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), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_x_ RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO: Mónica V. Vázquez Milán
TARJETA PROFESIONAL: Médica Veterinaria TP. 11804

FIRMA: MVj

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO: Dra. Ximena Morcillo Ruiz
TARJETA PROFESIONAL: Médica veterinaria M.P 45482 Universidad Nacional de Colombia

FIRMA: XMR

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

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

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO** _X___ o **RECHAZO** ____ **la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua 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 preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Marsu MORALES	79.631.602 Bta

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

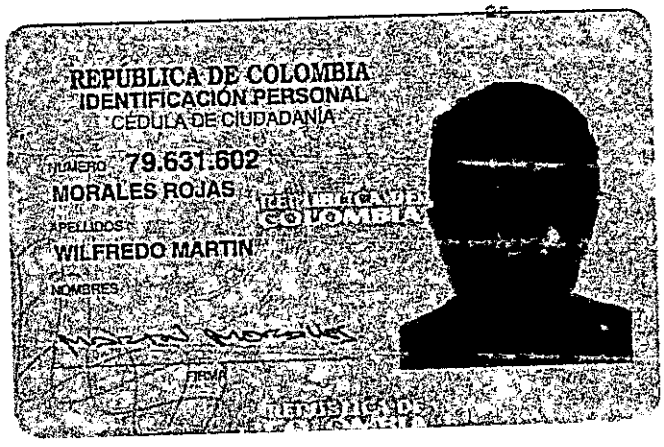
RAZÓN:

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
parque Oscar	13-Feb-25	8:00 Am

OBSERVACIONES:



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 79.631.602

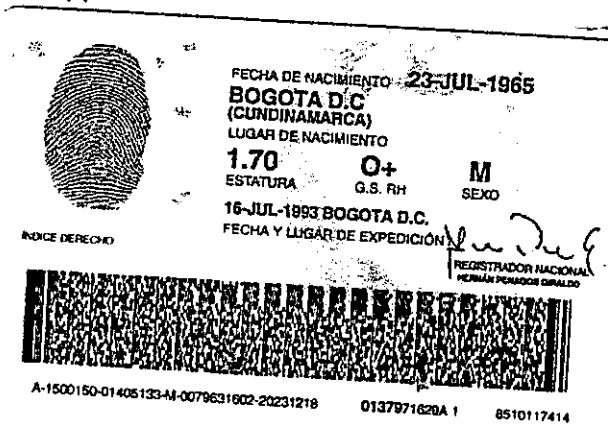
MORALES ROJAS

APELLIDOS

WILFREDO MARTIN

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 23-JUL-1965
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

16-JUL-1993 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNÁN PENAGOS GIRALDO

INDICE DERECHO

A-1500150-01405133-M-0079631602-20231218 0137971629A 1 8510117414

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-JUL-1965

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

16-JUL-1993 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNÁN PENAGOS GIRALDO

A-1500160-01405133-M-0079631602-20231218 0137971629A 1 8510117414

enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 830.059.207-6
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

Para pagos Y consultas tu número de cliente es

0342815-0

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 334502022-0

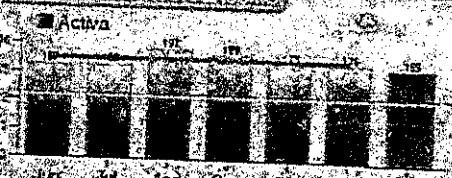
MARQUEZ DE ARDILA LUISA
CL 22D N 17 29 31
BOGOTA, D.C. - SANTA FE

08 401 2483 / 065-1109820

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO DE VENTAS

Activa



VALOR kWh APLICADO: $964,43
CONSUMO DIARIO: 5,12 kWh
VALOR DIARIO: $3.916
CONSUMO MES: 159 kWh

PERIODO FACTURADO: 07 NOVIEMBRE A 05 DICIEMBRE
DIAS FACTURADOS: 29

ESTIMADO CLIENTE: A PARTIR DE ESTA FACTURA SE LE ENTREGARÁ UN DESCUENTO DEL 20% EN EL VALOR DE LA ENERGÍA DE LOS PRIMEROS 200 kWh DE CONSUMO MENSUAL

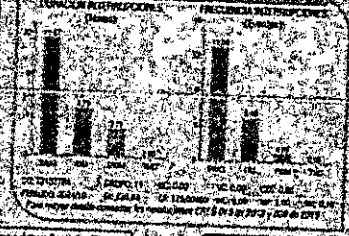
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	
ESTRATO:	3
CARGA kW:	5,56
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3000480412433
RUTA LECTURA:	3406430142
MARCA DE LECTURA:	3450841012
MEDIDOR NO:	065-1109820
MEDIDOR NO:	065-1109820

USO SEGURO DE LA ENERGÍA

Si vas a reutilizar luces navideñas de años anteriores, verifica que no tengan cables desgastados, pelados o bombillas rotas. Recuerda que un cable o luz en mal estado...

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Registro de tu perfil
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

Bogotá, Soacha y Cundinamarca: (601) 6 115 115	115 Emergencias las 24 horas	601 514 0000

Si tienes alguna queja o reclamo, comunícate con nosotros a través de:
https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enel.com

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago
Corresponsales Bancarios
Red Distrital
Centros de Servicio
Almacenes de Cadena
Oficinas Virtual
Código QR

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencias NOV/2024

FECHA GENERACIÓN: 11/12/2024 03:45:54
FECHA EXPEDICIÓN: 11/12/2024 11:16:14

Factura impresa por Comercial Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.208.xxx-x

94

ENERGÍA

0342815-0

08 ENE /2025

Situación encontrada: Normal

Tipo de Lectura: Real

SUBSIDIO

SUBTOTAL $129.232

ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTÓ $3.916 DIARIOS

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena

SUBTOTAL

1 TOTAL ENERGÍA $129.230

Otros cobros de productos y servicios

2 TOTAL OTROS:

Movilidad eléctrica segura con Enel X.

Compra e instala tu cargador con la garantía que te brinda Enel X.

Llama y agenda tu cita:

601 514 08 00.

Para temas relacionados con energía, emergencias y facturación comunícate al (601) 5115 115.

NÚMERO DE CLIENTE
0342815-0

Documento Equivalente Electrónico No.
334902022-0

(415)7707289914253(8020)010342815033490202 20(3900)0000000129230

PAGO OPORTUNO
23 DIC /2024

TOTAL A PAGAR
$129.230

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 21 | MICROCHIP: 990000012136765 | FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Perla | COLOR: Negro

ESPECIE: CANINO X FELINO __ | SEXO: HEMBRA X MACHO __ | RAZA Mestizo | EDAD 6años | PESO: 5,17kg | POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria Cristina Vasquez Ortega | DIRECCION: KR 16A #22Si Ap203 | TELEFONO 3143940999

CEDULA: 25808772 | CORREO ELECTRÓNICO: 3143940999@sincorreo.com

BARRIO: Santa fe | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: LOS MARTIRES

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

3. ANAMNESIS

Buen Estado de Salud

ULT. CELO: NO Reporta | ULT. DESPARASITACION: NO Reporta | ULT. VACUNACION: NS/NR: __ CANINOS PARVO: / HEXAVALENTE: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / FELINOS: TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA: / RABIA: Sep24

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 120 l/m | F. RESPIRATORIA: 32 r/m | TEMPERATURA: 38,1 °c | TLLC 1 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,2 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,5 ml.	5 mg/kg IV X 10 mg/kg IM ☐
	PROPOFOL	1 ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1,7 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,3 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,05 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 Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_x_ RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Mónica Vázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Ximena Moreno Ruiz Médica veterinaria M.P 45482 Universidad Nacional de Colombia	FIRMA

	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES	
	HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS	
	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM	

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

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO _X___ o RECHAZO ____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua 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 preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
María Vargas	25808 772

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Oscar	13-Feb 25	8:00 AM

OBSERVACIONES:

84.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 25.808.772
VASQUEZ ORTEGA
APELLIDOS
MARIA CRISTINA
NOMBRES

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 25-MAY-1958
MONTELIBANO
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 B+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

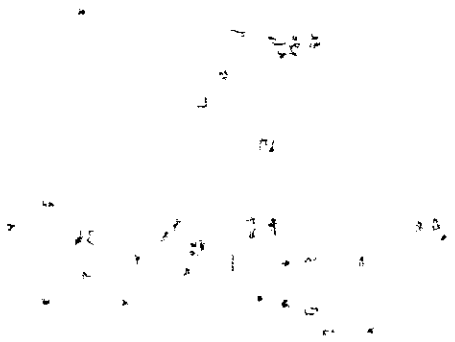
14-MAR-1989 AYAPEL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00613879-F-0025808772-20140822 0039630159A 1 5021166239

96



enel | Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-6
Calle 93 No. 13 – 45 Piso 1

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **0347451-1**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 333370017-0

CLIENTE

JULIO PARRA
KR 16 A NO 22 51 AP 203
SEGUNDO PISO NO 203
BOGOTA, D.C. - SANTA FE

08 401 3126 / 018-16030912

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO

VALOR kWh APLICADO: $877,36

CONSUMO DIARIO: 3,42 kWh

VALOR DIARIO: $1.577

PERÍODO FACTURADO: 07 DIC/2024 A 08 ENE/2025 | DÍAS FACTURADOS: 33 | CONSUMO MES 113 kWh | CONSUMO PROMEDIO 12 ÚLTIMOS 6 MESES 151 kWh

¡Estamos leyendo tu 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:	1,90
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30004084013126
RUTA LECTURA:	34084030464
MARCA DE LECTURA:	MS00610317
MEDIDOR NO:	018-16030912
MEDIDOR NO:	018-16030912

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

Solicitudes y reclamos
Chat de atención en
318 693 8003 (Llama Bot o pasa Asesor)
Registrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

ENTIDAD SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	SUPERINTENDENCIA
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Disponible las 24 horas.	601 5140066

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago: APP Enel, Internet, Teléfono Banco, Débito Automático, Cajero Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Botón de Pago Online, Botón de Pago Bancolombia

Billeteras Virtuales: Nequi, Daviplata, Movii, Tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, Éxito, Davivienda, Red Multipagos, Servibanca, MONRED, Bancolombia, Efecty

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: CADE

Código QR

Almacenes de Cadena: Jumbo, Alkosto

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el comprobante del cajero. El sello del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: DIC/2024

CU: $358,78 T: $38,18 D: $280,72 CV: $108,30 PR: $69,73 R: $3,84 CP: $1,80 / $877,36 Costo kWh Mes

EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS - NIVEL DE TENSIONES PROPIEDAD Empresa

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3314 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0047 de 23 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1995

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, bogotá de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 1061 de 10 de diciembre de 2020.

"Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio."

Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994

En cumplimiento de la resolución CREG 038/11 consultar www.enel.com.co

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modifica el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y los 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, bogotá de Bogotá 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 de servicio público domiciliario de energía eléctrica (Decreto de Cobranza), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el ente 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 conceptos, por favor dirigirse a los canales de atención de dichas por esas empresas.

El valor del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-6. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 11/01/2025 00:57:00
FECHA EXPEDICIÓN: 11/01/2025 15:59:15

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación S.A.S NIT 800.048.812
Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios BAS SIC - Nombre del SW: CENFacturame - NIT 800.321.181-0

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 22

MICROCHIP: 990000012136762

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Kyra

COLOR: Chocolate

ESPECIE: CANINO X FELINO __ SEXO: HEMBRA X MACHO __ RAZA Mestizo EDAD 3años PESO: 19,6Kg POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ana Bertilda Poveda Rodriguez

DIRECCION: Cl 24 18 29

TELEFONO: 3202299047

CEDULA: 30205928

CORREO ELECTRÓNICO: anitapoveda69@gmail.com

BARRIO: San Victorino ESTRATO: 3 LOCALIDAD: LOS MARTIRES

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

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO: Nov 24

ULT. DESPARASITACION: No Reporta

ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: / HEXAVALENTE: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / FELINOS: TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA: / RABIA: /

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 118 l/m F. RESPIRATORIA: 32 r/m TEMPERATURA: 38,4 °c TLLC 1 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	1,9 ml.	5 mg/kg IV ☑ 10 mg/kg IM ☐
	PROPOFOL	3,8 ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	6,6 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1,3 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,19 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 Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_x_ RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO – TARJETA PROFESIONAL: Mónica Velázquez Milán, Médica Veterinaria, TP. 11804 — FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Dra. Ximena Moreno Ruiz, Médica veterinaria, M.P 45482, Universidad Nacional de Colombia — FIRMA

BOGOTÁ	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM	

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

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO** _X___ o **RECHAZO** ____ **la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua 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 preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
· Ana Bertilda pareda ·	· 30 205 928

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

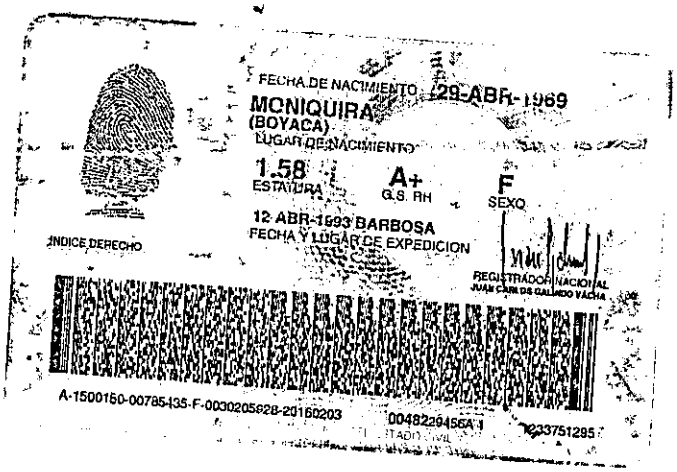
Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación:	Firma:

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Parque Oscar	FECHA: 13 feb 2025	HORA: 8 am

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NUMERO 30.205.928
POVEDA RODRIGUEZ
APELLIDOS
ANA BERTILDA
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 29-ABR-1969
MONIQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
12-ABR-1993 BARBOSA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALLEGO VACHA
INDICE DERECHO
A-1500150-00785435-F-0030205828-20160203
0048229456A 1
2333751285

Factura de gas

Enero 2025

Cuenta o referencia de pago 61890906

Vanti

Fechas importantes

1	2	3	4
Pago oportuno	Fecha de suspensión	Periodo facturado	Emisión de tu factura
29 Ene. 2025	30 Ene. 2025	Dic. - Ene. 2024	16 Ene. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	12M3	2.479,93	0,00	29.759,16
FIJO	1UN	4.029,00	0,00	4.029,00
AJUSTE DECENA	1UN	1,84	0,00	1,84

1 Total $33.790,00

Tus financiaciones

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

2 Total $0,00

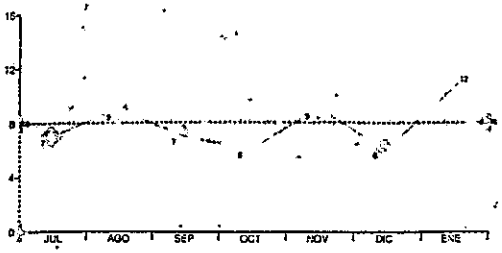
3 Valor facturas vencidas $0,00

Total a pagar 1+2+3 $33.790,00

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial | Estrato/Cat.Tres | Días de consumo 34

Fecha	Lectura	Tipo
11 Dic. 2024	2819	REAL
13 Ene. 2025	2835	REAL

m³ corregido= 2835 - 2819 * Factor de corrección = 12

Tu próxima lectura será

Entre 08 y el 13 de Febrero

Novedades de tu factura

Dale esperanza a una familia colombiana realizando un aporte voluntario en www.grupovanti.com, valor sugerido $ 3379

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

30 May. 2026

La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente* *Resoluciones 059 de 2012 y 41265 de 2017

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $2480.

Oct. $2250 Nov. $2362 Dic. $2362

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

Componentes tarifarios

Gm: 1289.55 Tm: 514.92 Dm: 613.86 Cm: 2479.93
Pr: 61.53 Cvm: 0.0 Cufm: 4029.0 Cuvm: 2479.93
Com: 0.0 Fpcm: 42.475 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

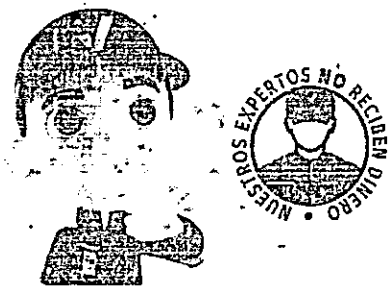
Mjm³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 142 kWh y el precio unitario del kWh es: $237.945

Factor de corrección

Vm: 16 Kp: 0.76727 Kt: 1.00552 Pr: 0.77227
Vc: 12 Tm: 13.69 Tc: 15.56 Pe: 1.01000
Pa: 0.752 Pm: 0.023 F pcr: 1.0
Factor de corrección: 0.77227

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IO: 100.0 IPB: 100.0

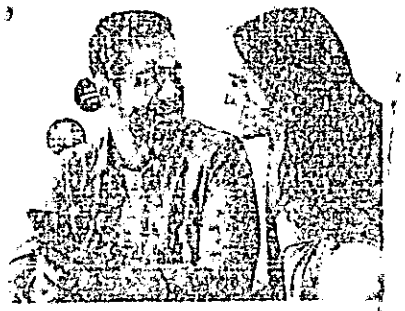


(415)7709998026025(8020)61890906(3900)00000000033790

Empresa privada con participación accionaria del Grupo Energía Bogotá. Constitución 05/2020 Duración 27/2025 Radicado de IVA. Autorretenedores. Resolución 4.1.6.1.0.0.1.1.0.0.0.1.1.0.0.0.1.1.0

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

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



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/

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Bancolombia · Nequi · dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Avel

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.

Si te suspendieron el servicio por falta de pago y cuando se requiera, un cupo de que suspendió el acceso al medidor o a la instalación interna y da anclactus de consumo. Como consumidor puedes presentar un recurso de reposición ante la empresa y apelar ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al conocimiento del acto de suspensión. Sobre el contenido de tu factura el cliente cuenta con los mecanismos de defensa en la ley 142 de 1994 y puede hacer uso antes de la fecha señalada para el pago oportuno.

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT: 830.036.812-6 7018523072024

¡Hola!

JULIO CESAR SOLANO
CL 24 18 29 00201 - SAN VICTORINO
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar

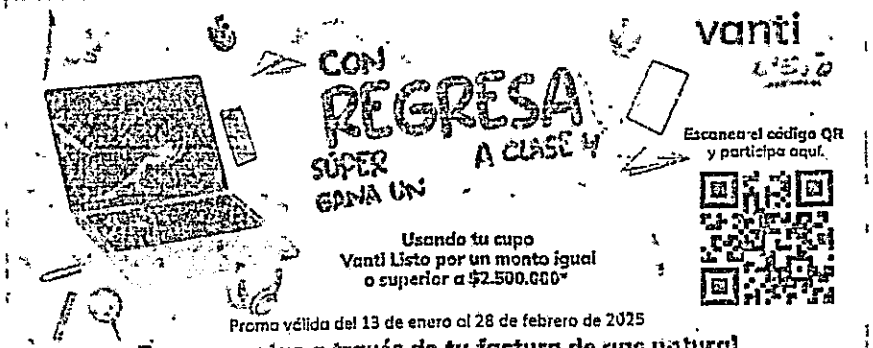
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No.:5187101-273609

Lote: P09GN Ruta: 0011310201700005200 Código del Sector: 391

Cuenta o referencia de pago **61890906**

vanti Listo

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 4.900.000**



Paga a cuotas a través de tu factura de gas natural

éxito

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gasnecer S.A. ESP. Conoce T&C de la campaña ingresando a grupovanti.com/vantilisto/celebraciones. Vanti Listo es la marca que identifica el servicio de financiación no bancaria ofrecido por el Grupo Vanti. Aplican condiciones señaladas en la política de financiación; consúltala en grupovanti.com/vantilisto/celebraciones. 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
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.

391 0011310201700005200 P09GN

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 23 | MICROCHIP: 990000012129068 | FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Mia | COLOR: Blanco- Negro

ESPECIE: CANINO X FELINO __ | SEXO: HEMBRA X MACHO __ | RAZA Mestizo | EDAD 1año | PESO: 8,2kg | POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Isella Katherine Restrepo Restrepo | DIRECCION: cl 02 B # 24 40 | TELEFONO 3174086994

CEDULA: 1108561345 | CORREO ELECTRÓNICO: yisellarestrepo restrepo@gmail.com

BARRIO: El Vergel | ESTRATO: 0 | LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: Bachiller

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

3. ANAMNESIS

Buen Estado de salud

ULT. CELO: Dic 24 | ULT. DESPARASITACION: NO Reporta | ULT. VACUNACION: NS/NR: __ CANINOS PARVO: X HEXAVALENTE: TRIPLE: PENTAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA: | FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA:

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 116 l/m | F. RESPIRATORIA: 31 r/m | TEMPERATURA: 38,4 °c | TLLC 1 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,4 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,8 ml.	5 mg/kg IV X 10 mg/kg IM ☐
	PROPOFOL	1,6 ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	2,8 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,5 ml.	17.000 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 Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_x_ RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Mónica Velázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Ximena Moreno Ruiz Médica veterinaria M.P 45482 Universidad Nacional de Colombia	FIRMA

	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES
	HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

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

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO _X___ o RECHAZO ____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua 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 preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Yisella Katerine Restrepo	1108567345

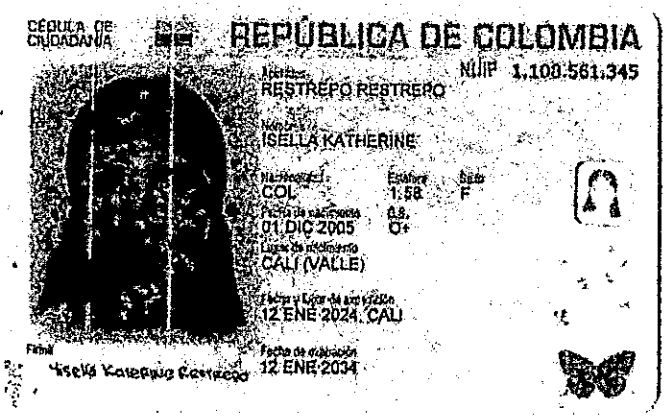
Yo, _____ Identificado con CC. No._____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilización y castración) de mi animal de compañía.
RAZÓN:

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
parque Oscar	13 Feb-25	8:00 Am

OBSERVACIONES:


CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.100.561.345

Apellidos
RESTREPO RESTREPO

Nombres
ISELLA KATHERINE

Nacionalidad
COL

Estatura
1.58

Sexo
F

Fecha de nacimiento
01 DIC 2005

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
CALI (VALLE)

Fecha y Lugar de expedición
12 ENE 2024. CALI

Firma
Isella Katherine Restrepo

Fecha de vencimiento
12 ENE 2034

102

ICCOL0391661800310D1<<<<<<<<<<<<
0512011F3401125C0L1108561345<1
RESTREPO<RESTREPO<<ISELLA<KATH

PSE - 10 enero 2025
cta ah Bancol

15639

enel Bogotá

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

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **2385016-9**

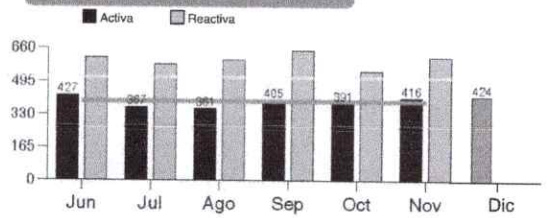
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 336339260-4

CLIENTE

LUCRECIA RODRIGUEZ UREA
CL 02 B NO 24 40
SANTA ISABEL
BOGOTA, D.C. - EL VERGEL

17 221 0130 / 118-18082216

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $864,43

CONSUMO DIARIO: 14,62 kWh

VALOR DIARIO: $21.329

PERIÒDO FACTURADO: 21 NOV/2024 A 19 DIC/2024

DIAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES 424 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 395 kWh

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

En esta Navidad puedes iluminar y proteger a todos.

Ayuda a prevenir electrocuciones, cortocircuitos, cortes de energía e incendios, protegiendo así a tu familia y a tu comunidad.

Si ves a alguien sin el uniforme de Enel manipulando transformadores, medidores o cables, **repórtalo.**

Hazlo anónimamente en el **601 514 0000** o en **www.enel.com.co**

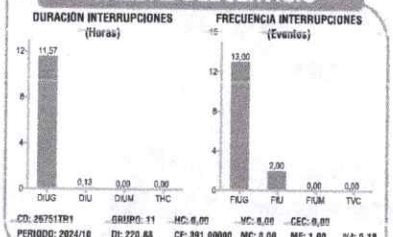
INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Industrial
ESTRATO:	0
CARGA kW:	23,08
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10002172210130
RUTA LECTURA:	12172210157
MANZANA DE LECTURA:	MS00410619
MEDIDOR NO:	118-18082216
MEDIDOR NO:	118-18082216

USO SEGURO DE LA ENERGÍA

Si vas a reutilizar luces navideñas de años anteriores, verifica que no tengan cables desgastados, pelados o bombillas rotas. Reemplaza cualquier cable o luz en mal estado.

CALIDAD DEL SERVICIO



CO: 26751TR1 GRUPO: 11 HC: 6,00 MC: 6,00 CEC: 0,00
PERIODO: 2024/10 DI: 220,63 CF: 391,00000 NC: 0,00 MF: 1,00 %I: 0,18
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 036 de 2019

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/radicaciones
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
316 890 6003 (Elena Bot o paso Asesor)
Enel Colombia @EnelClientesCO
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas.	601 5140055 denuncias@enel.com

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago
APP Banco · Internet · Teléfono Banco · Débito Automático · Cajero Electrónico · APP Enel Clientes Colombia · Botón de Pago Online · Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual
Daviplata · MOVII · NEQUI · tpaga

Corresponsales Bancarios
CONRED · efácil · Reval · Todo a Cien · Baloto · Supergiros · MOVIRED · puntored · efecty

Red Distrital
RED CADE

Centros de Servicio
enel

Almacenes de Cadena
JUMBO · Metro

Código QR

Regístrate a Conecta.

Reciba beneficios como puntos, abonos a tu factura, descuentos, bonos y más.

Regístrate aquí:

Comparte lo mejor de tu energía a quienes lo necesitan.
Puedes realizar tus donaciones en: www.enelxstore.com/co/es sección "Comparto mi energía"
Aporte sugerido: $61.855

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: **Vigencia: NOV/2024**
G: $367,79 T: $55,37 D: $263,15 CV: $103,05 PR: $70,51 R: $4,56 CF: $0,00 / $864,43 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: VE34-26751TR1 - - NIVEL DE TENSION:1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autoretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999.
Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente, Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP, Somos grandes contribuyentes según resolución No 9061 de 10 de diciembre de 2020.
"Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio."
Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994
En cumplimiento de la resolución CREG156/11 consultar www.enel.com.co
IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, te invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá 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 (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo, ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención definidos por cada Empresa.
El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 23/12/2024 01:46:53
FECHA EXPEDICIÓN: 23/12/2024 13:07:24

CUDE: b5cab19dafb9d7d5bbd0c5c28bb068a15869360efed0c299af4999ecedf65a5a47d9046322ca101194911 6f5166a94

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 890.321.151-0
12.559 - Página 1 de 2
Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.096.312-

15639

104

1 Total Energía	+	2 Portafolio Enel X	=	Total a Pagar	PAGO OPORTUNO	FECHA DE SUSPENSIÓN
$618.550		$0		$618.550	03 ENE /2025	08 ENE/2025

ENERGÍA — NÚMERO DE CUENTA: 2385016-9 — PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 20 ENE /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
ENERGIA ACTIVA FP	12.659		12.235		424		1		424	424		$864,43		$366.517
ENERGIA REACTIVA	14.912		14.134		778		1		778	568		$263,15		$148.943
CONTRIBUCION	APORTE DEL 20.00 % DEL VALOR FACTURADO													$103.092
ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $21.329 DIARIOS												SUBTOTAL:		$618.552

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$-2
SUBTOTAL:	$-2

Consumos + Otros cobros asociados a energía — 1 TOTAL ENERGÍA: $618.550

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 inscribiéndote a FACTURA VIRTUAL desde www.enel.com.co en la sección Personas.

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

Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSION a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $92.702

Informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones Crédito Fácil CODENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO, éstas entrarán en mora, ante lo cual se realiza reporte negativo a las bases de información Financiera y cobro por gastos de cobranza si la mora supera 16 días y se realiza gestión de cobro.

ESTIMADO CLIENTE: La tarifa final es de: $864,43

NÚMERO DE CLIENTE
2385016-9

Documento Equivalente Electrónico No.
336339260-4

(415)7707209914253(8020)012385016933639260 4(3900)00000000618550

PAGO OPORTUNO
03 ENE /2025

TOTAL A PAGAR
$618.550

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 24

MICROCHIP: 990000012129072

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Dulce

COLOR: Gris

ESPECIE: CANINO X FELINO __ SEXO: HEMBRA X MACHO __ RAZA Mestizo EDAD 2anos PESO: 6 kg POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Isella Katherine Restrepo Restrepo

DIRECCION: Cl 02B #24 40

TELEFONO: 3174086994

CEDULA: 1108561345

CORREO ELECTRÓNICO: yisellarestreporestrepo@gmail.com

BARRIO: El Vergel

ESTRATO: 0

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: Bachiller

NS/NR: __

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __

3. ANAMNESIS

Buen Estado de Salud

ULT. CELO: Dic 24

ULT. DESPARASITACION: No Reporta

ULT. VACUNACION: NS/NR: __ CANINOS PARVO: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: / FELINOS: TRIPLE FELINA: / HEXAVALENTE: / LEUCEMIA: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / RABIA: /

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI __ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 117 l/m

F. RESPIRATORIA: 32 r/m

TEMPERATURA: 38,4 °c

TLLC 1 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,6 ml.	5 mg/kg IV ☑ 10 mg/kg IM ☐
	PROPOFOL	1,2 ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	2,1 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,4 ml.	17.000 UI/kg IM
	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 especificamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_x_ RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO
TARJETA PROFESIONAL

Mónica Velázquez Milán
Médica Veterinaria
TP. 11804

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO
TARJETA PROFESIONAL

Dra. Ximena Moreno Ruiz
Médica veterinaria
M.P 45482
Universidad Nacional de Colombia

FIRMA

	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES
	HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

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

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO _X___ o RECHAZO ____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua 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 preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
• Yisella Katerine Restrepo	• 1108567345.

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

RAZÓN:

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Oscar	13-Feb25	8:00Am

OBSERVACIONES:

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.108.561.345

Apellidos
RESTREPO RESTRERO

Nombres
ISELLA KATHERINE

Nacionalidad
COL

Estatura
1.58

Sexo
F

Fecha de nacimiento
01 DIC 2005

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
CALI (VALLE)

Fecha y Lugar de expedición
12 ENE 2024 CALI

Firma

Fecha de expiración
12 ENE 2034

107

.CO
039166180

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL039166180031001<<<<<<<<<<<
0512011F3401125COL1108561345<1
RESTREPO<RESTREPO<<ISELLA<KATH

PSE - 10 enero 2025
cta ah Bancol

15639

enel Bogotá

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

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **2385016-9**

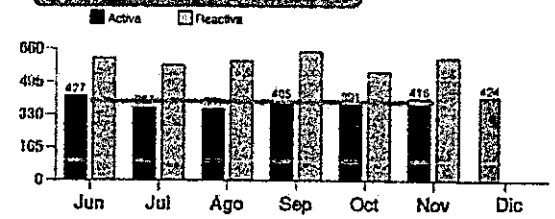
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 336339260-4

CLIENTE

LUCRECIA RODRIGUEZ UREA
CL 02 B NO 24 40
SANTA ISABEL
BOGOTA, D.C. - EL VERGEL

17 221 0130 / 118-18082216

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $864,43
CONSUMO DIARIO: 14,62 kWh
VALOR DIARIO: $21.329

PERÍODO FACTURADO: 21 NOV/2024 A 19 DIC/2024
DÍAS FACTURADOS: 29
CONSUMO MES 424 kWh
CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: ~395 kWh

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

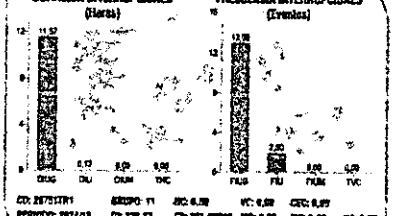
INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Industrial
ESTRATO:	0
CARGA kW:	23,08
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10002172210130
RUTA LECTURA:	12172210157
MANZANA DE LECTURA:	MS0041C819
MEDIDOR NO:	118-18082216
MEDIDOR NO:	118-18082216

USO SEGURO DE LA ENERGÍA

Si vas a reutilizar luces navideñas de años anteriores, verifica que no tengan cables desgastados, pelados o bombillas rotas. Reemplaza cualquier cable o luz en mal estado.

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 2575.1781 GRUPO: 11 IRC: 6,58 VC: 0,00 CFC: 0,07
PERIODO: 2024/10 CI: 223,03 CF: 281,88888 INC: 0,00 IRF: 1,00 %I: 0,13
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 038 de 2014

CONTÁCTANOS

Peticiones y solicitudes enel.com.co/es/personas/radicadores
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
316 690 6003 (Clone Bot o paso Asesor)
Enel Colombia @EnelClientesCO
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas	601 5140055 denuncias@enel.com

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago: APP Banco, Internet, Teléfono Banco, Débito Automático, Correo Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Botón de Pago Online, Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual: Nequi, Daviplata, MOVII, Nequi, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efecti, Raval, MOVIRED, efecty

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena

Código QR

Comparte lo mejor de tu energía a quienes lo necesitan.
Puedes realizar tus donaciones en: www.enelxstore.com/co/es sección "Comparto mi energía"
Aporte sugerido: $61.855

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: NOV/2024
G: $367,79 T: $55,37 D: $283,18 CV: $103,65 PR: $70,51 R: $4,56 CF: $0,00 / $884,43 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: VE34-25761TRI - NIVEL DE TENSION: I PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. 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 éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comuníquese al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 0061 de 10 de diciembre de 2020.

"Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio."

Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994

En cumplimiento de la resolución CREG158/11 consultar www.enel.com.co

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, le invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícale a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá 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 (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que presten los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención definidos por cada Empresa.

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

FECHA GENERACIÓN: 23/12/2024 01:46:53
FECHA EXPEDICIÓN: 23/12/2024 13:07:24

CUDE: b5cab19defb9d7fd5bbd0c5f28bb0668a1586993906fe0c299a14989ecedf65a5a47d9d4322ca1011949116f5168a94

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación S.A.S. NIT 830.085.605-4

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 800.221.151-0

12.559 - Página 1 de 2

15639

108

1 Total Energía	+	2 Portafolio Enel X	=	Total a Pagar	PAGO OPORTUNO	FECHA DE SUSPENSIÓN
$618.550		$0		$618.550	03 ENE /2025	08 ENE/2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 2385016-9 | PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 20 ENE /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
ENERGIA ACTIVA FP	12.559		12.235		424		1		424	424		$864,43		$366.517
ENERGIA REACTIVA	14.912		14.134		778		1		778	566		$263,15		$148.943
CONTRIBUCION	APORTE DEL 20,00 % DEL VALOR FACTURADO													$103.092
ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $21.329 DIARIOS												SUBTOTAL:		$618.552

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$-2
SUBTOTAL:	$-2

Consumos + Otros cobros asociados a energía — 1 TOTAL ENERGÍA: $618.550

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 inscribiéndote a FACTURA VIRTUAL desde www.enel.com.co en la sección Personas.

