ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
900233004321762 Expiry date:09/06/2028

HISTORIA CLINICA: 58

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA X COMUNIDAD __

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Pico

COLOR: Cafe beige

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 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: 3138654773

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: 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	0,14 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 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: MV

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:
Andrés Felipe Méndez	1023909979 Btg

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 Osaay	13 Feb 25	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

900233004321795 Expiry date:09/06/2028

HISTORIA CLINICA: 59

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA X COMUNIDAD __

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Pan

COLOR: Café beige

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

RAZA: Mestizo

EDAD: 2años

PESO: 3,2kg

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 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: 3138654773

CEDULA: 1023909979

CORREO ELECTRÓNICO: vivianaet.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: 164 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	0,16 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 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: MV

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO
TARJETA PROFESIONAL

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

FIRMA: XMR

202

	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: Yudi 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 Osca	FECHA: 13/06/25	HORA: 8 a

OBSERVACIONES:

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN

HISTORIA CLINICA: 60

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
900233004321752 Expiry date:09/06/2028

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA X COMUNIDAD __

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: NINA

COLOR: Atigrado - Blanco

ESPECIE: CANINO __ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO __ RAZA Mestizo EDAD 3meses PESO: 1,6kg 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: Cristofer David Prieto

DIRECCION: KR 13A #23 42

TELEFONO: 3134336846

CEDULA: 1033700303

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: 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: 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	0,08 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 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: Cristhofer Prieto	Nro de Identificación: 1023700303

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: 23 Feb 25	HORA: 8 am

OBSERVACIONES:

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 61

MICROCHIP: 990000012136778

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Mia

COLOR: Gris

ESPECIE: CANINO __ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO __ RAZA Mestizo EDAD 1año 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 __ COMPRADO __ ADOPTADO __ REGALADO X PERRO DE CUADRA __ OTRO __

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Nelsy del Carmen Negrette Pastor

DIRECCION: DG 22C Bis #18-24

TELEFONO: 3219469628

CEDULA: 30 659 178

CORREO ELECTRÓNICO: 3219469628@gmail.com

BARRIO: Santa fe

ESTRATO: 3

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: No Reporta

ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: 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: 166 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	0,12 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

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:
Wilcy Sepúlveda	30659178

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	8a

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

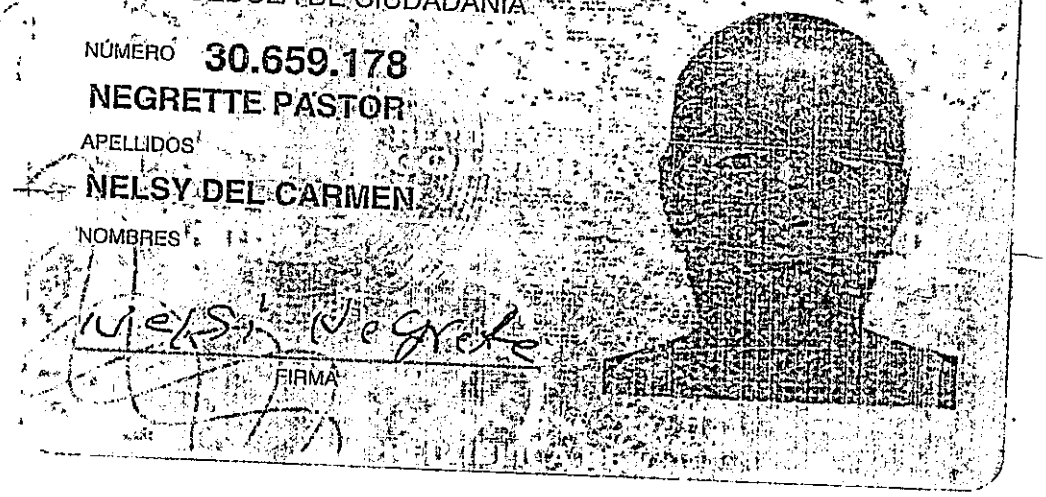
NÚMERO 30.659.178

NEGRETTE PASTOR

APELLIDOS

NELSY DEL CARMEN

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 23-DIC-1965

LORICA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58
ESTATURA

B+
G.S. RH

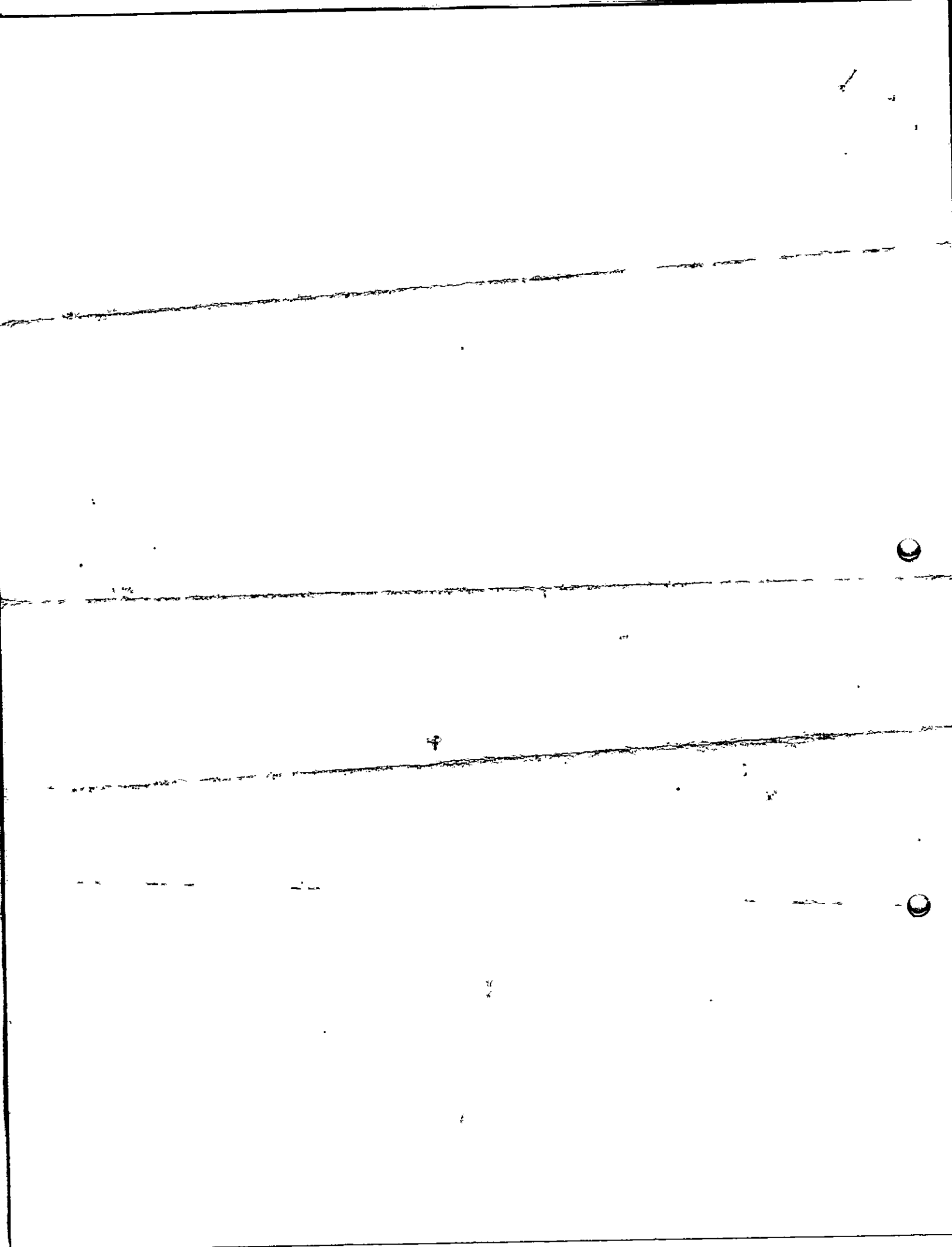
F
SEXO

18-NOV-1993 LORICA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

A-1500150-01305673-F-0030659178-20220628 0079894620A 1 8504986565



aseo

Período facturado Aseo
OCT/01/2024 - NOV/30/2024

El servicio de aseo se factura de forma bimestral

Cuenta contrato	Número para pagos
10256590	39340967916
Núm. de identificación de este predio	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 producto - Usuario
Und. Res. Ocupada: 3 | Und. No Res. Ocupada: | Estrato
Und. Res. Desocupada: | Und. No Res. Desocupada: | Densidad
Frecuencia Barrido: | Frecuencia Recolección: | Volumen
Componentes de tarifas | | %Participación

Costo Fijo Total CFT.	Costo variable no aprovechable	Valor base aprovechamiento
164,483.30	14,499.50	150,736.65

Toneladas por suscriptor mes

Barrido y limpieza	Limpieza urbana	Rechazo del aprovechamiento
0.0026	0.0010	0.0000
Efectivamente aprovechables	Residuos no aprovechables | Afectados - no afectados	
0.0529	0.0053	

Histórico de vigencias cobradas

3	2	1	
$618,934	$374,341	$395,763	Días liquidados
			61

Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo pequeño productor	$259,063	Conceptos credito	$327-
Aporte	$129,532	Ajuste a la decena -credito-	$5-
		Pay como no autoid	$1,843-

Subsidio (-)	80%	Valor Aseo	$386,420
Aporte (+)	50%	Total Ingresos del periodo	$388,590
Informativo - deuda total		Ingreso que Aseo reporta a la DIAN en el periodo actual	

acueducto

Para el reparto ZONA:3 CICLO: N3 RUTA:N33536

BIMESTRAL

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

10256590
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

39340967916
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de
BEATRIZ BERENICE TORRES DE COR

Dirección del predio
DG 22C BIS 18 24

Barrio: SANTA FE Localidad: LOS MARTIRES

Dirección de correspondencia

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 06:56:35	DIC/04/2024 12:44:03

Datos adicionales del predio

Clase de uso:	Comercial
Estrato:	3
Unidades Habitacionales:	0
Unidades No Habitacionales:	4

¡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.

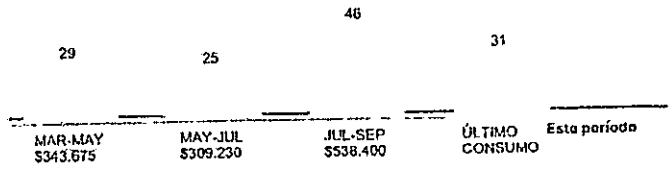
cadena

206

$762.930 Ufc 18-24

Tu consumo en este período

En los períodos anteriores tu promedio de consumo fue 33



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
31.000	508.

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período 807
Lectura anterior 776
Tu consumo este periodo 31

Facturado con Consumo Norma.
Base promedio
Descargue fuente alterna 0

Datos de tu medidor

Marca BAYLAN
Serie 13744156

Tipo VELO015R160
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
$189.971,92	$186.538,88	$1-	$386.420
1	2	3 4 5 6	A

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

Consulta el detalle atrás

Escanea y paga virtual

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

Total ingresos del período = **Total a pagar** $762.930

Ingresos que la EAAB ESP reporta a la DIAN en el período actual

CUDE (Código Único de Documento Electrónico) 2eaad2de4dc891605d3934a3f905c31b82ee1b361f0ce3197cad901cef1c3c8dd9b4c6253bda19fdcf3849f0124aa1

RADICADO HACIENDA CAJERO No. 1 11:N 51 18 ENE 2024 4795 PROCESADO

Detalle de tu consumo este bimestre

1 Acueducto

	Cant	×	Valor unitario	Subsidios	Tarifa	Total
Cargo fijo residencial (mes)						
Consumo residencial básico (m³)						
Consumo residencial superior básico (m³)						
Cargo fijo no residencial (mes)	2,00		$9.195,79	50	$9.196	$18.393,59
Consumo no residencial (m³)	31,00		$3.492,14	50	$54.128	$5.279,24
Subtotal					$63.324	$189.971,92

Corresponde a consumos de hasta [illegible] bimestrales. ** Aplica para estratos 5 y 6, uso [illegible] industrial. *** Subsidio aplica para estratos [illegible]. *** La tarifa se determina a partir del valor unitario de cargo fijo o consumo que aplica en [illegible] de acuerdo con el [illegible] agregado en el

Tasas ambientales	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Estos valores ya están incluidos en el consumo residencial básico y superior a básico, Ley 99 de 1993		
Tarifa consumo básico ($/m3)	$42,04	$131,95
Tarifa consumo superior a básico ($/m3)	$84,07	$0,00
Total por consumo facturado	$1.327	$4.170

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
Subtotal	$1-

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

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

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

La EAAB ESP autoriza convenios con los siguientes bancos: Davivienda, Scotiabank Colpatria, Caja Social, Itaú, Occidente, AV Villas, Bogotá, Sucursales y City

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓ

HISTORIA CLINICA: 52

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
900233004321774 Expiry date:09/06/2028