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

¡Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $32.702

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

ESTIMADO CLIENTE: La tarifa final es de: $864,43

NÚMERO DE CLIENTE
2385016-9

Documento Equivalente Electrónico No.
336339260-4

(415)7707200914253(8020)012385016933633926O4(3900)000000000618550

PAGO OPORTUNO
03 ENE /2025

TOTAL A PAGAR
$618.550

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

PLANILLA DE REGISTRO - ESTERILIZACIONES

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CPS-322-2024

LOCALIDAD: LOS MARTIRES | BARRIO: Parque Oscar | JORNADA: Parque Oscar

FECHA: 31 enero 2025 | OPERADOR: FUNDACION ECODES

NÚMERO MICROCHIP	TIPO DE TENEDOR	ESTRATO	NOMBRE	APELLIDO	CC	SEXO: MUJER	SEXO: HOMBRE	SEXO: INTERSEXUAL	LGBTI	IDENTIFICACIÓN ÉTNICA: AFROCOLOMBIANO	PALENQUERO	INDÍGENA	RAIZAL	GITANO	NINGUNO	FIJO / CELULAR	e-mail	DIRECCIÓN	NOMBRE PACIENTE	ESPECIE: CANINO	ESPECIE: FELINO	SEXO: MACHO	SEXO: HEMBRA	OBSERVACIONES	FIRMA
ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004321793 Expiry date:09/06/2028	P	2	Jaime Camilo	Alvarez Iguera	19 217 160		Y								Y	321411 8001	Jaimeca milo alvarez@smg i.com	CL 22 A # 16-32	Hades	X		X			
ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004321756 Expiry date:09/06/2028	P	2	Carolina	Sandoval	52 902 657	Y									Y	310788 4941	carolina sandoval @gmx.es	Kr 18 B # 23 A-15	Tazmania	Y		Y			
ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004321765 Expiry date:09/06/2028		3	Sandra Milena	Santiago Rios	37 443 167	Y									Y	313337 4954	313337 4954@ sincorreo .com	Kr 18 BIS # 23 A-26 AP100	Chocolate	X		X			
ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004321757 Expiry date:09/06/2028	P	2	Fredy Fabian	Carrillo	1007 244 492		Y								Y	320430 2176	fredy carrillo 206@g mail.com	CL 2 Asur # 4A-14	collie	X		X			
990000012140597	P	2	Fredy fabian	Carrillo	1007 244 492		Y								Y	320430 2176	fredyca rrillo20 6@gmail com	CL 2A Sur # 4A-14	Kaiser	X		X			
Anular																			Malcom	X		X			
ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004321783 Expiry date:09/06/2028		0	Yaneth	Garcia Guevara	51 961 246	Y									Y	322908 0402	322908 0402@sin correo .com	CL 23 A # 18-35 P13	Toby	X		X			
ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004321761 Expiry date:09/06/2028		0	Yaneth	Garcia Guevara	51 961 246	Y									Y	322908 0402	322908 0402@ sincorreo .com	CL 23 A # 18-35 P12	Pity	X		X			
ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004321792 Expiry date:09/06/2028		0	Mauricio	Pulgarin Melo	1032 370 476		Y								Y	322430 2964	pulgarin m14@g mail.com	Kr 15 # 15-95	lucas	Y		Y			
990000012140588		2	Johan Sneeider	Rojo Diaz	1010 041 558		Y								Y	320345 9545	luchica tambero 16 pegn @gmail com	Kr 18 # 19-15 P13	Zeus	Y		Y			
ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004321794 Expiry date:09/06/2028		3	Johan Alexander	Rincon Gonzalez	1013 607 497		Y								Y	322439 5140	alexander rincon gonzalez @gmail.com	Kr 29 # 3-51 01	Peluda	Y		Y			
ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004321767 Expiry date:09/06/2028		3	Johan Alexander	Rincon Gonzalez	1013 607 497		Y								1	322439 5140	alexander rincon gonzalez @gmail com	Kr 29 # 3-51 01	Leo	Y		P			

109

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

PLANILLA DE REGISTRO - ESTERILIZACIONES

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CPS-322-2024

LOCALIDAD: LOS MARTIRES | BARRIO: Parque Oscar | JORNADA: Parque Oscar

FECHA: 31 enero 2025 | OPERADOR: FUNDACION ECODES

NÚMERO MICROCHIP	TIPO DE TENEDOR	ESTRATO	NOMBRE	APELLIDO	CC	SEXO: MUJER	SEXO: HOMBRE	SEXO: INTERSEXUAL	LGBTI	IDENTIFICACIÓN ETNICA: AFROCOLOMBIANO	PALENQUERO	INDIGENA	RAIZAL	GITANO	NINGUNO	FIJO / CELULAR	e-mail	DIRECCIÓN	NOMBRE PACIENTE	ESPECIE: CANINO	ESPECIE: FELINO	SEXO: MACHO	SEXO: HEMBRA	OBSERVACIONES	FIRMA
ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004321775 Expiry date:09/06/2028		3	Fanny (Quinayas)	Quinayas	39 673 948	Y									Y	312558 6994	abrillo ciamg26 2723@ gmail.com	Kr 27 # 24A-24 Ap 200	Teo	Y		Y			Fanny Quinayas
Anulado	-	-	—												P										Home
ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004321786 Expiry date:09/06/2028		3	Maria Cecilia	Home	41797 607	Y									Y	312558 6994	312558 69940 sincomo com	Kr 27# 24A- 24 Ap 200	Lucky	Y		Y			maria cecilia Arcelina Sandoval
990000012136773		0	Arcelina	Sandoval Rios	51747 209	Y									Y	320471 8835	arcelina Sandoval @gmail com	CL 23 # 18B-32 LC 7	Falcao	Y		Y			
990000012129066		3	Darwing Alberto	Navarro Vicent	19 233 869		Y								Y	320329 5070	navarro darwing 856@ gmail.com	CL 24 #18 41 001	Apolo	Y		Y			Darwing Navarro V.
990000012129071		3	Yeni Carolina	Long Torres	1110 465 580	Y									Y	300813 3494	lunaye 71680 @gmail com	Kr 25 # 11-77 02	Max	Y		Y			Yeni Carolina Long Torres
981020045868924		3	Andreina Jose	Castillo Carrasquero	62 421 143	Y									Y	324465 5351	cvcarras cquero 1@hotmail.com	CL 24 # 18-41 001	Coco	P		Y			~~Andreina~~

QLL

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SE

HISTORIA CLINICA: 25

MICROC: ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004321793 Expiry date:09/06/2028

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA X COMUNIDAD __

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Hades

COLOR: Barcino - Oscuro

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

RAZA: Mestizo EDAD: 4 años

PESO: 24.3 kg

POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jaime camilo Alvarez Iguera

DIRECCION: Cl 22A 16-32

TELEFONO: 3214118001

CEDULA: 19217160

CORREO ELECTRÓNICO: jaimecamiloAlvarez@gmail.com

BARRIO: Santa fe

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: Bachiller

NS/NR: __

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO: NO Aplica

ULT. DESPARASITACION: NO Reporta

ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: - TRIPLE: - PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA:

FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA:

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: 116(6) l/m

F. RESPIRATORIA: 31 r/m

TEMPERATURA: 38,4 °c

TLLC 1 seg

MUCOSAS: Rosada

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1,3 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	2,4 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☑
	PROPOFOL	4,8 ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	8,4 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1,6 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 brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y especificamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_x_ RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO
TARJETA PROFESIONAL

Mónica Vázquez Milán
Médica Veterinaria
TP. 11804

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO
TARJETA PROFESIONAL

Dra. Ximena Moreno Ruiz
Médica veterinaria
M.P 45482
Universidad Nacional de Colombia

FIRMA

Dra. Ximena Moreno Ruiz
Universidad Nacional de Colombia

	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES	
	HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS	
	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM	

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

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO _X___ o RECHAZO ____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua 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 preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de identificación: 1921716O

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Parque Oscar	FECHA: 13 feb 2025	HORA: 8 m

OBSERVACIONES:

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE

HISTORIA CLINICA: 26

MIC: ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004321756 Expiry date:09/06/2028

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA X COMUNIDAD __

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Tazmania

COLOR: Amarrillo

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

RAZA: Mestizo EDAD: 1año

PESO: 11Kg

POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Carolina Sandoval

DIRECCION: KR 188 23A-15

TELEFONO: 3107884941

CEDULA: 52902657

CORREO ELECTRÓNICO: carolinasandoval@gmx.es

BARRIO: Martires

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: Profesional NS/NR: __

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __

3. ANAMNESIS

Buen Estado de Salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO:	TRIPLE:	PENTAVALENTE:
NO Aplica	DIC 24	FELINOS: TRIPLE FELINA:	HEXAVALENTE: LEUCEMIA:	PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI __ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 116 l/m

F. RESPIRATORIA: 32 r/m

TEMPERATURA: 38,4 °c

TLLC 2 seg

MUCOSAS Rosadu

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,6 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	1,1 ml.	5 mg/kg IV X 10 mg/kg IM ☐
	PROPOFOL	2,2 ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	3,8 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,7 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,11 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 Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_x_ RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Mónica Vázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Ximena Moreno Ruiz Médica veterinaria M.P 45482 Universidad Nacional de Colombia	FIRMA

	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES	
	HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS	
	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM	

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

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO** _X___ o **RECHAZO** ____ **la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua 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 preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
	52902657

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Oscar	13 feb 2025	8

OBSERVACIONES:

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
900233004321765 Expiry date:09/06/2028

HISTORIA CLINICA: 27

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Chocolate				COLOR: Café	
ESPECIE: CANINO X FELINO __	SEXO: HEMBRA __ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 1año	PESO: 10 kg	POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI __ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X			TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR __ CASERO __ CONCENTRADO X MIXTO __ OTRO __	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Sandra Milena Santiago Rico	DIRECCION: Kr 18 Bis # 23 A-26 Apto		TELEFONO 3133574954
CEDULA: 37 443 167	CORREO ELECTRÓNICO: 3133574954@sincorreo.com		
BARRIO: San Fe	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: LOS MARTIRES	
ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA __ APTO X RURAL __		

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO:	TRIPLE:	PENTAVALENTE:
No Aplica	No Reporta		HEXAVALENTE:	PARAINFLUENZA Y BORDETELLA:
		FELINOS: TRIPLE FELINA:	LEUCEMIA:	RABIA:

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
118 l/m	30 r/m	38,2 °c	1 seg	Rosada

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,5 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	1 ml.	5 mg/kg IV ☑ 10 mg/kg IM ☐
	PROPOFOL	2 ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	3,5 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,7 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 Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_x_ RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Mónica Vásquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Ximena Moreno Ruiz Médica veterinaria M.P 45482 Universidad Nacional de Colombia	FIRMA

	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES
	HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

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

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO** _X___ o **RECHAZO** ____ **la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua 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 preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del Responsable/Tenedor:	**Nro de Identificación:**
Sandra Milena Santiago Rios	37243167

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	**FECHA:**	**HORA:**
Parque Oscar	2025 feb 11	8

OBSERVACIONES:

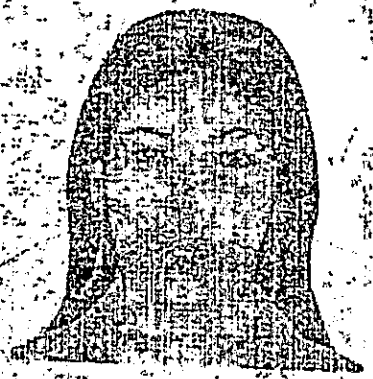
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 37.443.167

SANTIAGO RIOS
APELLIDOS

SANDRA MILENA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 28-JUN-1982
CUCUTA
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

11-ABR-2001 CUCUTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMADEATRIZ RENGIFO LOPEZ

INDICE DERECHO

A-2505400-55152644-F-0037443167-20060925 06380 06268O 02 208994096

enel Bogotá

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

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **0348103-7**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 338285791-7

126231

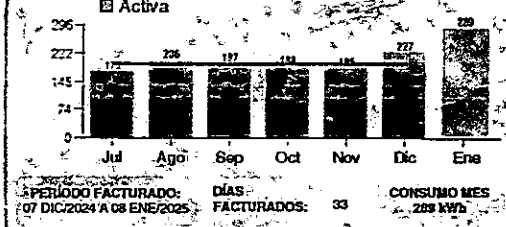
CLIENTE

GONZALO BUENO BADILLO
KR 18 BIS NO 23 A 26 AP 100
PRIMER PISO C DE H
BOGOTA, D.C. - SANTA FE

ENTREGA ESPECIAL:
KR 16 A NO 21 - 13 AP 200
BOGOTA, D.C. - CUNDINAMARCA

08 002 1949 / 057-1276388

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $877,36

CONSUMO DIARIO: 8,76 kWh

VALOR DIARIO: $7.165

PERIODO FACTURADO: 07 DIC/2024 A 08 ENE/2025

DÍAS FACTURADOS: 33

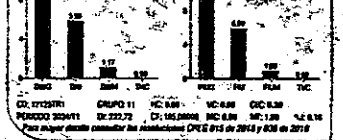
CONSUMO MES: 289 kWh

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

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	5,70
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3000E080021940
RUTA LECTURA:	34084040399
MANZANA DE LECTURA:	RE00610318
MEDIDOR NO:	057-1276388
MEDIDOR NO:	057-1276388

CALIDAD DEL SERVICIO



CO: 17725781 GRUPO 11 IC: 0,00 ID: 0,00 CIC: 0,00
PERIODO 2024/11 DI: 222,72 DI: 185,28000 IRC: 0,00 MI: 1,00 %Z: 0,16
Para mayor detalle consultar los resultados CREG 015 de 2018 y 038 de 2019

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

Peticiones, quejas, reclamos o solicitudes: www.enel.com.co/pqrs-tradicionales
Chat de asesores: www.enel.com.co/es/personas/chat-de-asesores
326 800 6003 (Diana Bot o paso Asesor)
Redes Colombia: @enelcolombia
Redes CO: @enelcolombiaCO
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Opción 1 las 24 horas	601 5140055 denuncias@enel.com

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago
APP Banco · Internet · Teléfono Banco · Débito Automático · Cajero Electrónico · APP Enel Clientes Colombia · Botón de Pago Online · Botón de Pago Semiautomático

Billetera Virtual
Dale! · MOVII · Nequi · Ipaga

Corresponsales Bancarios
CONRED · efecty · El Royal · Su Red · MOVIRED · Punto Red

Red Distrital
RED CADE

Centros de Servicio
enel

Almacenes de Cadena
Jumbo · Alkosto

Código QR

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el desprendible del datáfono. El sello del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencias: DIC/2024
G: $338,76 T: $69,19 D: $280,72 CV: $105,30 PR: $66,75 R: $5,44 CF: $9,89 / $577,36 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: 8721-10007784 - NIVEL DE TENSIÓN: PROPIEDAD Empresa

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0047 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1998.

Salvo el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de reclamos previstos en la Ley 142 de 1994. | Podrá hacer uso de dichos antes de la fecha indicada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, Bogotá; al 01 8000 812 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Buenas grandes contribuyentes según resolución No 0061 de 10 de diciembre de 2020.

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

Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994 (***).

En cumplimiento de la resolución CREG 150111 consulte www.creg.gov.co

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. en su calidad de Comercializador. Para obtener mayor información, le invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, bona de Bogotá al 01 8000 812 115, 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 (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la aprobación surtida emitida por el cliente 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 dirigirse a los canales de atención definidos por cada Empresa.

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

CUDE: 7401eb2594588f4307b2425d4548a2567704a9115305eadf5f4e0d856db7351a9dec2e145f110d89b2922c9de4a2e50c8409f

FECHA GENERACIÓN: 11/01/2025 00:57:48
FECHA EXPEDICIÓN: 11/01/2025 15:35:15

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación S.A.S NIT 800.058.832 - Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre dgf EW: CEN Francisco - NIT: 800.231.151-0

126231

115

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVIC

HISTORIA CLINICA: 26

MICROCHIP: ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004321757 Expiry date:09/06/2028

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA X COMUNIDAD __

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Collie

COLOR: Amarillo -Blanco

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

RAZA: Pastor Aleman EDAD: 3año

PESO: 16,7kg

POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Fredy Fabian Carrillo

DIRECCION: Cl 2A sur #4A 14

TELEFONO: 3204302176

CEDULA: 1007244492

CORREO ELECTRÓNICO: Fredycarrillo206@gmail.com

BARRIO: las Brisas

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: Bachiller

NS/NR: __

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO: NO Aplica

ULT. DESPARASITACION: NO Reporta

ULT. VACUNACION: NS/NR: __ CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA: DIC24

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ____ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 121 l/m

F. RESPIRATORIA: 32 r/m

TEMPERATURA: 38,4 °c

TLLC 1 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,8 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	1,6 ml.	5 mg/kg IV ☒ 10 mg/kg IM ☐
	PROPOFOL	3,2 ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	5,6 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1,1 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 brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y especificamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_x_ RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO
TARJETA PROFESIONAL

Mónica Vázquez Milán
Médica Veterinaria
TP. 11804

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO
TARJETA PROFESIONAL

Dra. Ximena Moreno Ruiz
Médica veterinaria
M.P 45482
Universidad Nacional de Colombia

FIRMA

	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES	
	HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS	
	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM	

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

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO _X___ o RECHAZO ____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua 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 preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación: 1007244492

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Parque Oscar	FECHA: 13 feb 25	HORA: 8 a

OBSERVACIONES:

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 29

MICROCHIP: 990000012140597

FECHA: 3/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA X COMUNIDAD __

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Kaiser

COLOR: Negro

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

RAZA: Mestizo

EDAD: 2años

PESO: 21,5kg

POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Fredy Fabian Carrillo

DIRECCION: Cl 2A sur #4A 14

TELEFONO: 3204302176

CEDULA: 1007244492

CORREO ELECTRÓNICO: Fredycarrillo206@gmail.com

BARRIO: las Brisas

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR: __

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO: No Aplica

ULT. DESPARASITACION: NO Reporta

ULT. VACUNACION: NS/NR: __ CANINOS PARVO: X TRIPLE: __ PENTAVALENTE: __ HEXAVALENTE: __ PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: __ FELINOS: TRIPLE FELINA: X LEUCEMIA: __ RABIA: X

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI __ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 121 l/m

F. RESPIRATORIA: 32 r/m

TEMPERATURA: 38,4 °c

TLLC: 1 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1,1 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	2,1 ml.	5 mg/kg IV X 10 mg/kg IM __
	PROPOFOL	4,2 ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	7,3 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1,4 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,21 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 ACEPTACION_x_ RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO
TARJETA PROFESIONAL

Mónica Vázquez Tafur
Médica Veterinaria
TP 19864

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO
TARJETA PROFESIONAL

Dra. Ximena Moreno Ruiz
Médica veterinaria
M.P 45482
Universidad Nacional de Colombia

FIRMA

	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES	
	HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS	
	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM	

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

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO _X___ o RECHAZO ____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua 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 preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
	1007244017

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

RAZÓN:

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Oscar	13 feb 25	8 am

OBSERVACIONES:

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm

900233004321783 Expiry date:09/06/2028

HISTORIA CLINICA: 30

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Toby

COLOR: Blanco

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

RAZA: French Poodle

EDAD: 1año

PESO: 4,5Kg

POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yeneth Garay Guevara

DIRECCION: CL 23A # 18-35 Piz

TELEFONO: 3229080402

CEDULA: 51961246

CORREO ELECTRÓNICO: 3229080402@sincorreo.com

BARRIO: Santa fe

ESTRATO: 0

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: NS/NR: __ Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO: No Aplica

ULT. DESPARASITACION: No Reporta

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

FELINOS: TRIPLE FELINA: / HEXAVALENTE: LEUCEMIA:

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI __ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ningno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ningno

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

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA	F. RESPIRATORIA	TEMPERATURA	TLLC	MUCOSAS
116 l/m	31 r/m	38,6 °c	1 seg	Rosado

OBSERVACIONES: Ningno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,2 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,4 ml.	5 mg/kg IV ☑ 10 mg/kg IM ☐
	PROPOFOL	0,8 ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1,4 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,2 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,04 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ningno

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO
TARJETA PROFESIONAL

Mónica Velázquez Milán
Médica Veterinaria
TP. 11804

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO
TARJETA PROFESIONAL

Dra. Ximena Moreno Ruiz
Médica veterinaria
M.P 45482
Universidad Nacional de Colombia

FIRMA

118

	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES
	HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

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

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO _X___ o RECHAZO ____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua 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 preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Yanett Garcia Guevara	51961246

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Oscar	13 feb 25	8 -

OBSERVACIONES:

FECHA DE NACIMIENTO 15-SEP-1967
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
07-DIC-1987 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENDON LOPEZ

INDICE DERECHO

A-1500113-45135185-F-0051981246-20050830 04874052418 02 179170073

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
51.961.246
NUMERO
GARCIA GUEVARA
APELLIDOS
YANETH
NOMBRES

FIRMA

enel Bogotá

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

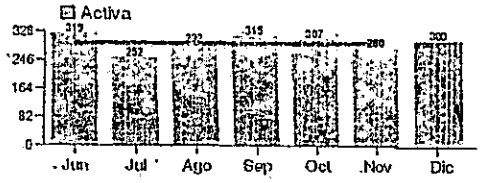
0343340-6

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 334090377-6

GLORIA N GOMEZ
CL 23 A NO 18 35 PI 2
BOGOTA, D.C. - SANTA FE

08 403 7336 / 117-17158037

CONSUMO DE ENERGÍA (kWh)



VALOR kWh APLICADO: $864,43

CONSUMO DIARIO: 10,00 kWh

VALOR DIARIO: $10.373

PERÍODO FACTURADO: 07 NOV/2024-A 06 DIC/2024

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES: 300 kWh

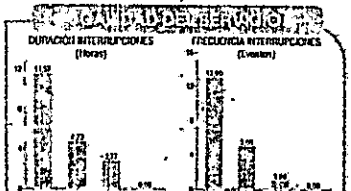
CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 291 kWh

LECTURA DE MEDIDOR

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Comercial
ESTRATO:	0
CARGA kW:	4,46
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30004084037336
RUTA LECTURA:	34084040179
MANZANA DE LECTURA:	MS00610326
MEDIDOR NO:	117-17158037
MEDIDOR NO:	117-17158037

CALIDAD DEL SERVICIO



USO SEGURO DE LA ENERGÍA

Si vas a reutilizar luces navideñas de años anteriores, verifica que no tengan cables desgastados, pelados o bombillas rotas. Reemplaza cualquier cable o luz en mal estado.

CONVIVAMOS

Teléfonos y canales de atención para peticiones, quejas y reclamos
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
315 800 6003 (Chat, bot o paso Asesor)
Enel Colombia @EnelColombiaCO
Registrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

Bogotá, Sabana y Cundinamarca: 601 5 115 115
115 Gratuito las 24 horas
601 5140055
denuncie@enel.com

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago: AFP Banco, Internet, Teléfono Banco, Débito Automático, Cajero Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Botón de Pago Online, Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual: Daviplata, Llave Efectivo, Movii, Nequi, Tpaga

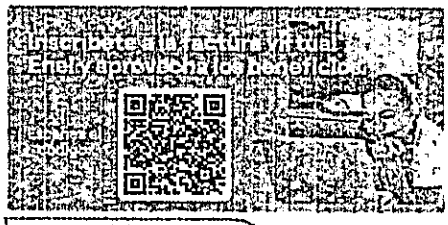
Corresponsales Bancarios: Conpred, Sefácil, Reval, Movired, Efecty

Red Distrital: Red Cade

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Alkosto, Makro

Código QR



Comparte lo mejor de tu energía a quienes lo necesitan.
Puedes realizar tus donaciones en: www.enelxstore.com/co/es sección "Comparte mi energía"
Aporta sugerido: $31.119

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: NOV/2024
G: $357,79 T: $55,37 D: $263,15 CV: $103,05 PR: $76,51 R: $4,56 CP: $0,00 / $364,43 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: SF27-12125781 - - NIVEL DE TENSIÓN: PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCION CREG 015 DE 1992.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de reclamo previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de ellos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comuníquese al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 906 de 10 de diciembre de 2020.

"Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio."

Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994

En cumplimiento de la resolución CREG 156/11 consultar www.enel.com.co

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

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

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

FECHA GENERACIÓN: 11/12/2024 00:45:50
FECHA EXPEDICIÓN: 11/12/2024 11:49:18.

CUDE: 71b782735bd4ab9fc5fa2ca1f7491d67a097291c5cd15a158d2555f5110 1ffb204b3154b3df4cc5f1a371f07995fb89

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.058.832-2

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios $4,5 IVA - Nombre del SW: CEI/Financiero - NIT 800.231.151-9

720

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN

HISTORIA CLINICA: 31

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
900233004321761 Expiry date:09/06/2028

FECHA: 21/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Pity | COLOR: Blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO __ | SEXO: HEMBRA __ MACHO X | RAZA French Poodle | EDAD 1año | PESO: 3,3Kg | POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yaneth Garcia Guevara | DIRECCION: CL 23A # 18-35 Piz | TELEFONO: 3229080402

CEDULA: 51 961 246 | CORREO ELECTRÓNICO: 3229080402@sincorreo.com

BARRIO: Santa Fe | ESTRATO: 0 | LOCALIDAD: LOS MARTIRES

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

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO: No Aplica | ULT. DESPARASITACION: No Reporta | ULT. VACUNACION: NS/NR: CANINOS PARVO: / HEXAVALENTE: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: / FELINOS: TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / RABIA: Agost 24

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ningno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 120 l/m | F. RESPIRATORIA: 31 r/m | TEMPERATURA: 38,4 °c | TLLC 1 seg | MUCOSAS: Rosada

OBSERVACIONES: Ningno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,16 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,3 ml.	5 mg/kg IV X 10 mg/kg IM ☐
	PROPOFOL	0,6 ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,21 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,03 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ningno

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Mónica Velázquez Millán Médica Veterinaria TP. 11804	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Ximena Moreno Ruiz Médica veterinaria M.P 45482 Universidad Nacional de Colombia	FIRMA

121

	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES	
	HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS	
	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM	

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

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

De igual manera autorizó 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.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua 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 preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Yaneth García Guevara	51 961 246

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

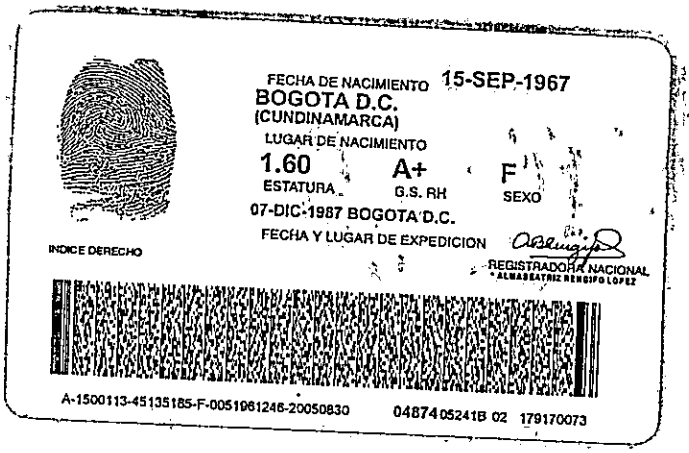
Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación:	

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

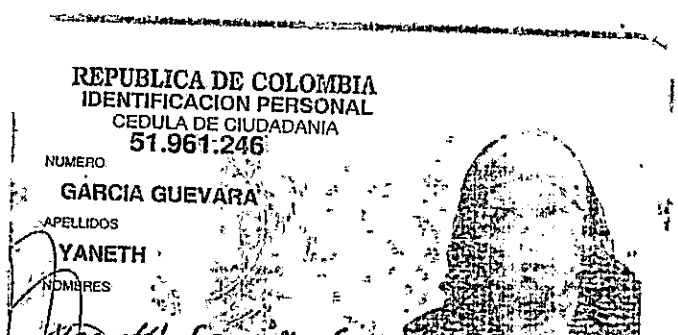
LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Oscar	13 feb 120	8 a

OBSERVACIONES:

27



FECHA DE NACIMIENTO 15-SEP-1967
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO
07-DIC-1987 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENDON LOPEZ
INDICE DERECHO
A-1500113-45135185-F-0051961246-20050830 04874 05241B 02 179170073



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
51.961.246
NUMERO
GARCIA GUEVARA
APELLIDOS
YANETH
NOMBRES
Yaneth Garcia G.
FIRMA

122

Bogotá

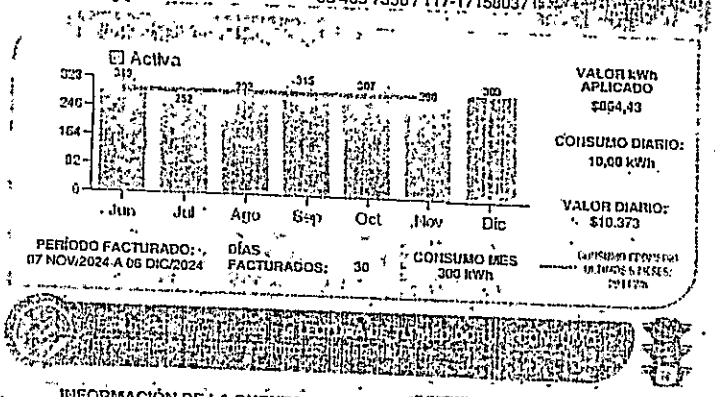
ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 830.053.375-9
Cra 9 No. 13 - 45 Piso 1

0343340-6

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 334090377-6

GLORIA N GOMEZ
CL 23 A NO 18 35 PI 2
BOGOTA, D.C. - SANTA FE

08 403 7336 / 117-17158037



VALOR kWh APLICADO
$954,43

CONSUMO DIARIO:
10,00 kWh

VALOR DIARIO:
$10.373

PERÍODO FACTURADO:
07 NOV/2024-A 06 DIC/2024

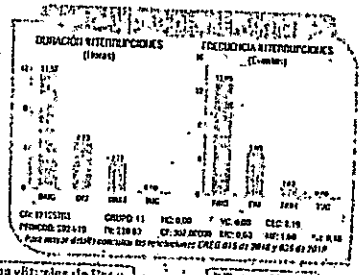
DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES
300 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Comercial
ESTRATO:	0
CARGA kW:	4,46
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	300040840373S6
RUTA LECTURA:	34084040179
MANZANA DE LECTURA:	MS00610326
MEDIDOR NO:	117-17158037
MEDIDOR NO:	117-17158037

Si vas a prender luces navideñas de años anteriores, verifica que no tengan cables desgastados, pelados o bombillas rotas. Reemplaza cualquier cable o luz en mal estado.



Bajo el trato grato
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115
115 Gratuito las 24 horas
https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enel.com

Proveedor Tecnológico Comercial Tecnología y Servicios S.A.S. E.I.C. - Nombre del SW: CELEnergía.co - NIT 900.321.151-9

Medios Virtuales de Pago
Oficinas Virtual
APP Bancos, Internet, Teléfono Banca, Débito Automático, Cobro Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Botón de Pago Online, Botón de Pago Electrónico, MOVII, NEQUI, Daviplata
Corresponsales Bancarios
CONEXRED, efecty, Gana, MOVIRED
Red Digital
RED CADE
Canales de Servicio
Amazon es de Cadena
Código QR

Comparte lo mejor de tu energía a quienes lo necesitan.
Puedes realizar tus donaciones en: www.enelxstore.com/co/es sección "Comparto mi energía"
Aporte sugerido: $31.119

FECHA GENERACIÓN: 11/12/2024 00:45:50
FECHA EXPEDICIÓN: 11/12/2024 11:49:18.

Factura Impresa por Computador de Conformidad con la Resolución 000042 de 2020 - Fecha Impresión: 11/12/2024 11:49:18

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: NOV/2024
G: $387,79 T: $55,37 D: $263,15 CV: $100,05 PR: $70,51 R: $4,56 CF: $0,00 / $961,43 Costo kWh Mes

GRUPO 11 CIRCUITO SPD-12357616 - NIVEL DE TENSIÓN PROPIEDAD EMPRESA
ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autoretenedores según Resolución No. 0347 de 23 de enero 2002. 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, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 0061 de 10 de diciembre de 2020.

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

Esta factura da cuenta presta mérito ejecutivo de conformidad con el Acuerdo 130 de la ley 142 1994

En cumplimiento de la resolución CREG156/11 consultar www.enel.com.co

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, privilegios y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, le invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, 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 (Encargo de Cobranza), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no 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 la línea de atención de temas por cada Empresa.