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Luna

COLOR: Negro blanco Amarillo

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: Ines Duarte Soto

DIRECCION: Kr 24c # 2 Sur-20

TELEFONO: 3214936809

CEDULA: 52 224 455

CORREO ELECTRÓNICO: 3214936809@yahoo.com

BARRIO: La Fragua ESTRATO: 3 LOCALIDAD: LOS MARTIRES

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

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO: Pici 24

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: 170 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	0,14 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 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
Colegio Nacional de Colombia

FIRMA: XMR

207

	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:
Luis Soto	52224455

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:

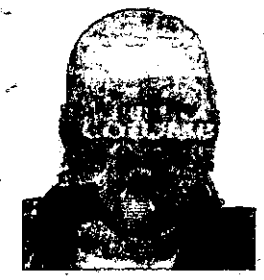
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 52.224.455
DUARTE SOTO

APELLIDOS
INES

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 25-DIC-1971
MOLAGAVITA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

29-ENE-1993 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

A-1500150-01264406-F-0052224455-20211110 0076238815A 1 8502659397

enel Bogotá

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

Para pagos y consultas no presenciales ingrese a: enel.co

1463854-4

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 338068195-4

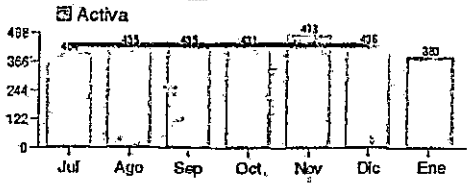
CLIENTE

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

07 207 0904 / 031-72015481

¿Quieres ver tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO HISTÓRICO



VALOR kWh APLICADO: $377,35

CONSUMO DIARIO: 11,61 kWh

VALOR DIARIO: $9.664

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

DÍAS FACTURADOS: 33

CONSUMO MES: 383 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 437 kWh

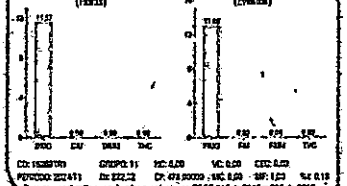


¡CONFIRMA TU FECHA Y HORA DE LECTURA DE TU MEDIDOR Y EL CONSUMO!
Recuerda que debe ser mínimo cada 2 meses

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	7,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10002072070904
RUTA LECTURA:	12072050421
MANZANA DE LECTURA:	MS00210109
MEDIDOR NO:	031-72015481
MEDIDOR NO:	031-72015481

CALIDAD DEL SERVICIO



CONSEJO 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.

CONTÁCTANOS

Registrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

Bogotá, Soacha y Cundinamarca: 601 6 115 115
115 Gratuito las 24 horas.
601 8140055

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, Sede de Pago Online, Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual: Daviplata, dale!, MOVII, NEQUI, Ipaga

Corresponsales Bancarios: CÓNRED, efecty, El Ravel, MOVIRED, Gana

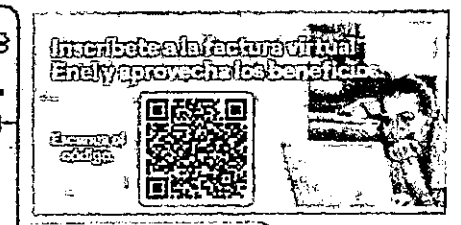
Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Surtimax, 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: $338,76 T: $33,19 D: $280,72 CV: $196,30 PR: $69,75 R: $3,64 CP: $9,00 / $877,35 Costo kWh Mes

GRUPO 11 CIRCUITO AVDA ESPTZ11 - NIVEL DE TENSIONES PROPIEDAD Empres

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 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 estos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No. 0061 de 10 de diciembre de 2025.

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

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

En cumplimiento de la resolución CREG 015/11 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 comunicate 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 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 comprar a los canales de atención señalados 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: 10/01/2025 01:20:22
FECHA EXPEDICIÓN: 10/01/2025 12:42:21

0000000000

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVIC

HISTORIA CLINICA: 63

MICROCHIP: ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004321789 Expiry date:09/06/2028

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Niña

COLOR: Negro-Blanco-Amarillo

ESPECIE: CANINO __ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO __ RAZA Mestiza EDAD 6meses PESO: 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 X COMPRADO __ ADOPTADO __ REGALADO __ PERRO DE CUADRA __ OTRO __

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Trinidad Caldera Ortiz

DIRECCION: Kr 17 # 22 A IN 1 101-5

TELEFONO: 3224433774

CEDULA: 41 727 472

CORREO ELECTRÓNICO: 3224433774@sincorreo.com

BARRIO: San Victorino 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 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: 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 ☐ 10 mg/kg IM ☒
	PROPOFOL	___ 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 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: 1.727.472 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 Ocer	FECHA: 13 feb 25	HORA: 8 am

OBSERVACIONES:



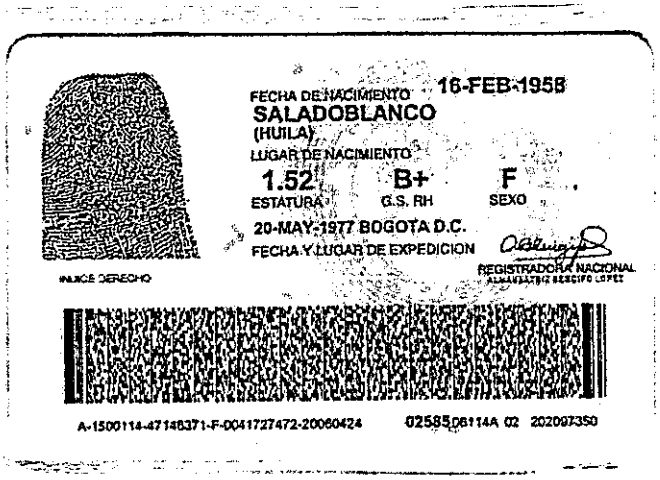
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 41.727.472

CALDERON ORTIZ
APELLIDOS

TRINIDAD
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 16-FEB-1958
SALADOBLANCO
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.52 B+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
20-MAY-1977 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL

INDICE DERECHO

A-1500114-47146371-F-0041727472-20060424 02585 06114A 02 202097350

312.552-76.78

or favor dobla y rasga para abrir la factura

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

¡Hola!

vanti

INVERSIONES GOMEZ LANNER SEN INVERSIONES GOMEZ

LANNER SEN
KR 17 22A 5 INT 01 00101 - SAN VICTORINO
BOGOTA

Medidor Gas No. 5007120-36

Lote: P09GN Ruta: 0011310310010005000 Código del Sector: 391

Cuenta o referencia de pago 63280627

Compra tus regalos de Navidad con tu cupo Vanti Listo y aprovecha un ExtraCupo de $1.000.000

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:



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. T&C de la campaña ingresando a grupovanti.com/vanti/lo/calidad/navidad. Vanti Listo es la marca que identifica el servicio no financiero ofrecido por el Grupo Vanti. Aplican condiciones señaladas en la política de financiación; consúltala en grupovanti.com/politicasdefinanciacion. Campaña válida hasta el 31 de diciembre de 2024.

¿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 942 714
Bogotá (601) 307 8121
Bucaramanga (607) 685 4755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir d

Línea de WhatsApp 315 416 4

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 20

tura

periódica
ia de gas
día se te ha
d una falla en
ésticos?



gital Vanti

nuestra página web
t.com/pagos-en-linea/

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban Itaú Bancolombia BBVA

Botón Bancolombia

Bancolombia

Banco Falabella Banco Pichincha Banco Caja Social Nequi

Escanea para pagar tu factura

DAVIVIENDA Davi plata Daviyapp dale!

*Permite adicionalmente inscripción y débito automático

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

esenciales

Banco BBVA
Bancolombia Colpatria
Banco Av Villas

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Baloto Gana Efectivo

Grandes Superficies:
Metro, Jumbo, Éxito

Línea telefónica Lola 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.

CARNAVAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT 830.048.513-8

Factura de gas

Noviembre 2024

Cuenta o referencia de pago 63280627

BOGOTÁ

Vigilado Superservicios

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

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1. Pago oportuno: 27 Nov. 2024
2. Fecha de suspensión: 28 Nov. 2024
3. Periodo facturado: Oct. - Nov. 2024
4. Emisión de tu factura: 16 Nov. 2024

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
FIJO	1UN	4.034,00	0,00	4.034,00
AJUSTE DECENA	1UN	0,41	0,00	0,41
Intereses Moratorios Base Recargo	1UN	55,59	0,00	55,59

1- Total $4.090,00

Tus financiaciones

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

2- Total $0,00

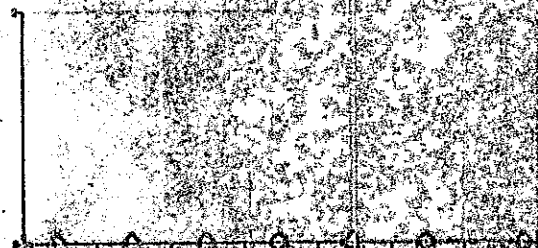
3- Valor facturas vencidas $0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3 $4.090,00

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial Estrato/Cat.Tras Obs de consumo 38

Fecha	Lectura	Tipo
16 Oct. 2024	4	REAL
13 Nov. 2024	4	REAL

m³ corregidos = 4 - 4 | Factor de corrección = 0

Tu próxima lectura será

Entre 08 y el 13 de Diciembre

Novedades de tu factura

Dale esperanza a una familia colombiana realizando un aporte voluntario en www.grupovanti.com, Valor sugerido $ 409

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 Oct. 2025

La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse cada 5 años (Resolución 059 de 2012).

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes de $4067

Ago. $2430 Sep. $2307 Oct. $2280

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

Componentes tarifarios

Cmg: 1181.81 Trm: 848.47 Cfm: 884.00 Cftm: 1059.47
Pr: 88.88 Cvum: 17.0 Cdvm: 4084.6 Cvumt: 2247
Cdm: 0.0 Pcom: 42.51% DAUNI: 0.0 DAUNM: 0.0

Mira: Tu consumo en m³ se convierte a kWh y el precio unitario del kWh es: $0.0

Factor de corrección

Vmc: 0 Kac: 0.7077 Kt: 1.0000 Pr: 0.7741
Vm: 0 Tpc: 14.78 Tc: 15.56 Pm: 1.011 hr
Pcs: 0.000 Pdm: 0.000 Ltc: 15
Factor de corrección: 0.7741

Unidades de calidad

IRR: 100.0 UNC: 0.0 IR: 100.0 IPA: 100.0



(415)7709990026025(8020)63280627(3900)00000000004090

Bonos gratuitos constituyentes Resolución 012220 Octubre 30/2002 Numerador de IVA Amortizables Resolución No. 4830 del 17-JUL-1998 Autorización del Numeración de Facturación No. Prorrateo 18764007156000 con vigencia de 18 meses 12/03/2024 | Facturación electrónica desde N° 00000001 hasta 50000000 con vigencia de 18 meses

Estrato regulado por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NUR 2-1101005-6 VANTI S.A. ESP. NIT 800.007.813-5 Riesgo Alto Decreto N° 1076 de 5-MAY Esta factura presta mérito ejecutivo. Art 130 de la ley 142 de 1994

Resolución 000004

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVI

HISTORIA CLINICA: 69

MICROCHIP: ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004321771 Expiry date:09/06/2028

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Manchas

COLOR: Atigrado · Blanco

ESPECIE: CANINO __ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO __ RAZA Mestizo EDAD 4 meses PESO: 2,5kg POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO V

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Devora Castañeda

DIRECCION: TV 17 # 22 A - 34

TELEFONO: 3204476348

CEDULA: 1116372405

CORREO ELECTRÓNICO: 3204476348@sincorreo.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 Reporta

ULT. DESPARASITACION: NOV 24

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

FELINOS: TRIPLE FELINA: / HEXAVALENTE: / LEUCEMIA: V

PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: /

RABIA: NOV

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: Rosado

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

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO
TARJETA PROFESIONAL

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

FIRMA

213

	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:
	1116 372 405

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 1.116.372.405
CASTAÑEDA

APELLIDOS
DEVORA

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 17-MAR-1986
YUMBO
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

06-DIC-2010 YUMBO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

A-1500150-01351812-F-1116372405-20230417 0104330172A 1 8507875555

enel | Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. ESP
NIT: 860063875-8
Calle 93 No. 13 – 45 Piso 1

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **0350290-4**

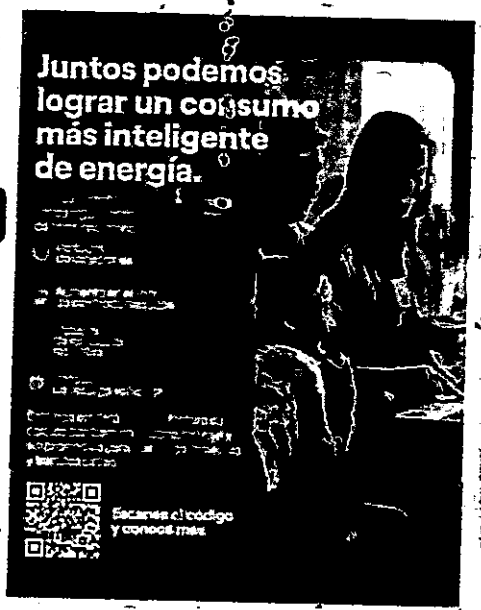
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 338287457-7

CLIENTE

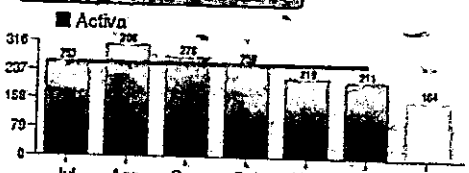
ESTHER MARCELA MUOZ OSPINA
TV 17 NO 22 A 34
BOGOTA, D.C.- SANTA FE

08 401 2723 / 018-16025104

¿Olvidaste tu factura virtual? Escanea el código



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $877,36

CONSUMO DIARIO: 4,97 kWh

VALOR DIARIO: $2.715

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

DÍAS FACTURADOS: 33

CONSUMO MES: 164 kWh

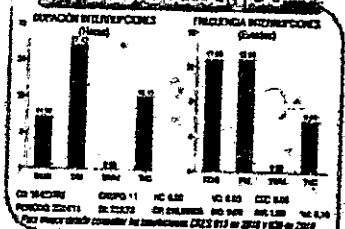
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30004084012723
RUTA LECTURA:	34084030362
[illegible]NA DE LECTURA:	MS00610317
[illegible]R NO:	018-16025104
MEDIDOR NO:	018-16025104

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

Bogotá, Sabana y Condinamarca: 601 5 115 115

115

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Sucursal Virtual

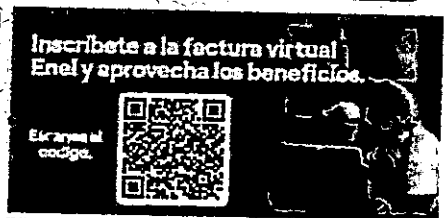
Corresponsales Bancarios

Red Distrital

Centros de Servicio

Código QR

Almacenes de Cadena



COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencias DIC/2024

D: $288,7677 $36,19 D: $360,72 CH: $108,30 FR: $88,75 R: $3,84 CH: 80,00 / $877,36 Costo kWh Mes

FECHA GENERACIÓN: 11/01/2025 00:57:10
FECHA EXPEDICIÓN: 11/01/2025 16:42:07

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERV

HISTORIA CLINICA: 65

MICROCHI: ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004321754 Expiry date:09/06/2028

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Mia

COLOR: Negro-Blanco-Amarillo

ESPECIE: CANINO __ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO __ RAZA Mestiza EDAD 4meses PESO: 7,9kg 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 X COMPRADO __ ADOPTADO __ REGALADO __ PERRO DE CUADRA __ OTRO __

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: David Nicolas Duran Cavalko

DIRECCION: CL 2 # 18 A-24

TELEFONO: 3146962622

CEDULA: 1023 969 821

CORREO ELECTRÓNICO: duran nicolas 576@gmail.com

BARRIO: Eduardo Santos ESTRATO: 3

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: Tecnico

NS/NR: __

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO: Enero 24

ULT. DESPARASITACION: Dic 24

ULT. VACUNACION: NS/NR: __ CANINOS PARVO: X 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: 166 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	0,09 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 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 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:
Deivid Duran	1023969821

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:

06
07


CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.023.969.821

Apellidos
DURAN CASALLAS

Nombres
DEIVID NICOLAS

Nacionalidad | Estatura | Sexo
COL | 1.72 | M

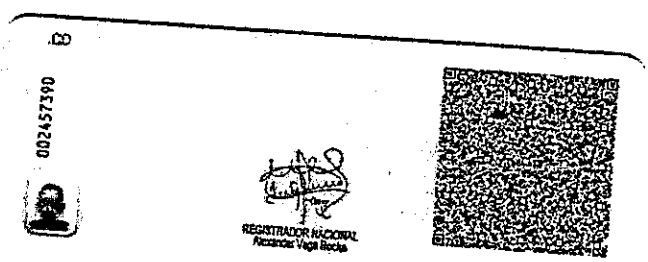
Fecha de nacimiento | G.S.
04 ABR 1998 | O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
28 JUL 2016 BOGOTA D.C.

Fecha de expiración
08 JUN 2032

Firma
Deivid Duran


CO

00245739O

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL00245739O015001<<<<<<<<<<
9804049M3206065COL1023969821<6
DURAN<CASALLAS<<DEIVID<NICOLAS

217

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?: 0307947-0

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 340163607-7

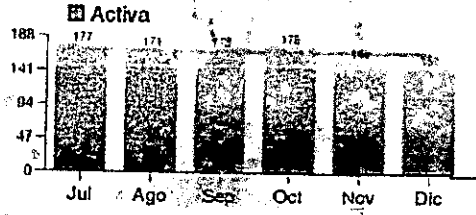
83187

RAFAEL MELO NIETO
CL 2 NO 18 A 24
BOGOTA, D.C. - EDUARDO SANTOS

19 204 3954 / 074-852855

COMPORTAMIENTO DE CONSUMO

Activa



VALOR kWh APLICADO: $977,36

CONSUMO DIARIO: 2,47 kWh

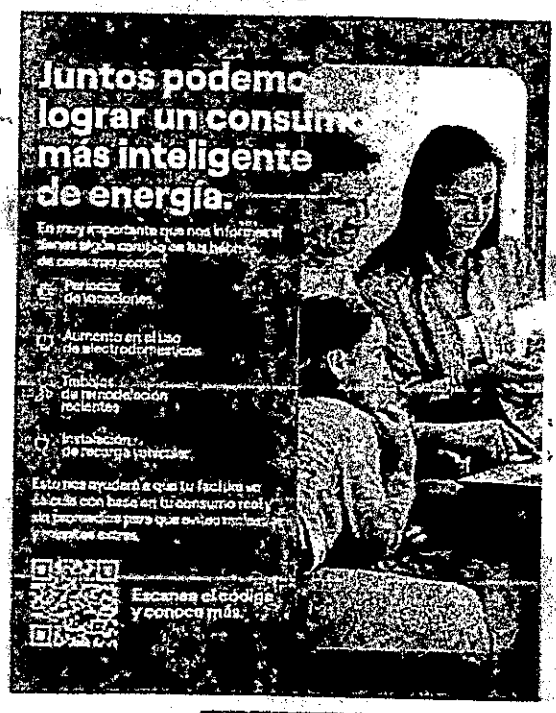
VALOR DIARIO: $1.641

PERIODO FACTURADO: 22 DIC/2024 A 22 ENE/2025

DIAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES 79 kWh

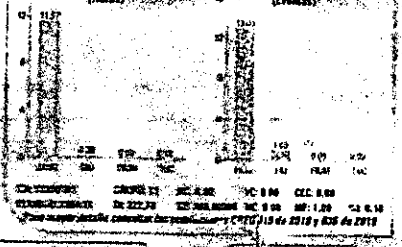
CONSUMO PROMEDIO DE LOS 6 MESES



INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA KW:	2,83
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10002102043954
RUTA LECTURA:	12102010442
MANZANA DE LECTURA:	MS00410532
MEDIDOR NO:	074-852855
MEDIDOR NO:	074-852855

CONSUMO INTERRUPCIONES



CONTÁCTANOS

Radicación de facturas
Chat de atención
315 890 6003 Claro Bot o pasa Asesor
Enel Colombia
Enel Clientes
Registrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

EMERGENCIAS	DENUNCIAS
115 Gratuito las 24 horas	018 000 915 115 denuncias@enel.com.co

Bogotá, Sabana y Cundinamarca
601 6 115 115

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

SEA UNO MEJOR 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.

¿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 Corresponsales

Billetera Virtual

dale
MOVII
NEQUI
Daviplata

Corresponsales Bancarios

CONRED
efecty
Baloto
Gana
Su Red
MOVIRED

Red Física

RED CADE
enel

Centros de Servicio

Código QR

Almacenes de Cadena

Alkosto
Makro
Éxito
Jumbo
Metro
Surtimax
Olímpica
Ara
Tiendas D1



COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: DIC/2024
G: $358,78 T: $58,19 D: $280,72 CV: $106,30 PR: $65,75 R: $5,84 CF: $0,00 / $877,36 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: CAY37-12247R1 - - NIVEL DE TENSION: PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 061 de 25 de enero 2002. 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 ejercerlos dentro de los cinco días hábiles siguientes a la fecha de entrega de la factura. 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 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, derechos y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. que usuario. 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. El tercero es responsable de la prestación del servicio asociado por este medio, 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. Estará vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 27/01/2025 00:07:12
FECHA EXPEDICIÓN: 27/01/2025 13:39:12

CUDE: 70:bf3213286f7c9da2f43313a327cd2f7ad0945705de50e7eadd1e859991e6a86f63e34a0ddcf040df054deae0f029

Facturas impresas por Carvajal Soluciones de Comunicación NIT 830.085.994-0 BOGOTA

Proveedor Tecnológico Carvajal Tecnología y Servicios BAB DIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 860.221.151-0

B041 - Página 1 de 4

218

Total Energía $58.920 + Portafolio Enel X $38.900 = $97.820

FECHA DE SUSPENSIÓN ⓘ 07 FEB/2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 0307947-0

PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 20 FEB /2025

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

CALCULO CONSUMO DE ENERGIA	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Diferencia (kWh)	×	Factor	=	Energía Consumo kWh	Energía Facturada kWh	×	Valor Tarifa	=	Valor Facturado
ENERGIA ACTIVA FP	70.305		70.226		79		1		79	79		$877,36		$69.312
ENERGIA REACTIVA	0		0		0		1		0	0		$280,72		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh X				Valor kWh $877,3617		X		Beneficio -15,00 %					-$10.397

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE TE COSTO $1.841 DIARIOS

SUBTOTAL: $58.915

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$5
SUBTOTAL:	$5

Consumos + Otros cobros asociados a energía — ① TOTAL ENERGÍA: $58.920

Otros cobros de productos y servicios

COBRO SEGUROS	$25.400
SEGUROS Y ASISTENCIAS CFC	$13.500

Te invitamos a consultar el detalle de tus productos y servicios a través de La EPP en Segmento Online en la página web o en la versión de 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: $38.900

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 $89.656

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 CUENTE 0307947-0

PAGO OPORTUNO 05 FEB /2025

Documento Equivalente Electrónico No.

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	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 900233004321791 Expiry date:09/06/2028	P	3	Pedro Pablo	Mora Castillo	19 367 355		X								X	300906 2797	300906 2797@sincorreo.com	CL 23A # 18-25 Ap 401	Pinocho		X	X			
ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004321750 Expiry date:09/06/2028		3	Alexandra	Chavarria Castro	52 031 797	X									X	320249 2433	320249 2433@sincorreo.com	Kr 18 # 20-18 Oz 002	Romeo		X	X			Alexandra Chavarria
990000012140596		3	Alexandra	Chavarria Castro	52 031 797	X									X	320249 2433	320249 2433@sincorreo.com	Kr 18 # 20-18 Oz 002	Felipe		X	X			Alexandra Chavarria
990000012140594 ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004321770 Expiry date:09/06/2028		3	Deivid Nicolas	Duran Castillo	1023 969 821		X								X	314696 2622	durannicolas76@gmail.com	CL 2 # 184 24	Malcom		X	X			Deivid
		3	Cristian Daniel	Sanchez Soto	1070 626 644		X								F	322365 9371	cristian daniel sanchez soto2@gmail.com	CL 24 # 27-89	chimuelo		X	X			
990000012140593 ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004321778 Expiry date:09/06/2028		3	Nora Katerine	Lobos Villareal	64 45 030	X									X	312515 1019	dayke1j928@gmail.com	Kr 18 Bis # 23A-26 Ap 100	Draqui		X	X			Nora Lobos
ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004321772 Expiry date:09/06/2028		3	Kurman Augusto	Gaitan Paez	4069 220		X								X	314282 7877	kurman4710@hotmail.com	Kr 18 B # 6B-35 Oz	Phillip		X	X			Kurman
ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004321779 Expiry date:09/06/2028		3	Stella	Chicaguy Sanchez	41 775 302	X									X	311493 2090	311493 2090@sincorreo.com	Kr 24B # 1H-4 01 001	Hachi		X	X			Stella Chicaguy
ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004321769 Expiry date:09/06/2028		3	Carmen Alicia	Lopez Flechas	39746 942	X									F	313891 9992	carmen-alicia@hotmail.com	Kr 18 # 19A-06	Yamilo		X	X			Carmen Alicia Lopez F.
ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004321766 Expiry date:09/06/2028		3	Nubia	Perez Bermudez	51999 209	X									F	320319 8732	nubiaperez-68@hotmail.com	Kr 30 # 30Sur-37-P11	Tom		X	X			Nubia Perez Bermudez
ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004321753 Expiry date:09/06/2028		3	Nubia	Perez Bermudez	51999 209	X									F	320319 8732	nubiaperez68@hotmail.com	Kr 18 B # 6B-35 Oz	Tiger		X	X			Nubia Perez Bermudez
		2	Ana Lucia	Ayure Tibasosa	51 960 811	X									F	320765 7284	anaayure315@gmail.com	Kr A # 220-04 Ap 201	Tiago		X	X			Ana Lucia Ayure Tibasosa