El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 830.053.375-9. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

CUDE: 71b782735bd4ab9c45a1bca17f491d37a067291c3cd15a15b025855f101d3e2d4b3754bdf4ce5a371f07958b59

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE

HISTORIA CLINICA: 32

MIC: ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004321792 Expiry date:09/06/2028

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD 7

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Lucas

COLOR: Barcino - Oscuro

ESPECIE: CANINO X FELINO __ SEXO: HEMBRA __ MACHO X RAZA Mestizo EDAD 1año PESO 9,6kg POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Mauricio Pulgarin Mejia

DIRECCION: Kr 17 # 15 95

TELEFONO: 3224302964

CEDULA: 1032 370 476

CORREO ELECTRÓNICO: pulgarinm14@gmail.com

BARRIO: San Victorina

ESTRATO: 0

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: Bachiller

NS/NR: __

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: CANINOS PARVO:	TRIPLE:	PENTAVALENTE:
NO Aplica	NO Reporta	FELINOS: TRIPLE FELINA:	HEXAVALENTE: LEUCEMIA:	PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI __ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
117 l/m	31 r/m	38,4 °c	1 seg	Rosada

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	1,9 ml.	5 mg/kg IV X 10 mg/kg IM ☐
	PROPOFOL	3,8 ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	6,6 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1,3 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,19 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 Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_x_ RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Mónica Velázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	FIRMA: MVM
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Ximena Moreno Ruiz Médica veterinaria M.P 45482 Universidad Nacional de Colombia	FIRMA: XMR

	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES
	HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

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 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.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua 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 preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación: 1032370476

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: Parque Osca	FECHA: 13 feb 120	HORA: 8 am

OBSERVACIONES:

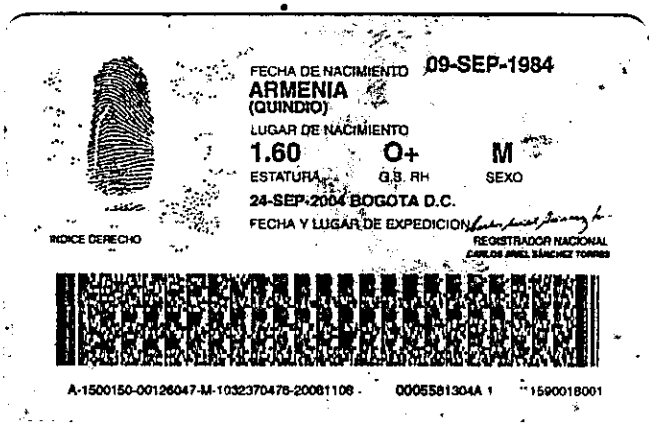
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.032.370.476

PULGARIN MELO
APELLIDOS

MAURICIO
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 09-SEP-1984
ARMENIA
(QUINDIO)
LUGAR DE NACIMIENTO

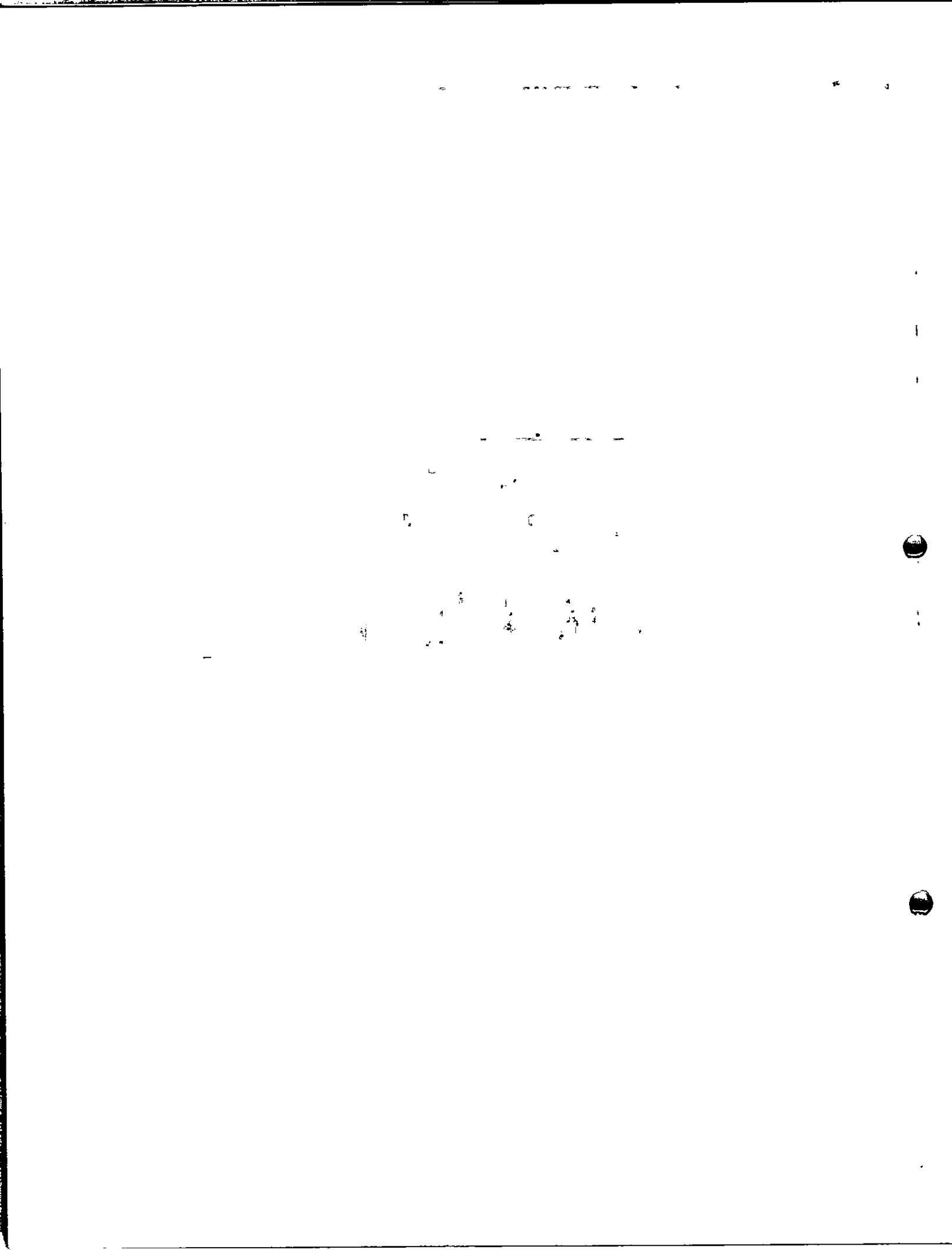
1.60 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

24-SEP-2004 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00126047-M-1032370476-20061106 - 0005581304A 1 1590018001



enel | Bogotá

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

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **0346548-9**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 334619801-5

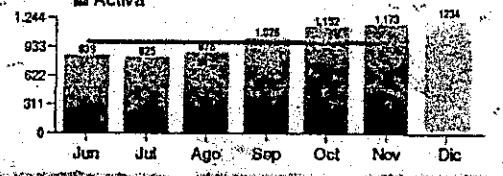
CLIENTE

DOLORES JUNGUITO
KR 15 NO 15 95
BOGOTA, D.C. - SAN VICTORINO

06 404 2161 / 075-154892

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código.

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $384,43
CONSUMO DIARIO: 38,56 kWh
VALOR DIARIO: $40.001
CONSUMO PROMEDIO DE ULTIMOS 6 MESES 922 kWh

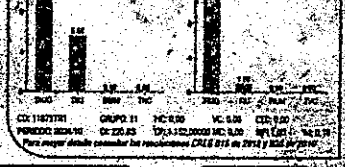
PERIODO FACTURADO: 03 NOV/2024 A 04 DIC/2024
DIAS FACTURADOS: 32
CONSUMO MES 1234 kWh

Estimado cliente, para la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO presenta una anomalía. Encuentra las posibles causas y toma el control en www.enel.com.co

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Comercial
CONTRATO:	0
CARGA kW:	3,40
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30004064042181
RUTA LECTURA:	34064150389
MANZANA DE LECTURA:	MS00610504
MEDIDOR NO:	075-154892
MEDIDOR NO:	075-154892

CALIDAD DEL SERVICIO



USO SEGURO DE LA ENERGÍA

Si vas a realizar luces navideñas de años anteriores, verifica que no tengan cables desgastados, pelados o bombillas rotas. Reemplaza cualquier cable o luz en mal estado.

CONTACTANOS

Registrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia
Redes Sociales
Línea Bot o para Asesor
ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE: Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 5 115 115
EMERGENCIAS: 115 Gratuito las 24 horas
DONANDAS: 01 8000 [illegible]
DEFENSOR DEL CLIENTE
https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enel.com

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago: APP Banco, Internet, Teléfono Banco, Débito Automático, Cajero Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Botón de Pago Online, Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual: Daviplata, Movii, Nequi, Tpaga

Corresponsales Bancarios: CONFRED, Efecty, El Ravel, Su Red, Movired, Baloto

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Olímpica, Alkosto

Código QR

Comparte lo mejor de tu energía a quienes lo necesitan.
Puedes realizar tus donaciones en: www.enelxstore.com/co/es_seccion. "Comparte mi energía"
Aporta sugerido: $128.004

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencias: NOV/2024

G: $367,79 T: $55,37 D: $363,19 CV: $103,05 PR: $70,51 R: 84,36 OR: $5,60 / $984,43 Cinco kWh Mes

GRUPO 1 CIRCUITO: SF04150115 — NIVEL DE TENSIÓN: PROPIEDAD: Usuario

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por mil. Somos autoretenedores según Resolución No. 0047 de 23 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1995.

Somos el comercializador de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de estos antes de la fecha establecida para pago oportuno."Para mayor información consúltenos al: (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. ¡Somos grandes cumplidores según Resolución No 0081 de 10 de diciembre de 2020.

Tiene el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio."

Si la factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994.

El cumplimiento de la resolución CREG150911 consultar www.apps.creg.gov.co

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modifica el Código de Medida, el establecen obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y los usuarios. Para obtener mayor información le invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, 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 (Excepto el de Comercio). Ve acuerdo con la autorización expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo, ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención establecidos por cada Empresa.

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

FECHA GENERACIÓN: 09/12/2024 08:18:14
FECHA EXPEDICIÓN: 09/12/2024 20:32:13

CUDE: 9e3b0[illegible]

Factura Impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.024.813

Proveedor Tecnológico Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 800.231.181-0

1 Total Energía $1.280.040 + 2 Portafolio Enel X $0 = Total a Pagar $1.280.040

PAGO OPORTUNO 18 DIC /2024

FECHA DE SUSPENSIÓN ❶ 20 DIC/2024

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA 0346548-9

PRÓXIMA FECHA DE LECTURA 04 ENE /2025

Situación encontrada: Normal

Tipo de Lectura: Real

CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Diferencia de lectura	X	Factor	=	Energía Consumida kWh	Energía Facturada kWh	X	Valor Unitario	=	Valor Facturado
ENERGÍA ACTIVA FP	77.193		75.959		1.234		1		1.234	1.234		$864,43		$1.066.792
ENERGÍA ACTIVA P	0		0		0		0		0	0		$263,15		$0
ENERGÍA REACTIVA														$213.340
CONTRIBUCIÓN	APORTE DEL 20.00 % DEL VALOR FACTURADO											SUBTOTAL:		$1.280.042

ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTÓ $40.001 DIARIOS

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$-2
SUBTOTAL:	$-2

Consumos + Otros cobros asociados a energía 1 TOTAL ENERGÍA: $1.280.040

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 inscribiéndote a FACTURA VIRTUAL desde www.enel.com.co en la sección Personas

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

1 Lo mas cuanto la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $92.702

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

ESTIMADO CLIENTE: La tarifa final es de: $864,43

NÚMERO DE CLIENTE 0346548-9

Documento Equivalente Electrónico No. 334619801-5

(415)7707209914253(8020)010346548933461980 15(3900)0000000 1280040

PAGO OPORTUNO 18 DIC /2024

TOTAL A PAGAR $1.280.040

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 33

MICROCHIP: 990000012140588

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Zeus

COLOR: Barcino-Oscuro

ESPECIE: CANINO X FELINO __ SEXO: HEMBRA __ MACHO X RAZA Pitbull EDAD 6 años PESO 27,3 kg POTENCIAL PELIGROSO SI X NO __

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Johan Sneider Rojas Diaz

DIRECCION: Kr 16 # 19-10 P15

TELEFONO: 3203459545

CEDULA: 1010041558

CORREO ELECTRÓNICO: laschicastambientepaz@gmail.com

BARRIO: La favorita

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: Bachiller

NS/NR: __

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR:	CANINOS PARVO:	TRIPLE:	PENTAVALENTE:
NO Aplica	NO Reporta	FELINOS: TRIPLE FELINA:	HEXAVALENTE:	LEUCEMIA:	PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI __ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
117 l/m	32 r/m	38,4 °c	1 seg	Rosadu

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1,4 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	2,7 ml.	5 mg/kg IV ☒ 10 mg/kg IM ☐
	PROPOFOL	5,4 ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	9,4 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1,8 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 brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_x_ RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Mónica Velázquez Milán Médica Veterinaria ~~TP. 11804~~	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Ximena Moreno Ruiz Médica veterinaria M.P 45482	FIRMA

127

	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES	
	HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS	
	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM	

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

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO _X___ o RECHAZO ____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua 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 preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Sneider Diaz	1010041558

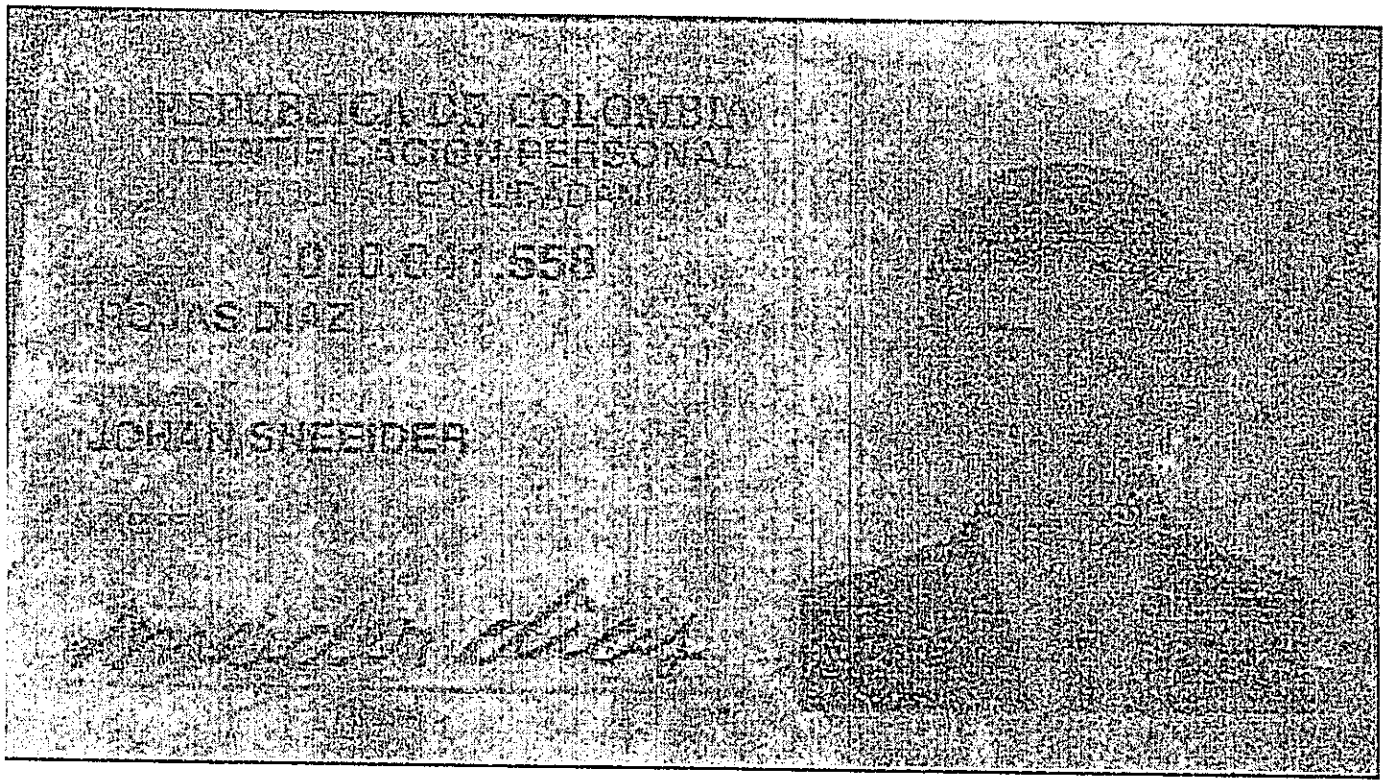
Yo, _____ identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilización y castración) de mi animal de compañía.
RAZÓN:

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Oscar	13 feb 2025	8 am

OBSERVACIONES:


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
C.C. 1.053
DIAZ
JOHAN SNEIDER

FECHA DE NACIMIENTO 28-MAY-1999
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68
O+
M
ESTATURA
G.S. RH
SEXO
15-JUN-2017 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

enel | Bogotá

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

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **2363271-5**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 338197287-2

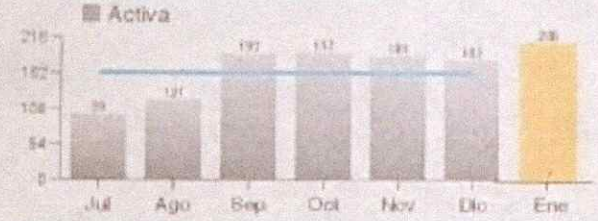
CLIENTE

LUIS JORGE AYALA SUAREZ
KR 16 NO 19 15 IN PISO 3
0
BOGOTA, D.C. - LA FAVORITA

07 401 5052 / 074-906178

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $877,36

CONSUMO DIARIO: 6,00 kWh

VALOR DIARIO: $5.722

PERIODO FACTURADO: 06 DIC/2024 A 08 ENE/2025

DÍAS FACTURADOS: 34

CONSUMO MES 206 kWh

Sigue estas recomendaciones para ajustar a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO promedio una estimación. Encuentra las pautas de ahorro y ajusta tu consumo en: www.enel.com.co

Juntos podemos lograr un consumo más inteligente de energía.

Escanea el código y conoce más.

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	1,86
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3000407401505 2
RUTA LECTURA:	3407401951 5
MANZANA DE LECTURA:	ME0061041 7
MEDIDOR NO:	074-906178
MEDIDOR NO:	074-906178

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

Radicar y solicitar en enelcontactenoscolombia.com/radicaciones

Chat de servicios en enelcontactenoscolombia.com/chat-de-servicios

318 880 6003 Elena fácil a paso. Asesor

Enel Colombia @EnelClientesCO

Reglamento gratis

Zona privada de tu página Web

App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas	601 5140355 denunciaenel@enel.com.co

DEFENSOR DEL CLIENTE

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

¿COMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

APP Bancos · Internet · Teléfonos Bancos · Débitos Automáticos · Cajeros Electrónicos · APP Enel Clientes Colombia · Botón de Pago Online · Botón de Pago Bancolombia

Billeteras Virtual

Daviplata · dale! · Cuentas · MOVII · Nequi · Ipaga

Corresponsales Bancarios

Conred · Efecty · Su Red · Apoyo Red · Movired · Supergiros

Red Distrital

Red Cade

Centros de Servicio

enel

Almacenes de Cadena

Jumbo · Alkosto

Código QR

Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios.

Escanea el código.

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
900233004321794 Expiry date:09/06/2028

HISTORIA CLINICA: 39

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Pelusa

COLOR: Blanco Café

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

RAZA: Husky Siberiano

EDAD: 2años

PESO: 23Kg

POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Johan Alexander Rincon Gonzalez

DIRECCION: Kr 29 # 3-51 01

TELEFONO: 3224395140

CEDULA: 1013 607 497

CORREO ELECTRÓNICO: alexander.rincongonzalez@gmail.com

BARRIO: Veraguas

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: NS/NR: Profesional

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO: No Aplica

ULT. DESPARASITACION: No Reporta

ULT. VACUNACION: NS/NR: CANINOS PARVO: HEXAVALENTE: TRIPLE: PENTAVALENTE Ago 24

FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA: Ago 24

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI __ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 118 l/m

F. RESPIRATORIA: 32 r/m

TEMPERATURA: 38,4 °c

TLLC 1 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1,2 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	2,3 ml.	5 mg/kg IV ☑ 10 mg/kg IM ☐
	PROPOFOL	4,6 ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	8 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1,6 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 brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_x_ RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO
TARJETA PROFESIONAL

Mónica Velázquez Milán
Médica Veterinaria
TP. 11804

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO
TARJETA PROFESIONAL

Dra. Ximena Moreno Ruiz
Médica veterinaria
M.P 45482
Universidad Nacional de Colombia

FIRMA

	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES
	HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

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

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO _X___ o RECHAZO ____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua 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 preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
	1013607497

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Parque Bicentenario	FECHA: 13 feb 120	HORA: 8am

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

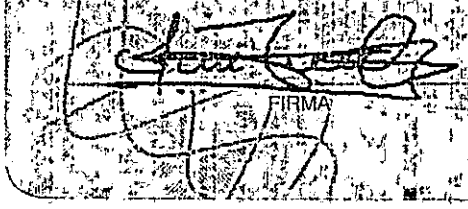
NÚMERO **1.013.607.497**

RINCON GONZALEZ

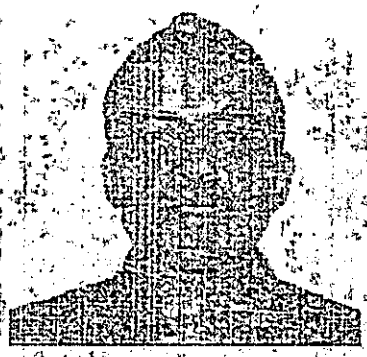
APELLIDOS

JOHAN ALEXANDER

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-OCT-1989**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 **O+** **M**

ESTATURA G.S. RH SEXO

18-OCT-2007 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00854455-M-1013607497-20161008 0051754421A 1 1233825880

Factura de gas

Enero 2025

Cuenta de referencia de pago: 622[illegible]173

BOGOTA

Vigilado Superservicios

[illegible] S.A. ESP

vanti

Más formas de avanzar

Fechas importantes

1. Pago oportuno: 20 Ene. 2025
2. Fecha de suspensión: 21 Ene. 2025
3. Periodo facturado: Dic. 1 Ene. 2024
4. Emisión de tu factura: 08 Ene. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	10M3	2.478,03	0,00	47.116,67
FIJO	1UN	4.029,00	0,00	4.029,00
AJUSTE DECENA	1UN	2,20	0,00	2,20
INTERESES FINANCIAMIENTO - NO GRA	1UN	2.335,53	0,00	2.335,53
INTERESES FINANCIAMIENTO - GRAVAD	1UN	402,76	76,52	479,27

1 Total $53.964,67

Tus financiaciones

Tasa de interés/Contrato	Cuota N°	Capital A	Interés B	Subtotal C=A+B
1.8700 % Financiación Deuda	0/10	20.834,77	2.260,09	23.094,77
1.8700 % Financiación Deuda	0/10	4.010,66	401,43	4.010,66

2 Total $28.145,39

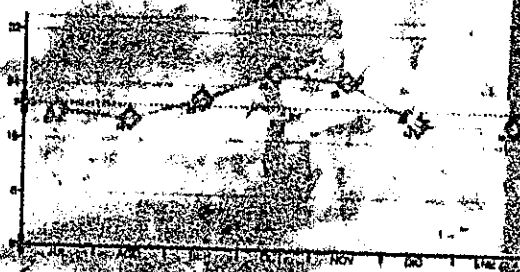
3 Valor facturas vencidas: $0,00

Total a pagar: $82.110,00

Pago PSE

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
04 Dic. 2024	7518	REAL
03 Ene. 2025	7541	REAL

Consumo: 7541 - 7518 = Factor de corrección 0,7819

Tu próxima lectura será

Entre 01 y el 04 de Febrero

Novedades de tu factura

Dale esperanza a una familia colombiana realizando un aporte voluntario en www.grupovanti.com, valor sugerido $ 8211

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 Dic. 2026

La revisión de las instalaciones internas es tu responsabilidad y debes realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente* *Resoluciones 0071 de 2017 y 41 de 2017

Agendo ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $2480

Oct. $2250 Nov. $2382 Dic. $2382

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

Componentes tarifarios

Gtr 1289.65 Ttr 514.93 Dm 613.09 Cmc 5470.93

P 61.68 Cvpt 0.0 Cvpm 4029.0 Cvpmt 5470.93

Cmt 0.0 Fpcm 42.478 DAUR 0.0 DAUNR 0.0

Nota: Tu consumo de 30 días es de 824 kWh y el precio unitario del kWh es: $228.038

Factor de corrección

Vm 25 Km 0.78727 Kt 1.00041 Fr 0.77319

Vt 19 Tm 15.73 Tt 15.86 Pe 1.01000

Pc 0.762 Pm 0.023 Ft pv 1.0

Factor de corrección 0.7819

Indicadores de calidad

INST. 100.0 DES 0.0 IC 100.0 IP 100.0

(415)7709998026025(8020)62253173(3900)00000000082110

Factura No. F1622453316

32

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

Botón Bancolombia

Recuerda que puedes pagar las 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 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 Movil: 164

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

¡Hola!

JOSE PABLO RINCON
KR 29 3 61 01 - VERAGUAS
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP
Medidor Gas No. 5077103-309311

Lote: P02GN - Ruta: 0011240131200005010 Código del Sector: 198

Cuenta o referencia de pago 62253173

vanti Listo

Compra...

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:

Estás Listo para llevarte lo que necesitas a casa

vanti Listo

Usa tu cupo de crédito Vanti Listo ahora mismo en nuestras tiendas aliadas:

Paga a cuotas a través de tu factura de Gas Natural

Publicidad a cargo de Vanti S.A. E.S.P. Gas Natural Cundiboyacense S.A. E.S.P., Gasoriente S.A. E.S.P. y Gasnova S.A. E.S.P. Consulta términos y condiciones de financiación en grupovanti.com/vantilisto. Vanti Listo es un producto de las empresas del Grupo Vanti. Conoce más en grupovanti.com/vanti-listo

Comunícate con nosotros y solucionamos 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 4755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 318 416 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.

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN

HISTORIA CLINICA: 35

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
900233004321767 Expiry date:09/06/2028

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Leo

COLOR: Amarillo blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO __ SEXO: HEMBRA __ MACHO X | RAZA Mestizo | EDAD 3años | PESO: 17,2Kg | POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Johan Alexander Rincon Gonzalez

DIRECCION: kr 29 #3-51 01

TELEFONO: 3224395140

CEDULA: 1013 607 497

CORREO ELECTRÓNICO: alexander.rincongonzalez@gmail.com

BARRIO: Veraguas | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: NS/NR: __ Profesional

TIPO DE VIVIENDA: CASA __ APTO __ RURAL __

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO: No Aplica

ULT. DESPARASITACION: No Reporta

ULT. VACUNACION: NS/NR: CANINOS PARVO: / TRIPLE: — PENTAVALENTE: Ago 24

FELINOS: TRIPLE FELINA: / HEXAVALENTE: / LEUCEMIA: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: __

RABIA: Agos 24

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 118 l/m | F. RESPIRATORIA: 32 r/m | TEMPERATURA: 38,4 °c | TLLC 1 seg | MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,9 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	1,7 ml.	5 mg/kg IV ☑ 10 mg/kg IM ☐
	PROPOFOL	3,4 ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	5,9 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1,1 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,17 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 Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_x_ RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO
TARJETA PROFESIONAL

Mónica Velázquez Milán
Médica Veterinaria
TP: 11804

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO
TARJETA PROFESIONAL

Dra. Ximena Moreno Ruiz
Médica veterinaria
M.P 45482
Universidad Nacional de Colombia

FIRMA

133

	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES
	HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

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

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO** _X___ o **RECHAZO** ____ **la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua 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 preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación: 1013607497

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Parque Oscar	FECHA: 13 feb/25	HORA: 8a

OBSERVACIONES:

38
39

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.013.607.497**

RINCON GONZALEZ

APELLIDOS

JOHAN ALEXANDER

NOMBRES

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-OCT-1989**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

18-OCT-2007 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00854455-M-1013607497-20161008 0051754421A 1 1233825880

Factura de gas

Enero 2025

62 3173 BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1. Pago oportuno: 20 Ene. 2025
2. Fecha de suspensión: 21 Ene. 2025
3. Periodo facturado: Dic. 5 Ene. 2024
4. Emisión de tu factura: 08 Ene. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (U)	Valor unitario ($)	IVA ($)	Subtotal $=(A*B)+C
CONSUMO GAB	19M	2.479,03	0,00	47.118,67
FIJO	1UN	4.029,00	0,00	4.029,00
AJUSTE DECENA	1UN	2,20	0,00	2,20
INTERESES FINANCIAMIENTO - NO GRA	1UN	2.335,53	0,00	2.335,53
INTERESES FINANCIAMIENTO - GRAVAD	1UN	402,75	78,62	479,37

Total $53.964,87

Tus financiaciones

Tasa de interés Corriente	Cuota N°	Capital A	Interes B	Valor total C=A+B
1.8700 % Financiación Deuda	6/10	23.734,77	2.260,93	23.734,77
1.8700 % Financiación Deuda	6/10	4.010,66	401,43	4.010,66

Total $28.145,83

Valor facturas vencidas

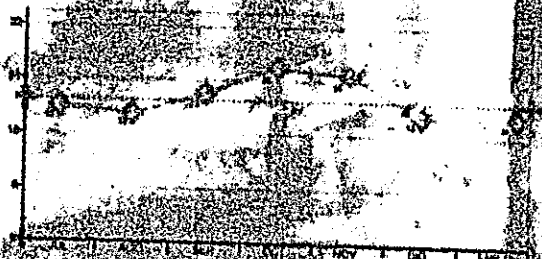
$0,00

Total a pagar

$82.110,00

Pago aquí

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial — Cilindros: Tm3 — para el corte Dic 31

Fecha	Lectura	Tipo
04 Dic. 2024	7518	REAL
03 Ene. 2025	7541	REAL

Factor de corrección = 10

Tu próxima lectura será

Entre 01 y el 06 de Febrero

Novedades de tu factura

Bote esperando a una familia colombiana realizando un aporte voluntario a través de www.grupovanti.com. Valor sugerido $ 0311

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $66.100

(415)7709998026025(8020)62253173(3900)00000000082110

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Dic. 2025

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor de m³ de gas este mes es de $2480

Dic. $2250 Nov. $2362 Dic. $2382

Componentes tarifarios

Gm: 1288.03 Tm: 814.02 Dm: 613.00 Cm: 5479.00

Pm: 21.65 Qm: 0.0 Qtm: 402.0 Qdm: 470.0

Cm: 0.0 Pcm: 42.475 DAUN: 0.0 DAUN: 0.0

kWh y el precio unitario del kWh es: $228.638

Factor de corrección

Vm: 1.0 Km: 0.787727 Tb: 1.00041 Pr: 0.77819

Vd: 1.0 Tm: 1.378 Db: 15.00 Pb: 1.01009

Pm: 0.764 Pm: 0.023 Fpv: 1.0

Factor de corrección: 0.77819

Indicadores de calidad

INT: 100.0 DES: 0.0 IC: 100.0 IPS: 100.0

Factura No. F1322323316

135

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 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

Botón Bancolombia

Recuerda que puedes pagar las facturas de otros servicios incluyendo en una sola transacción

Escanéa para pagar tu factura

Pagos automáticos

Pedir cita telefónicamente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

- Corresponsales Banco BBVA
- Corresponsales Scotiabank Colpatria
- Corresponsales Grupo Aval
- Corresponsal en 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

Línea telefónica solo para emergencias
Atención todos los días las 24 horas
Fija: 01 8000 919 052 Movil: 164

Atención preferencial
Ingresa a www.grupovanti.com y solicita los pasos para agendar tu cita.

¡Hola!

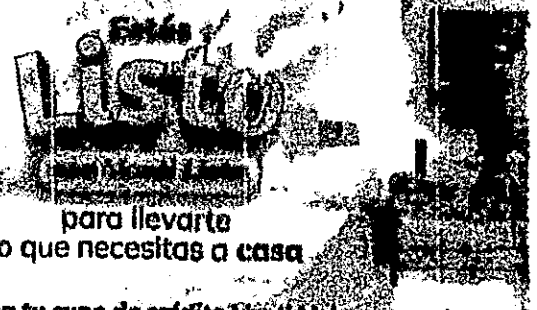
JOSE PABLO RINCON
KR 29 3 51 01 - VERAGUAS
BOGOTA

Mo

Lote: P02GN Ruta: 0011240131200005010 Codigo de Sector: 198

Cuenta y referencia de pago 62253173

vanti listo



para llevarte lo que necesitas a casa

Usa tu cupo de crédito Vanti Listo ahora mismo en

Quitin gral

Paga a través de tu factura

Comunícate con nosotros y solucionemos tus ina

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 4700

Gestiona tu

Línea de

https:/

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN

HISTORIA CLINICA: 36

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
900233004321775 Expiry date:09/06/2028

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Teo

COLOR: Blanco Negro

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

RAZA: Hosky Siberiano

EDAD: 2 años

PESO: 17 Kg

POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Fanny Quinayas

DIRECCION: Kr 27 #24A-24 Apto

TELEFONO: 3125586994

CEDULA: 39 673 948

CORREO ELECTRÓNICO: abrilluciana262773@gmail.com

BARRIO: Florela

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: NS/NR: Primaria

TIPO DE VIVIENDA: CASA __ APTO X RURAL __

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO: No Aplica

ULT. DESPARASITACION: No Reporta

ULT. VACUNACION: NS/NR: CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: Ago 24

FELINOS: TRIPLE FELINA: HEXAVALENTE: LEUCEMIA: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA: Ago. 24

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ____ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	116 l/m	F. RESPIRATORIA:	32 r/m	TEMPERATURA:	38,6 °c	TLLC	1 seg	MUCOSAS:	Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,9 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	1,7 ml.	5 mg/kg IV X 10 mg/kg IM ☐
	PROPOFOL	3,4 ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	5,9 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1,1 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,17 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 Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_x_ RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO
TARJETA PROFESIONAL

Mónica Velázquez Milán
Médica Veterinaria
TP. 11804

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO
TARJETA PROFESIONAL

Dra. Ximena Moreno Ruiz
Médica veterinaria
M.P 45482
Universidad Nacional de Colombia

FIRMA

	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES	
	HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS	
	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM	

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

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO** _X___ o **RECHAZO** ____ **la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua 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 preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Fanny Quiroz	39673948

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Oeste	13 feb 25	8 a

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 39.673.948
QUINAYAS

APELLIDOS
FANNY

NOMBRES

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 27-FEB-1973
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

18-SEP-1995 SOACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00187421-F-0039673948-20091017 0017263185A 2 1370106708

137

SD.448 X Cabeza

enel | Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-8
Calle 33 No. 13 - 45 Piso 1

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **0349536-3**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 338333253-7

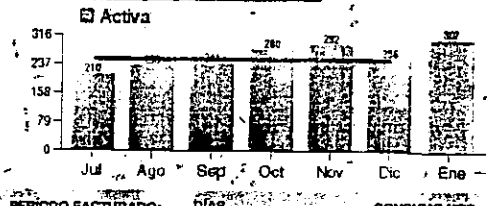
CLIENTE

ALCIRA CELIS UMBACIA Y OTROS
KR 27 NO 24 A 24 AP 200
PISO 1 Y 2
BOGOTA, D.C. - FLORIDA

08 404 3064 / 001-26445186

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $877,36
CONSUMO DIARIO: 9,30 kWh
VALOR DIARIO: $7.544
CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 258 kWh

PERIODO FACTURADO: 07 DIC/2024 A 08 ENE/2025
DIAS FACTURADOS: 33
CONSUMO MES: 307 kWh

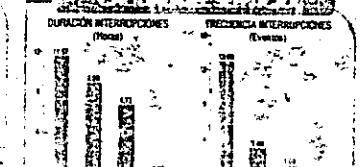
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	2.00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30004084043064
RUTA LECTURA:	34084070248
MANZANA DE LECTURA:	MSC0610103
MEDIDOR NO:	001-26445186
MEDIDOR NO:	001-26445186

USOS SEGUROS DE 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



Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 024 de 2019

CONTÁCTANOS

Registrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115
115 Opción 1 las 24 horas
Chat
Correo electrónico
https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-clientes.html
defensor@enel.com

¿CÓMO PAGARTU FACTURA?

Medios virtuales de Pago
Billetera Virtual
Corresponsales Bancarios
Red Distrito
Centros de Servicio
Código QR

Si pagas en un corresponsal bancario, exige a la cajera/cajero que imprima el sello del corresponsal sobre el cupón de pago. El sello del corresponsal debe ser un sello de recibido.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencias: DIC/2024

G: $356,76 T: $58,19 D: $230,72 CV: $106,20 PR: $58,75 R: $53,54 CF: $0,00 = $877,36 Costo kWh Mes

Grupo: 11 CRÉDITO: 8478-4223791- - NIVEL DE TENSIÓN: 1 INCREADO: Simple

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil, Somos autoretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 315 DE 1998.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de estos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comuníquese al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 3000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 0031 de 10 de Diciembre de 2020.

Sobre el pago de cualquier concepto diferente al recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa prevía a la suscripción del servicio.

Esta factura da cobro única y exclusivamente a conceptos con el Artículo 130 de la ley 142 1994

De cumplimiento de la resolución CREG 156/11 consultar www.enel.com.co

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y al usuario. Para obtener mayor información, le invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 3000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

ENEL COLOMBIA S.A. ESP cuenta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la aceptación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que presten los terceros, ni por los valores recaudados. Para mayor información relacionada con estos esquemas, por favor dirigirse a los canales de atención definidos por cada Empresa.

El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-1 Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

CUDE: ea20da9b8f145a5e43d6d911/5dc38ae5e45863b4b51a6b790ba0b6e88a4986997899535222a4d1ec74a560042580

FECHA GENERACION: 11/01/2025 02:55:49
FECHA EXPEDICION: 11/01/2025 17:48:25

Resolución impresa por Consejo Solucionas en Comunicación S.A.S NIT 900 096 815

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios BAS BIC - Nombre de BW: CENPrundara - NIT 860.331.161-9

138

1 Total Energía $252.240 + 2 Portafolio Enel X $275.120 = Total a Pagar $527.360

PAGO OPORTUNO 21 ENE /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN 23 ENE/2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA 0349536-3

FECHA DE EXPEDICIÓN 05 FEB /2025

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Diferencia de lecturas	×	Factor	=	Energía Consumida kWh	Energía Facturada kWh	×	Valor Unitario	=	Valor Facturado
ENERGIA ACTIVA EP	97.560		97.253		307		1		307	307		$877.38		$269.350
ENERGIA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$280.72		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130.00 kWh				Valor kWh $877.3617				Beneficio -15.00 %					-$17.108

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $7.644 DIARIOS.