219

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	LGBTQI+	IDENTIFICACIÓN ÉTNICA: AFROCOLOMBIANO	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 900233004321764 Expiry date:09/06/2028		3	Kevin steven	Dancel Gutierrez	1013 653 463		Y								Y	319296 4032	Kevin dancel 9405 mail.com	Tv 19 B # 76-03 301	Mencho			X	X		
990000012136764		2	Luis Alberto	Ramevo	1105 611 249		Y								Y	318473 9198	luchog 6417@ gmail com	Kr 17 # 220-04 AP 201	Guillo			X	X		
990000012136775		3	Juan Sebastian	Cohen Malambo	1026 559 282		Y								Y	317254 4088	juanse bautista cohenmalambo@gmail.com	CL 5 # 184-28	Mono			X	X		
990000012136779		3	Ruth Albany	Ruiz Suarez	1149 455 069	Y									Y	322310 8354	albany. ruiz15 @gmail com	Kr 18 B # 22C-02	Felix			X	X		
990000012136770		3	Ruth Albany	Ruiz Suarez	1149 455 069	Y									Y	322310 8354	albany ruiz15 @gmail com	Kr 18 B # 22C-02	Milo		X		X		
990000012136767		3	Sandra Patricia	Rivera Gonzalez	52 466 054	Y									Y	321216 3115	Spatricia rivera@hotmail.com	Kr 25 # 07 H-60 AP 201	oreo			Y	Y		
990000012136774		3	Devora	Castañeda	1116 372 405	Y									Y	313400 7314	313400 7314@ yincorreo com	Kr 18 B 15 # 23 A-26 AP 100	manchas			Y	Y		
990000012129076		2	Yisela	Alvarez Alian	1104 414 988	Y									Y	314481 4668	yalvarez yisela 829@ gmail.com	Kr 16 A # 22-51 308	Rocky			Y	Y		
990000012136769		2	Leidy Caterine	Gonzalez Montiel	1026 581 150	Y									Y	317219 9356	tatiana de alejo.0 94@ gmail.com	CL 21 # 14-12 201	Simba			Y	Y		
990000012129074		2	Adriana	Sierra Mogollon	52 113 352	Y									Y	300239 5529	adriana sierra mogollon @gmail.com	Kr 15 # 15-66	Yogui			Y	Y		
990000012129062		2	Adriana	Sierra Mogollon	52 113 352	Y									Y	300239 5529	adriana sierramo gollo @ gmail.com	Kr 15 # 15-66	Simba			Y	Y		
990000012129077		3	Jorge David	Castañeda Quiroga	1000 119 414		Y								P	311638 8992	Jdavid cq @ mail.com	Kr 78 B # 68B - 35 02	Pacho			Y	Y		

220

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN

HISTORIA CLINICA: 66

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
900233004321791 Expiry date:09/06/2028

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA X COMUNIDAD __

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Pinocho | COLOR: Blanco Gris

ESPECIE: CANINO __ FELINO X | SEXO: HEMBRA __ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 1año | PESO: 3,7Kg | POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO V

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: Pedro Pablo Mora Castillo | DIRECCION: AP 401 CL 23 A # 18-25 | TELEFONO: 3009062797

CEDULA: 19 367 355 | CORREO ELECTRÓNICO: 3009062797@sincorreo.com

BARRIO: Santa 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: CANINOS PARVO:	TRIPLE: —	PENTAVALENTE: —
No Aplica	No Reporta	FELINOS: TRIPLE FELINA: / HEXAVALENTE: / LEUCEMIA: /	PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: —	RABIA: Sept 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:
166 l/m	32 r/m	38,2 °c	1 seg	Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,18 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,3 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM X
	PROPOFOL	___ ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1,2 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,25 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	FIRMA
Mónica Velázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	MV
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	FIRMA
Dra. Ximena Moreno Ruiz Médica veterinaria M.P 45482 Universidad Nacional de Colombia	XMR

221

	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:
Daniel Moreno	1193673555 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	8-9m

OBSERVACIONES:

27

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 19.367.355

MORA CASTILLO

APELLIDOS

PEDRO PABLO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-OCT-1958

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA | O+ G.S RH | M SEXO

04-OCT-1977 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00261165-M-0019367355-20101021 0024460348A 1 35135221

222

enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A.E.S.P.
NIT. 830.063.875-6
Calle 93 No. 13 – 45 Piso 1

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagar y conciliar tu factura en el momento de tu pago

0343321-4

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 160595359-4

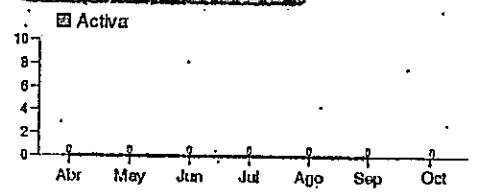
CLIENTE

JORGE E PARRA 3
CL 23 A NO 18 25 AP 401
AP 401 C DE H
BOGOTA, D.C. - SANTA FE

08 403 7341 / 074-15136

¿Dónde se factura? Punto de Servicio Enel más cercano

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $839,70

CONSUMO DIARIO: 0,00 kWh

VALOR DIARIO: $0

PERÍODO FACTURADO: 07 SEP/2024 A 07 OCT/2024
DÍAS FACTURADOS: 31
CONSUMO MES: 0 kWh
CONSUMO PROMEDIO ÚLTIMOS 6 MESES: 0 kWh

Tu consumo actual varió. No fue promediado por tener menos de 12 meses de historial. Contáctanos.

enel
Factura Enel
Información importante sobre la factura electrónica

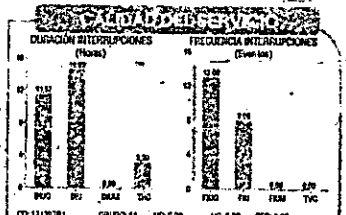
- El envío de la factura electrónica [illegible] a partir de la fecha [illegible]
- Solicita tu factura electrónica [illegible] Recuerda que [illegible] Registrarte para recibirla por correo electrónico.
- No se modifica el valor de la factura [illegible] información de consumos, fecha de pago [illegible] [illegible] de otros servicios [illegible]
- Puedes seguir pagando tu factura [illegible] medios físicos y virtuales habituales.

Conoce más en www.enel.com.co

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30004084037341
RUTA LECTURA:	34084040183
MANZANA DE LECTURA:	MS00610326
MEDIDOR NO:	074-15136
MEDIDOR NO:	074-15136

CALIDAD DEL SERVICIO



CO: 13 (15/01) GRUPO: 01 UC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,00
PERIODO: 2024/09 DI: 224,58 CF: 0,00000 UC: 0,00 ME: 1,00 %: 0,10
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 030 de 2018

CONTÁCTANOS

Registrate aquí
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia
316 890 6003 (Llama Bot o pasa Asesor)
Enel Colombia
@EnelClientesCO

Atención servicio al cliente	Servicio Nocturno	Correo PQR
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Opción 1 las 24 horas	601 5140055 - clientes@enel.com

Defensor del Cliente: Para quejas no resueltas en primera instancia
https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enel.com

CONSEJO EFICIENTE 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.

¿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 Semipresencial

Billetera Virtual: Daviplata, MOVII, Nequi, Tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efecty, SUPERVIA, MOVERED

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena

Código QR

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el comprobante del destino. El pago del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: SEP2024
G: $238,83 T: $40,55 D: $256,90 CV: $109,33 PR: $55,27 R: $11,02 CF: $0,00 / $830,70 Costo kWh $/...

GRUPO 11 CIRCUITO SF07-12132811 - NIVEL DE TENSIÓN PROPIEDAD Empresa
ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Socios autorretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1994.

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 0381 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 or nuestra 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 vinculados. 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 exhibida 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. 860.063.875-6. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

¡Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios!

FECHA EXPEDICIÓN: 08/10/2024

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.058.832-

213

1 Total Energía $1.954.828 + 2 Portafolio Enel X $12.062 = $ Total a pagar $1.966.890

PAGO OPORTUNO
INMEDIATO

FECHA DE SUSPENSIÓN
SUSPENSION

ENERGÍA | NÚMERO DE CUENTA 0343321-4 | 06 NOV /2024

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

CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Diferencia de lecturas	X	Factor	=	Energía Consumida kWh	Energía Factura kWh	X	Vlr. Unitario	=	Valor Facturado
ENERGÍA ACTIVA TP	11.587		11.587		0		1		0	0		$638,70		$0
ENERGÍA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$256,50		$0

ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTÓ $0 DIARIOS — SUBTOTAL: $0

Otros cobros asociados a energía

SALDO ANTERIOR	$1.950.968
Ajustes a la docena	$-4
6M Residencial	$3.844
SUBTOTAL:	$1.954.828

APRECIADO CLIENTE:
SU CUENTA SE ENCUENTRA EN COBRO PREJURÍDICO.
Debera ser su requisito de pago en los Centros de Servicio Enel.
Sin notificaciones.

Encuentra en Otros cobros asociados a energía — 1 TOTAL ENERGÍA $1.954.828

Otros cobros asociados a productos y servicios

Saldo Anterior Otros Conceptos	$12.062

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.

Encuentra el detalle de tus productos y servicios diferentes a los servicios de energía y GMG — 2 TOTAL OTROS $12.062

Tan en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en su respectivo tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $80.386

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 los 15 días y se realiza gestión de cobro.

ESTIMADO CLIENTE: El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (0 – 130 kW/mes) es de



No. Cuenta 0343321-4 45828

NÚMERO DE CUENTE
0343321-4

Factura de Servicios Públicos No.
160595359-4

CUENTA EN COBRO PREJURÍDICO

PAGO OPORTUNO
INMEDIATO

TOTAL A PAGAR
$1.966.890

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN

HISTORIA CLINICA: 67

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
900233004321750 Expiry date:09/06/2028

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Romeo

COLOR: Blanco Gris

ESPECIE: CANINO __ FELINO X | SEXO: HEMBRA __ MACHO X | RAZA Mestizo | EDAD 1 año | PESO: 4,7Kg | 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: Alexandra Chavarria Castro

DIRECCION: Kr 18 # 20-18 02 002

TELEFONO: 3202492433

CEDULA: 52 031 797

CORREO ELECTRÓNICO: 3202492433@sincorreo.com

BARRIO: Semper Mendoza | 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: X CANINOS PARVO:	TRIPLE:	PENTAVALENTE:
No Aplica	No Reporta	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:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
170 l/m	32 r/m	38,6 °c	1 seg	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 ☑
	PROPOFOL	___ ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1,6 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,3 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 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 Velázquez 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: XM

224

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:
Alexandra Chavarria Castro	52031797

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

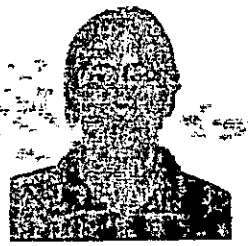
OBSERVACIONES:

03
04

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.031.797
CHAVARRIA CASTRO

APELLIDOS
ALEXANDRA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 02-DIC-1969
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
16-JUN-1989 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00252992-F-0052031797-20100830 0023634757A 3 1230924620

225

ura de gas — Enero 2026

Cuenta o referencia de pago: 05619928

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	45M3	2.479,93	0,00	111.596,85
FIJO	1UN	4.029,00	0,00	4.029,00
AJUSTE DECENA	1UN	2,52	0,00	2,52
INTERESES FINANCIAMIENTO - NO GRA	1UN	19.519,21	0,00	19.519,21
INTERESES FINANCIAMIENTO - GRAVAD	1UN	352,21	66,92	419,13
Intereses Moratorios Base Recargo	1UN	243,64	0,00	243,64
Vanti Max	1UN	11.336,14	2.153,86	13.490,00

(1) Total $149.300,35

Tus financiaciones

Tasa de Interés/Concepto	Cuota N°	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A
1.8700 % DE Cliente Nuevo Interna SAT	41/60	30.829,51	13.961,08	30.829,51
1.8700 % Derecho Conexión Financiado	41/60	12.133,16	5.494,47	12.133,16
1.8700 % Derecho Conexión Financiado	41/60	916,98	348,95	916,98

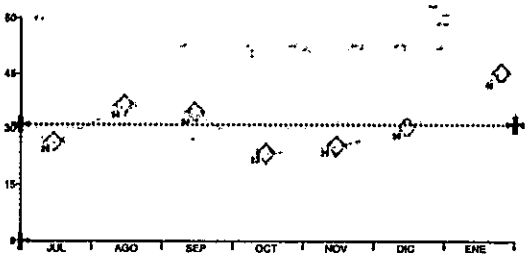
(2) Total $43.879,65

3 — Valor facturas vencidas: $0,00

Total a pagar (1)+(2)+(3): **$193.180,00**

Paga por PSE — Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial — Estrato/Cat.Tres — Días de consumo 33

Fecha	Lectura	Tipo
12 Dic. 2024	1416	REAL
13 Ene. 2025	1474	REAL

m³ corregido= 1474 - 1416 * Factor de corrección = 45

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 $ 19316

Apreciado usuario, informamos que realizamos un análisis del consumo registrado en su medidor para este mes acorde con lo establecido en la Res. CREG 105 007 del 2024, por lo que se procedió a confirmar el valor del consumo en esta factura. Si tiene dudas contáctenos en cualquiera de nuestros canales de atención.