SUBTOTAL: $252.241

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$-1
SUBTOTAL	$-1

50448 x Cobrar

Ajustes a Otros cobros asociados a energía — 1 TOTAL ENERGÍA $252.240

Otros cobros de productos y servicios

Asistencia Protección Luz 360	$18.500
Tarjeta Credito Amarilla	$256.620

enel x

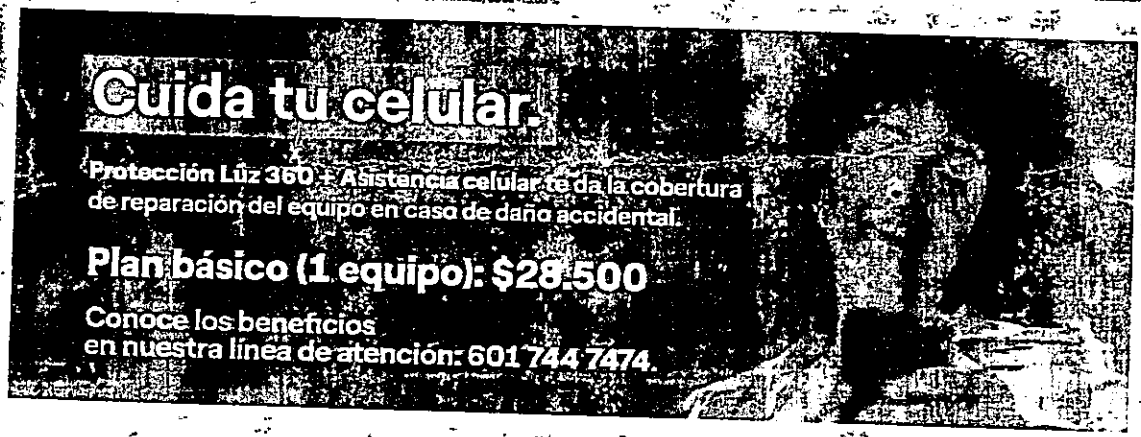
Te invitamos a consultar el detalle de tus productos y servicios a través de la APP, tu Sucursal Online en la página web o inscribiéndote a FACTURA VIRTUAL desde www.enel.com.co en la sección Personas.

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y gas — 2 TOTAL OTROS $275.120

Si no cancela la factura en PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $38.836

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

ESTIMADO CLIENTE: El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (0 – 130 kWh/mes) es de -15.00 %



NÚMERO DE CUENTA 0349536-3

Documento Equivalente Electrónico No. 338333253-7

(415)7707209914253(8020)0103495353338333253 7(3900)0000000527360

PAGO OPORTUNO 21 ENE /2025

TOTAL A PAGAR $527.360

Fecha Expedición: 05 FEB /2025 — No. Cuenta 0349536-3 — DD-HUD

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN [illegible] ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004321786 Expiry date:09/06/2028

HISTORIA CLINICA: 37

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES__ PROTECCIONISTA__ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Chucky

COLOR: Amarillo Negro

ESPECIE: CANINO X FELINO__ SEXO: HEMBRA__ MACHO X RAZA Mestizo EDAD 2años PESO: 27Kg POTENCIAL PELIGROSO SI__ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI__ NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI__ NO X

TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR__ CASERO__ CONCENTRADO X MIXTO__ OTRO__

ORIGEN: NS/NR__ RESCATADO__ COMPRADO__ ADOPTADO X REGALADO__ PERRO DE CUADRA__ OTRO__

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: María Cecilia Home

DIRECCION: AP 200 Kr 27 Hz4A-24

TELEFONO: 3125586994

CEDULA: 41797607

CORREO ELECTRÓNICO: 3125586994@smcorreo.com

BARRIO: Flandes

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: NS/NR: Primaria

TIPO DE VIVIENDA: CASA__ APTO X RURAL__

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO: No Aplica

ULT. DESPARASITACION: No Reporta

ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: FELINOS: TRIPLE FELINA: HEXAVALENTE: LEUCEMIA: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI__ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 118 l/m

F. RESPIRATORIA: 32 r/m

TEMPERATURA: 38,4 °c

TLLC 1 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1,4 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	2,7 ml.	5 mg/kg IV X 10 mg/kg IM ☐
	PROPOFOL	5,4 ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	9,4 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1,8 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,27 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 ACEPTACION_x_ RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO
TARJETA PROFESIONAL

Mónica Velázquez Milán
Médica Veterinaria
TP. 11804

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO
TARJETA PROFESIONAL

Dra. Ximena Moreno Ruiz
Médica veterinaria
M.P 45482
Universidad Nacional de Colombia

FIRMA

BOGOTÁ	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM	

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

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO _X___ o RECHAZO ____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua 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 preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
mariacecilia	41797607

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

RAZÓN:

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Parque Oscar	FECHA: 13 feb 25	HORA: 8 a

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 41.797.607
HOME

MARIA CECILIA

María cecilia

FECHA DE NACIMIENTO 30-MAY-1957
ANOLAIMA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.56 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
27-NOV-1978 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00250335-F-0041797607-20100818 0023440079A 3 1230766091

TeO Nodo 25 12- 2023

Chocky Adopted 15-Oct- 2023

312 55869 94

FANY

SO 4148 X CABEZA

enel | Bogotá

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

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA ECONÓMICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **0349536-3**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 338331253-7

CLIENTE

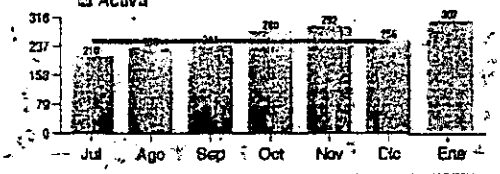
ALCIRA CELIS UMBACIA Y OTROS
KR 27 NO 24 A 24 AP 200
PISO 1 Y 2
BOGOTA, D.C. - FLORIDA

08 404 3064 / 001-26445188

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código.

COMPORTAMIENTO DE CONSUMO

Activa



VALOR kWh APLICADO $877,38

CONSUMO DIARIO 8,30 kWh

VALOR DIARIO: $7.644

CONSUMO PROMEDIO 3 ÚLTIMOS 6 MESES 258 kWh

PERIODO FACTURADO: 07-DIC-2024 A 08-ENE-2025

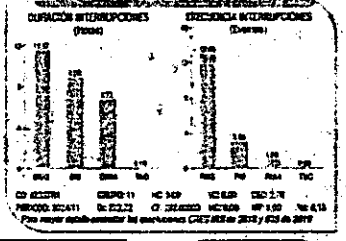
DÍAS FACTURADOS: 33

CONSUMO MES: 307 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30004084043064
RUTA LECTURA:	34084070248
MANZANA CE LECTURA:	MS0081010I3
MEDIDOR ND:	001-26445188
MEDIDOR NO:	0019-26445188

CALIDAD DEL SERVICIO



¿CONTÁCTANOS?

Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 8 115 115

115 Opción 1 en línea

https://www.enel.com.co/es/personas/trabajamos-para-ti/defensor-cliente.html
defensor@enel.com

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Médios virtuales de Pago

Sitios Virtuales

Corresponsales Bancarios

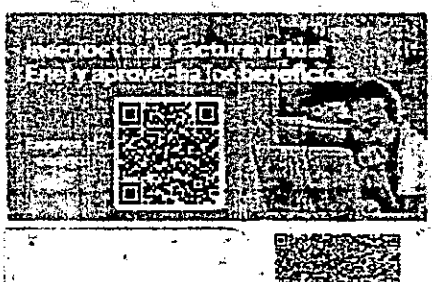
Red Distrital

Centros de Servicio

Código QR

ENERGÍA INTELIGENTE

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.



COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: DIC-2024
G: $356,76 T: $56,18 D: $230,72 CV: $196,30 PR: $58,75 R: $53,1 CP: 30,20 / $877,38 Cargo kWh Mes

FECHA GENERACIÓN: 11/01/2025 03:55:49
FECHA EXPEDICIÓN: 11/01/2025 17:43:25

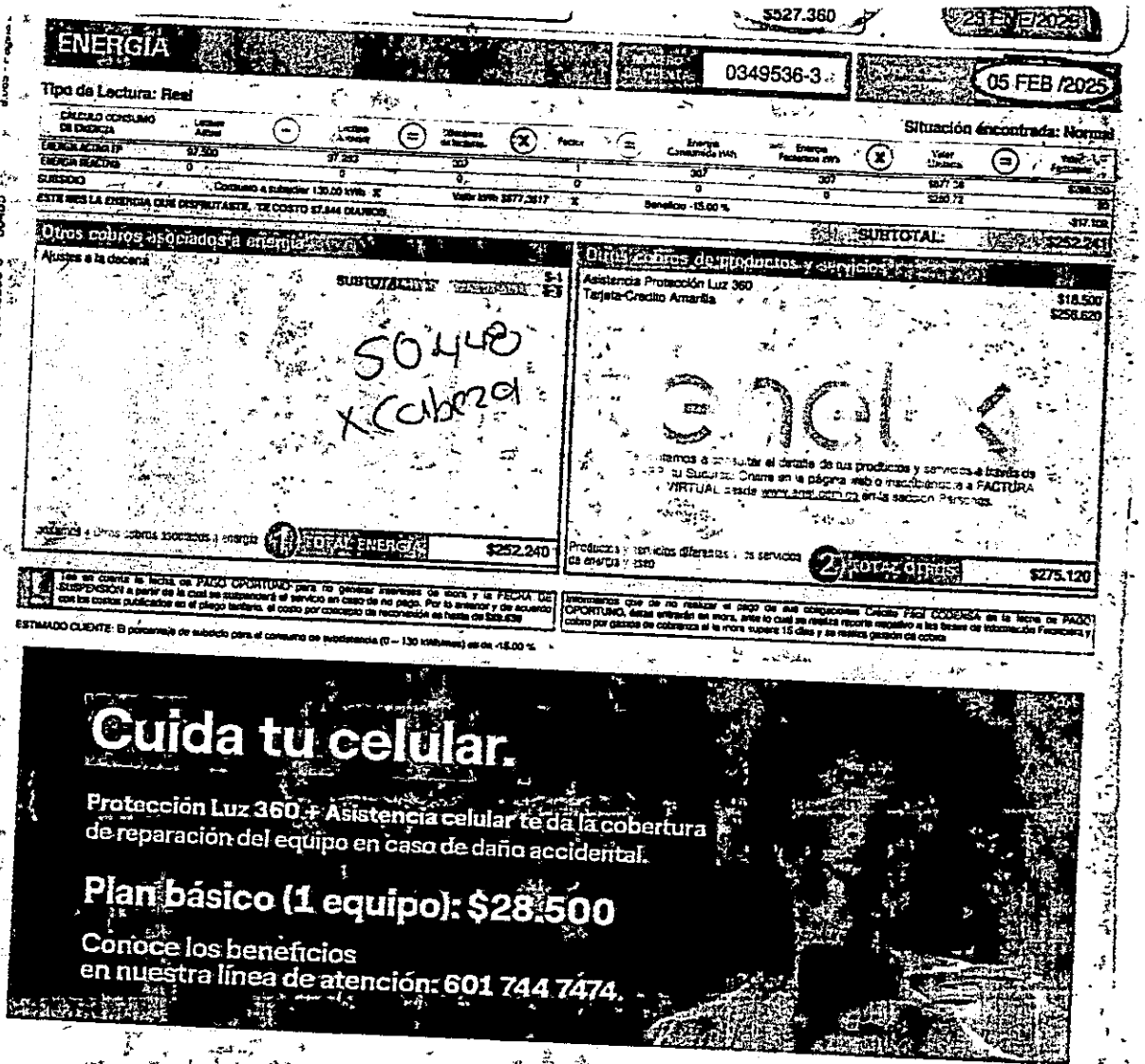
Resolución CREG 038 de 2014 y demás normas concordantes - ENEL DE TERCERO PROPIEDAD. Vigencia
ACTIVIDAD ECONÓMICA 3511 - Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0047 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCION CREG 015 DE 1995.
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 dichos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comuníquese al (601) 5 115 115, hasta de Bogotá, al 01 3000 915 115, a los mismos Centros de Servicio al Cliente, Operador red: ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. Somos grandes contribuyentes según Resolución No 0031 de 10 de diciembre de 2020.
Sobre el acta de suspensión, corrección el reclamo de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa, dentro de la oportunidad del servicio.
Esta factura de cobro prestó mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994
De conformidad con la resolución CREG 038/14 consulte aquí: enel.co/cu
IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014 se cual establece el Código de medida, se estableciendo obligaciones, actividades y responsabilidades, aplicables a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, le invitamos a consultarnos en nuestra página web www.enel.com.co o comunicarse a la línea (601) 5 115 115, hasta de Bogotá al 01 3000 915 115 o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.
ENEL COLOMBIA S.A. ESP cuenta el servicio de recaudo para empresa a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos del Comercio), de acuerdo con la autorización expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no se responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los mismos fallecimientos. Para mayor información relacionada con estos temas, por favor dirigirse a los canales de atención definidos por esta Empresa.
El suministro del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-1. Sujetos vigilados por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

CUDE: ea20da0b8f45a5e413c04d8911f5ic3Uw3e45883b4b51a1079bdd00c6e88a1086907309353222a4d1ec74a5500d42580

Prestación Regulada por Comisión Reguladora de Comunicaciones 853 del 2015 - Norma del SIN: CENTENARIO - NIT 800.231.181-0

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Norma del SIN: CENTENARIO - NIT 800.231.181-0

141



NÚMERO DE CLIENTE
0349536-3

Documento Equivalente Electrónico No.
338333253-7

(415)7707209314253(8020)0103495363338333253 7(3900)0000000527380

PAGO OPORTUNO
21 ENE /2025

TOTAL A PAGAR
$527.360

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 38

MICROCHIP: 990000012136773

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: falcao

COLOR: Blanco

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

RAZA Samoyedo EDAD 2años PESO: 21,6 kg

POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Arcelina Sandoval Rico

DIRECCION: CL 23 # 18B-32 LC1

TELEFONO: 3204718835

CEDULA: SI 747209

CORREO ELECTRÓNICO: arcelinasandoval@gmail.com

BARRIO: Santa fe ESTRATO: 0

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: Tecnico NS/NR: __

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO: NO Aplica

ULT. DESPARASITACION: NO Reporta

ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE:

FELINOS: TRIPLE FELINA: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA:

LEUCEMIA: RABIA:

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 116 l/m F. RESPIRATORIA: 31 r/m TEMPERATURA: 38,4 °c TLLC 1 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1,1 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	2,1 ml.	5 mg/kg IV ☒ 10 mg/kg IM ☐
	PROPOFOL	4,2 ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	7,3 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1,4 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,21 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 Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_x_ RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO
TARJETA PROFESIONAL

Mónica Velázquez Milán
Médica Veterinaria
TP. 11804

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO
TARJETA PROFESIONAL

Dra. Ximena Moreno Ruiz
Médica veterinaria
M.P 45482
Universidad Nacional de Colombia

FIRMA

142

	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES
	HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

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

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO _X___ o RECHAZO ____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua 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 preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del Responsable/Tenedor: Arcelino Sandoval Rios	Nro de Identificación: 1 51747209

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

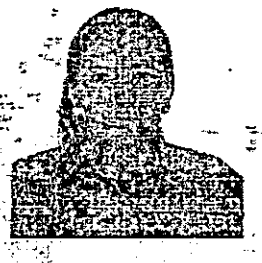
LUGAR: Parque Oscar	FECHA: 13 feb 25	HORA: 8 am

OBSERVACIONES:

63

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 51.747.209
SANDOVAL RIOS
APELLIDOS
ARCELINA
NOMBRES



Arcelina Sandoval Rios
FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 05-NOV-1962
SUSACON
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.48 A- F
ESTATURA G.S. RH SEXO
18-MAR-1983 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1500150-00030841-F-0051747209-20080725 0001457789A 1 1230019744

143

128726

enel | Bogotá

PAPEL ECOLÓGICO

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

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **6276103-8**

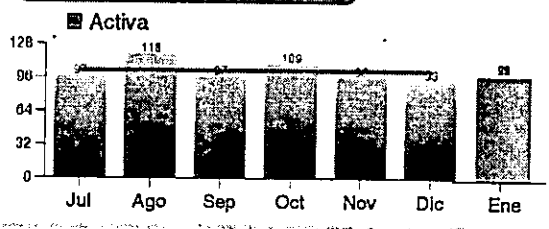
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 338246614-4

CLIENTE

RIOS ARCELINA SANDOVAL
CL 23 NO 18 B 32 LC 1
LOCAL 1
BOGOTA, D.C. - SANTA FE

08 403 7145 / 075-287412

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $877,36

CONSUMO DIARIO: 3,00 kWh

VALOR DIARIO: $3.159

PERIODO FACTURADO: 07 DIC/2024 A 08 ENE/2025

DIAS FACTURADOS: 33

CONSUMO MES: 99 kWh

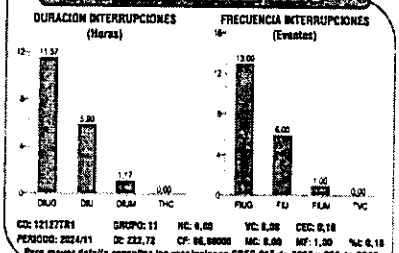
CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 102 kWh

¡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:	Comercial
ESTRATO:	0
CARGA kW:	9,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30004084037145
RUTA LECTURA:	34084060249
MANZANA DE LECTURA:	MS00610340
MEDIDOR NO:	075-287412
MEDIDOR NO:	075-287412

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 12127781 GRUPO: 11 NC: 0,00 YC: 0,00 CEC: 0,18
PERIODO: 2024/11 D: 232,72 CF: 86,66666 MC: 0,00 MF: 1,00 %C 0,18
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 038 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

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/solicitudes.html
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
315 890 6003 (Elena Bot o paso Asesor)
Enel Colombia @EnelClientesCO
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas.	601 5140055 denuncias@enel.com

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago: APP Banco, Internet, Teléfono Banco, Débito Automático, Cajero Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Botón de Pago Online, Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual: Daviplata, dale!, Movii, Nequi, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efecty, Red Raval, Todos, Supergiros, Su Red Amiga, Movired, puntored, Su Red Amiga

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Cumbo, Metro

Código QR

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el desprendible del datáfono. El sello del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: DIC/2024
G: $356,76 T: $58,19 D: $280,72 CV: $106,30 PR: $69,75 R: $3,64 CF: $0,00 / $877,35 Costo kWh Mes

Comparte lo mejor de tu energía a quienes lo necesitan.
Puedes realizar tus donaciones en:
www.enebrstore.com/co/es sección
"Comparto mi energía"
Aporte sugerido: $10.423

FECHA GENERACIÓN: 11/01/2025 01:14:48
FECHA EXPEDICIÓN: 11/01/2025 17:36:13

GRUPO: 11 CIRCUITO: BPZF-12127781-- NIVEL DE TENSION:1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autoretenedores segun Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999.
Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunicate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 9061 de 10 de diciembre de 2020.
"Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio."
Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994
En cumplimiento de la resolución CREG150/11 consultar www.enel.com.co
IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, le invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, 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 (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo, ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención definidos por cada Empresa.
El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

CUDE: ccbe8080879431ea8ad46ab51ab44430625b55c2d6d1bd790ddaa3b083838feacc7b6ee771718eea9e8f53aaf7d18f8b

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 890.321.151-9

Factura Impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.096.612-

4.039 - Página 1 de 2

144

319-652-8443

ALVARO Carrera 19

#30-30

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 39 | MICROCHIP: 990000012129066 | FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Apolo | COLOR: Blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO __ | SEXO: HEMBRA __ MACHO X | RAZA Hosk i | EDAD 1 año | PESO: 17,2 kg | POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

ORIGEN: NS/NR __ RESCATADO __ COMPRADO __ ADOPTADO __ REGALADO __ PERRO DE CUADRA __ OTRO Nacio en casa

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Darwing Alberto Navarro Urcent | DIRECCION: CL 24 # 18-41 001 | TELEFONO 3203295070

CEDULA: 19 233 869 | CORREO ELECTRÓNICO: navarrodarwing856@gmail.com

BARRIO: San Victorino | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: LOS MARTIRES

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

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: __ CANINOS PARVO:	TRIPLE:	PENTAVALENTE:
NO Aplica	NO Reporta	FELINOS: TRIPLE FELINA:	HEXAVALENTE: LEUCEMIA:	PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA: DIC24

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
113 l/m	31 r/m	38,4 °c	1 seg	Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,9 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	1,7 ml.	5 mg/kg IV X 10 mg/kg IM ☐
	PROPOFOL	3,4 ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	5,9 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1,1 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,17 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 Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_x_ RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Mónica Velázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Ximena Moreno Ruiz Médica veterinaria M.P 45482 Universidad Nacional de Colombia	FIRMA

	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM	

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

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO** _X___ o **RECHAZO** ____ **la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua 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 preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Darwing Navarro V.	C.C. 19.233.869

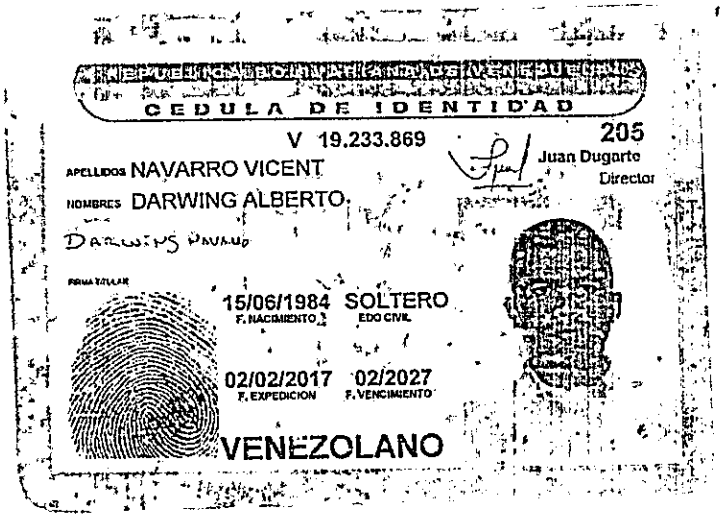
Yo, _____ identificado con CC. No._____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilización y castración) de mi animal de compañía.
RAZÓN:

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Oscar	13 Feb 25	8 am

OBSERVACIONES:



CEDULA DE IDENTIDAD

V 19.233.869

205

Juan Dugarte
Director

APELLIDOS NAVARRO VICENT

NOMBRES DARWING ALBERTO

Darwins Navarro

FIRMA TITULAR

15/06/1984 F. NACIMIENTO

SOLTERO EDO CIVIL

02/02/2017 F. EXPEDICION

02/2027 F. VENCIMIENTO

VENEZOLANO

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

ta tu factura en línea y págala a través Bancolombia o PSE

Tan fácil tenerla y seguro que es pagarla

plicita tu factura en línea aquí

igital Vanti

de nuestra página web nti.com/pagos-en-linea/

Pagos electrónicos en otras entidades

Red Servi, Itaú, Bancolombia, BBVA, Banco AV Villas, Banco GNB Sudameris, Bancolombia

Botón Bancolombia

Banco Falabella, Banco Pichincha, Banco Caja Social, Nequi

Davivienda, DaviPlata, Baloto, dale!

Escanea para pagar tu factura

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático

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

resenciales

anco BBVA
colpatria Colpatria
rupo Aval

Corresponsales Banca Davivienda
Red CADE
Banca GNB Sudameris

Grandes Superficies: Metro, Jumbo, Éxito

heque, este debe ser de gerencia y a nombre de Vanti S.A. ESP.

ncia energética

consumo
duce en un ahorro
ía familiar y contribuye
emisiones de gases
nadera, principal causa
ático.

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: 830.095.213-0 704522027/2025

¡Hola!

ERMELINA ESTEBAN
CL 24 18 41 00001 SAN VICTORINO
BOGOTA

vanti
Más formas d
Medidor Gas No. 5077101

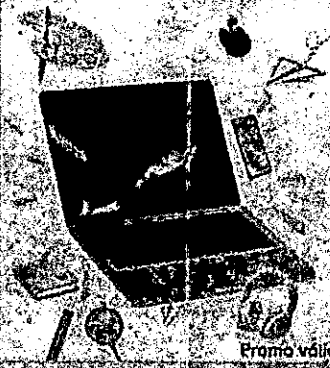
Lote: P09GN Ruta: 0011310201830005010 Código del Sector: 391

Cuenta o referencia de pago 61317764

vanti Listo

Compra televisor, calefactor o gas... Tu cupo Vanti Listo aprobado es: $ 4.900.

CON VANTI LISTO REGRESA A CLASE Y GANA UN COMPUTADOR



Escanea y part

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

Éxito, Carulla, Alkosto, Kmc

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gasnacer S.A. ESP de la campaña ingresando a grupovanti.com/VantiEstaVezCelebraciones. Vanti Listo es la marca que identifica el servicio de financiación ofrecido por el Grupo Vanti. Aplican condiciones señaladas en la política de financiación; consúltala en: grupovanti.com/vantilisto. Campaña válida entre los días 13 de enero hasta el 28 de febrero de 2025 o hasta agotar existencias, se entregarán en total 10

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir

Línea de WhatsApp 315 416
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 2

747

Factura de gas

Enero 2025

Cuenta o referencia de pago **61317764**

BOGOTÁ

Nit 800.007.813-5
Vanti S.A. ESP.
www.grupovanti.com

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1. **Pago oportuno** 29 Ene. 2025
2. **Fecha de suspensión** 30 Ene. 2025
3. **Periodo facturado** Dic. - Ene. 2024
4. **Emisión de tu factura** 16 Ene. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	30M3	2.479,93	0,00	74.397,90
FIJO	1UN	4.029,00	0,00	4.029,00
AJUSTE DECENA	1UN	3,10	0,00	3,10

(1) Total $78.430,00

Tus financiaciones

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

(2) Total $0,00

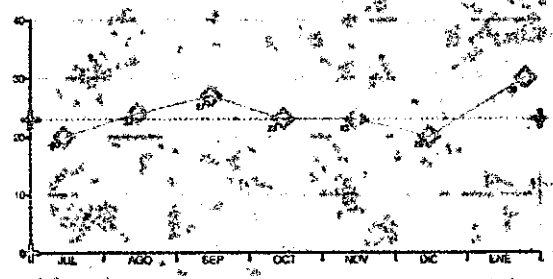
(3) Valor facturas vencidas $0,00

Total a pagar (1 + 2 + 3) $78.430,00

Paga por

Escanee el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial | Estrato/Cat.Tres | Días de consumo 34

Fecha	Lectura	Tipo
11 Dic. 2024	7182	REAL
13 Ene. 2025	7221	REAL

m³ corregido= 7221 - 7182 * Factor de corrección = 30

Tu próxima lectura será

Entre 08 y el 13 de Febrero

Novedades de tu factura

Dale esperanza a una familia colombiana realizando un aporte voluntario en www.grupovanti.com, valor sugerido $ 7843.

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

30 Nov. 2029

La revisión de la instalación interna es su responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente. *Resoluciones 059 de 2013 y 41389 de 2017

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de Gas este mes es de: $2480

Oct. $2250 - Nov. $2362 Dic. $2362

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

Componentes tarifarios

Gm:1269.55 Tm: 514.82 Dm: 613.86 Cm: 2479.93

Pc: 61.58 CVPC: 0.0 Cuni: 4029.0 CUnit: 2479.93

Cmz: 0.0 Pcom: 42.475 DAUPL: 0.0 DAUNR: 0.0

Mylo Tu consumo en m³ de gas equivale a 354 kWh y el precio unitario de kWh es $221.545

Factor de corrección

Vm: 39 Kp: 0.70727 Kt: 1.00652 Fz: 0.77227

Vc: 30 Tm: 13.69 Tc: 15.56 Pz: 1.0108

Pz: 0.752 Pm: 0.023 Fpv: 1.0

Factor de corrección: 0.77227

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 ID: 100.0 IPR: 100.0

(415)7709998026025(8020)61317764(3900)00000000078430

ESP, NIT 800.007.813-5 - Factura Física Definida Y Factura B.A.S. Esta factura prestó mérito ejecutivo. Art 130 de la ley 142 de 1994.

Resolución No. 6000 del 17-Jul-1998 Autorización de Numeración de Facturación No. Factivalor 18764017566 del 12/02/2024. Facilitación electrónica desde Nº 00000001 hasta 50000000 con vigencia de 18 meses

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 40 | MICROCHIP: 990000012129071 | FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Max				COLOR: Dorado	
ESPECIE: CANINO X FELINO __	SEXO: HEMBRA __ MACHO X	RAZA: Cocker Spaniel	EDAD: 2 años	PESO: 8,9Kg	POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI __ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X	TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR __ CASERO __ CONCENTRADO X MIXTO __ OTRO __			

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yeni Carolina Luna Tarel	DIRECCION: Kr 25 # 1H-77 02		TELEFONO: 3008133494
CEDULA: (1110455 580) 1.110465580	CORREO ELECTRÓNICO: lunayeni680@gmail.com		
BARRIO: El vergel	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: LOS MARTIRES	
ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __		

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: CANINOS PARVO:	TRIPLE: ___. PENTAVALENTE: ___
No Aplica	Nov 24	FELINOS: TRIPLE FELINA: / HEXAVALENTE: / LEUCEMIA: /	PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: ___ RABIA: Dic 24

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS
118 l/m	32 r/m	38,4 °c	1 seg	Rosada

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,4 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,8 ml.	5 mg/kg IV ☑ 10 mg/kg IM ☐
	PROPOFOL	1,6 ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	2,8 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,5 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,68 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 ACEPTACION_x_ RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Mónica Vázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Ximena Moreno Ruiz Médica veterinaria M.P 45482 Universidad Nacional de Colombia	FIRMA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM	

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

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO _X___ o RECHAZO ____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua 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 preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Yenifer Lorena Lora Ríos	1010465580

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

RAZÓN:

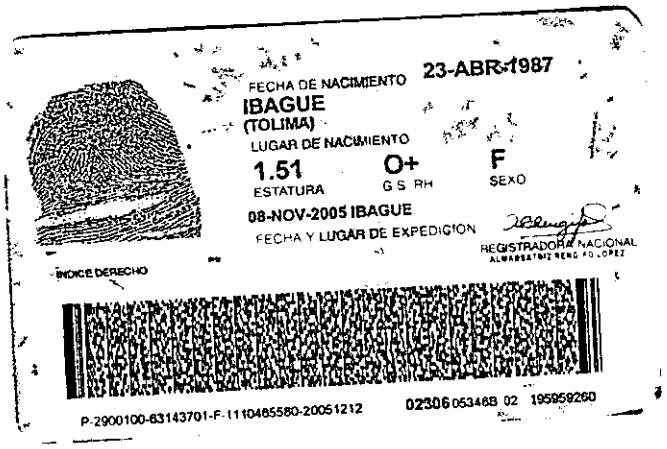
Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación:	Firma:

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Oscar	13 feb 25	8 am

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.110.465.580
LUNA TORRES
APELLIDOS
YENI CAROLINA
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 23-ABR-1987
IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.51 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
08-NOV-2005 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
INDICE DERECHO
P-2900100-63143701-F-1110465580-20051212
02306 05346B 02 195959260

BANCO DE DATOS 2022

NOMBRE: _____ EPS: _____ REGISTRO CIVIL: _____ (NUIP): _____ SEXO: FEMENINO _____ MASCULINO _____ FECHA DE NACIMIENTO: DIA ___ MES ___ AÑO _____ CIUDAD: _____ RH: _____ NIVEL AL QUE INGRESA: _____ PESO: _____ TALLA: _____

ENFERMEDADES: _____

Correo:

DATOS DE LA MADRE	DATOS DEL PADRE
NOMBRE: _____	NOMBRE: _____
OCUPACION/PROFESION: _____	OCUPACION/PROFESION: _____
EMPRESA: _____	EMPRESA: _____
DIRECCION OFICINA: _____	DIRECCION OFICINA: _____
TELEFONO: _____	TELEFONO: _____
NIVEL EDUCATIVO: _____	NIVEL EDUCATIVO: _____
CELULAR: _____	CELULAR: _____

EL NIÑO VIVE CON: PADRE _____ MADRE _____ AMBOS _____ OTROS _____

QUIENES _____

TELEFONOS DE CONTACTO:

_____

de gas | Enero 2025 | BOGOTA | NIT 900.007 813-5 vanti S.A. ESP grupovanti.com | vant Más fon

ncia de pago 60981289

portantes

② Fecha de suspensión. 21 Ene. 2025

③ Periodo facturado Dic. - Ene. 2024

④ Emisión de tu factura 08 Ene. 2025

os facturados

	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)
	10M3	2.179,03	0,00	24.700,30
	1UN	4.029,00	0,00	4.029,00
	1UN	1,70	0,00	1,70
	1UN	10.739,49	2.040,51	12.780,00

① Total $41.610,00

ciaciones

...es/Concepto	Cuota N°	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A+B

② Total $0,00

facturas vencidas

$0,00

Total a pagar (1)+(2)+(3)

$41.610,00

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos

Datos de medición

Uso Residencial | Estrato/Cat. Tres | Días de consumo 32

Fecha	Lectura	Tipo
04 Dic. 2024	6635	REAL
04 Ene. 2025	6648	REAL

m³ consumido = 6648 - 6635 * Factor de corrección = 10

Tu próxima lectura será: Entre 01 y el 06 de Febrero

Novedades de tu factura

Dale esperanza a una familia colombiana realizando un aporte voluntario en www.grupovanti.com
Valor sugerido $ 4181

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $66.100

(415)7709998026025(8020)60981289(3900)00000000041610

Ts. Revisión Periódica C

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria
30 Abr. 2026
La revisión de la instalación interna es de periodicidad y debe realizarse en las fechas establecidas en la regulación vigente. Resoluciones 059 de 2012 y 41185 de 2017

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes

Oct. $2250 - Nov. $2362 - Dic.

...ifa regulada por la Comisión de Regula... la Energía y Gas (CREG).

Componentes tarifa

Gm: 1289,65 Tm: 514,92 Dm: 813
R: 81,58 Dva: 0,0 Cu: 4
Com: (0) Fpm: 42,476 DALR:

Nota: Tu consumo en m³ se convirtió a kWh y el precio unitario del kWh es: $244,86

Factor de corrección

Vm: 13 Kr: 0,78727 Kt: 1,0084
Vt: 10 Tm: 12,72 Fc: 15,88
Pz: 0,752 Pm: 0,023 F Pv: 1,0
Factor de corrección: 0,7726

Indicadores de calid...

RST: 100,0 DES: 0,0 IC: 100,0

obla y rasga para abrir la factura

El cobro de tu factura se diligencia en el formulario y empieza a recibir tu factura de manera digital.

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Itaú · Bancolombia · BBVA · Banco de Occidente · Banco AV Villas · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Davivienda Daviplata · Daviplata · dale!

*Permita adicionalmente inscripción a débito automático.

a redes sociales como @grupovanti y conoce nuestras iniciativas.

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies
Metro, Jumbo, Éxito

rencia y a nombre de Vanti S.A. ESP.

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.

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 830.085.812-8 704-2301-2024

¡Hola!

JOSE AGUSTIN BONILLA
KR 25 11J 77 02 - EL VERGEL
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 0097197-171173

Lote: P02GN Ruta: 0011240016350005110 Código del Sector: 163

Cuenta o referencia de pago 60981289

vanti listo

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: $ 4.900.000

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:

Mansión · Multintegral · TECHRED · 3C Merpes

Paga a cuotas a través de tu factura de gas natural

Publicidad a cargo de Vanti S.A. E.S.P., Gas Natural Cundiboyacense S.A. E.S.P., Gasoriente S.A. E.S.P. y Gasnocer S.A. E.S.P. Términos y condiciones de financiación en grupovanti.com/vantilisto. Vanti Listo es un producto de las empresas del Grupo Vanti. Conoce más en grupovanti.com/tienda-virtual

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164
Mi Vanti en línea
https://mi.grupovanti.com/

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

00112400163500051 10

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 41

MICROCHIP: SI X NO ___ 981020045868924

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Coco				COLOR: Gris	
ESPECIE: CANINO X FELINO ___	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA: French Poodle	EDAD: 3 años	PESO: 6,5 Kg	POTENCIAL PELIGROSO SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X			TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR ___ CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Andreina Jose Castillo Carrasquero	DIRECCION: CL 24 # 18-41 001		TELEFONO: 3244655351
CEDULA: 62421143	CORREO ELECTRÓNICO: evacarrasquero1@hotmail.com		
BARRIO: San Victorino	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: LOS MARTIRES	
ESCOLARIDAD: NS/NR: ___ Profesional	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL ___		

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: ___ CANINOS PARVO: ___ HEXAVALENTE: Ago 24	TRIPLE: ___ PENTAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA:
No Aplica	No Reporta	FELINOS: TRIPLE FELINA: ___ LEUCEMIA:	RABIA:

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
118 l/m	32 r/m	38,4 °c	1 seg	Rosada

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,6 ml.	5 mg/kg IV ☑ 10 mg/kg IM ☐
	PROPOFOL	1,2 ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	2,1 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,4 ml.	17.000 UI/kg IM
	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 especificamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_x_ RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Mónica Velázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Ximena Moreno Ruiz Médica veterinaria M.P 45482	FIRMA

151

BOGOTÁ	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM	

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

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO** _X___ o **RECHAZO** ____ **la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua 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 preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
	6242143

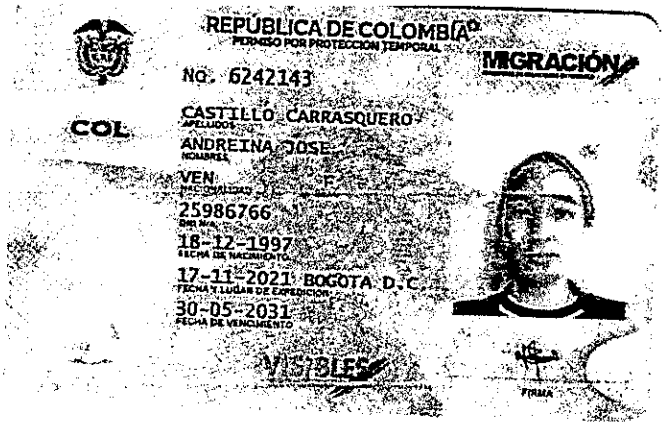
Yo, _____ identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilización y castración) de mi animal de compañía.
RAZÓN:

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Parque Oscar	FECHA: 13/06/25	HORA: 8 am

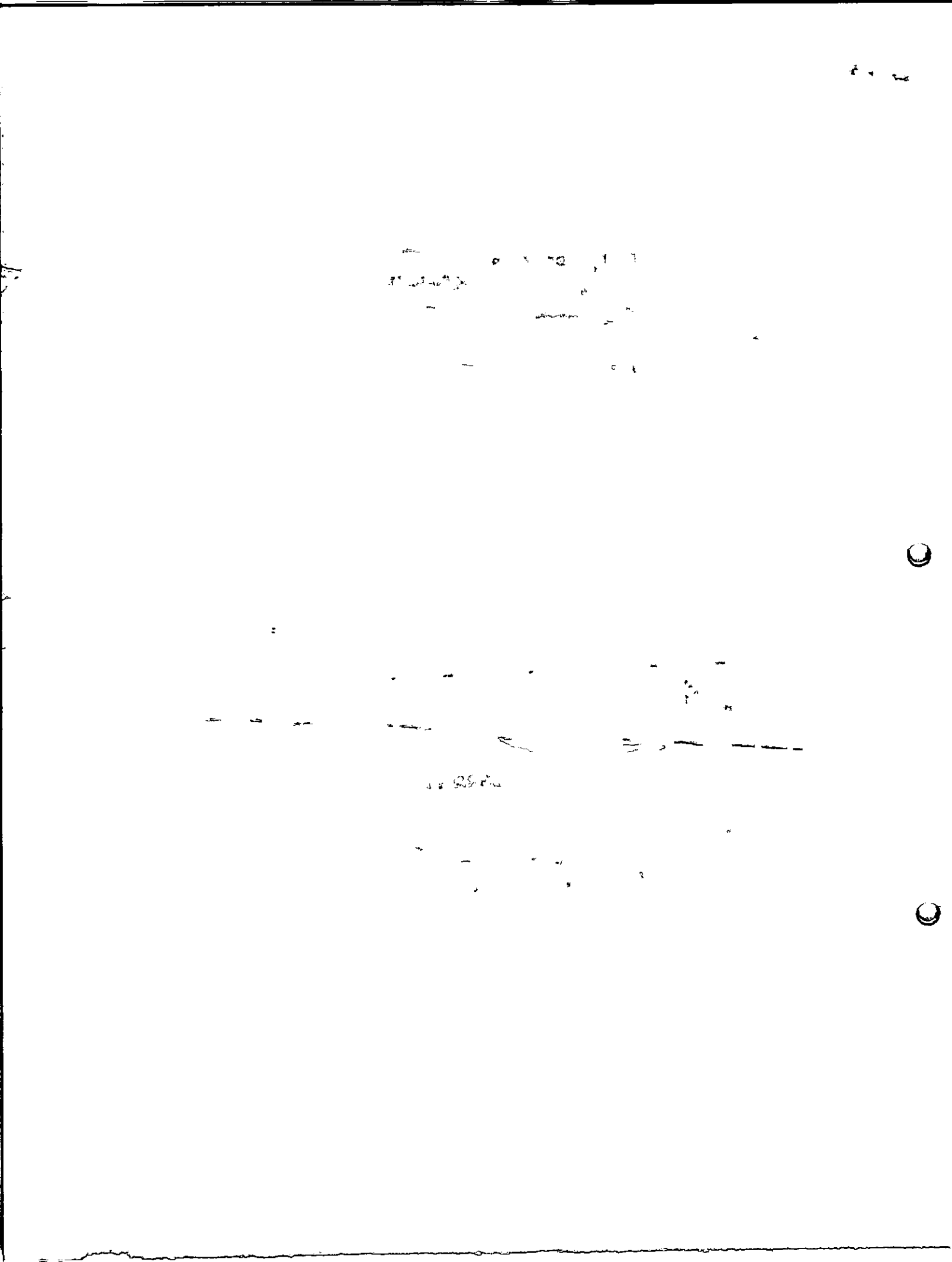
OBSERVACIONES:



REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL
MIGRACIÓN
NO. 6242143
COL
CASTILLO CARRASQUERO
APELLIDOS
ANDREINA JOSE
NOMBRES
VEN F
NACIONALIDAD SEXO
25986766
DNI No.
18-12-1997
FECHA DE NACIMIENTO
17-11-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO
VISIBLES
FIRMA

E1763629
DIGITO DERECHO
El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria
Dr. Francisco Espinosa Palacios
Director General de Migración Colombia
MIGRACIÓN
www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL6242143<<4<<<<<<<<<<<<<<<
9712180F3105308VENE1763629<<<6
CASTILLO<CARRASQUERO<<ANDREINA



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 pagala 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/

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Rodeban · Itaú · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco AV Villas · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Daviplata · Rapipago · dale!*

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

- Corresponsales Banco BBVA
- Corresponsales Scotiabank Colpatria
- Corresponsales Grupo Aval
- Corresponsales Banco Davivienda
- Red CADE
- Banca 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.

CANAL DE SOLUCIONES DE COMUNICACIONES S.A.S. NIT: 830.063.213-8

Se le suspenderá el servicio por falta de pago y cuando se aquieran las causales que se invoquen. Si accesa el mecanismo de la petición, queja y reclamo (PQR) y de conformidad con lo establecido en el artículo 154 de la Ley 142 de 1994, usted tiene derecho a presentar recurso de reposición ante la empresa y apelar ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los (5) días hábiles siguientes al conocimiento del acto de suspensión. Salvo el contenido de la presente factura el cliente cuenta con los mecanismos de defensa en la ley 142 de 1994 y puede hacer uso antes de la fecha señalada para el pago oportuno.

¡Hola!

ERMELINA ESTEBAN
CL 24 18 41 00001 - SAN VICTORINO
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP
Medidor Gas No. 5077101-1057968

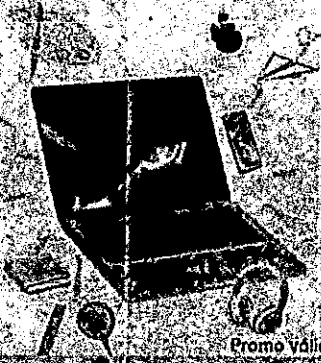
Lote: P09GN Ruta: 0011310201830005010 Código del Sector: 391

Cuenta o referencia de pago: 61317764

vanti Listo

Compra tu electrodoméstico, celular, moto y más donde quieras y paga en cuotas a través de tu factura de gas natural

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: $4.900.000



CON REGRESA A CLASE Y SUPER 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.

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 Efigas S.A. ESP. Consulta T&C de la campaña ingresando a grupovanti.com/vantilisto/peticiones. Vanti Listo es la marca que identifica el servicio de financiación no bancaria ofrecido por el Grupo Vanti. Aplican condiciones señaladas en la política de financiación; consultala en: grupovanti.com/vantilisto/peticiones. Campaña válida entre los días 13 de enero hasta el 28 de febrero de 2025 o hasta agotar existencias, se entregarán un 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
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

Enero 2025

Cuenta o referencia de pago: 61317764

BOGOTA

NIT 800.007 813 5
Vanti S.A ESP
www.grupovanti.com

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1. Pago oportuno: 29 Ene. 2025
2. Fecha de suspensión: 30 Ene. 2025
3. Periodo facturado: Dic. - Ene. 2024
4. Emisión de tu factura: 18 Ene. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	30M3	2.479,93	0,00	74.397,90
FIJO	1UN	4.029,00	0,00	4.029,00
AJUSTE DECENA	1UN	3,10	0,00	3,10

1 - Total: $78.430,00

Tus financiaciones

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

2 - Total: $0,00

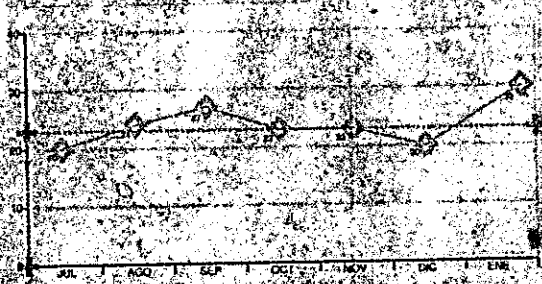
3 - Valor facturas vencidas: $0,00

Total a pagar (1 + 2 + 3): $78.430,00

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial | Estrato/Cat. Tres | Días de consumo 34

Fecha	Lectura	Tipo
11 Dic. 2024	7182	REAL
13 Ene. 2025	7221	REAL

m³ corregido= 7221 - 7182 * Factor de corrección = 30

Tu próxima lectura será: Entre 08 y el 13 de Febrero

Novedades de tu factura

Dale esperanza a una familia colombiana realizando un aporte voluntario en www.grupovanti.com/ valor sugerido $ 7843

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $66.900

(415)7709998026025(8020)61317764(3900)0000000078430

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

30 Nov. 2029

La revisión de la instalación interna es su responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la reglamentación vigente: Resoluciones 059 de 2017 y 41185 de 2017

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El cargo fijo mes de Ene. este mes es de $2480.

Oct. $2250 - Nov. $2362 - Dic. $2362

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

Componentes tarifarios

Gm: 1289.58 Tm: 514.52 Dm: 613.00 Cm: 2478.80
Pc: 61.56 Cvm: 0.0 Cvfm: 1000.0 Cvfm: 1470.00
Ccm: 0.0 Tpcm: 42.476 DAUm: 0.0 TAUm: 0.0

Multa Tu consumo en m³ del periodo (30) kWh y el precio unitario del kWh es $231.543

Factor de corrección

Vm: 30 Um: 0.7677 Km: 1.00652 Fc: 0.77227
Vc: 730 Tm: 13.69 Tc: 0.50 Pc: 0.0100
Pm: 0.732 Pm: 0.023 Fpm: 1.0
Factor de corrección: 0.77227

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 ID: 100.0 IPR: 100.0

Contrato de servicio público de suministro de gas natural por red y prestación de servicios complementarios, entre la Empresa de Servicios Públicos de Gas Natural S.A. E.S.P. y el usuario. Resolución No. 1995 de 17-Jul-1998 Autorización de Numeración de Facturación No. Prefijo(s) 1676-4001756838 de 13/01/2024. Facturación electrónica desde Nº 50000001 Hasta 50000000 con vigencia de 18 meses.

ESP, NIT: 800.007.813-5 - Régimen Tarifa Diferida Y Tarifa 5 A.S. Esta factura presta mérito ejecutivo, Art 130 de la ley 142 de 1994 - Gestor: Transferencia de servicios 2364

F. 44

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES
PLANILLA DE REGISTRO - ESTERILIZACIONES
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CPS-322-2024

LOCALIDAD: LOS MARTIRES | BARRIO: Parque Oscar | JORNADA: Parque Oscar
FECHA: 31 enero 2025 | OPERADOR: FUNDACION ECODES

NÚMERO MICROCHIP	TIPO DE TENEDOR	ESTRATO	NOMBRE	APELLIDO	CC	SEXO: MUJER	SEXO: HOMBRE	SEXO: INTERSEXUAL	LGBTI	IDENTIFICACIÓN ÉTNICA: AFROCOLOMBIANO	PALENQUERO	INDÍGENA	RAIZAL	GITANO	NINGUNO	FIJO / CELULAR	e-mail	DIRECCIÓN	NOMBRE PACIENTE	ESPECIE: CANINO	ESPECIE: FELINO	SEXO: MACHO	SEXO: HEMBRA	OBSERVACIONES	FIRMA
ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004321784 Expiry date:09/06/2028		3	Jesica Paola	Martinez Avella	1000 000 589	X									X	314392 8322	Kim1023nicole@gmail.com	CLS #18 A-28	Meli		X		X		Jessica
ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004321777 Expiry date:09/06/2028		3	Jesica Paola	Martinez Avella	1000 000 589	X									X	314392 8322	Kim1023nicole@gmail.com	CLS #18 A-28	Tigresa		X		X		Jessica
ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004321787 Expiry date:09/06/2028		3	Kevin Steven	Doncel Gutierrez	1013 653 463		X								X	319296402	Kevindoncel94@gmail.com	TV 19B #16-7 03 301	Ceniza		X		X		
ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004321758 Expiry date:09/06/2028		2	Maria de los Angeles	Marulanda Montaña	1011 201 982	X									X	312308 8863	mariamarulanda405@gmail.com	Kr 18 # 21-40 AP 301	Julieta		X		X		Maria Marulanda
ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004321747 Expiry date:09/06/2028		2	Maria de los Angeles	Marulanda Montaña	1011 201 982	X									X	312308 8863	mariamarulanda405@gmail.com	Kr 18 # 21-40 AP 902	Negus		X		X		Maria Marulanda
990000012136771		3	Didi Liliana	Prado Vega	52 820 172	X									X	301504 7262	didiliana@gmail.com	Kr 19 # 23-31 401	Era		X		X		Liliana Prado
990000012136777		2	Carlos Mario	Vanegas Betancur	1087 547 301		X								X	313370 0282	3133700282@sincorreo.com	Kr 15 # 22-56 01 001	Dulce		X		X		Carlos Vanegas
990000012136772		2	Nohelis Genais	Avanguren Monte	23 579 614	X									X	310697 6394	nohelis.gshlin@gmail.com	Kr 16A # 22-51 308	Princesa		X		X		Nohelis
990000012136776		3	William	Beltrago Diaz	79 445 874		X								X	321712 1772	williambeltrago1977@gmail.com	Kr 18B # 6B-35 02	Jasfanci		X		X		
990000012136761		3	Angelica Julieth	Garzon Borda	1049 619 378	X									F	322458 3753	angelicagborda1989@gmail.com	Kr 18 #1F 21 LN7 AP204	Milu		X		X		Angelica Garzón
990000012129070		3	Maria Rubiela	Gomez Moreno	21 812 889	X									P	311219 6212	3112196212@sincorreo.com	Kr 15 # 15-66	Pelusa		X		X		Rubiela Gómez
990000012129064		2	Maria Rubiela	Gomez Moreno	21 812 889	X									P	311219 6212	3112196212@sincorreo.com	Kr 15 # 15-66	Pumba		X		X		Rubiela Gómez

154

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

PLANILLA DE REGISTRO - ESTERILIZACIONES

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CPS-322-2024

LOCALIDAD: LOS MARTIRES | BARRIO: Parque Oscar | JORNADA: Parque Oscar

FECHA: 31 enero 2025 | OPERADOR: FUNDACION ECODES

NÚMERO MICROCHIP	TIPO DE TENEDOR	ESTRATO	NOMBRE	APELLIDO	CC	SEXO: MUJER	SEXO: HOMBRE	SEXO: INTERSEXUAL	LGBTI	IDENTIFICACIÓN ETNICA: AFROCOLOMBIANO	PALENQUERO	INDÍGENA	RAIZAL	GITANO	NINGUNO	FIJO / CELULAR	e-mail	DIRECCIÓN	NOMBRE PACIENTE	ESPECIE: CANINO	ESPECIE: FELINO	SEXO: MACHO	SEXO: HEMBRA	OBSERVACIONES	FIRMA
ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004321781 Expiry date:09/06/2028	P	3	Graciela	Martinez de Amaya	20304 826	Y									Y	3144215 14	3144215 14@sincorreo.com	Kr 18 # 1F-21 W7 Apto4	Luna		Y		Y		Graciela M. de Amaya
ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004321760 Expiry date:09/06/2028	P	2	Viviana	Mendez	1023 909 979	Y									Y	313865 4773	Viviana net.26 @gmail.com	TV 14d este #58 15	Pinky		Y		P		
ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004321768 Expiry date:09/06/2028	P	2	Viviana	Mendez	1023 909 979	Y									Y	313865 4773	Viviana net.26 @gmail.com	TV 14 Deste #58-15	Pantera		Y		P		
ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004321773 Expiry date:09/06/2028		2	Viviana	Mendez	1023 909 979	Y									Y	313865 4793	Viviana net.26 @gmail.com	TV 14 0 este-58 15	Pai		Y		Y		
ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004321788 Expiry date:09/06/2028		2	Viviana	Mendez	1023 909 979	Y									P	313865 4793	Viviana net.26 @gmail.com	TV 14 0 este #58 15	Pepinillo		Y		Y		
ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004321762 Expiry date:09/06/2028		2	Viviana	Mendez	1023 909 979	P									Y	313865 4793	Viviana net.26 @gmail.com	TV 14este #58-15	Pico		P		P		
ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004321795 Expiry date:09/06/2028		2	Viviana	Mendez	1023 909 979	Y									Y	313865 4773	Viviana net.26 @gmail.com	TV 14 d este #58 15	Pan		Y		P		
ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004321752 Expiry date:09/06/2028		2	Cristofer David	Prieto	1033 709 303	.	Y								Y	313433 6846	313433 6846@sincorreo.com	Kr 13A # 23-42	Nina		Y		Y		Cristhofer Prieto
ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004321754 Expiry date:09/06/2028		3	Nelsy del Carmen	Negrette Pastor	30659 178	P									Y	321946 9628	321946 9628@sincorreo.com	D62290 # 18-24	Mia		Y		Y		Deivid
ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004321774 Expiry date:09/06/2028		3	Ines	Duarte Soto	52 224 455	Y									Y	321493 6809	321493 6809@sincorreo.com	Kr24C # 2 sur-20	Luna		Y		Y		
ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004321789 Expiry date:09/06/2028		3	Trinidad	Calderon Ortiz	41727 472	Y									Y	322443 3774	322443 3774@sincorreo.com	Kr 17 # 22A-5 W1 101	NIÑA		P		Y		
ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004321771 Expiry date:09/06/2028		2	Devora	Castañeda	1 116 372 905	Y									Y	320447 6348	320447 6348@sincorreo.com	TV 17 # 22A-34	Manchas		Y		Y		

155

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

PLANILLA DE REGISTRO - ESTERILIZACIONES

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CPS-322-2024

LOCALIDAD: LOS MARTIRES | BARRIO: Parque Oscar | JORNADA: Parque Oscar

FECHA: 31 mayo 2025 | OPERADOR: FUNDACION ECODES

NÚMERO MICROCHIP	TIPO DE TENEDOR	ESTRATO	NOMBRE	APELLIDO	CC	SEXO			LGBTI	IDENTIFICACIÓN ÉTNICA						FIJO / CELULAR	e-mail	DIRECCIÓN	NOMBRE PACIENTE	ESPECIE		SEXO		OBSERVACIONES	FIRMA
						MUJER	HOMBRE	INTERSEXUAL		AFRO	COLOMBIANO	PALENQUERO	INDIGENA	RAIZAL	GITANO	NINGUNO					CANINO	FELINO	MACHO	HEMBRA		
990000012136778	David Nicolas	3	David Nicolas	Duran Cadena	1023 969 821		X									X	314696 2622	duran nicolas 576@gmail.com	CL 2 # 18A-24	Mia		X		X		Veis Negra de

156

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO

HISTORIA CLINICA: 92

MICROCHIP: ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004321784 Expiry date:09/06/2028

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Meli

COLOR: Negro- Blanco Amarillo

ESPECIE: CANINO __ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO __ RAZA Mestizo EDAD 4meses PESO: 1,7kg POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jessica Paola Martinez Avella

DIRECCION: CL 5 H 18 A-28

TELEFONO: 3143928322

CEDULA: 1000 000 589

CORREO ELECTRÓNICO: Kim1023nicole@gmail.com

BARRIO: La favorita

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: primaria

NS/NR: __

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO: No ha tenido

ULT. DESPARASITACION: DIC 24

ULT. VACUNACION: NS/NR: __ CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: LEUCEMIA: RABIA: DIC 24

FELINOS: TRIPLE FELINA:

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI __ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 171 l/m

F. RESPIRATORIA: 32 r/m

TEMPERATURA: 38,2 °c

TLLC 1 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,08 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,17 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☑
	PROPOFOL	___ ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,5 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,11 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,01 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 Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_x_ RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO, TARJETA PROFESIONAL: Mónica Vázquez Milán, Médica Veterinaria, TP. 11804

FIRMA: MV

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Dra. Ximena Moreno Ruiz, Médica veterinaria, M.P 45482, Universidad Nacional de Colombia

FIRMA: XMR

	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES	
	HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS	
	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM	

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

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO _X___ o RECHAZO ____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua 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 preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Jessica paola Martinez Ayella	1000000589

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Oscar	13 feb 120	8am

OBSERVACIONES:

32
33

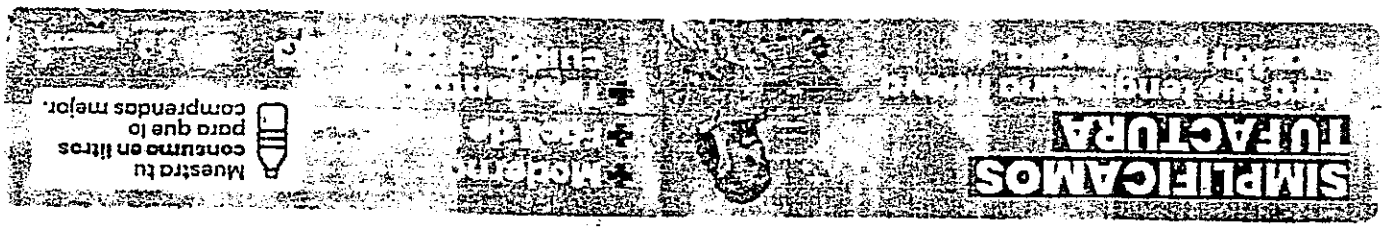
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

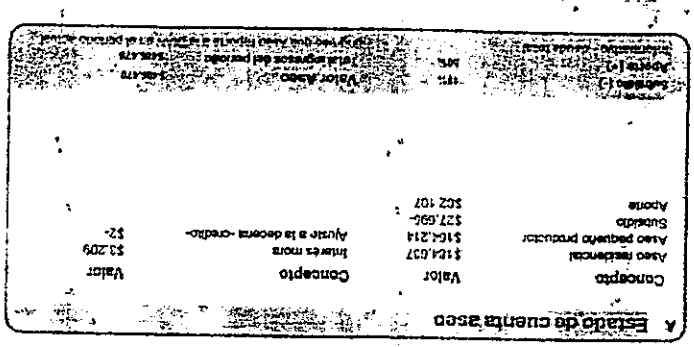
NÚMERO 1.000.000.589
MARTINEZ AVELLA
APELLIDOS
JESICA PAOLA
NOMBRES
Jesica Paola
FIRMA

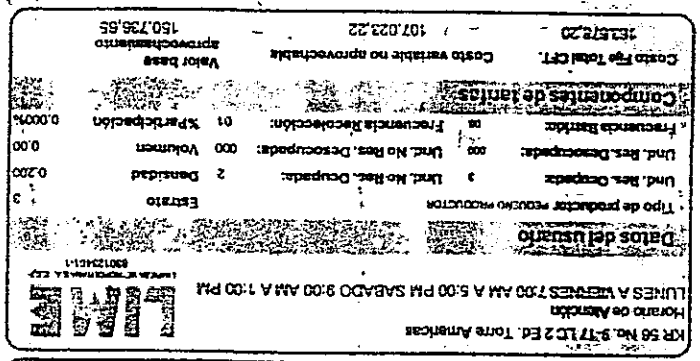
FECHA DE NACIMIENTO 22-OCT-1991
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.53 ESTATURA
B+ G.S. RH
F SEXO
30-NOV-2009 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
INDICE DERECHO

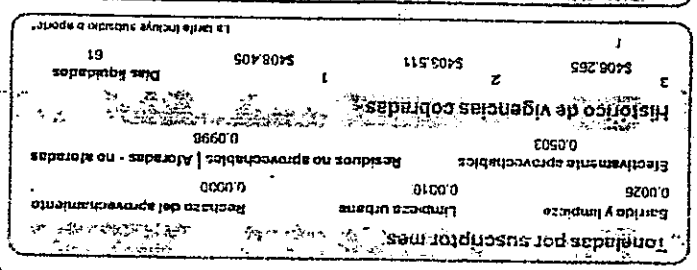
A-1500150-01133073-F-1000000589-20200211 0070160569A 3 9911789470

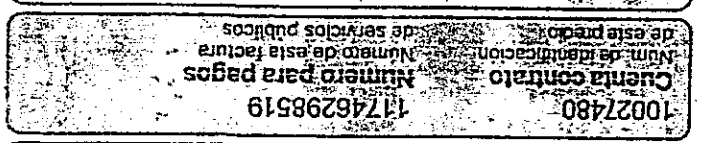
158

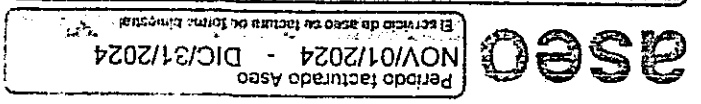


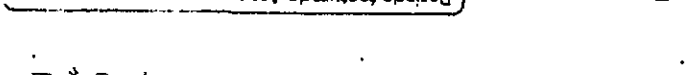


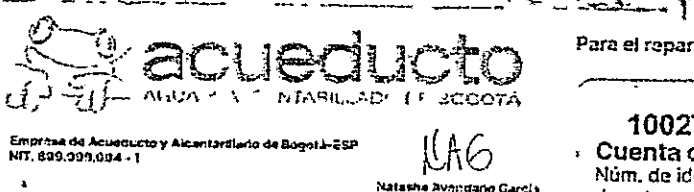












acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Para el reparto ZONA:3 CICLO: D3 RUTA:D33125 BIMESTRAL

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

10027480
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

11746298519
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola! Enero

Factura a nombre de
DAVID MARQUEZ H

Dirección del predio
CL 5 18A 28

Barrio: LA Localidad: LOS MARTIRES

Direccion de correspondencia

Período facturado	OCT/20/2024		DIC/18/2024
Pago oportuno	ENE/23/2025	Suspensión	ENE/28/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
MAR/14/2025	ENE/10/2025 09:18:55	ENE/10/2025 13:51:02

Datos adicionales del predio

Clase de uso:	**Multiusuario**
Estrato:	3
Unidades Habitacionales:	1
Unidades No Habitacionales:	2

¡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.

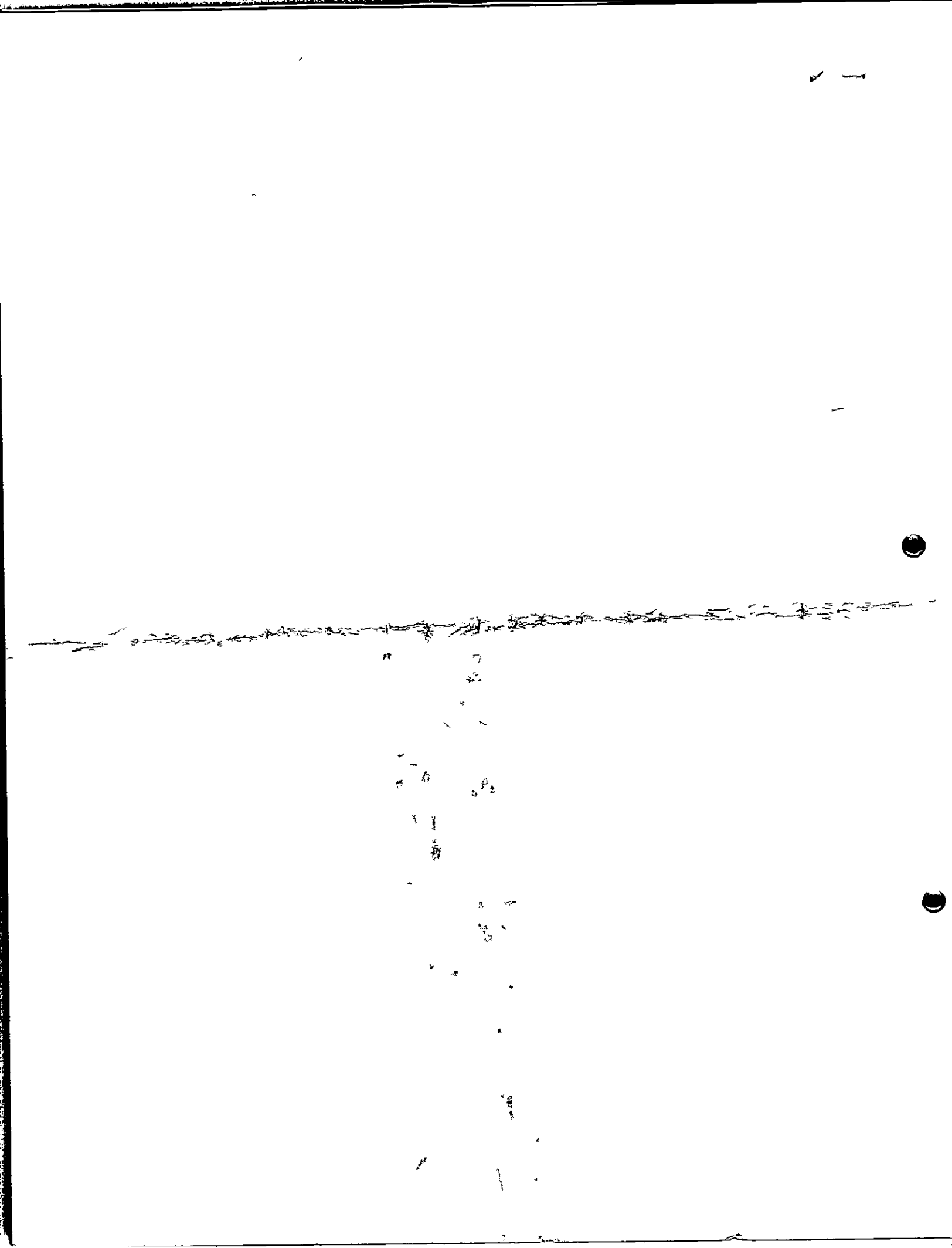
En este período **consumiste más agua** que en el anterior.
Abre y descubre el detalle de tu pago y consumo ↓

Llámanos 116 Acueducto 110 Aseo

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.