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 Ago. 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 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: 61.58 Cvm: 0.0 Cufm: 4029.0 Cuvm: 2479.93
Ccm: 0.0 Fpcm: 42.475 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

Mj/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 531 kWh y el precio unitario del kWh es: $217.761

Factor de corrección

Vm: 58 Kp: 0.76727 Kt: 1.00652 Fc: 0.77227
Vc: 45 Tm: 13.89 Te: 15.56 Pc: 1.01008
Pa: 0.752 Pm: 0.023 F² pv: 1.0
Factor de corrección: 0.77227

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IO: 100.0 IPII: 100.0



(415)7709998026025(8020)63619928(3900)00000000193180

Somos grandes contribuyentes Resolución 000200 Diciembre 27/2024, Retención de IVA, Autorretenedores Resolución No. 0059 del 17-Jul-1998 Autorización de Numeración de Facturación No. Formulario 18764007156808 del 12/07/2024. Facturación electrónica desde Nº 00000001 hasta 50000000 con vigencia de 18 meses

Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NUR 2-11001000-4, VANTI S.A. E.S.P., NIT: 800.007.815-5 - Revisor fiscal Deloitte Y Touche S.A.S. Esta factura presta mérito ejecutivo. Art 130 de la ley 142 de 1994

Factura No. F15B245009227 — C1 — 493R1

220a302d2582404d67ed954770b5111fbacbdec785e6501998ece4a3869921e5b7c4224701083378eb7469eb055aaa19

226

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 · Itaú · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco AV Villas · Banco GNB Sudameris · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Daviplata · Rappi Pay · 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 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. 800.096.812-6 704B23072024

¡Hola!

LUIS ALBERTO CHAVARRIA
KR 18 20 18 02 00002 - SAMPER MENDOZA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 007120210003739760

390 0011310051540005000 49381 P09GN C1

Lote: P09GN **Ruta:** 0011310051540005000 **Código del Sector:** 390

Cuenta o referencia de pago **63619928**

vanti Listo

Compra televisor, calentador de gas, nevera, lavadora, moto y paga a cuotas a través de tu factura de gas

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:



vanti

CON REGRESA A CLASE Y SÚPER GANA UN

Escanea el código QR y participa aquí.

Usando tu cupo Vanti Listo por un monto igual o superior a $2.500.000*

Promo válida del 13 de enero al 28 de febrero de 2025

Paga a cuotas a través de tu factura de gas natural

éxito · Alkosto · Metro · Alkosto Electrónik

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; 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

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 68

MICROCHIP: 990000012140596

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Felipe

COLOR: Blanco Negro

ESPECIE: CANINO __ FELINO X SEXO: HEMBRA __ MACHO X RAZA Mestizo EDAD 9 meses PESO: 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 __ COMPRADO __ ADOPTADO __ REGALADO X PERRO DE CUADRA __ OTRO __

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Alexandra Chavarria Castro

DIRECCION: Kr 18 # 20-18 02 002

TELEFONO: 3202492433

CEDULA: 52031797

CORREO ELECTRÓNICO: 3202492433@sincorreo.com

BARRIO: Samper Mendoza ESTRATO: 3

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: NS/NR: __ Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA __ 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: Ningno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ningno

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 MÚCOSAS: 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	— 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 — 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:
Alexandra Chavarria Castro	52'031797

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 Oca	13 feb 25	8

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.031.797
CHAVARRIA CASTRO
APELLIDOS
ALEXANDRA
NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 02-DIC-1969
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
16-JUN-1989 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1500150-00252992-F-0052031797-20100830 0023634757A 1 1230924620

ura de gas | Enero 2026

Cuenta o referencia de pago **63619928**

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	45M3	2.479,93	0,00	111.596,85
FIJO	1UN	4.029,00	0,00	4.029,00
AJUSTE DECENA	1UN	2,52	0,00	2,52
INTERESES FINANCIAMIENTO - NO GRA	1UN	19.519,21	0,00	19.519,21
INTERESES FINANCIAMIENTO - GRAVAD	1UN	352,21	66,92	419,13
Intereses Moratorios Base Recargo	1UN	243,64	0,00	243,64
Vanti Max	1UN	11.336,14	2.153,86	13.490,00

(1) Total **$149.300,35**

Tus financiaciones

Tasa de Interés/Concepto	Cuota N°	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A
1.8700 % DE Cliente Nuevo Interna SAT	41/60	30.829,51	13.961,08	30.829,51
1.8700 % Derecho Conexión Financiado	41/60	12.133,16	5.494,47	12.133,16
1.8700 % Derecho Conexión Financiado	41/60	916,98	348,95	916,98

(2) Total **$43.879,65**

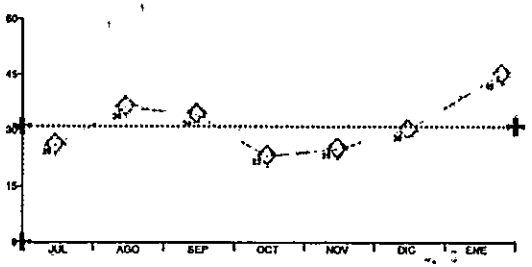
3 – Valor facturas vencidas **$0,00**

Total a pagar (1)+(2)+(3) $193.180,00

Paga por pse

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial | Estrato/Cat.Tres | Días de consumo 33

Fecha	Lectura	Tipo
12 Dic. 2024	1416	REAL
13 Ene. 2025	1474	REAL

m³ corregido= 1474 - 1416 * Factor de corrección = 45

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 $ 19316

Apreciado usuario, Informamos que realizamos un análisis del consumo registrado en su medidor para este mes acorde con lo establecido en la Res. CREG 105 007 del 2024, por lo que se procedió a confirmar el valor del consumo en esta factura. Si tiene dudas contáctenos en cualquiera de nuestros canales de atención.

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 Ago. 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 41385 de 2017

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes és 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
Jt: 61.58 Cvm: 0.0 Cufm: 4029.0 Cuvm: 2479.93
Ccm: 0.0 Fpcm: 42.475 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

M/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 531 kWh y el precio unitario del kWh es: $217.751

Factor de corrección

Vm: 58 Kp: 0.76727 Kt: 1.00652 Ft: 0.77227
Vc: 45 Tm: 13.89 Te: 15.56 Pe: 1.01008
Pc: 0.752 Pm: 0.023 P pv: 1.0
Factor de corrección: 0.77227

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IO: 100.0 IPIL: 100.0



(415)7709998026025(8020)63619928(3900)00000000193180

Factura No. F15B24509227 C1 49381

Somos grandes contribuyentes Resolución 000200 Diciembre 27/2024 Retención de IVA, Autorretenedores Resolución No. 4350 del 27 de Noviembre 2014 Retención en la Fuente Régimen Común Resolución 000015 del 12/03/2024. Facturación electrónica desde N° 00000001 hasta 30000000 con vigencia de 18 meses

Sistema regulado por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NUR 2-110010004, VANTI S.A. ESP. NIT 800.067.015-5. Revisor Fiscal Deloitte & Touche S.A.S. Esta factura presta mérito ejecutivo, Art 130 de la ley 1142 de 2007. Factura y Transferencia SA NIT 900.673.113-4

229

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

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Itaú* · Bancamía · BBVA* · Scotiabank Colpatria* · Banco AV Villas* · Banco GNB Sudameris · Bancolombia* · Banco Falabella · Banco Pichincha* · Banco Caja Social* · Nequi · Davivienda* · Daviplata · Rappipay · dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

Línea telefónica solo para emergencias
Atención 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: 800.096.812-8 704892072024

¡Hola!

LUIS ALBERTO CHAVARRIA
KR 18 20 18 02 00002 - SAMPER MENDOZA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 007120210003739760

390
0011310051540005000
49381
P09GN

Lote: P09GN **Ruta:** 0011310051540005000 **Código del Sector:** 390

Cuenta o referencia de pago **63619928**

vanti Listo

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:



vanti

CON REGRESA A CLASE Y SÚPER GANA UN

Escanea el código QR y participa aquí.

Usando tu cupo Vanti Listo por un monto igual o superior a $2.500.000*

Promo válida del 13 de enero al 28 de febrero de 2025

Paga a cuotas a través de tu factura de gas natural

éxito · Metro · Alkosto · K-tronix

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; 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.

C1

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 69

MICROCHIP: 990000012140594

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Malcom

COLOR: Tigre- Gris

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

RAZA: Mestizo EDAD: 5meses PESO: 2,2kg

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 V MIXTO __ OTRO __

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: David Nicolas Duran Cajsilla

DIRECCION: CL 2 # 184-24

TELEFONO: 3146962622

CEDULA: 1023 969 821

CORREO ELECTRÓNICO: durannicolas576@gmail.com

BARRIO: Eduardo Santos ESTRATO: 3

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: 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: 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	0,11 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,22 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☑
	PROPOFOL	— ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,7 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,15 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 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 Velázquez Millán
TARJETA PROFESIONAL: Médica Veterinaria TP. 11804

FIRMA: MV

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO: Dra. Ximena Moreno Ruiz
TARJETA PROFESIONAL: Médica veterinaria M.P 45482

FIRMA: XMR

230

	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:
David Duran	1013969821

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:

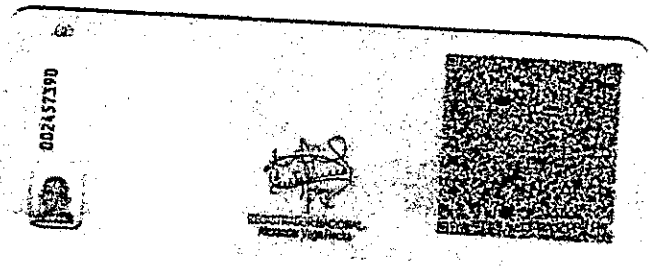
Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación:	

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Oscar	13 feb 25	8 am

OBSERVACIONES:





ICCOL002457390015001<<<<<<<<<<<
9804049M3206065COL1023969821<6
DURAN<CASALLAS<<DEIVID<NICOLAS

enel Bogotá

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

earth pact ECOLÓGICO

¡Para pagos y consultas tu número de cliente es: **0307947-0**

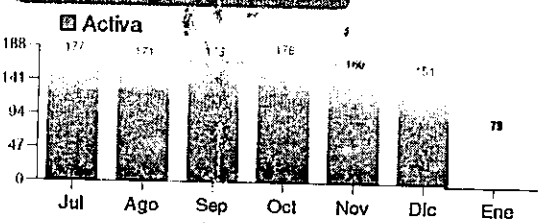
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 340163607-7

CLIENTE

RAFAEL MELO NIETO
CL 2 NO 18 A 24
BOGOTA, D.C. - EDUARDO SANTOS

19 204 3954 / 074-852855

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $877,36

CONSUMO DIARIO: 2,47 kWh

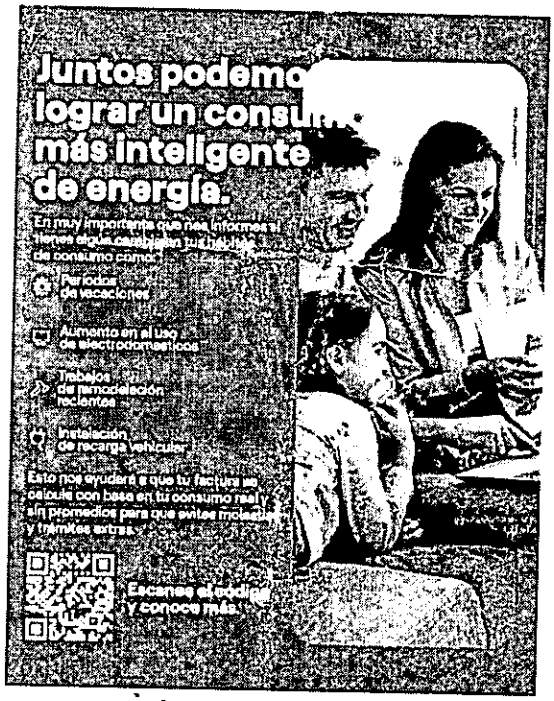
VALOR DIARIO: $1.841

PERIODO FACTURADO: 22 DIC/2024 A 22 ENE/2025

DIAS FACTURADOS: 32

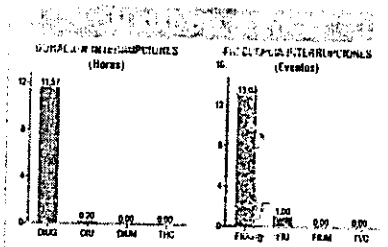
CONSUMO MES: 79 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 167 kWh



INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	2,83
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10002192043954
RUTA LECTURA:	12192010442
MANZANA DE LECTURA:	MS00410532
MEDIDOR NO:	074-852855
MEDIDOR NO:	074-852855



CD: 15350181 GRUPO: 11 HC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,00
PERIODO: 2024/11 DI: 222,72 CF: 160,00000 MC: 0,00 MF: 1,00 %C: 0,10
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 038 de 2014

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

Registrate gratis
Chat de servicios en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
Zona privada de la página Web
318 890 6003 (Elena Bot o paso Asesor)
Enel Colombia @EnelClientesCO
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

Billeteras Virtuales: daviplata, dale!, MOVII, NEQUI, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efecty, Red Reval, MOVIRED, Supergiros, Punto Red, Su Red Amiga

Red Distrital

Centros de Servicio: RED CADE, enel, Almacenes de Cadena, Metro

Código QR

Si pagas en corresponsales bancarios, puede ocasionarse demoras en la aplicación del pago. Es responsabilidad del usuario verificar que el pago se haya aplicado.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: DIC/2024
G: $356,78 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: C.AV27-15350TR1- - NIVEL DE TENSION:1 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 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 consultarlo 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 autorización otorgada enfocada 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 vigilado 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: 27/01/2025 00:07:12
FECHA EXPEDICIÓN: 27/01/2025 13:39:12

CUDE: 70c9ff32f326f7c9de2f43313a327ed2f27ec69d5705cfe50e7eedd1e859991e8a88f63e34a0ddd940df054deae09922

Factura impresa por Cenvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 830.036.812
Proveedor Tecnológico Cenvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENfinanciero - NIT 860.321.151-0

232

8.042 - Página 2 de 4

No. Cuenta 0307947-0 83187

1 Total Energía $58.920 + 2 Portafolio Enel X $38.900 = Total a Pagar $97.820

PAGO OPORTUNO 05 FEB /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN 07 FEB/2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 0307947-0

PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 20 FEB /2025

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

CALCULO 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	70.305		70.226		79		1		79	79		$877,36		$69.312
ENERGIA REACTIVA	0		0		0		5		0	0		$280,72		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh X				Valor kWh $877,3617		X		Beneficio -15,00 %					-$10.397
ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE TE COSTO $1.841 DIARIOS												SUBTOTAL:		$58.915

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$5
SUBTOTAL:	$5

Consumos + Otros cobros asociados a energía — 1 TOTAL ENERGÍA $58.920

Otros cobros de productos y servicios

COBRO SEGUROS	$25.400
SEGUROS Y ASISTENCIAS CFC	$13.500

enel x

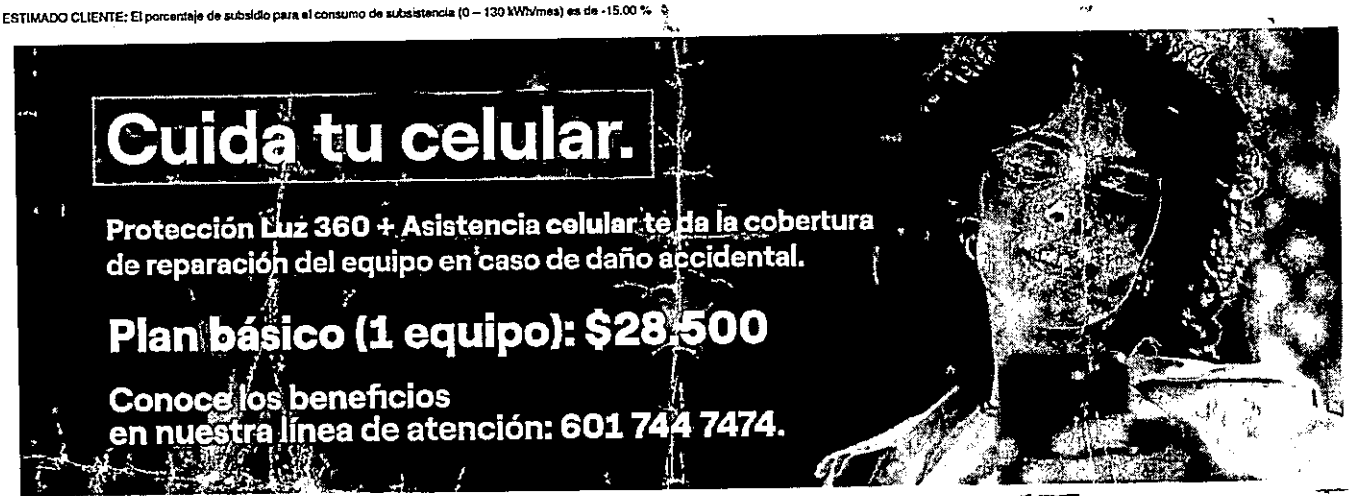
Te invitamos a consultar el detalle de tus productos y servicios a través de la APP, tu Sucursal Online en la página web o inscribiéndote a FACTURA VIRTUAL desde www.enel.com.co en la sección Personas.

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y aseo — 2 TOTAL OTROS: $38.900

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 $89.656

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 gestión 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 CUENTE 0307947-0

Documento Equivalente Electrónico No. 340163607-7

(415)7707209914253(8020)0103079470340163607 7(3900)00000000097820

PAGO OPORTUNO 05 FEB /2025

TOTAL A PAGAR $97.820

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SER

HISTORIA CLINICA: 70

MICROCH: ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004321770 Expiry date:09/06/2028

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Chimuelo

COLOR: Negro

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

RAZA: Mestizo EDAD: 1año

PESO: 4,8kg

POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO Y

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Cristian Daniel Sanchez Soto

DIRECCION: CL 24 # 27-89

TELEFONO: 3223659371

CEDULA: 1070 626 644

CORREO ELECTRÓNICO: cristiandanielSanchezSoto2@gmail.com

BARRIO: Semper Mendoza

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: profesional

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. 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: 38,3 °c

TLLC 1 seg

MUCOSAS: Rosado

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	____ ml.	2 mg/kg IV
	PROPOFOL	1,6 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,3 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 pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO
TARJETA PROFESIONAL: Mónica Velázquez Milán, Médica Veterinaria, TP. 11804

FIRMA: Muy

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

FIRMA: XMR

ALCALDÍA MAYOR 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:
Carlos Daniel Sanchez Sa	1078026424

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	23 Feb 25	8

OBSERVACIONES:

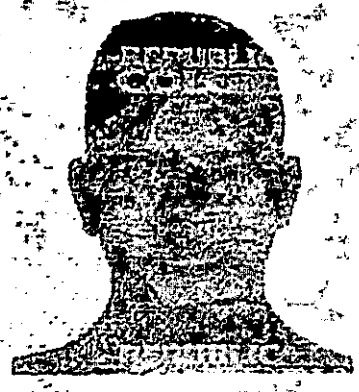
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.070.626.644

SANCHEZ SOTO
APELLIDOS

CRISTIAN DANIEL
NOMBRES

Daniel Sanchez Soto
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 14-MAY-1999
GIRARDOT
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72
ESTATURA

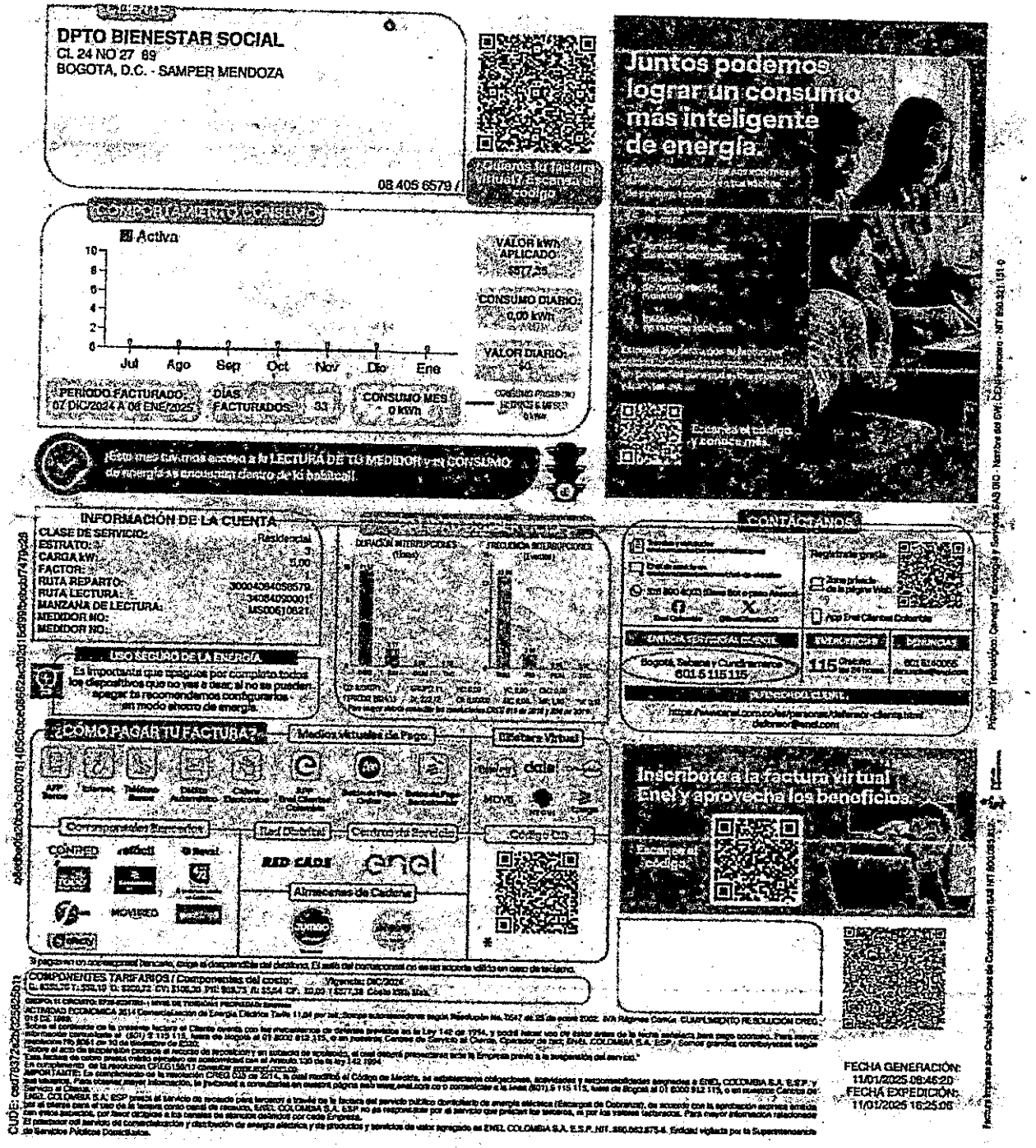
O+
G.S. RH

M
SEXO

18-MAY-2017 GIRARDOT
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-1510900-00912185-M-1070626644-20170609 0055761920A 1 48814003


DPTO BIENESTAR SOCIAL
CL 24 NO 27 89
BOGOTA, D.C. - SAMPER MENDOZA
08 405 6579 /
¡Activa la factura virtual! Escanea el código
COMPORTAMIENTO CONSUMO
Activa
Jul Ago Sep Oct Nov Dic Ene
VALOR kWh APLICADO:
CONSUMO DIARIO:
0,00 kWh
VALOR DIARIO:
PERIODO FACTURADO:
07 DIC/2024 A 06 ENE/2025
DIAS FACTURADOS:
33
CONSUMO MES
0 kWh
¡Este mes estamos acerca a la LECTURA DE TU MEDIDOR y el CONSUMO de energía se encuentran dentro de lo habitual!
Juntos podemos lograr un consumo más inteligente de energía.
Escanea el código y conoce más.
INFORMACIÓN DE LA CUENTA
CLASE DE SERVICIO: Residencial
ESTRATO: 3
CARGA kW: 5,00
FACTOR: 1
RUTA REPARTO: 300040940585791
RUTA LECTURA: 340840900001
MANZANA DE LECTURA: MS006|0821
MEDIDOR MO:
MEDIDOR NO:
DURACIÓN INTERRUPCIONES (Horas)
FRECUENCIA INTERRUPCIONES (Veces)
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
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115
115 Chatbot
¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?
Medios actuales de Pago
Factura Virtual
Corresponsales Bancarios
Red Distrital
Centros de Servicios
Código QR
RED CADE
enel
Almacenes de Cadena
COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: DIC/2024
ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por tal...
Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios.
Escanea el código
FECHA GENERACIÓN: 11/01/2025 09:45:20
FECHA EXPEDICIÓN: 11/01/2025 16:25:06
CUDE:
Proveedor Tecnológico: Cenpel Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: Conticentro - NIT 830.321.191-9
Facturación hecha por Cenpel Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.093.830-1

SALDO ANTERIOR $159.370
ns Residencial $500
SUBTOTAL $160.060

APRECIADO CLIENTE:
SU CUENTA SE ENCUENTRA EN COBRO PREJURIDICO.
SUSPENSIÓN programada para el 19/08/2025 a las 12:00 a.m.
Realice su pago

Contáctenos a través de nuestros canales de atención

1 TOTAL ENERGÍA $160.060

claro

Le invitamos a conocer el portafolio de productos y servicios a través de la APP, en Sucursal Online en la página web y recibiendo la FACTURA VIRTUAL, donde podrá encontrar en la sección Paquetes.