159



ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVI

HISTORIA CLINICA: 43

MICROCHIP: ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004321777 Expiry date:09/06/2028

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Tigresa

COLOR: Negro-Blanco-Amarillo

ESPECIE: CANINO __ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO __ RAZA Mestiza EDAD 4meses PESO 1,9kg POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jesica Paola Martinez Avella

DIRECCION: CL 5 # 184-28

TELEFONO: 3143928322

CEDULA: 1000 000 589

CORREO ELECTRÓNICO: Kion1023nicole@gmail.com

BARRIO: La fuente

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: primaria NS/NR: __

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO: No ha tenido

ULT. DESPARASITACION: DIC 24

ULT. VACUNACION: NS/NR: __ CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA: DIC24

FELINOS: TRIPLE FELINA: HEXAVALENTE: LEUCEMIA:

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ____ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 171 l/m

F. RESPIRATORIA: 31 r/m

TEMPERATURA: 38,6 °c

TLLC 1 seg

MUCOSAS: Rosada

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,09 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,19 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☒
	PROPOFOL	____ ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,6 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,13 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,01 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 Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_x_ RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO
TARJETA PROFESIONAL

Mónica Vázquez Milán
Médica Veterinaria
TP. 11804

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO
TARJETA PROFESIONAL

Dra. Ximena Moreno Ruiz
Médica veterinaria
M.P 45482
Universidad Nacional de Colombia

FIRMA

	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES	
	HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS	
	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM	

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

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO _X___ o RECHAZO ____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua 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 preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Jessica Paola Martinez Ayella	1000000589

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Oscar	13 feb/25	8 a

OBSERVACIONES:

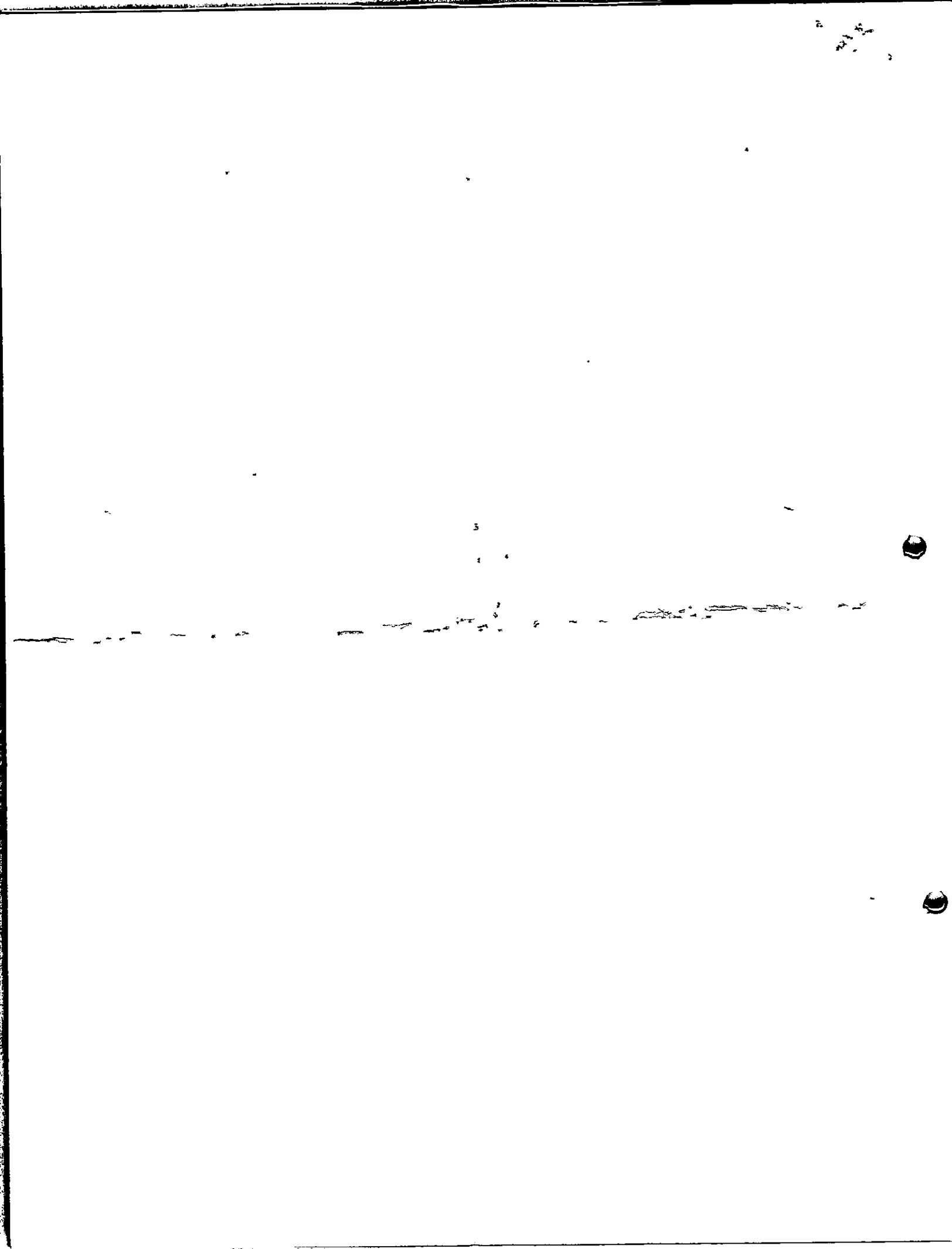
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.000.000.589
MARTINEZ AVELLA
APELLIDOS
JESICA PAOLA
NOMBRES

Jesica Paola
FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 22-OCT-1991
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.53 ESTATURA
B+ G.S. RH
F SEXO
30-NOV-2009 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
INDICE DERECHO

A-1500150-01133073-F-1000000589-20200219 0070160569A 3 9911789470



aseo

Período facturado Aseo
NOV/01/2024 - DIC/31/2024

El servicio de aseo se factura mediante factura bimestral

Cuenta contrato 10027480
Núm. de identificación de este predio

Número para pagos 11746298519
Número de esta factura de servicios públicos

KR 56 No. 9-17 LC 2 Ed. Torre Americas
Horario de Atención
LUNES A VIERNES 7:00 AM A 5:00 PM SABADO 9:00 AM A 1:00 PM

Datos del usuario

Tipo de predio:	Pequeño Productor	Estrato	3		
Und. Res. Ocupadas:	3	Und. No Res. Ocupadas:	2	Densidad	0,200
Und. Res. Desocupadas:	000	Und. No Res. Desocupadas:	000	Volumen	0,00
Fracciones Barrido:	00	Frecuencia Recolección:	01	%Participación	0,000%

Componentes de tarifas

Costo Fijo Total CFT	Costo variable no aprovechable	Valor base aprovechamiento
16.576,20	107.023,22	150.736,55

Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$184.637	Interés mora	$3.209
Aseo pequeño productor	$164.214	Ajuste a la decena -crédito-	$2-
Subsidio	$27.690-		
Aporte	$82.107		

Toneladas por suscriptor mes

Barrido y limpieza	Limpieza urbana	Recolección del aprovechamiento
0,0026	0,0010	0,0000
Efectivamente aprovechables	Residuos no aprovechables | Aforados - no aforados	
0,0503	0,0998	

Histórico de vigencias cobradas

3	2	1		Días liquidados
$406.285	$403.511	$108.405		61

La tarifa incluye subsidio o aporte

acueducto
EMPRESA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA:3 CICLO: D3 RUTA:D33125 BIMESTRAL

10027480
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

11746298519
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de
DAVID MARQUEZ H

Dirección del predio
CL 5 18A 28

Barrio: LA Localidad: LOS MARTIRES

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso:	Multiusuario
Estrato:	3
Unidades Habitacionales:	1
Unidades No Habitacionales:	2

Período facturado	OCT/20/2024	DIC/13/2024
Pago oportuno	ENE/23/2025	Suspensión ENE/28/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
MAR/14/2025	ENE/10/2025 09:18:55	ENE/10/2025 13:51:02

¡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.

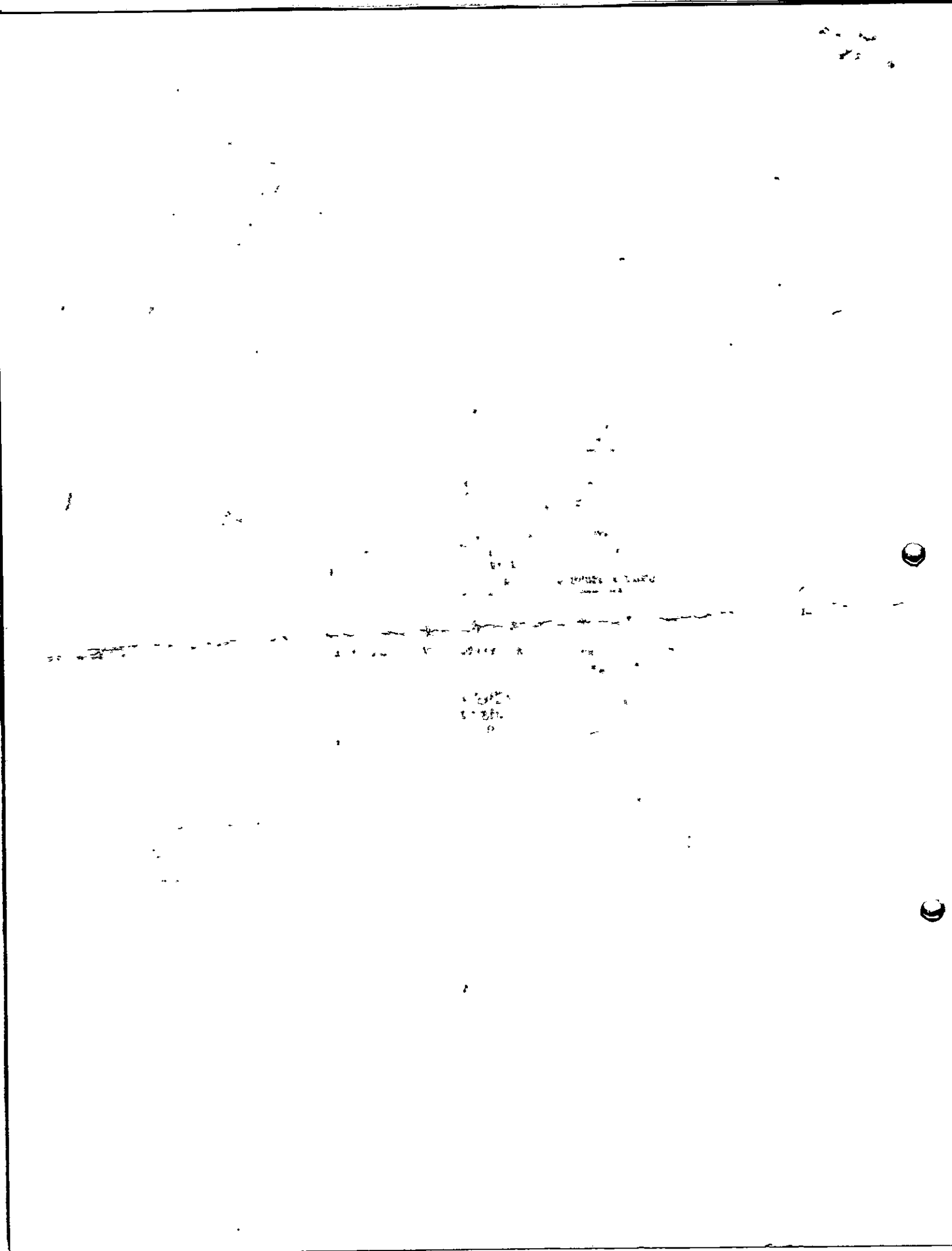
En este período **consumiste más agua** que en el anterior.
Abre y descubre el detalle de tu pago y consumo

Llámanos 116 Acueducto 110 Aseo

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.

40709 20124 1



ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVI

HISTORIA CLINICA: 44

MICROCHIP: ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004321787 Expiry date:09/06/2028

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Ceniza

COLOR: Gris Ceniza

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

RAZA: Mestizo EDAD: 1año

PESO: 3,4kg

POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI __ NO Y

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X

TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR __ CASERO __ CONCENTRADO Y MIXTO __ OTRO __

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Kevin Steven Dancel Gutierrez

DIRECCION: TV 19B # 16 - 7 03 301

TELEFONO: 3142964032

CEDULA: 1013 653 463

CORREO ELECTRÓNICO: Kevindancel94@gmail.com

BARRIO: Eduardo Santos

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: profesional NS/NR: __

TIPO DE VIVIENDA: CASA __ APTO Y RURAL __

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO: DIC 24

ULT. DESPARASITACION: Oct 24

ULT. VACUNACION: NS/NR: __ CANINOS PARVO: ✓ TRIPLE: PENTAVALENTE: ?

FELINOS: TRIPLE FELINA: ✓ HEXAVALENTE: LEUCEMIA: ? PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: ? RABIA: Nov 24

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI __ NO Y

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: 172 l/m

F. RESPIRATORIA: 32 r/m

TEMPERATURA: 38,4 °c

TLLC 1 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,17 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,3 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☑
	PROPOFOL	— ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1,1 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,2 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	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 responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y especificamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_x_ RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO
TARJETA PROFESIONAL

Mónica V. Vázquez Milán
Médica Veterinaria
TP. 11804

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO
TARJETA PROFESIONAL

Dra. Ximena Moreno Ruiz
Médica veterinaria
M.P 45482
Universidad Nacional de Colombia

FIRMA

	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES	
	HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS	
	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM	

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

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO** _X___ o **RECHAZO** ____ **la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua 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 preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
	1013653463

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Oscar	13 feb 25	8 am

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.013.653.463**

DONCEL GUTIERREZ

APELLIDOS

KEVIN STEVEN

NOMBRES

FIRMA

ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-OCT-1994**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

26-OCT-2012 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01337697-M-1013653463-20230110 0094118933A 1 9922128590

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 a la 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/

Botón PSE

Botón Bancolombia

Pagos electrónicos en otras entidades

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

Escanea para pagar tu factura

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

Línea telefónica solo para emergencias
Atención todos los días las 24 horas
Fijo 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 800.148.171-8 7/08/2023

¡Hola!

KEVIN DONCEL
TV 19B 1G 7 03 00301 - EDUARDO SANTOS
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 007120200003696401

Lote: P02GN Ruta: 00112401931900050000 Código del Sector: 200

Cuenta o referencia de pago 63496666

vanti Listo

Compra! [illegible] 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:

Éxito · Éxito Electrodomésticos · Multintegral · TECHRED · Merpes

Paga a cuotas a través de tu factura de gas natural

Publicidad a cargo de Vanti S.A. E.S.P. Gas Natural Cundiboyacense S.A. E.S.P., Gasoriente, S.A. E.S.P. y Gasocoor S.A. E.S.P.
Consulta términos y condiciones de financiación en grupovanti.com/vantilista. Vanti Listo es un producto de las empresas del Grupo Vanti.
Conoce más en grupovanti.com/tienda-virtual

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

00112401931900050000 2/2027

PASEN

165

r la factura

Factura de gas

Enero 2025

Cuenta o referencia de pago 63496666

BOGOTA

Fechas importantes

1. Pago oportuno: 20 Ene. 2025
2. Fecha de suspensión: 21 Ene. 2025
3. Periodo facturado: Dic. - Ene. 2024
4. Emisión de tu factura: 08 Ene. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	2M3	2.479,93	0,00	4.959,86
FIJO	1UN	4.029,00	0,00	4.029,00
AJUSTE DECENA	1UN	1,14	0,00	1,14

(1) Total $8.990,00

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) $8.990,00

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos

Datos de medición

Uso Residencial Estrato/Cen Tres Días de consumo 32

Fecha	Lectura	Tipo
04 Dic. 2024	292	REAL
04 Ene. 2025	294	REAL

m³ corregido = 294 - 292 * Factor de corrección = 2

Tu próxima lectura será: Entre 01 y el 06 de Febrero

Novedades de tu factura

Dale esperanza a una familia colombiana realizando tu aporte voluntario en www.grupovanti.com
Valor sugerido $ 999

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $66.100

(415)7709998026025(8020)63496666(3900)00000000008990

Por favor dobla y ra

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERV

HISTORIA CLINICA: 45

MICROCHIP: ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004321758 Expiry date:09/06/2028

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Julieta

COLOR: Cafe - Amarillo - Blanco

ESPECIE: CANINO __ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO __ RAZA Mestizo EDAD 1 año PESO 2,9 kg POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria de los Angeles Marulanda Martinez

DIRECCION: Ap 301 Kr 18 # 21-40

TELEFONO: 3123088863

CEDULA: 1011 201 982

CORREO ELECTRÓNICO: mariamarulanda405@gmail.com

BARRIO: Santa fe ESTRATO: 2 LOCALIDAD: LOS MARTIRES

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

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO: Dic 29

ULT. DESPARASITACION: NO Reporta

ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: LEUCEMIA: RABIA: FELINOS: TRIPLE FELINA:

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 162 l/m F. RESPIRATORIA: 31 r/m TEMPERATURA: 38,2 °c TLLC 1 seg MUCOSAS Rosada

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,14 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,29 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☑
	PROPOFOL	ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,2 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	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 responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y especificamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_x_ RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO
TARJETA PROFESIONAL

Mónica V. Vázquez Milán
Médica Veterinaria
TP. 11804

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO
TARJETA PROFESIONAL

Dra. Ximena Moreno Ruiz
Médica veterinaria
M.P 45482
Universidad Nacional de Colombia

FIRMA

	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES
	HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

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

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO _X___ o RECHAZO ____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua 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 preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del Responsable/Tenedor: María Marulanda	Nro de identificación: 1011201982

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Parque Oscar	FECHA: 13 feb 25	HORA: 8 am

OBSERVACIONES:

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.011.201.982

Apellidos
MARULANDA MONTAÑA

Nombres
MARIA DE LOS ANGELES

Nacionalidad
COL

Estatura
1.73

Sexo
F

Fecha de nacimiento
28 MAYO 2006 O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
18 JUN 2024, BOGOTA D.C.

Firma
Maria Marulanda

Fecha de expiración
18 JUN 2034

048650476

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL048650476215001<<<<<<<<<<
0605265F3406197COL1011201982<0
MARULANDA<MONTANA<<MARIA<DE<LO

enel Bogotá

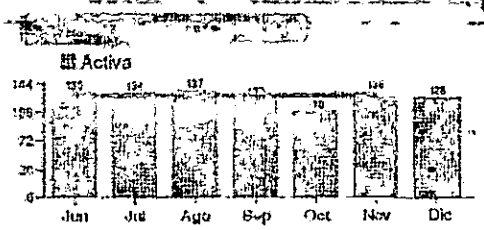
ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 860.063.875-8
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

4506375-0

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 334720022-0

BERNARDINO MOLANO
KR 18 NO 21 40 AP 301
APARTAMENTO 301
BOGOTA, D.C. - SANTA FE

07 401 5304 / 075-126718



VALOR kWh APLICADO: $561,43

CONSUMO DIARIO: 4,27 kWh/día

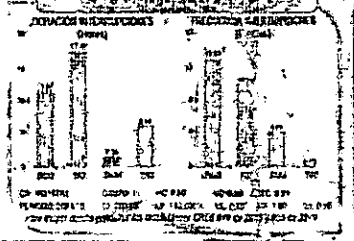
VALOR DIARIO: $1.959

PERÍODO FACTURADO:	DÍAS FACTURADOS:	CONSUMO MES
Del NOV/2024 A 05 DIC/2024	30	128 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	S0034674G16304
RUTA LECTURA:	34674000305
MANZANA DE LECTURA:	MS0001C324
MEDIDOR NO:	075 126718
MEDIDOR NO:	075 126718

Si ves e reutilizas: bajos revisados de años anteriores, verifica que no tengan cables desgastados, pelados o bombillas rotas. Reemplaza cualquier cable o luz en mal estado.



Bogotá, Soacha y Cundinamarca
601 6 115 115

115 Gratuito las 24 horas

Medios virtuales de Pago

Canales Virtuales

RED CADE

Canales de Atención

Componentes del costo:

Vigencia: NOV/2021

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:

G: $367,79 T: $53,37 D: $383,15 C/U: $120,05 PR: $70,51 R: $4,28 CP: 30,00 / $564,43 Costo kWh Mes

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0047 de 29 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1995.

Sobre el contenido de la presente factura se Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacerlos valer en la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunicarse al (601) 5 115 115, línea de Bogotá o al 6013 012 115, a en nuestras Oficinas de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 0091 de 10 de diciembre de 2020.

Frente al acto de suspensión proceso el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa prevista la suspensión del servicio.

La factura de venta presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994.

Parágrafo. De la resolución CREG 156 11 consulta vigencias vigentes.

ANTE: Las disposiciones de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, alcances y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y

Para obtener mayor información, le invitamos a consultarnos en nuestra página web www.enel.com.co o comunicarse a la línea (601) 5 115 115, hasta en Bogotá al (601) 012 115, a en nuestras Oficinas de

S.A. ESP prestar el servicio de acuerdo para brindarle a usted con la calidad del servicio público domiciliario de energía eléctrica. Recuerde de Cliente/usuario, de acuerdo con la información exigida según el Uso de la tarifas como cobro de consumo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no se responsables por el servicio que prestará los Bancos, ni por las demás autorizados. Para mayor información relacionada por favor consulte a los canales de atención dispuestos por cada comercio.

"De la comercialización y distribución de energía eléctrica y no prestadora y son jurídicamente agregada en ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT 860.063.875-8. Regulado vigilado por la Superintendencia Domiciliaria.

FECHA GENERACIÓN:
10/12/2024 01:59:58
FECHA EXPEDICIÓN:
10/12/2024 18:55:15

Factura Impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación NIT 800.094.887

Promotion Incorporated Centro Empresarial y Corporativo BAS BIC Hombre del SW CENFinanciero NIT 860 051 151-0

768

$58.780 + $0 = $58.780

PAGO OPORTUNO 19 DIC /2024

FECHA DE SUSPENSIÓN 23 DIC /2024

ENERGÍA	4506375-0	07 ENE /2025

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

CALCULO CONSUMO													
ENERGIA ACTIVA FP	15.361		15.436		125		1		125	125		$464.431	$110.847
ENERGIA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$58.515	$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130.00 kWh X				Valor kWh $951,4259		X		Beneficio -46.88 %				-$31.571
ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $1.933 DIARIOS												SUBTOTAL:	$58.776

Ajustes a la decena	$4
SUBTOTAL:	$4
TOTAL A PAGAR	$58.780

Otros conceptos asociados a los servicios	$0

Si en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar cobranza de mora y la POSIBLE SUSPENSIÓN a pesar de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los cortes sucesivos en el plazo indicado el usuario por concepto de reconexión se hasta de $58.624

Informamos que de no realizar el pago de sus conexiones CARGO PAGO CONEXIÓN en la fecha de PAGO OPORTUNO, desde entonces en mora, desde lo cual se genera nuevos cargos a las bases de información Financiera y cobro por gastos de cobranza de la cuenta aspirar 15 días y se realiza gestión de cobro.

ESTIMADO CLIENTE: El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (0 – 130 kWh/mes) es de -46.88%

NÚMERO DE CLIENTE
4506375-0

Documento Equivalente Electrónico No.
334720022-0

(415)7707209014253(8020)014506376033472200220(3900)000000000058780

PAGO OPORTUNO
19 DIC /2024

TOTAL A PAGAR
$58.780

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SER'

HISTORIA CLINICA: 96

MICROCH: ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004321747 Expiry date:09/06/2028

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Negos

COLOR: Negro

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

RAZA: Mestizo EDAD: 2años PESO: 2,8kg

POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria de los angeles Maruland Martinez

DIRECCION: Kr 18 #21-40 AP 302

TELEFONO: 3123088863

CEDULA: 1011201987

CORREO ELECTRÓNICO: mariamaruland405@gmail.com

BARRIO: Santa fe ESTRATO: 2 LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR: __

TIPO DE VIVIENDA: CASA __ APTO X RURAL __

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO: NO Reporta

ULT. DESPARASITACION: NO Reporta

ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE:

FELINOS: TRIPLE FELINA: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA:

LEUCEMIA: RABIA:

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI __ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 169 l/m F. RESPIRATORIA: 31 r/m TEMPERATURA: 38,4 °c TLLC 1 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,14 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,28 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☑
	PROPOFOL	___ ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,4 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,19 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,07 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 Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_x_ RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO: Mónica Vázquez Milán

TARJETA PROFESIONAL: Médica Veterinaria TP. 11804

FIRMA: MVJ

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO: Dra. Ximena Moreno Ruiz

TARJETA PROFESIONAL: Médica veterinaria M.P 45482 Universidad Nacional de Colombia

FIRMA: XMR

169

	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES	
	HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS	
	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM	

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

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO** _X___ o **RECHAZO** ____ **la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua 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 preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Maria Mavulanda	1011201982

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

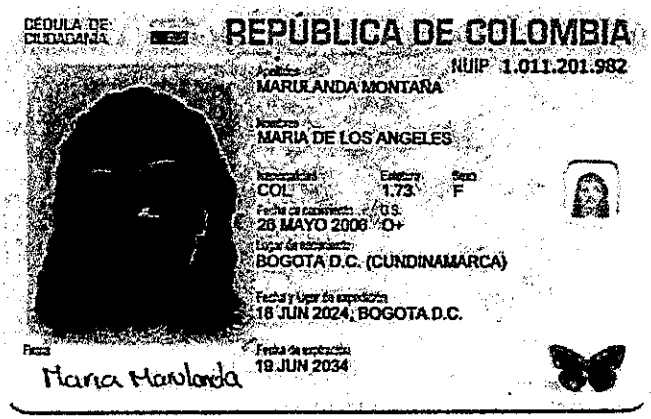
Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación:	

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Oscar	13 feb 25	8 am

OBSERVACIONES:

41
42



ICCOL048650476215001<<<<<<<<<<
0605265F3406197COL1011201982<0
MARULANDA<MONTANA<<MARIA<DE<LO

170

Carrera No. 13 - 45 Piso 1
CLIENTE
BERNARDINO MOLANO
KR 18 NO 21-40 AP 302
APARTAMENTO 302
BOGOTA, D.C. - SANTA FE
07 401 3099 / 075-126719
¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código.
Activa
194
78
52
26
0
May
Jun
Jul
Ago
Sep
Oct
Nov
VALOR kWh APLICADO $633,85
CONSUMO DIARIO: 2,81 kWh
VALOR DIARIO: $1.253
PERIODO FACTURADO: 05 OCT/2024 A 05 NOV/2024
DÍAS FACTURADOS: 32
CONSUMO MES 90 kWh
Unidos por tu seguridad.
En alianza con el Hospital Simón Bolívar y CIDET
mensajes de prevención de riesgo eléctrico para nuestra comunidad.
Recuerda, ante un accidente eléctrico llama al 123.
Para más información, ingresa a www.enel.com.co, sección Hogares.
¡Ecos mes tuvimos acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO
INFORMACIÓN DE LA CUENTA
CLASE DE SERVICIO: Residencial
ESTRATO: 2
CARGA kW: 2,00
FACTOR: 2,31
RUTA REPARTO: 0204078013665
RUTA LECTURA: 0307403603
MANZANA DE LECTURA: MS00610324
MEDIDOR NO: 075-126719
MEDIDOR NO: 075-126719
USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA
CONTÁCTANOS
¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?
Inscríbete a la factura virtual
Enel y aprovecha los beneficios
COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:
Vigencia: OCT/2024
FECHA GENERACIÓN: 06/11/2024 01:51:25
FECHA EXPEDICIÓN: 06/11/2024 18:44:26

PAGO OPORTUNO
20 NOV /2024

$41.380

FECHA DE SUSPENSIÓN O
22 NOV /2024

ENERGÍA

4505220-4

05 DIC /2024

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

CONSUMO ACTIVA FP	10.836		30	1			30		5833,85		175.047
CONSUMO REACTIVA	0		0	0			0		6284,65		0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh	X	Valor kWh $833,6500	=							-$33.685

SUBTOTAL: $41.382

Otros cobros de productos y servicios

Ajustes a la decena

SUBTOTAL: $-2

1 TOTAL ENERGÍA $41.380

2 TOTAL OTROS $0

Visítanos en el Salón Internacional del Automóvil.

Con Enel X, puedes llevar la energía a casa. Descubre cómo adquirir tu cargador e instalación personalizada para tu vehículo eléctrico o híbrido.

Te esperamos del 6 al 17 de noviembre en el Hall del Gran Salón de Corferias, entradas 13 y 14.

enel x

Contáctanos al 601 514 0800

O escaneando este QR:

NÚMERO DE CUENTA
4505220-4

Documento Equivalente Electrónico No.
331295272-9

(415)7707209914253(8020)04505220433129627291(3900)000000000041380

PAGO OPORTUNO
20 NOV /2024

TOTAL A PAGAR
$41.380

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 47

MICROCHIP: 990000012136771

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Era

COLOR: Blanco -Negro

ESPECIE: CANINO __ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO __ RAZA Mestizo EDAD 3años PESO: 3,9kg. POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Didi Liliana Prada Vega

DIRECCION: Kr 19 #23-31 401

TELEFONO: 3015049262

CEDULA: 52820172

CORREO ELECTRÓNICO: didiliana@gmail.com

BARRIO: San Victorino

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: Tecnico NS/NR: __

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO: Dic 24

ULT. DESPARASITACION: NO Reporta

ULT. VACUNACION: NS/NR: __ CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: ✓

FELINOS: TRIPLE FELINA: ✓ HEXAVALENTE: LEUCEMIA: ✓ PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: ✓

RABIA: Mar024

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ____ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 171 l/m

F. RESPIRATORIA: 32 r/m

TEMPERATURA: 38,4 °c

TLLC 1 seg

MUCOSAS: Rosada

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,19 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,3 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☒
	PROPOFOL	___ ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1,3 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,2 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	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 responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y especificamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_x_ RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Mónica Vázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Ximena Moreno Ruiz Médica veterinaria M.P 45482 Universidad Nacional de Colombia	FIRMA

172

Bogotá	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM	

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

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO _X___ o RECHAZO ____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua 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 preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de identificación:
Liliana Prado Vega	52820172 Bta

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

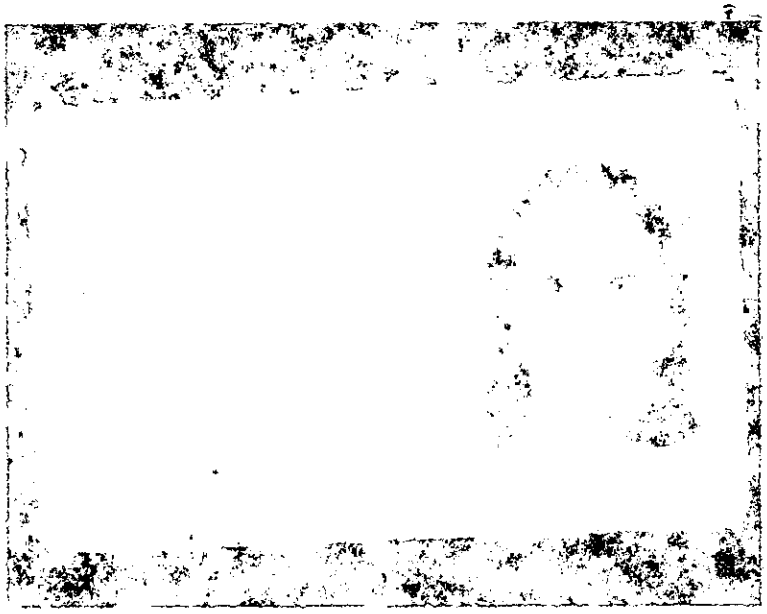
LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Oscar	13 feb/25	8 m

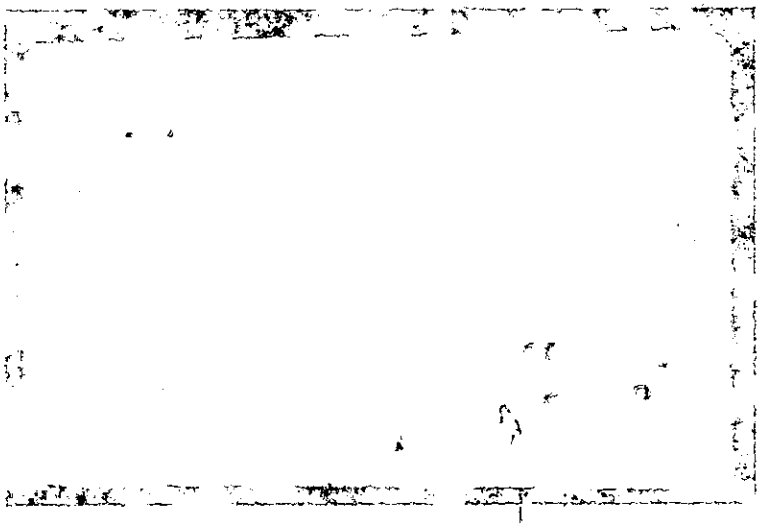
OBSERVACIONES:

64

REPUBLICA DE COLOMBIA
PRADO VEGA
52.828.172
DIDI LILIANA
COL
1.60
F
23 FEB 1982
O+
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)
24 FEB 2000, BOGOTA D.C
31 JUL 2031

ICCOL0007190986150O1<<<<<<<<<<
8202235F3107313COL52820172<<<0
PRADO<VEGA<<DIDI<LILIANA<<<<<<





Factura de gas

Enero 2025

Cuenta o referencia de pago 61381128

BOGOTÁ

vanti

Más formas de avanzar

Fechas importantes

1. Pago oportuno: 29 Ene. 2025
2. Fecha de suspensión: 30 Ene. 2025
3. Periodo facturado: Dic. - Ene. 2024
4. Emisión de tu factura: 16 Ene. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	14M3	2.479,93	0,00	34.719,02
FIJO	1UN	4.029,00	0,00	4.029,00
AJUSTE DECENA	1UN	1,98	0,00	1,98

1 – Total $38.750,00

Tus financiaciones

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

2 – Total $0,00

Valor facturas vencidas

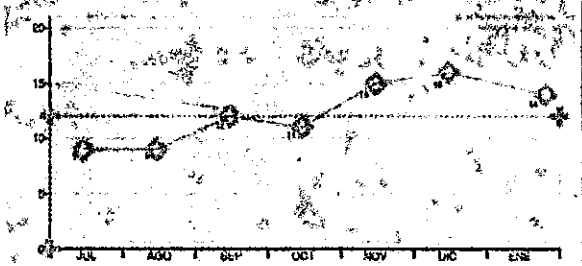
$0,00

Total a pagar (1 + 2 + 3) $38.750,00

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial | Estrato/Cat.Tres | Días de consumo 34

Fecha	Lectura	Tipo
11 Dic. 2024	6177	REAL
13 Ene. 2025	6195	REAL

m³ corregido= 6195 - 6177 * Factor de corrección = 14

Tu próxima lectura será

Entre 08 y el 13 de Febrero

Novedades de tu factura

Dale esperanza a una familia colombiana realizando un aporte voluntario en www.grupovanti.com, valor sugerido $ 3875

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

30 Abr. 2026

La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente* *Resoluciones 059 de 2012 y 4118 de 2017

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $2480.

Oct. $2250 Nov. $2362 Dic. $2362

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

Componentes tarifarios

Gm: 1269.55 Tm: 514.82 Dm: 613.08 Cm: 2479.93

Pr: 61.58 Cvm: 0.0 Cdm: 4029.0 Cvm: 2479.93

Ctm: 0.0 Fpcm: 42.475 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

Mjm³ Tu consumo en m³ de gas equivale 105 kWh y el precio unitario del kWh es $234.836

Factor de corrección

Vm: 10 Kz: 0.78727 Kt: 1.00652 Fc: 0.77227

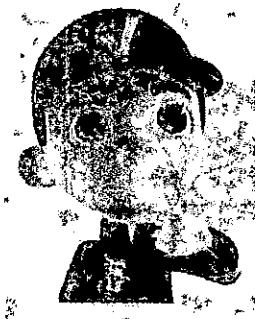
Vc: 14 Tm: 13.89 Tc: 15.56 Pc: 1.01003

Pz: 0.782 Pm: 0.023 Fpv: 1.0

Factor de corrección: 0.77227

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 ID: 100.0 IPR: 100.0



(415)7709998026025(8020)61381128(3900)00000000038750

59473

C1

Factura No. F1SB24378595

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.

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/

Botón PSE

Botón Bancolombia

Pagos electrónicos en otras entidades

Rodeobar · Bancolombia · BBVA · Banco AV Villas · Banco GNB Sudameris · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Davivienda Plata · Dale

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

Escanea para pagar tu factura

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

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

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

Se te suspenderá el servicio por falta de pago y cuando se requiera, en caso de que se impida el acceso al medidor o a la instalación interna y de artefactos de cocinarse. Como consumidor puedes presentar un reclamo directamente ante la empresa y apelar ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios, dentro de los (5) días hábiles siguientes al conocimiento del acto de suspensión. Sobre el cobro de la primera factura del cliente cuenta con 15 días calendario para presentar reclamación de peticiones en los arts 142 de 1994 y puede hacer uso antes de la fecha señalada para el pago oportuno.

CERTIFICADO SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 830096873-6 - 704522007304

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

¡Hola!

LILIANA PRADO BUITRAGO
KR 19 23 31 00401 - SAN VICTORINO
BOGOTA

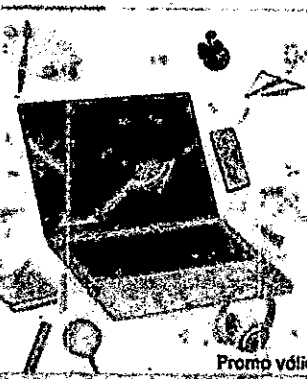
vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP,
Medidor Gas No. 5187101-258932

Lote: P09GN **Ruta:** 0011310310620005600 **Código del Sector:** 391

Cuenta o referencia de pago 61381128

vanti Listo

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 4.900.000**



CON LISTO 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

Éxito · Carulla · Alkosto · Ktronix

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gasnacer S.A. ESP. Conoce T&C de la campaña ingresando a grupovanti.com/vantilisto/celebraciones. Vanti Listo es la marca que identifica el servicio de financiación no bancaria ofrecida por el Grupo Vanti. Aplican condiciones definidas en la política de financiación; consúltala en: grupovanti.com/vantilisto/celebraciones. 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 3121
Bucaramanga (607) 685 4755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

0011310310620005600

P09GN

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: A6 | MICROCHIP: 990000012136777 | FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Dolce | COLOR: Gris

ESPECIE: CANINO __ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO __ | RAZA Mestizo | EDAD 7m | PESO: 7,6Kg | POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

ORIGEN: NS/NR __ RESCATADO __ COMPRADO __ ADOPTADO __ REGALADO __ PERRO DE CUADRA __ OTRO nacio en casa

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Carlos Mario Vanegas Betancur | DIRECCION: Kr 15 # 22-50 01 001 | TELEFONO 3133700282

CEDULA: 1087 547 301 | CORREO ELECTRÓNICO: 3133700282@sincorreo.com

BARRIO: San Victorino | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: LOS MARTIRES

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

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO: No ha Tenido | ULT. DESPARASITACION: NO reporta | ULT. VACUNACION: NS/NR: Y CANINOS PARVO: ✓ TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: ? PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: ? FELINOS: TRIPLE FELINA: ✓ LEUCEMIA: ? RABIA: ?

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI __ NO Y | 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: 170 l/m | F. RESPIRATORIA: 32 r/m | TEMPERATURA: 38,2 °c | TLLC 1 seg | MUCOSAS: Rosada

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,08 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,16 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☑
	PROPOFOL	___ ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,5 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,1 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,01 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 ACEPTACION_x_ RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO
TARJETA PROFESIONAL
Mónica Vázquez Milán
Médica Veterinaria
TP. 11804
FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO
TARJETA PROFESIONAL
Dra. Ximena Moreno Ruiz
Médica veterinaria
M.P 45482
FIRMA

176

	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES
	HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

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

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO _X___ o RECHAZO ____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua 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 preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Carlos Vancoos	1087547301

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Oscar	13 feb 125	8 am

OBSERVACIONES:

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.087.547.301

Apellidos
VANEGAS BETANCUR

Nombres
CARLOS MARIO

Nacionalidad
COL

Estatura
1.80

Sexo
M

Fecha de nacimiento
12 AGO 1986

G.S. RH
O+

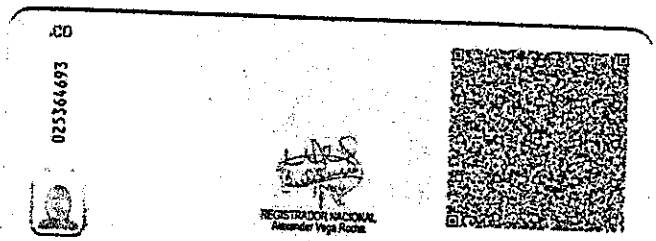
Lugar de nacimiento
LA VIRGINIA (RISARALDA)

Fecha y lugar de expedición
02 NOV 2004 LA VIRGINIA

Firma

Carlos

Fecha de expiración
20 JUN 2033



ICCOL025364693624046<<<<<<<<<<
8608125M3306208COL1087547301<0
VANEGAS<BETANCUR<<CARLOS<MARIO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 25.806.772
VASQUEZ ORTEGA

¡Hola!

MANUEL ALONSO
KR 15 22 50 01 00001 - SAN VICTORINO
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar

Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5007117-3360595

Lote: P09GN Ruta: 0011310282750005000 Código del Sector: 391

Cuenta o referencia de pago 63257762

vanti Listo

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: $ 4.400.000

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.

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 Gasnacer S.A. ESP. Conocer T&C de la campaña ingresando a grupovanti.com/vantilisto/celebraciones. Vanti Listo es la marca que identifica el servicio de financiación no bancaria ofrecido por el Grupo Vanti. Aplican condiciones señaladas en la política de financiación; consúltala en: grupovanti.com/vantilisto/celebraciones. 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
Bucaramanga (607) 685 4755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

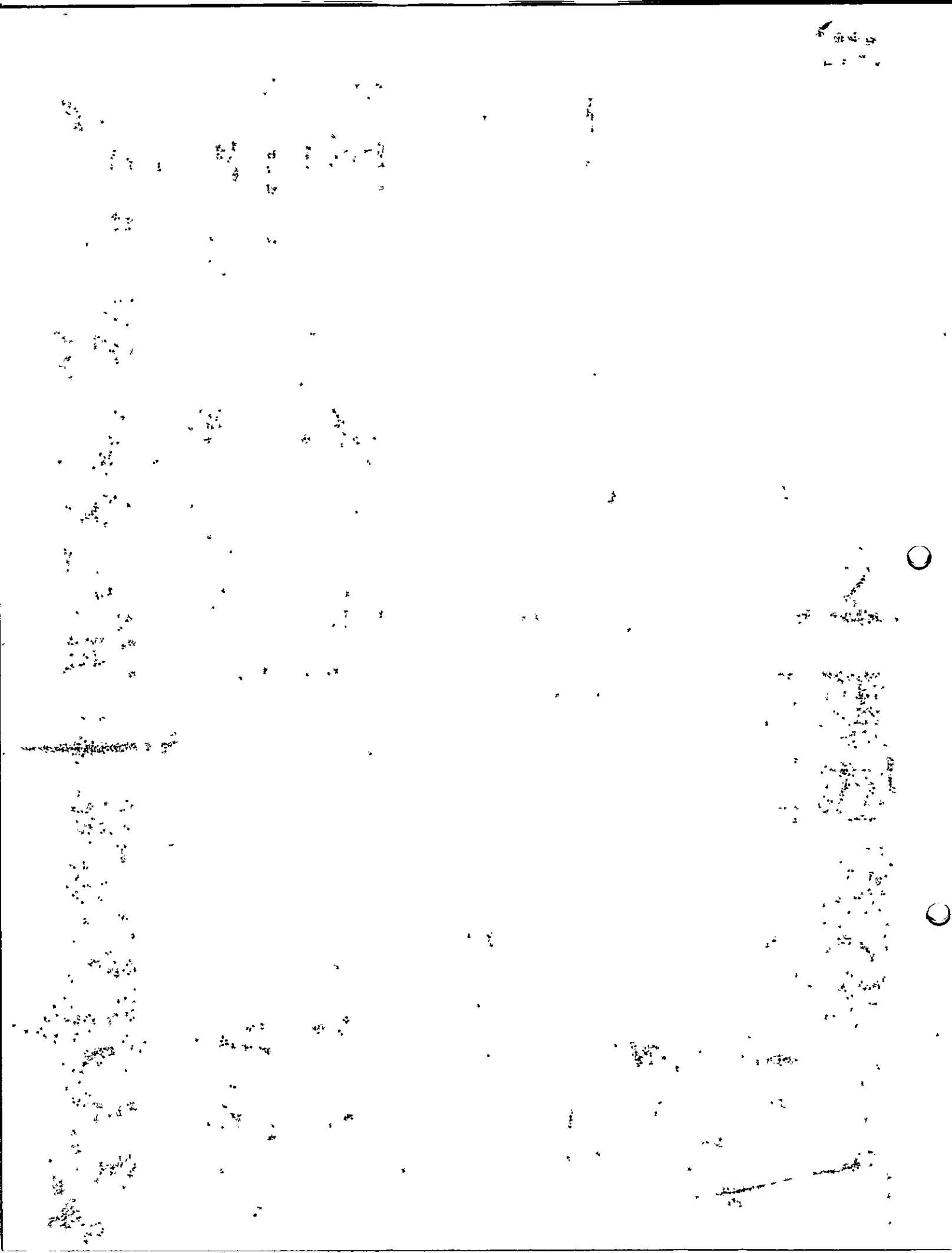
Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

391
0011310282750005000
58959
P09GN
C1



Enero 2025

Cuenta o referencia de pago **63257762**

Fechas importantes

1 — 2 — 3 — 4

1 Pago oportuno	2 Fecha de suspensión	3 Periodo facturado	4 Emisión de tu factura
29 Ene. 2025	30 Ene. 2025	Dic. - Ene. 2024	16 Ene. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. SIN SUBSIDIO	1M3	2.479,93	0,00	2.479,93
CONS. CON SUBSIDIO	20M3	2.815,40	0,00	56.308,00
MENOS SUBSIDIO (50%)	1UN	-28.154,00	0,00	-28.154,00
AJUSTE DECENA	1UN	0,29	0,00	0,29
Intereses Moratorios Base Recargo	1UN	196,36	0,00	196,36

1 — Total $30.830,00

Tus financiaciones

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

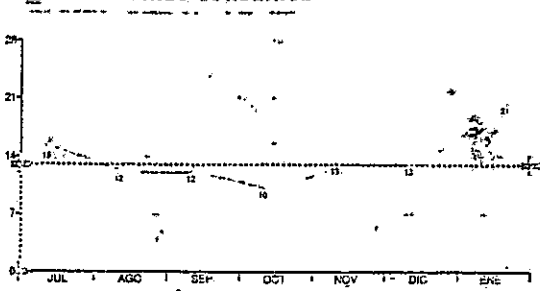
2 — Total $0,00

3 — Valor facturas vencidas	Total a pagar 1 + 2 + 3
$0,00	$30.830,00

Pago por

Escanea o pague QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial Estrato/Cat. Dos Días de consumo 34

Fecha	Lectura	Tipo
11 Dic. 2024	1064	REAL
13 Ene. 2025	1091	REAL

m³ corregidos= 1091 - 1064 * Factor de corrección = 21

Tu próxima lectura será: Entre 08 y el 13 de Febrero

Novedades de tu factura

CuVa $ 2479.93

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 May. 2028

La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente*
*Resoluciones 059 de 2012 y 41285 de 2017.

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $2480.

Oct. $2250 Nov. $2362 Dic. $2362

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

Componentes tarifarios

Gm: 1289.55 Tm: 514.92 Dm: 613.68 Cm: 0.0
Pc: 61.58 Cvm: 0.0 Cvfm: 0.0 Cvum: 0.0
Com: 0.0 Fpcm: 42.475 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

Mm³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 248 kWh y el precio unitario del kWh es: $123.524

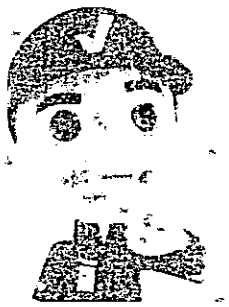
Factor de corrección

Vm: 27 Kp: 0.76727 Kt: 1.00652 Pc: 0.77227
Vc: 21 Tm: 13.69 Tc: 15.56 Pa: 1.01008
Fc: 0.752 Pm: 0.023 Pb: 1.0

Factor de corrección: 0.77227

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 ID: 100.0 IPL: 100.0



(415)7709998026025(8020)63257762(3900)00000000030830

Tarifas gases combustibles redondeadas. Resolución No. 4959 del 17 Jul 1998 Autorización de Numeración de Facturación No. Formulario 18760067155858 del 12/03/2021. Facturación electrónica desde N° 00000001 hasta 50000000 con vigencia de 18 meses.

Cifras expresadas en pesos colombianos. Actividades de servicios públicos domiciliarios según CIIU 3520. Vigilado por la SSPD. NIT 830.007.013-5 - Revisor Fiscal Deloitte & Touche S.A.S. Esta factura presta mérito ejecutivo. Art 130 del Estatuto Tributario Ley 142 de 1994.

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 49

MICROCHIP: 990000012136772

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Princesa

COLOR: Atigrado

ESPECIE: CANINO __ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO __ RAZA Mestizo EDAD 1año PESO: 2,7Kg POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Nohelis Genesis Avendaño Nanez

DIRECCION: Kr 16A # 22-51 308

TELEFONO: 3106976394

CEDULA: 23579614

CORREO ELECTRÓNICO: nohelis.asblin@gmail.com

BARRIO: San Victorino

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO: Dic 24

ULT. DESPARASITACION: Dic 24

ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE:

FELINOS: TRIPLE FELINA: / HEXAVALENTE: LEUCEMIA: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA: /

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI __ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 171 l/m

F. RESPIRATORIA: 32 r/m

TEMPERATURA: 38,4 °c

TLLC 1 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,13 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,2 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☒
	PROPOFOL	___ ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,9 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,18 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,02 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 Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_x_ RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO
TARJETA PROFESIONAL

Mónica Vázquez Milán
Médica Veterinaria
TP 11804

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO
TARJETA PROFESIONAL

Dra. Ximena Moreno Ruiz
Médica veterinaria
M.P 45482
Universidad Nacional de Colombia

FIRMA

150

	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES	
	HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS	
	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM	

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 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.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua 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 preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Noffels Acaugueca	1123579614

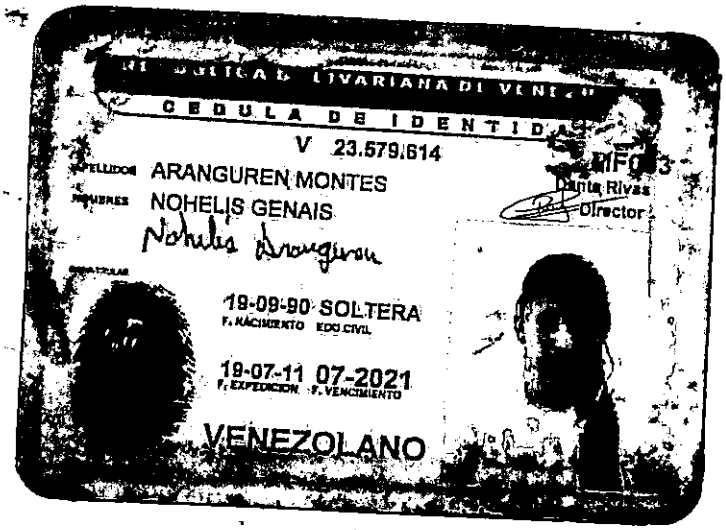
Yo, _____ identificado con CC. No._____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía.
RAZÓN:

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Oscar	13 Feb 25	8a

OBSERVACIONES:


CEDULA DE IDENTIDAD
V 23.579.614
APELLIDOS ARANGUREN MONTES
NOMBRES NOHELIS GENAIS
Nohelis Aranguren
19-09-90 SOLTERA
F. NACIMIENTO EDO CIVIL
19-07-11 07-2021
F. EXPEDICION F. VENCIMIENTO
VENEZOLANO
Director

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

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Redeban · Itaú · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco AV Villas · Banco GNB Sudameris · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Davivienda Fresh · Davivienda Daviplata · Rappipay · dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

- Corresponsales Banco BBVA
- Corresponsales Scotiabank Colpatria
- Corresponsales Grupo Aval
- Corresponsales Banco Davivienda
- Red CADE
- Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies: Metro, Jumbo, Éxito

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

Eficiencia energética

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.

Recuerda que reportando una emergencia y operar ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los tres (3) días hábiles siguientes al conocimiento del acta de suspensión. Sobre el contenido de la presente factura el cliente cuenta con los mecanismos de defensa en la ley 142 de 1994 y puede hacer uso antes de la fecha señalada para el pago oportuno.

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.098.812-8 7048/23072024

¡Hola!

LUZ YANIRA BARAZARTE
KR 16A 22 51 00308 - SAN VICTORINO
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5017118-3400666

Lote: P09GN Ruta: 0011310301020006000 Código del Sector: 391

Cuenta o referencia de pago 62037126

vanti Listo

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

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:

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

Paga a cuotas a través de tu factura de gas natural

Éxito · Jumbo · Metro · Alkosto · Ktronix

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gasnacer S.A. ESP. Conoce T&C de la campaña ingresando a grupovanti.com/vantilisto/celebraciones. Vanti Listo es la marca que identifica el servicio de financiación no bancaria ofrecido por el Grupo Vanti. Aplican condiciones señaladas en la política de financiación; consúltalas en: grupovanti.com/vantilisto/celebraciones. 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
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 qué puedes elegir tu canal de preferencia para comunicarnos de acuerdo a la Ley 2300 de 2023.

P09GN 0011310301020006000 391

182

Factura de gas

Diciembre 2024

Cuenta o referencia de pago: 62037126

BOGOTA

Vigilada Superservicios

NIT 800 007 813-5
Vanti S.A. ESP.
www.grupovanti.com

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1. Pago oportuno: 29 Ene. 2025
2. Fecha de suspensión: 30 Ene. 2025
3. Periodo facturado: Nov. - Dic. 2024
4. Emisión de tu factura: 16 Ene. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
AJUSTE DECENA	1UN	-2,81	0,00	-2,81
RECAUDO TERCEROS Coosepark Protecc	0	99.462,00	0,00	99.462,00
Intereses Moratorios Base Recargo	1UN	1.032,11	0,00	1.032,11
Intereses Moratorios Base Recargo	1UN	78,70	0,00	78,70
Suspension preventiva x revision R	1UN	33.060,00	0,00	33.060,00
Reconexion por pago residencial-py	1UN	66.100,00	0,00	66.100,00
Suspensión preventiva x revision B	1UN	33.060,00	0,00	33.060,00

(1) Total $232.790,00

Tus financiaciones

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

(2) Total $0,00

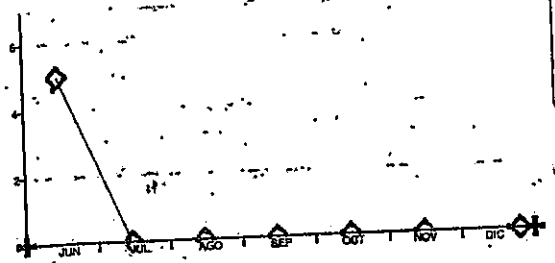
(3) Valor facturas vencidas: $0,00

Total a pagar (1)+(2)+(3): $232.790,00

Paga por pse

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
13 Nov. 2024	1155	REAL
11 Dic. 2024	1155	ESTIMADO

m³ corregido= 1155 - 1155 * Factor de corrección = 0

Tu próxima lectura será Entre 10 y el 15 de Enero

Novedades de tu factura

CuVa $ 2362.47
La Revisión Periódica se encuentra vencida.

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

29 Feb. 2024

La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente* *Resoluciones 059 de 2012 y 41385 de 2017

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $2362.

Sep. $2307 Oct. $2250 Nov. $2362

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

Componentes tarifarios

Gm: 1151.91 Tm: 548.47 Dm: 604.06 Cm: 0.0
Pi: 58.03 Cvm: 0.0 Cufm: 0.0 Cuvm: 0.0
Ccm: 0.0 Fpcm: 42.512 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

MJ/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 0 kWh y el precio unitario del kWh es: $0.0

Factor de corrección

Vm: 0 Kp: 0.76628 Kt: 1.00631 Pt: 0.77111
Vc: 0 Tm: 13.75 Te: 15.56 Pe: 1.01008
Pc: 0.751 Pm: 0.023 P pv: 1.0

Factor de corrección: 0.77111

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 ID: 100.0 IPII: 100.0

(415)7709998026025(8020)62037126(3900)00000000232790

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 50 | MICROCHIP: 990000012136776 | FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES__ PROTECCIONISTA__ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Josefina | COLOR: Tigre - Gris

ESPECIE: CANINO__ FELINO X | SEXO: HEMBRA V MACHO__ | RAZA: Mestiza | EDAD: 6meses | PESO: 2,3kg | POTENCIAL PELIGROSO SI__ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI__ NO Y | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI__ NO Y | TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR__ CASERO__ CONCENTRADO Y MIXTO__ OTRO__

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: William Bultraga Diaz | DIRECCION: kr 18 B # 6B-35 02 | TELEFONO: 3217121772

CEDULA: 79445874 | CORREO ELECTRÓNICO: williambultrago1997@gmail.com

BARRIO: Ricaurte | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: Bachiller

NS/NR:__ | TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__ RURAL__

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO: No na Tenido | ULT. DESPARASITACION: NO Reporta | ULT. VACUNACION: NS/NR: Y CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: FELINOS: TRIPLE FELINA: HEXAVALENTE: LEUCEMIA: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 172 l/m | F. RESPIRATORIA: 30 r/m | TEMPERATURA: 38,4 °c | TLLC 1 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,11 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,2 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☑
	PROPOFOL	____ ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,8 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,16 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,02 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 Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_x_ RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO: Mónica V. Vázquez Milán
TARJETA PROFESIONAL: Médica Veterinaria TP. 11804
FIRMA: MV

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO: Dra. Ximena Moreno Ruiz
TARJETA PROFESIONAL: Médica veterinaria M.P 45482 Universidad Nacional de Colombia
FIRMA: XMR

	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES
	HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

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

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO _X___ o RECHAZO ____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua 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 preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación: 1.7911458741

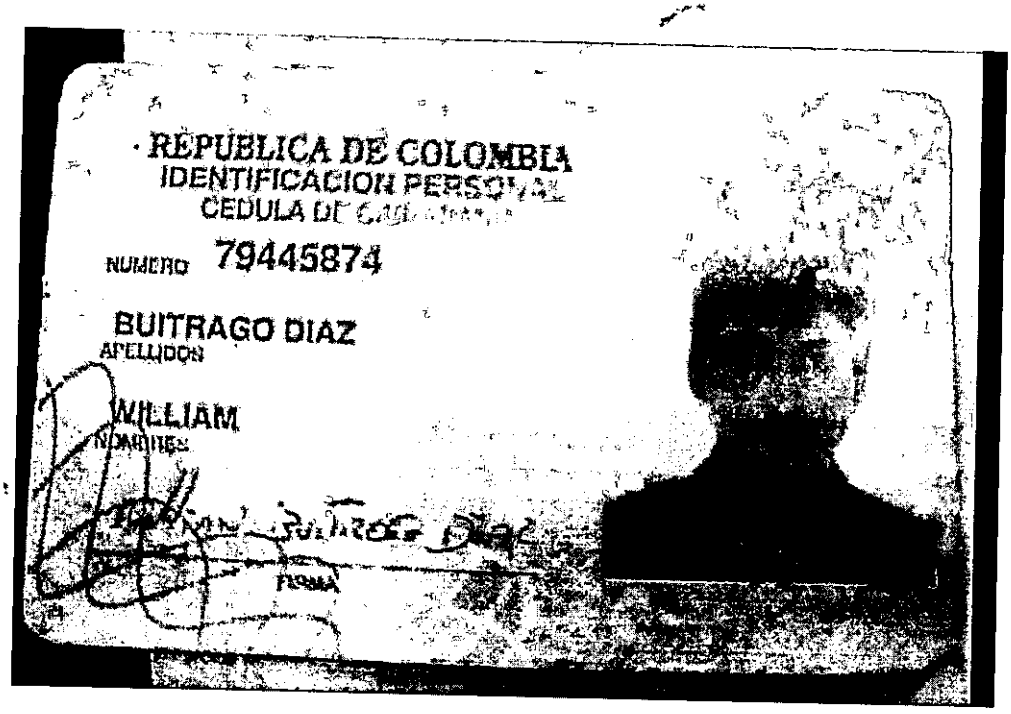
Yo, _____ identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilización y castración) de mi animal de compañía.
RAZÓN:

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Parque Oscar	FECHA: 13 feb 25	HORA: 8 a.m.

OBSERVACIONES:



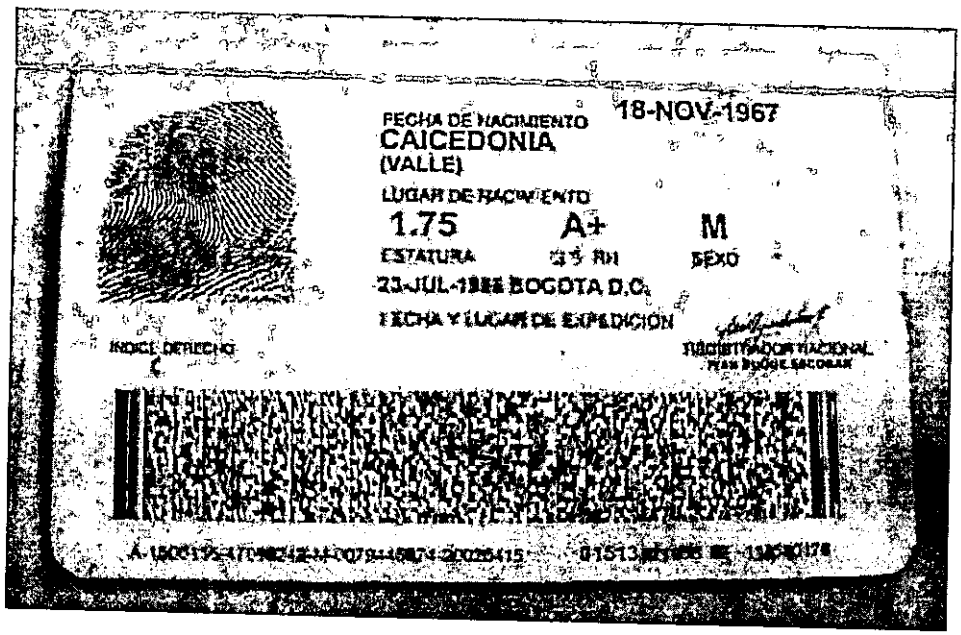
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79445874

BUITRAGO DIAZ
APELLIDOS

WILLIAM
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 18-NOV-1967
CAICEDONIA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

23-JUL-1986 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

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

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

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/

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Tpaga, Banca de las Oportunidades, BBVA, Davivienda, GNB Sudameris, Bancolombia, Banco Falabella, Banco Pichincha, Banco Caja Social, Nequi, Daviplata, dale

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

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

*Si cancelas con cheque, 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.

Se le suspenderá el servicio por falta de pago y cuando se registre, en caso de que se ampare el acceso al medidor o a la estación primaria y de control de consumo. Como consumidor puede presentar un recurso de reposición ante la empresa y/o apelación ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los (5) días hábiles siguientes a la fecha de conocimiento del acto de suspensión. Sobre el contenido de la factura el cliente cuenta con las oportunidades de defensa en la ley 142 de 1994 y puede hacer uso antes de la fecha indicada para el pago oportuno.

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT: 800.396.812-8 7048230724

¡Hola!

GEORGINA PAEZ
KR 18B 6B 35 02 - RICAURTE
BOGOTA

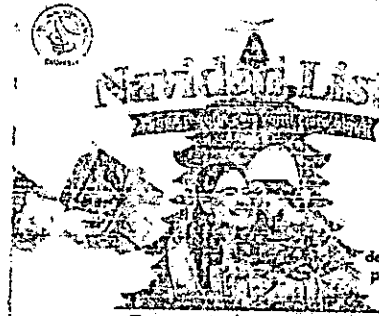
vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5007115-3050777

Lote: P09GN Ruta: 0011310175240005100 Código del Sector: 338

Cuenta o referencia de pago 62772998

vanti Listo

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 4.900.000**



vanti

Navidad Lista

Sé uno de los 50 ganadores

de un bono Vanti Listo hasta de $2.000.000 para usarlo en el pago de tu deuda. Usa tu cupo Vanti Listo por un mínimo de $2.500.000 y entrarás en el sorteo automáticamente.

Paga a cuotas a través de tu factura de gas natural

éxito

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP., Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gasnacer S.A. ESP. Vanti Listo es la marca que identifica el servicio de financiación no bancaria ofrecida por el Grupo Vanti. Aplica condiciones de la política de financiación; consúltala en grupovanti.com/vantilisto. El sorteo de Navidad Lista, aplica para compras realizadas del 1 al 31 de diciembre 2024, por compras iguales o superiores a $2.500.000. Sorteo 14 de enero 2025. Conoce los términos de la campaña en: grupovanti.com/vantilisto/Celebraciones. Autoriza Colluagas

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

P09GN 0011310175240005100 353

185

Factura de gas

Diciembre 2024

Cuenta o referencia de pago 62772998

Vanti

Fechas importantes

1 Pago oportuno 26 Dic. 2024

2 Fecha de suspensión 27 Dic. 2024

3 Periodo facturado Nov. - Dic. 2024

4 Emisión de tu factura 16 Dic. 2024

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	21M3	2.362,47	0,00	49.611,87
FIJO	1UN	4.034,00	0,00	4.034,00
AJUSTE DECENA	1UN	4,13	0,00	4,13

1 Total $53.650,00

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

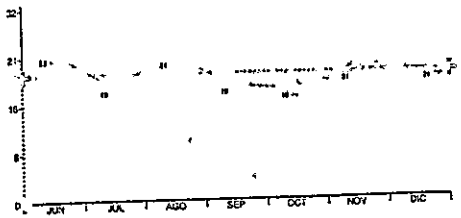
Total a pagar 1+2+3

$53.650,00

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial Estrato/Cat.Tres Días de consumo 29

Fecha	Lectura	Tipo
13 Nov. 2024	3297	REAL
11 Dic. 2024	3324	REAL

m³ corregido= 3324 - 3297 * Factor de corrección = 21

Tu próxima lectura será

Entre 10 y el 15 de Enero

Novedades de tu factura

Da esperanza a una familia colombiana realizando un aporte voluntario en www.grupovanti.com, valor sugerido $ 5365

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $66.100

(415)7709998026025(8020)62772998(3900)00000000053650

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

30 Nov. 2029

La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente* *Resoluciones 059 de 2012 Y 41335 de 2017

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $2362.

Sep. $2307 Oct. $2250 Nov. $2362

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

Componentes tarifarios

Gm: 1151.91 Tm: 548.47 Dm: 604.05 Cm: 2362.47
P: 58.03 Cvm: 0.0 Cvim: 4034.0 Cuvm: 2362.47
Com: 0.0 Fpcm: 42.512 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

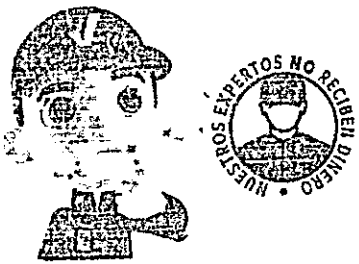
Mín³Tu consumo en m³ de gas equivale: 248 kWh y el precio unitario del kWh es: $216.314

Factor de corrección

Vm: 27 Kp: 0.76628 Pt: 1.00531 Fc: 0.77111
Vc: 21 Tm: 13.75 Tc: 15.56 Pc: 1.01003
Pa: 0.751 Pm: 0.023 Fpv: 1.0
Factor de corrección: 0.77111

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IO: 100.0 IPS: 100.0



Estos precios están dispuestos Resolución 015223 Diciembre 26/2023 Ruberoid de IVA. Autorización Resolución No. 4332 del 17-JUL-1998 Autorización de Numeración de Facturación No. 18764031158858 del 12/01/2024. Facturación electrónica desde Nº 00000001 hasta 00050000 con vigencia de 18 meses

Estado vigilado por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NUR 2-1100100-4, VANTI S.A. ESP. NIT. 800.057.213-3 - Revisor fiscal Deloitte Y Touche S.A.S. Esta factura prestó mérito ejecutivo de la ley 142 de 1994 Arrest - Tesoro no 1-A Le 1-301181-1-4

Factura No. F1582189899290

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 51

MICROCHIP: 990000012136761

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Milo

COLOR: Amarillo Atigrado

ESPECIE: CANINO __ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO __ RAZA Mestizo EDAD 2 años PESO: 2,8Kg POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Angelica Julieth Garzon Barato

DIRECCION: IN7 AP204 Kr 18 # 1F-21

TELEFONO: 3224583753

CEDULA: 1049 619 378

CORREO ELECTRÓNICO: angelicagbarato1989@gmail.com

BARRIO: Eduardo Santos

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA __ APTO X RURAL __

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO: No Reporta

ULT. DESPARASITACION: Nov 24

ULT. VACUNACION: NS/NR: __ CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:

FELINOS: TRIPLE FELINA: HEXAVALENTE: LEUCEMIA:

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI __ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 173 l/m

F. RESPIRATORIA: 31 r/m

TEMPERATURA: 38,4 °c

TLLC 1 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,14 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,28 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☑
	PROPOFOL	___ ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,9 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,19 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,02 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 Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_x_ RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Mónica V. Vázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Ximena Moreno Ruiz Médica veterinaria M.P 45482	FIRMA

186

GOBIERNO DE BOGOTÁ	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM	

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

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO** _X___ o **RECHAZO** ____ **la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua 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 preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Angelica Parzon	1049619378

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Oscar	13 Feb 125	8 a

OBSERVACIONES:

74

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.049.619.378
GARZON BORDA
APELLIDOS
ANGELICA JULIETH
NOMBRES

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-NOV-1989
TUNJA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.72 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
22-ENE-2008 TUNJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00732877-F-1049619378-20150813 0045795378A 1 1233514785

187

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA:3 CICLO: D3 RUTA:D33129

BIMESTRAL

11808483
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

11053260110
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de

EDIFICAR 2000 LIMITA EDIFICAR

Dirección del predio

KR 18 1F 21 IN 7 AP 204

Barrio: **EDUARDO** Localidad: **LOS MARTIRES**

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Período facturado	OCT/20/2024	DIC/18/2024
Pago oportuno	ENE/23/2025	Suspensión ENE/28/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
MAR/14/2025	ENE/10/2025 09:20:57	ENE/10/2025 13:44:44

¡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

188

aseo

Período facturado Aseo
NOV/01/2024 - DIC/31/2024
El servicio de aseo se factura de forma bimestral

11808483
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

11053260110
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

LIME
KR 56 No. 9-17 LC 2 Ed. Torre Amaticas
Horario de Atención
LUNES A VIERNES 7:00 AM A 5:00 PM SABADO 8:00 AM A 1:00 PM

Datos del usuario

Tipo de producto: RESIDENCIAL		Estrato	3
Und. Res. Ocupada:		Und. No Res. Ocupada:	0
Und. Res. Desocupada:	000	Und. No Res. Desocupada:	000
Frecuencia Barrido:	08	Frecuencia Recolección:	03

Densidad	0,190	Densidad	0,190
Volumen	0,16	Volumen	0,16
%Participación	0,780%	%Participación	0,780%

Componentes de tarifas

Costo Fijo Total CFT.	Costo variable no aprovechable	Valor base aprovechamiento
32.735,64	11.303,24	150.736,65

Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Cargo variable no aprovechable	$59.569	Ajuste a decena -debito-	$1
Subsidio	$8.960-		

Toneladas por suscriptor/mes

Barrido y Limpieza	Limpieza urbana	Rechazo del aprovechamiento
0,0026	0,0010	0,0000
Efectivamente aprovechables	Residuos no aprovechables | Aforados - no aforados	
0,0503	0,0311	

Histórico de Vigencias cobradas

3	2	1		Días liquidados
$49.982	$50.627	$51.506		61

La tarifa incluye subsidio o aporte

SIMPLIFICAMOS TU FACTURA

Mide que tengas una fuga
Cuídala con el agua

+ Modernos
+ Casi de lujo
+ Te ayudamos para
Cuidar el agua

Muestra tu consumo en litros para que lo comprendas mejor.