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y gas.

2 TOTAL OTROS $0

Recuerde que de no realizar el pago de sus obligaciones Cedelca E.S.P. COLUNSA en la fecha de PAGO OPORTUNO, estas 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.

Tenga en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de mi pago. Por lo anterior y de acuerdo con las cartas publicadas en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $39.856

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

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.

NÚMERO DE CLIENTE
0344008-1

CUENTA EN COBRO PREJURIDICO

PAGO OPORTUNO
INMEDIATO

TOTAL A PAGAR
$160.060

ocumento Equivalente Electrónico No.
338387281-2

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 71

MICROCHIP: 990000012140593

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES__ PROTECCIONISTA__ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Draqui

COLOR: Blanco - Gris

ESPECIE: CANINO__ FELINO X SEXO: HEMBRA__ MACHO X RAZA Mestizo EDAD 8meses PESO: 4 kg POTENCIAL PELIGROSO SI__ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI__ NO V

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI__ NO V

TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR__ CASERO__ CONCENTRADO V MIXTO__ OTRO__

ORIGEN: NS/NR__ RESCATADO__ COMPRADO__ ADOPTADO__ REGALADO V PERRO DE CUADRA__ OTRO__

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Nora Katerine Lobo Villarroel

DIRECCION: Kr 18 BU #23 A-26 AP 106

TELEFONO: 3125151019

CEDULA: 64 45030

CORREO ELECTRÓNICO: daykelis92@gmail.com

BARRIO: Santa fe ESTRATO: 3 LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: Bachiller

NS/NR:__ 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: V TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: V LEUCEMIA: V PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: V RABIA: DIC 24

FELINOS: TRIPLE FELINA: V

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: 32 r/m TEMPERATURA: 38,4 °c TLLC 1 seg MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,2 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,4 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☒
	PROPOFOL	____ 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: 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 Velázquez Milán
TARJETA PROFESIONAL: Médica Veterinaria TP. 11804

FIRMA: MVQ

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:
Nora Lobos	6445030

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
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN

No. 6445030

COL

LOBOS VILLAROEL
APELLIDOS

NORA KATERINE
NOMBRES

VEN
NACIONALIDAD

F
SEXO

17172927
DNI Nro.

02-04-1985
FECHA DE NACIMIENTO

25-05-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO

VISIBLE



FIRMA

E2063351

INDICE DERECHO

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

Juan Francisco Espinosa Palacios
Director General de Migración Colombia

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL6445030<<6<<<<<<<<<<<<<<<
8504021F3105308VENE2063351<<<6
LOBOS<VILLAROEL<<NORA<KATERINE

126231

Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. ESP.
NIT 830.059.875-3
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 3

126231

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

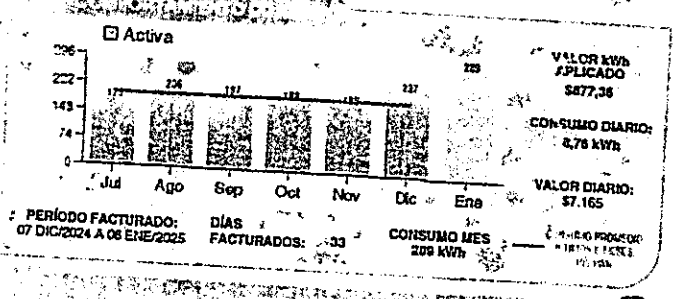
08 002 1949 / 057-1276388

Factura de Venta
No. de Factura

0348103-7

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 330285791-7



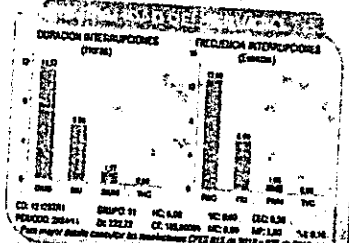


INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	5,70
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3000E080021949
RUTA LECTURA:	34084040009
MANZANA DE LECTURA:	REG0810318
MEDIDOR NO:	057-1276388
MEDIDOR NO:	057-1276388

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

Registrate en la Zona privada de la página Web

App Enel Clientes Colombia

318 580 8003 (Elena Bot o pasa Asesor)

Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 6 115 115

115 Desde tu cel las 24 horas

601 8140055

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

defensor@enel.com

Medios habilitados de Pago

Billetera Virtual

APP Banco, Internet, Teléfono Banco, Débito Automático, Cajero Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Botón de Pago Online, Botón de Pago Corresponsales

Corresponsales Bancarios

Red Distrital

Centros de Servicio

Código QR

RED CADE

Almacenes de Cadena



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

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 1 1.04 por ml. Somos autorretenedores según Resolución No. 0547 de 23 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1995.

Sobre el ajuste por Responsabilidad Empresarial el Cliente puede ver los mecanismos de diferentes periodos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de estos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información relacionada con esta factura comuníquese al (601) 5 115 115, Bogotá, o 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 000 0061 de 10 de diciembre de 2020.

Este factura de cobro presta mérito ejecutivo conforme al artículo 130 de la ley 142 1994

En cumplimiento de la resolución CREG 015/11 consultar www.enel.com.co

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 015 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 el cliente para el uso de la fachada 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 recaudados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor dirigirse a los Centros 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. 830.059.875-3. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 11/01/2025 00:57:48
FECHA EXPEDICIÓN: 11/01/2025 15:35:15

CUDE: 7401eb5945884307bc2425d4548a25670fd15305aedf5f4a0d86db735a9dcc2e415f1b8902b2d436d42e56c810df

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 830.054.812
Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CDVFacturaco - NIT 900.321.151-0

23

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SER

HISTORIA CLINICA: 72

MICROCH: ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004321778 Expiry date:09/06/2028

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Phillip

COLOR: Atigrado - Blanco

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

RAZA: Mestizo EDAD: 1 año

PESO: 4,8kg 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 X COMPRADO __ ADOPTADO __ REGALADO __ PERRO DE CUADRA __ OTRO __

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Kurman Augusto Gaitan Perez

DIRECCION: Kr 18B # 6B-35 02

TELEFONO: 3142827877

CEDULA: 4 069 220

CORREO ELECTRÓNICO: Kurman471@hotmail.com

BARRIO: Ricaurte

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: Tecnologo 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: HEXAVALENTE: / TRIPLE: PENTAVALENTE:

FELINOS: TRIPLE FELINA: ene/024 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 ºc

TLLC 1 seg

MUCOSAS: Rosado

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	____ ml.	2 mg/kg IV
	PROPOFOL	1,6 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,3 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 pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO
TARJETA PROFESIONAL: Mónica Velázquez 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

239

	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:
c	1069220 Caldas

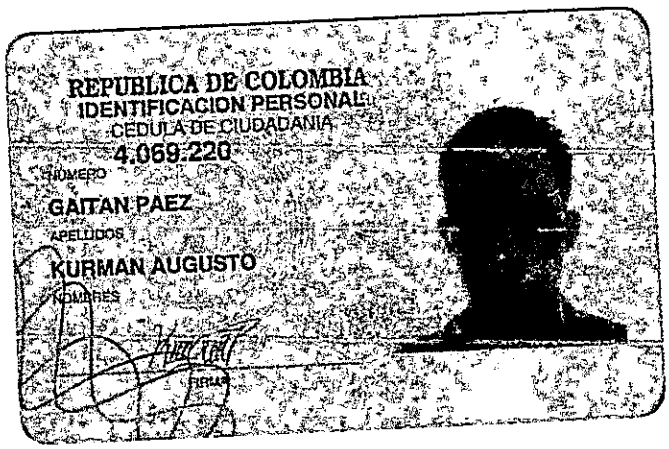
Yo, _____ identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilización y castración) de mi animal de compañía.
RAZÓN:

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

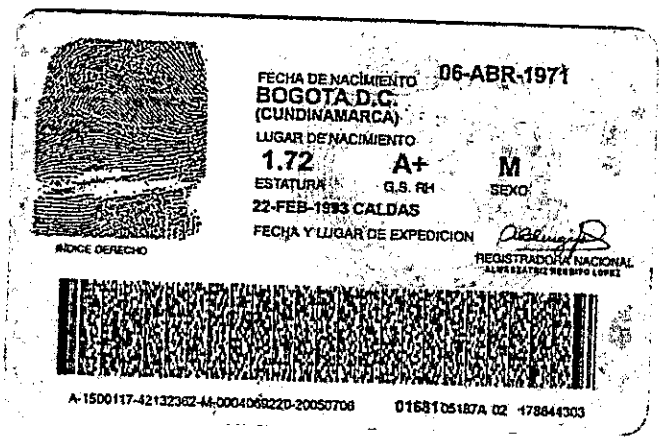
8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Oscar	13 feb 25	8

OBSERVACIONES:



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 4.069.220
APELLIDOS GAITAN PAEZ
NOMBRES KURMAN AUGUSTO
FIRMA



INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 06-ABR-1971
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.72 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
22-FEB-1993 CALDAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
A-1500117-42132362-M-0004069220-20050706 0168105187A 02 178844303

factura de gas

Diciembre 2024

Cuenta o referencia de pago 62772998 BOGOTA

Vigilado Superservicios

NIT 800.007 813-5
Vanti S.A. ESP
www.grupovanti.com

vanti
Más formas de avanzar

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 Nº	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A

(2) Total $0,00

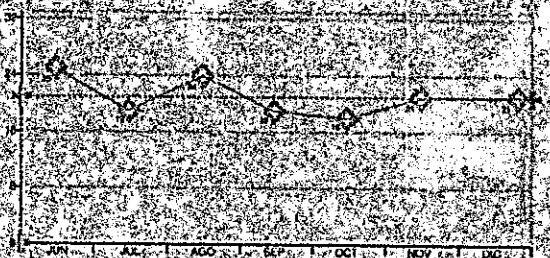
(3) Valor facturas vencidas $0,00

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

m^3 corregido = 3324 - 3297 * Factor de corrección = 21

Tu próxima lectura será

Entre 10 y el 15 de Enero

Novedades de tu factura

Dale 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 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

Cmt: 1151.91 Tm: 549.47 Dmt: 504.09 Cnt: 2362.47
Pc: 59.03 Cvmt: 0.0 Uimt: 4034.0 Dvcm: 2362.47
Cmt: 0.0 Fpcm: 42.512 DAUm: 0.0 DAUNR: 0.0

Mm³ Tu consumo en m³ de gas fue de: 248
kWh y el precio unitario del kWh es: $216.314

Factor de corrección

Vm: 27 Pr: 0.76629 Kb: 1.00631 Fc: 0.77111
Vc: 21 Tm: 13.75 Tz: 15.56 Pz: 1.01069
Pc: 0.751 Pm: 0.023 Fpvt: 1.0
Factor de corrección: 0.7711

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IC: 100.0 IPR: 100.0



53229

C1

241

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 a PSE

Tan fácil tenerla, tan fácil y seguro que es pagarla.

Solicita tu factura en línea aquí



Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Itaú · Bancolombia · BBVA · Davivienda · Occidente · Banco AV Villas · Bancoomeva · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · CVS Pharmacy · Farmatodo · dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

Línea telefónica solo para emergencias
Atención todos los días las 24 horas
Fijo: **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: 800.096.812-8 704652012(20x1)

*Se te suspenderá el servicio de gas natural por incumplimiento en el pago de una o más de las facturas que tengas con Vanti, después de 30 días de que la empresa te envíe el primer aviso de suspensión. Para evitar la suspensión, cancela el valor total de la factura antes de la fecha de vencimiento. Si ya pagaste, ignora este aviso. Si tienes dudas, comunícate con nosotros a través de nuestros canales de atención. Si no estás de acuerdo con el valor de la factura, puedes presentar tu reclamo de manera gratuita por nuestros canales de atención o en la sede más cercana a tu lugar de residencia. Recuerda que puedes hacerlo ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los (5) días hábiles siguientes al conocimiento del acto que suspendió. Sobre el contenido de la factura, el plazo cuenta con los treinta días calendario de que trata la Ley 142 de 1994 y puede hacerlo antes de la fecha de vencimiento para el pago oportuno.

¡Hola!

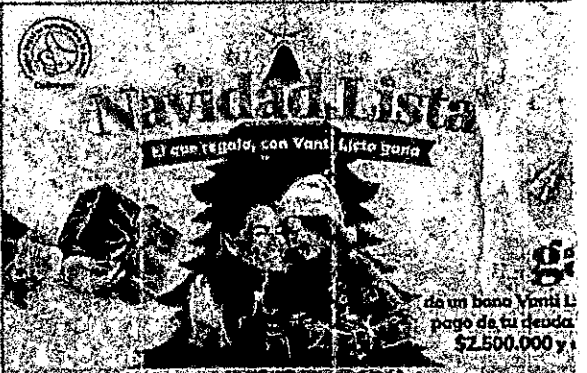
GEORGINA PAEZ
KR 18B 6B 35 02 - RICAURTE
BOGOTA

Lote: P09GN, Ruta: 0011310175240005100, Código del Sector:

Cuenta o referencia de pago **62772998**

vanti listo





Paga a cuotas a través de tu factu

éxito

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP., Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S. es la marca que identifica el servicio de financiación no bancaria otorgado por el Grupo Vanti. Aplica en cartera.vanti.com.co/vantilista. El sorteo de Navidad Lista, aplica para compras realizadas de iguales o superiores a $2.500.000. Sorteo 14 de enero 2025. Consulta los términos de la campaña en gr

Comunícate con nosotros y solucionemos tu

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

Gestio

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

Línea

Recuerda que puedes elegir tu canal de preferencia para comunicam

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN

HISTORIA CLINICA: 73

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
900233004321772 Expiry date:09/06/2028

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Hachi

COLOR: Blanco Pardo

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

RAZA: Mestizo

EDAD: 6 meses

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 X COMPRADO __ ADOPTADO __ REGALADO __ PERRO DE CUADRA __ OTRO __

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Stella Chiraguy Sanchez

DIRECCION: Kr 24B # 1H - 4 01 001

TELEFONO: 3114932090

CEDULA: 41 775 302

CORREO ELECTRÓNICO: 3114932090@sincorreo.com

BARRIO: El Vergel

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: NS/NR: Primaria

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: 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	0,14 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 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

FIRMA: XMR

242

	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:
Stella Chicaiza Sandoval	41755302

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:

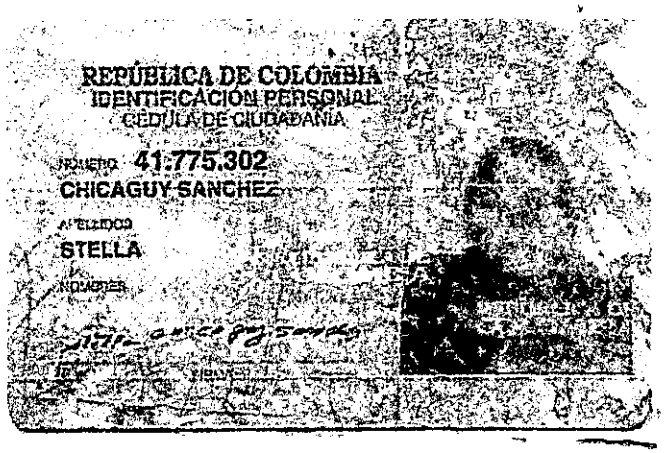
Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación:	

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque - Oscar	13 feb 25	8a

OBSERVACIONES:

43



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 41.775.302
CHICAGUY SANCHEZ

APELLIDOS
STELLA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 19-SEP-1956
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

22-DIC-1977 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A 1500150-00046234-F 0041775302-20171012 [illegible] 1464648981

243

Factura de gas

Diciembre 24

Cuenta o referencia de pago **62235016**

BOGOTA

Vigilado Superservicios

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

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1. **Pago oportuno** 17 Dic. 2024
2. **Fecha de suspensión** 18 Dic. 2024
3. **Periodo facturado** Nov. - Dic. 2024
4. **Emisión de tu factura** 05 Dic. 2024

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	41M3	2.362,47	0,00	96.861,27
FIJO	1UN	4.034,00	0,00	4.034,00
AJUSTE DECENA	1UN	3,33	0,00	3,33
Intereses Moratorios Base Recargo	1UN	131,40	0,00	131,40
Vanti Max Antiguo	1UN	10.739,49	2.040,51	12.780,00

1 Total **$113.810,00**

Tus financiaciones

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

2 Total **$0,00**

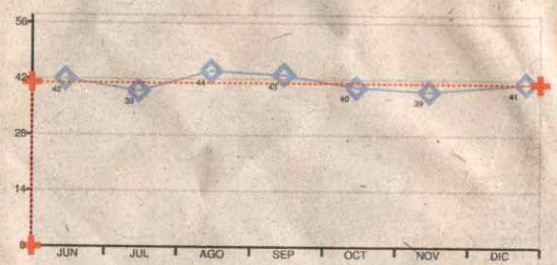
3 **Valor facturas vencidas** **$0,30**

Total a pagar 1 + 2 + 3 **$113.809,70**

Paga por pse

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial | Estrato/Cat. Tres | Días de consumo 33

Fecha	Lectura	Tipo
02 Nov. 2024	1597	REAL
04 Dic. 2024	1650	REAL

m^3 corregido= 1650 - 1597 * Factor de corrección = 41

Tu próxima lectura será

Entre 01 y el 06 de Enero

Novedades de tu factura

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $66.100

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

29 Sep. 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 41385 de 2017

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m^3 de gás **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: 2362.47
P: 58.03 Cvm: 0.0 Cufm: 4034.0 Cuvm: 2362.47
Ccm: 0.0 Fpcm: 42.512 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

MJ/m^3 Tu consumo en m^3 de gas equivale: 484 kWh y el precio unitario del kWh es: $208.461

Factor de corrección

Vm: 53 Kp: 0.76628 Kt: 1.00627 Ft: 0.77108
Vc: 41 Tm: 13.76 Te: 15.56 Pe: 1.01008
Pa: 0.751 Pm: 0.023 F^2 pv: 1.0

Factor de corrección: 0.77108

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IO: 100.0 IPII: 100.0



(415)7709998026025(8020)62235016(3900)00000000113810

Somos grandes contribuyentes Resolución 012220 Diciembre 29/2022 Retenedor de IVA. Autorretenedores Resolución No. 4959 del 17-Jul-1998 Autorización de Numeración de Facturación No. Formulario 18764106715680B del 12/03/2024. Facturación electrónica desde Nº 00000001 hasta 500000000 con vigencia de 18 meses

Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NUIR 2-11001000-6, VANTI S.A. ESP. NIT: 800.007.813-5 - Revisor fiscal Deloitte Y Touche S.A.S. Esta factura presta mérito ejecutivo. Art 130 de la ley 142 de 1994

Factura - Transformar S.A. NIT 900.112.144-4

C1

27946

Factura No. F15B20873063

17dc0b9acab6d9f2f69aa8d0f0d139d0d4f2016132cdec3776f8119bfff0fde048b84d9e9e386cf3900a73b7ed93d2e93a9#

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 · Itaú · Bancamía · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco AV Villas · Banco GNB Sudameris · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Daviplata · Rappi pay · 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 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 señalado para el pago oportuno.

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-8 7048/23072024

¡Hola!

JULIA MARTHA CHICAGUY
KR 24B 1H 4 01 00001 - EL VERGEL
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 007120220003802370

Lote: P02GN **Ruta:** 0011240012100005000 **Código del Sector:** 153

Cuenta o referencia de pago 62235016

153 0011240012100005000 P02GN 27946 C1

vanti Listo

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

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:



vanti Listo

Sé uno de los **50 ganadores**

de un descuento por hasta $5.000.000 sobre el valor de la compra. 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 · Jumbo · Metro · Alkosto · Kmart · 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. Vanti Listo es la marca que identifica el servicio de financiación no bancaria ofrecido por el Grupo Vanti. Aplica condiciones de la política de financiación; consúltala en: grupovanti.com/vantilista. 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 Coljuegos

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.

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm

900233004321779 Expiry date:09/06/2028

HISTORIA CLINICA: 74

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Yamilo

COLOR: Pardo

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

RAZA Mestizo EDAD 8 meses PESO: 3,15 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 Y MIXTO __ OTRO __

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Carmen Alicia Lopez Flecha

DIRECCION: Kr 18 # 19 A-06

TELEFONO: 3138919992

CEDULA: 39 746 942

CORREO ELECTRÓNICO: carmen-alic123@hotmail.com

BARRIO: La favorita 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 Aplica

ULT. DESPARASITACION: Dic 24

ULT. VACUNACION: NS/NR: CANINOS PARVO: HEXAVALENTE: / LEUCEMIA: / TRIPLE: __ PENTAVALENTE: __ PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: __ RABIA: Dic 24

FELINOS: TRIPLE FELINA: 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: 166 l/m

F. RESPIRATORIA: 32 r/m

TEMPERATURA: 38,4 °c

TLLC) 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	1,2 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 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

245

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:
Carmen Alicia Lopez Flecho	39 746 947

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.

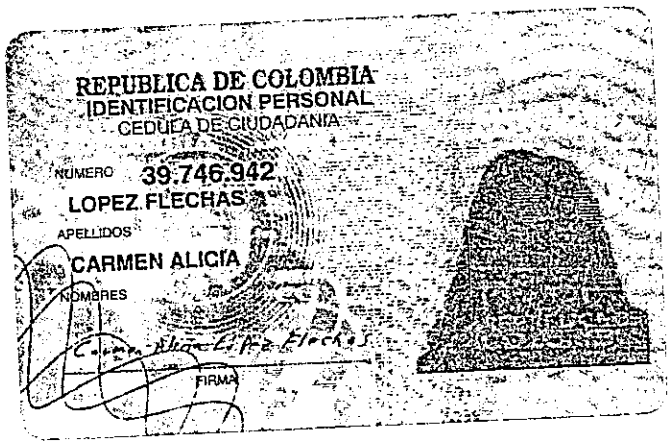
RAZÓN:

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Parque Cocay	FECHA: 13 Feb 25	HORA: 8 am

OBSERVACIONES:



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 39.746.942

LOPEZ FLECHAS

APELLIDOS

CARMEN ALICIA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 04-SEP-1966

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

22-FEB-1985 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00434959-F-0039748942-20130509 0032958416A 1 1462249155

59395

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: **0347737-7**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 331302158-0

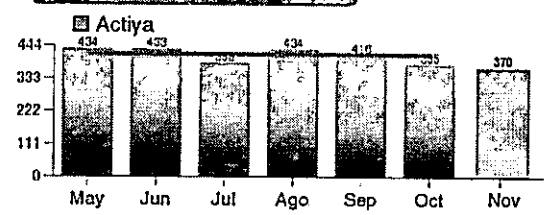
CLIENTE

LUIS A OVALLE O
KR 18 NO 19 A 06
BOGOTA, D.C. - LA FAVORITA

07 401 3163 / 001-3847876

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $833,85

CONSUMO DIARIO: 11,56 kWh

VALOR DIARIO: $9.133

PERIODO FACTURADO: 05 OCT/2024 A 05 NOV/2024

DIAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES 370 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 415 kWh

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



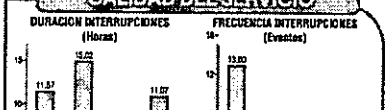
INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	4,27
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30004074013163
RUTA LECTURA:	34074030396
MANZANA DE LECTURA:	MS00610427
MEDIDOR NO:	001-3847876
MEDIDOR NO:	001-3847876

USO EFICIENTE 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



CD: 12123TR1 GRUPO: 11 NC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,00
PERIODO: 2024/09 DI: 222,92 CF: 416,00000 MC: 0,00 MF: 1,00 %I: 0,13
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 038 de 2014

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas-hogares.html
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
315 890 6003 (Elena Bot o paso Asesor)
Enel Colombia @EnelClientesCO
Registrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 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, refácil, Reval, MOVIRED, efecty

Red Distrital: RED CADE, enel

Centros de Servicio

Almacenes de Cadena: Alkosto, 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: OCT/2024
G: $343,83 T: $52,27 D: $284,60 CV: $105,79 PR: $87,31 R: $0,15 CF: $0,00 / $833,85 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: SF27-12123TR1- - 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. 860.063.875-6. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.



FECHA GENERACIÓN: 09/11/2024 01:39:58
FECHA EXPEDICIÓN: 09/11/2024 17:02:15

CUDE: 9934ceaa359781c4355388dd446841d2283c37c061e41369