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este periodo 538
Lectura anterior 532
Tu consumo este periodo 6

Facturado con Consumo Normal
Base promedio
Descargue fuente alterna 0

Datos de tu medidor

Marca JANZ
Serie 2006-6220017

Tipo VELO015T2
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 $33.543,82 (1) + Alcantarillado $26.571,32 (2) + Otros cobros $4 (3 4 5 6) + Aseo $50.720 (A — Consulta el detalle atrás)

Consulta el detalle de estos cobros en las tablas numeradas de abajo

Escanea y paga virtual

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

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

= **Total a pagar $110.840**

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 8c601e7681c324e8c87873808e7120ee5061e2edefo4d4fcbc368ed4cba7d7c13ce6035504080d658442395dd8b3c5

Detalle de tu consumo este bimestre

	1 Acueducto Cant.	× Valor unitario	× Aporte (+) o Subsidio (-)** %	= Valor	Tarifa***	= Total (Tarifa x Cant.)	2 Alcantarillado Cant.	× Valor unitario	× Aporte (+) o Subsidio (-)** %	= Valor	Tarifa***	= Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$9.195,79	-15	$2.759-	$7.816,42	$15.632,58	2,00	$4.370,85	-15	$1.311-	$3.715,31	$7.430,90
Consumo residencial básico (m³)	8,00	$3.512,04	-15	$3.161-	$2.985,24	$17.911,34	8,00	$3.753,07	-15	$3.375-	$3.190,11	$19.140,42
Consumo residencial superior básico (m³)												
Cargo fijo no residencial (mes)												
Consumo no residencial (m³)												
Subtotal				$5.920-		$33.543,82				$4.689-		$26.571,32

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

Tasas ambientales

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

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m3)	$24,25	$74,77
Tarifa consumo superior a básico ($/m3)	$0,00	$87,97
Total por consumo facturado	$148	$449

El Mínimo Vital es un beneficio donde el Distrito de Bogotá brinda un apoyo económico de hasta 6 m³ mensuales (12 m³ por cada período facturado) a los usuarios residenciales de los estratos 1 y 2.
Acuerdo 872 de 2024

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajuste a la decena	$4
Subtotal	4

4 Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

5 Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

Deudas en estudio

Concepto	Valor
	$0
	$0
	$0
Subtotal	$0

6 Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	$0

Pagos por la página web, app y billeteras: Nequi, Claro Pay, ualá, daviplata, App EAAB, EAABMóvil

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados: Punto de Pago, puntored, Efectivo

La EAAB ESP sólo tiene convenios con los siguientes bancos: Davivienda, Scotiabank Colpatria, Caja Social, Itaú, Occidente, AV Villas, Bogotá, Sudameris y City

Red CADE Consulta direcciones y horarios de atención en: www.bogota.gov.co/servicios/cades

Aseo
Valor a pagar
$50.720

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.
Si paga con cheque, girar dos cheques únicamente de gerencia a nombre de la EAAB-ESP NIT 899.999.094-1 y endosar cada uno con el número de cuenta contrato, indicando cuál corresponde al valor de acueducto y cuál al valor de aseo.

(415)7707200489996(8020)110532601100(3900)000000050720

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$60.120

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

(415)7707200485271(8020)110532601101(3900)000000060120

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS NRO. ÚNICO DE REGISTRO 1-11001000-10 EAB-ESP

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 52

MICROCHIP: 990000012129070

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Pelusa

COLOR: Gris

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

RAZA Mestizo EDAD 1año PESO: 2,9Kg

POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria Rubiela Gomez Moreno

DIRECCION: Kr 15 H 15 66

TELEFONO 3112196212

CEDULA: 21 812 889

CORREO ELECTRÓNICO: 3112196212@sincorreo.com

BARRIO: San Velanos

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: NS/NR: Primaria

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO: Dic 24

ULT. DESPARASITACION: No Reporta

ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE:

FELINOS: TRIPLE FELINA: HEXAVALENTE: LEUCEMIA: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ____ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 172 l/m

F. RESPIRATORIA: 31 r/m

TEMPERATURA: 38,4 °c

TLLC 1 seg

MUCOSAS: Rosada

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,14 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,2 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☒
	PROPOFOL	ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,2 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,02 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 Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_x_ RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes complementarios.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Mónica Vázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Ximena Moreno Ruiz Médica veterinaria M.P 45482 Universidad Nacional de Colombia	FIRMA

	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES
	HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

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

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

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

Además soy consciente y ACEPTO _X___ o RECHAZO ____ **la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua 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 preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Rubiela Gomez	21912889

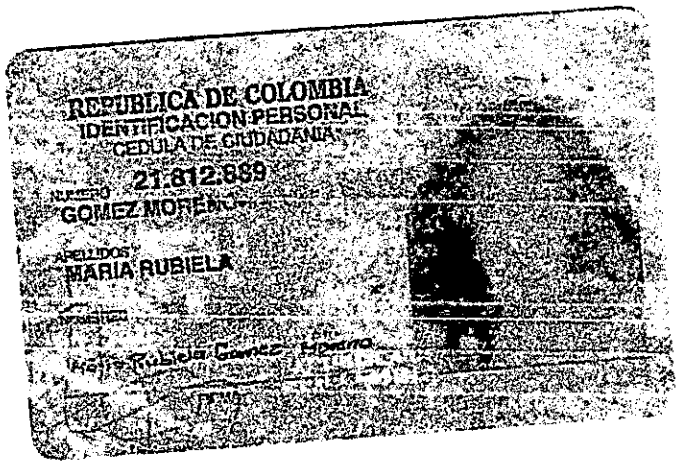
Yo, _____ identificado con CC. No._____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilización y castración) de mi animal de compañía.
RAZÓN:

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Oscar	13 Feb 25	8 am

OBSERVACIONES:


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 21.812.689
GOMEZ MORENO
APELLIDOS
MARIA RUBIELA
FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 02-NOV-1971
ITUANGO
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.56 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
19-MAR-1996 ITUANGO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
PULGAR DERECHO

A-1500150-00007641-F-0021812689-20080508 0000276743A 1 1290017106

SIMPLIFICAMOS TU FACTURA

Muestra tu consumo en litros para que lo compruebes mejor

Datos del usuario

Tipo de producto: Estrato 2

Und. Res. Ocupadas: 0 | Und. Res. Desocupadas: 3 | Densidad: 0,200

Und. Res. Desocupadas: 000 | Und. No Res. Desocupadas: 000 | Volumen: 0,00

Frecuencia Barrido: 06 | Frecuencia Recolección: 06 | %Participación: 0,000%

Componentes de tarifas

Costo Fijo Total CFT.	Costo variable no aprovechable	Valor base aprovechamiento
361.863,28	202.392,12	150.736,65

IGR 56 No. 9-17 LC 2 Ed. Torre Americas
Horario de Atención
LUNES A VIERNES 7:00 AM A 5:00 PM SABADO 9:00 AM A 1:00 PM

Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$162.429	Intereses mora	$100.480
Aseo pequeño productor	$247.963	Ajuste a la decena -debito-	$3
Subsidio	$136.966-	Descuento no aplicado	$369-
Aporte	$124.962		
Deuda vigencias anterior	$3.227.620		

Toneladas por suscriptor mes

Barrido y Limpieza	Lavada urbana	Recibido del aprovechamiento
0,0026	0,0010	0,0000
Efectivamente aprovechables	Residuos no aprovechables | Alcaldía - no atendidas	
0,0528	0,0938	

Histórico de vigencias cobradas

3	$62.830	2	$60.454	1 $128.517 Días liquidados 61

Periodo facturado ASEO: OCT/01/2024 - NOV/30/2024

Cuenta contrato: 10042169 — Número para pagos: 40007570019

Num. de identificación de este predio — Número de esta factura de servicios públicos

aseo

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

acueducto

Para el reparto ZONA:3 CICLO: N3 RUTA:N33528 BIMESTRAL

10042169
Cuenta contrato
Núm. de Identificación de este predio

40007570019
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de
LIBARDO GUIZA SANCHEZ

Dirección del predio
KR 15 15 66

Barrio: SAN **Localidad: LOS MARTIRES**

Dirección de correspondencia

Periodo facturado	SEP/15/2024	NOV/14/2024

Pago oportuno Inmediato Suspensión Inmediato

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
FEB/10/2025	DIC/04/2024 06:56:16	DIC/04/2024 12:44:56

¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y

191

MAY-JUN	JUN-JUL	JUL-SEP	ÚLTIMO CONSUMO	Este período
$227.703	$290.263	$451.844		

En este periodo consumiste más agua que en el anterior

Promedio en litros

40.000 | 656

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período 1299
Lectura anterior 1259
Tu consumo este período 40

Facturado con Consumo Normal
Base promedio
Descargue fuente alterna 0

Datos de tu medidor

Marca WATERTECH ITALIA
Serie 10-1121272

Tipo VELO015C
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	+	Aseo	Escanea y paga virtual
$237.116,18		$236.888,10		$3.743.267		$3.989.170	
1		2		3 4 5 6		A	

Consulta el detalle de estos cobros en las tablas numeradas de abajo

Consulta el detalle atrás

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

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

= Total a pagar $8.206.440

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 220b2a48ed6d6d64eec208e28d7b105c90c12148bb7f3cc130784acda69e726f2f2e1f3858dc25e4326467501f8e4

Detalle de tu consumo este bimestre

	1 Acueducto						2 Alcantarillado					
	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)* Valor	Tarifa**	Total	Cant.	Valor unitario	Descuento (-) o Sobretasa (+)* Valor	Tarifa**	Total
Cargo fijo residencial (mes)										
Consumo residencial básico (m³)										
Consumo residencial superior básico (m³)										
Cargo fijo no residencial (mes)	2,00	$0.166,79	$0	$3.195	$13.720,59	$71.867,58	2,00	$4.371,85	$0	$4.371	$8.598,43	$17.112,43
Consumo no residencial (m³)	40,00	$3.402,14	$0	$28.845	$8.238,21*	$219.028,00	40,00	$3.720,53	$0	$74.892	$8.594,58	$223.778,26
Subtotal				$79.836		$237.116,18				$79.263		$240.890,68

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

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

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m3)	$4,24*	$131,80
Tarifa consumo superior a básico ($/m3)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$1.712	$5.278

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajustes a la decena	$-3
Intereses de mora	$242.410
Subtotal	242.407

4 Saldos anteriores

Concepto	Valor
Deuda anterior	$3.500.800
Subtotal	$3.500.800

5 Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

Deudas en estudio

Concepto	Valor
	$0
	$0
	$0
Subtotal	$0

6 Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	$0

Pagos por la página web, app y billeteras

Nequi · Claro pay · Daviplata · Tpaga · puntored · Avvillas · App EAAB · EAABMóvil

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

Punto de Pago · puntored

Red EAAB Consulta direcciones y horarios de atención en www.bogota.gov.co/servicios/citades

La EAAB ESP cobra convenios con los siguientes bancos: Davivienda, Scotiabank Colpatria, Caja Social, Bcsl, Occidente, AV Villas, Bogotá, Sudameris y Cfg.

Aseo
Valor a pagar
$3.989.170

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.
Si paga con cheque, girar los cheques únicamente de gerencia a nombre de la EAAB-ESP NIT 899.999.094-1 y relacionar cada uno con el número de cuenta contrato, indicando cuál corresponde al valor del acueducto y cuál al valor de aseo.

(415)7707200489998(8020)4000757001971(3900)0000039891170

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 53

MICROCHIP: 990000012129064

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Pumba

COLOR: Atigrado

ESPECIE: CANINO __ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO __ | RAZA Mestizo | EDAD 1año | PESO: 2,7kg | POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria Rubiela Gomez Moreno

DIRECCION: Kr 15 # 15 68

TELEFONO: 3112196212

CEDULA: 21 812 889

CORREO ELECTRÓNICO: 3112196212@sinmorreo.com

BARRIO: San Victorino | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: NS/NR: Primaria

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO: Dic 24

ULT. DESPARASITACION: No Reporta

ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE:

FELINOS: TRIPLE FELINA: / HEXAVALENTE: LEUCEMIA: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA: /

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 174 l/m | F. RESPIRATORIA: 32 r/m | TEMPERATURA: 38,6 °c | TLLC 1 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,13 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,27 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☒
	PROPOFOL	ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,9 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,18 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,02 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 Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_x_ RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO: Mónica V. Vásquez Milán
TARJETA PROFESIONAL: Médica Veterinaria TP. 11804
FIRMA: MVV

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO: Dra. Ximena Moreno Ruiz
TARJETA PROFESIONAL: Médica veterinaria M.P 45482 Universidad Nacional de Colombia
FIRMA: XMR

	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES
	HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

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

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO _X___ o RECHAZO ____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua 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 preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Rubiela Gómez	21812889

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

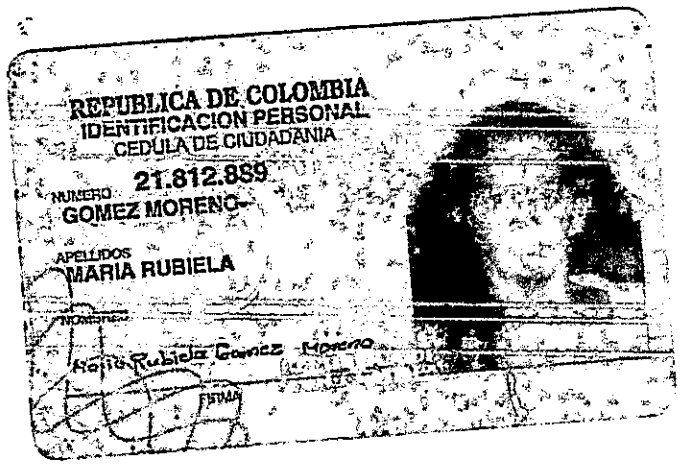
RAZÓN:

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Oscar	13 feb 25	8

OBSERVACIONES:



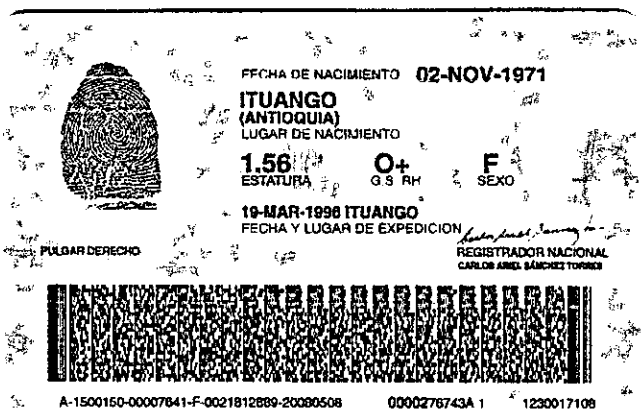
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 21.812.889
GOMEZ MORENO

APELLIDOS
MARIA RUBIELA

NOMBRES
Maria Rubiela Gomez Moreno

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 02-NOV-1971
ITUANGO
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

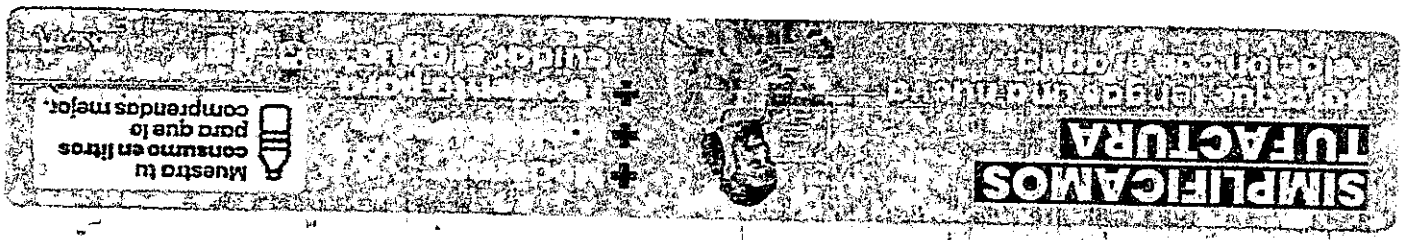
1.56 ESTATURA
O+ G.S RH
F SEXO

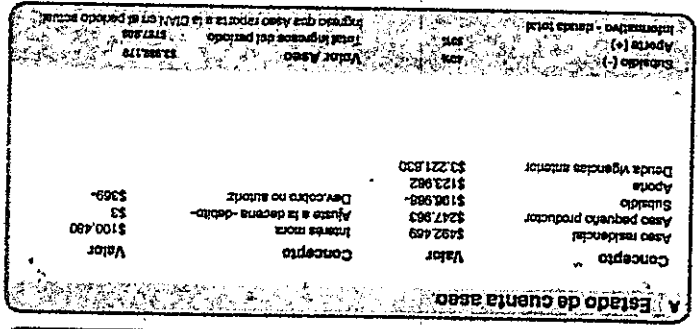
19-MAR-1996 ITUANGO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

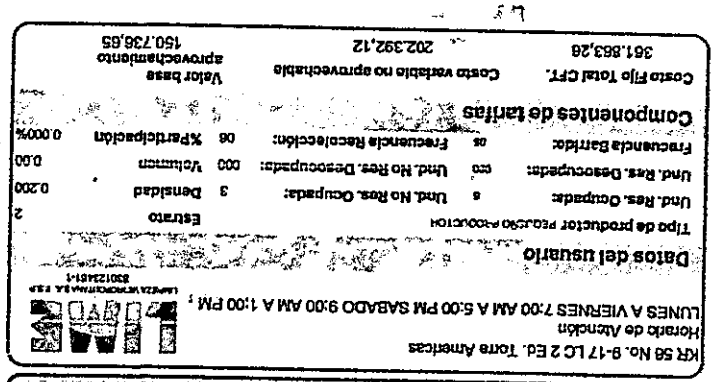
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

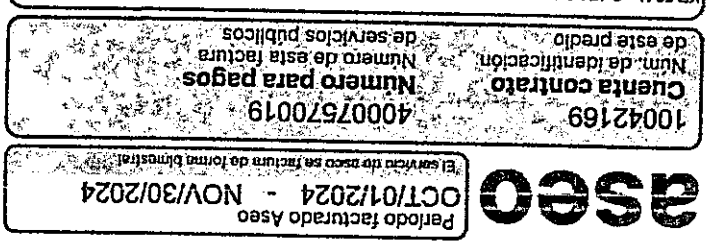
INDICE DERECHO

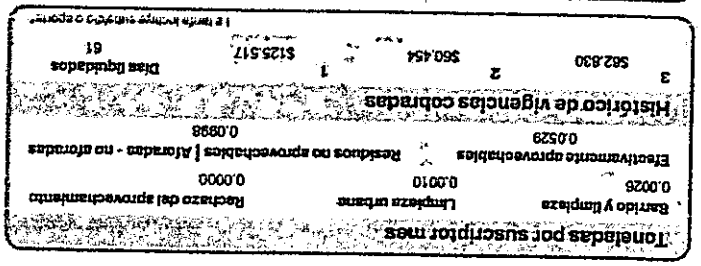
A-1500150-00007641-F-0021812889-20080508 0000276743A 1 1230017108

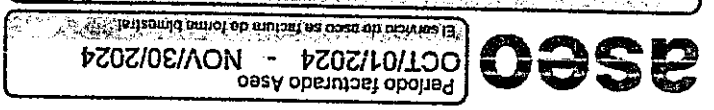












acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: N3 RUTA: N333528 BIMESTRAL

10042169
Cuenta contrato
Núm. de Identificación de este predio

40007570019
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de
LIBARDO GUIZA SANCHEZ

Dirección del predio
KR 15 15 66

Barrio: SAN **Localidad: LOS MARTIRES**

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Periodo facturado	SEP/15/2024	NOV/14/2024
Pago oportuno	Inmediato	Suspensión Inmediato

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
FEB/10/2025	DIC/04/2024 06:56:16	DIC/04/2024 12:44:56

¡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 **110** Aseo

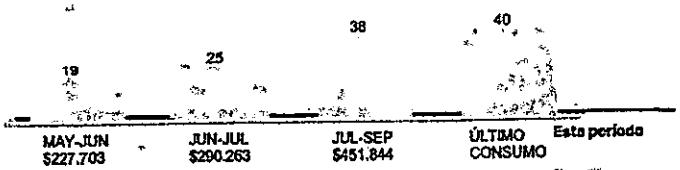
Entra a **www.acueducto.com.co** haz clic en Servicios al Ciudadano y obtén información de los puntos de atención, copia de la factura y realiza tu pago a través de internet.

cadena.

194

Tu consumo en este período

En los períodos anteriores tu promedio de consumo fue 27.



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
40.000	656

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período 1299
Lectura anterior 1259
Tu consumo este período 40

Facturado con Consumo Normal
Base promedio
Descargue fuente alterna 0

Datos de tu medidor

Marca WATERTECH ITALIA
Serie 10-1121272

Tipo VELO015C
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 (1)	+ Alcantarillado (2)	+ Otros cobros (3 4 5 6)	+ Aseo (A)	Escanea y paga virtual
$237.116,18	$236.888,10	$3.743.267	$3.989.170	

Consulta el detalle de estos cobros en las tablas numeradas de abajo

Consulta el detalle atrás

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

Total Ingresos del período = **Total a pagar** $8.206.440

Ingresos que la EAAB-ESP reporta a la DIAN en el período actual

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 22bb2e49ed3ab64eec206d38e7b95ce0c12149bb7b5bc336784adde69e726702a21708033ed2e432e6b790168e

Detalle de tu consumo este bimestre

1 Acueducto

	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)* %	Valor	Tarifa**	Total
Cargo fijo residencial (mes)						
Consumo residencial básico (m³)						
Consumo residencial superior básico (m³)						
Cargo fijo no residencial (mes)	2,00	$2.195,79	50	$2.196	$13.793,59	$27.987,58
Consumo no residencial (m³)	40,00	$3.402,14	60	$28.843	$8.236,21	$208.928,00
Subtotal				$79.839		$237.116,18

2 Alcantarillado

	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)* %	Valor	Tarifa**	Total
Cargo fijo residencial (mes)						
Consumo residencial básico (m³)						
Consumo residencial superior básico (m³)						
Cargo fijo no residencial (mes)	2,00	$4.370,95	50	$4.371	$5.586,43	$13.112,80
Consumo no residencial (m³)	40,00	$3.729,55	50	$74.592	$5.594,38	$223.775,20
Subtotal				$78.963		$236.888,10

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

4 Tasas ambientales

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

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m3)	$42,81	$131,98
Tarifa consumo superior a básico ($/m3)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$1.712	$5.278

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajuste a la decena	$-
Intereses de mora	$242.470
Subtotal	242.467

4 Saldos anteriores

Concepto	Valor
Deuda anterior	$3.500.800
Subtotal	$3.500.800

5 Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

6 Deudas en estudio

Concepto	Valor
	$0
	$0
	$0
Subtotal	$0

6 Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	$0

Pagos por la página web, app y billeteras

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

Punto de Pago · puntored

Red CADE Consulta direcciones y horarios de atención en: www.bogota.gov.co/sitios-cade/cades

La EAAB-ESP solo tiene convenios con los siguientes bancos: Davivienda, Scotiabank Colpatria, Caja Social, Bancolombia, Occidente, AV Villas, Bogotá, Sudameris y Citi.

Aseo
Valor a pagar
$3.989.170

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.
Si paga con cheque, girar dos cheques únicamente de gerencia a nombre de la EAAB-ESP NIT 899.999.094-1 y endosar cada uno con el número de cuenta contrato, indicando cuál corresponde al valor de acueducto y cuál al valor de aseo.

(415)7707200489996(8020)400075700197(3900)000003989170

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$4.217.270

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.
Señor cajero: Si en el desprendible de aseo aparece solo y sticker de reclamación, recibir solo Acueducto. (Este pago solo podrá efectuarse en Bancos y Red CADE, no podrá efectuarse en un corresponsal bancario).

(415)7707200485271(8020)400075700197(3900)000004217270

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS NRO. UNICO DE REGISTRO 1-11001000-10 EAB-ESP

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓ

HISTORIA CLINICA: 54

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
900233004321781 Expiry date:09/06/2028

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA X COMUNIDAD __

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Luna

COLOR: Atigrado

ESPECIE: CANINO __ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO __ RAZA Mestizo EDAD 1 año PESO: 2,3Kg POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Graciela Martinez de Amaya

DIRECCION: INT APTO 4 Kr 18 # 1F-21

TELEFONO: 3144211514

CEDULA: 20 304 826

CORREO ELECTRÓNICO: 3144211514@sincorreo.com

BARRIO: Eduardo Santos

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA __ APTO __ RURAL __

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO: Dic 24

ULT. DESPARASITACION: No Reporta

ULT. VACUNACION: NS/NR: CANINOS PARVO: TRIPLE: — PENTAVALENTE: —

FELINOS: TRIPLE FELINA: / HEXAVALENTE: / LEUCEMIA: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: —

RABIA: Agost 24

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI __ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 170 l/m

F. RESPIRATORIA: 31 r/m

TEMPERATURA: 38,4 °c

TLLC 1 seg

MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,11 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,2 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☒
	PROPOFOL	— ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,8 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,16 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,02 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 Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_x_ RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO
TARJETA PROFESIONAL

Mónica Vázquez Milán
Médica Veterinaria
TP. 11804

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO
TARJETA PROFESIONAL

Dra. Ximena Moreno Ruiz
Médica veterinaria
M.P 45482

FIRMA

195

	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES	
	HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS	
	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM	

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

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO _X___ o RECHAZO ____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua 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 preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del Responsable/Tenedor: Graciela Rodriguez Amaya	Nro de Identificación: cc 20304826

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

RAZÓN:

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Parque Obrero	FECHA: 13 feb 25	HORA: 8 am

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 20.304.826
MARTINEZ De AMAYA
APELLIDOS
GRACIELA
NOMBRES

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 07-ENE-1942
EL COCUY
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
11-OCT-1963 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00221832-F-0020304826-20100308 0021506015G 1 1940004101

aseo

Período facturado Aseo
NOV/01/2024 - DIC/31/2024
El servicio de aseo se factura de forma bimestral

Cuenta contrato 11808483
Núm. de identificación de este predio

Número para pagos 11053260110
Número de esta factura de servicios públicos

KR 56 No. B-17 LC 2 Ed. Torre Americas
Horario de Atención
LUNES A VIERNES 7:00 AM A 5:00 PM SABADO 9:00 AM A 1:00 PM

Costo Flo Total CFT.	Costo variable no aprovechable	Valor base aprovechamiento
32.735,64	11.303,24	150.736,65

Componentes de tarifas

Tipo de productor residencial		Estrato	3		
Und. Res. Ocupadas:	1	Und. No Res. Ocupadas:	0	Densidad	0,190
Und. Res. Desocupadas:	000	Und. No Res. Desocupadas:	000	Volumen	0,16
Frecuencia Barrido:	08	Frecuencia Recolección:	03	%Participación	0,780%

Datos del usuario

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Cargo variab mud res	$59.869	Ajuste a la decena -debito-	$1
Subsidio	$8.960-		

Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Tarifa	Valor Aseo
Subsidio (-)		19%	$48.728
Aporte (+)		00%	$ del impuesto del periodo
Facturación - Deuda total			$48.728

Impuesto que Aseo reporta a la DIAN en el periodo actual

Toneladas por suscriptor mes

Barrido y limpieza	Limpieza urbana	Rechazo del aprovechamiento
0,0026	0,0010	0,0000
Efectivamente aprovechables	**Residuos no aprovechables | Aforadas - no aforadas**	
0,0503	0,0311	

Historico de vigencias cobradas

3	2	1	
$49.992	$50.627	$51.506	Días liquidados 61

La tarifa incluye subsidio o aporte

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA:3 CICLO: D3 RUTA:D33129

BIMESTRAL

11808483
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

11053260110
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

Período facturado OCT/20/2024 DIC/18/2024

Pago oportuno ENE/23/2025

Suspensión ENE/28/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
MAR/14/2025	ENE/10/2025 09:20:57	ENE/10/2025 13:44:44

¡Hola!

Factura a nombre de

EDIFICAR 2000 LIMITA EDIFICAR

Dirección del predio

KR 18 1F 21 IN 7 AP 204

Barrio: EDUARDO **Localidad:** LOS MARTIRES

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

Llámanos 116 Acueducto 110 Aseo

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.

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este periodo 538
Lectura anterior 532
Tu consumo este periodo 6

Facturado con Consumo Normal
Base promedio
Descargue fuente alterna 0

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

Marca JANZ
Serie 2006-5226017
Tipo VELO015T2
Diámetro pulgadas ½

Tu cobro en este período

Acueducto $33.543,82 (1) + Alcantarillado $26.571,32 (2) + Otros cobros $4 (3 4 5 6) + Aseo $50.720 (A)

Consulta el detalle de estos cobros en las tablas numeradas de abajo

Consulta el detalle aquí

Escanea y paga virtual

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

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

= Total a pagar $110.840

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): [illegible]

Detalle de tu consumo este bimestre

	1 Acueducto Cant. ×	Valor unitario	× Aporte (+) o Subsidio (-)** %	= Valor	Tarifa*** =	Total (Tarifa x Cant.)	2 Alcantarillado Cant. ×	Valor unitario	× Aporte (+) o Subsidio (-)** %	= Valor	Tarifa*** =	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$9.195,79	-15	$2.759-	$7.816,42	$15.632,58	2,00	$4.370,95	-15	$1.311-	$3.715,31	$7.430,90
Consumo residencial básico (m³)	6,00	$3.512,04	-15	$3.181-	$2.985,24	$17.911,24	6,00	$3.753,07	-15	$3.378-	$3.190,11	$19.140,42
Consumo residencial superior básico (m³)												
Cargo fijo no residencial (mes)												
Consumo no residencial (m³)												
Subtotal				$5.930-		$33.543,82				$4.689-		$26.571,32

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

Tasas ambientales

Estos valores ya están incluidos en el consumo residencial básico y superior a básico, no se cobran

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m3)	$74,25	$74,77
Tarifa consumo superior a básico ($/m3)	$0,00	$37,37
Total por consumo facturado	$148	$449

El Mínimo Vital es un beneficio donde el Distrito de Bogotá brinda un apoyo económico de hasta 6 m³ mensuales (12 m³ por cada período facturado) a los usuarios residenciales de los estratos 1 y 2.
Acuerdo 831 y 2024

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajuste a la decena	$4
Subtotal	

4 Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

5 Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

Deudas en estudio

Concepto	Valor
	$0
	$0
	$0
Subtotal	$0

6 Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	$0

Pagos por la página web, app y billeteras: puntopay, tpaga, Daviplata, Nequi, Claro Pay, ualá, App EAAB, EAABMóvil

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados: Punto de Pago, puntored, FARMATODO

La EAAB ESP sólo tiene convenios con los siguientes bancos: Davivienda, Scotiabank Colpatria, Caja Social, Itaú, Occidente, AV Villas, Bogotá, Sudameris y City.

Red CADE Consulta direcciones y horarios de atención en: www.bogota.gov.co/servicios/cades

Aseo
Valor a pagar
$50.720

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.
Si paga con cheque, girar dos cheques únicamente de gerencia a nombre de la EAAB-ESP NIT 899.999.094-1 y endosar cada uno con el número de cuenta contrato, indicando cuál corresponde al valor de acueducto y cuál al valor de aseo.

(415)7707200489996(8020)110532601100(3900)000000050720

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$60.120

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.
Señor cajero: Si en el desprendible de aseo aparece sello y sticker de reclamación, recibir solo Acueducto. (Este pago solo podrá efectuarse en Bancos y Red CADE, no podrá efectuarse en un corresponsal bancario).

(415)7707200485271(8020)110532601101(3900)000000060120

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS NÚMERO ÚNICO DE REGISTRO 1-11001000-10 EAB-ESP

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN

HISTORIA CLINICA: 55

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
900233004321760 Expiry date:09/06/2028

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA X COMUNIDAD __

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Pinky | COLOR: Cafe beige

ESPECIE: CANINO __ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO __ | RAZA Mestizo | EDAD 1año | PESO: 3kg | POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Viviana Mendez | DIRECCION: TV 14 este #58-15 | TELEFONO: 3138654793

CEDULA: 1023909979 | CORREO ELECTRÓNICO: Vivianet.26@gmail.com

BARRIO: 20 de Julio | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: LOS MARTIRES

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

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO: No Reporta | ULT. DESPARASITACION: No Reporta | ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: / HEXAVALENTE: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / FELINOS: TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA: / RABIA: /

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 168 l/m | F. RESPIRATORIA: 32 r/m | TEMPERATURA: 38,4 °c | TLLC 1 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,15 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,3 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☒
	PROPOFOL	— ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,2 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	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 responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomía/Orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_x_ RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Mónica Vázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Ximena Moreno Ruiz Médica veterinaria M.P 45482 Universidad Nacional de Colombia	FIRMA

198

	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES
	HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

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

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO _X___ o RECHAZO ____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua 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 preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del Responsable/Tenedor: Yenit Lucia Mendez	Nro de Identificación: 1023909979 Bta.

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Parque Oscar	FECHA: 13 feb 25	HORA: 8 am

OBSERVACIONES:

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE S

HISTORIA CLINICA: 56

MICR(ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004321773 Expiry date:09/06/2028

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA X COMUNIDAD __

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Pai

COLOR: Cafe - Beige

ESPECIE: CANINO __ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO __ RAZA Mestizo EDAD 1año PESO: 3kg POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Viviana Mendez

DIRECCION: TV 14 D Este 58 15

TELEFONO: 3138654793

CEDULA: 1023909979

CORREO ELECTRÓNICO: Vivianapet.26@gmail.com

BARRIO: 20 de Julio ESTRATO: 2 LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR: __

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO: No Reporta

ULT. DESPARASITACION: No Reporta

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

FELINOS: TRIPLE FELINA:

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 166 l/m F. RESPIRATORIA: 31 r/m TEMPERATURA: 38,4 °c TLLC 1 seg MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,15 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,3 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☑
	PROPOFOL	— ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,21 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	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 responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_x_ RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO
TARJETA PROFESIONAL

Mónica Vázquez Milán
Médica Veterinaria
TP. 11804

FIRMA: MVz

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO
TARJETA PROFESIONAL

Dra. Ximena Moreno Ruiz
Médica veterinaria
M.P 45482
Universidad Nacional de Colombia

FIRMA: XMR

199

	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES
	HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

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

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO _X___ o RECHAZO ____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua 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 preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Tenedor	1023909979 Bta

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Oscar	13 Feb 25	8 am

OBSERVACIONES:

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SER

HISTORIA CLINICA: 57

MICROCH: ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004321788 Expiry date:09/06/2028

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA X COMUNIDAD __

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Pepinillo

COLOR: Blanco- Gris

ESPECIE: CANINO __ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO __ RAZA Mestizo EDAD 1 año PESO: 2,5kg POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Viviana Mendez

DIRECCION: TV 14 Este #58 15

TELEFONO: 3138654473

CEDULA: 1023909979

CORREO ELECTRÓNICO: Vivianamet.26@gmail.com

BARRIO: 20 de Julio

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: NS/NR __ Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __

3. ANAMNESIS

Buen Estado de Salud

ULT. CELO: No Reporta

ULT. DESPARASITACION: No Reporta

ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE:

FELINOS: TRIPLE FELINA: HEXAVALENTE: LEUCEMIA: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI __ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 168 l/m

F. RESPIRATORIA: 31 r/m

TEMPERATURA: 38,4 °c

TLLC 1 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,12 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,2 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☑
	PROPOFOL	ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,8 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,17 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,02 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 ACEPTACION_x_ RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO
TARJETA PROFESIONAL

Mónica Vázquez Milán
Médica Veterinaria
TP. 11804

FIRMA: MVM

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO
TARJETA PROFESIONAL

Dra. Ximena Moreno Ruiz
Médica veterinaria
MP 45482
Universidad Nacional de Colombia

FIRMA

200

	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES
	HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

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

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO _X___ o RECHAZO ____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua 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 preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del Responsable/Tenedor: Yeidi Luder Martinez.	Nro de Identificación: 1023909979 Bta

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Parque Oscar	FECHA: 13 Feb 120	HORA: 8 am

OBSERVACIONES: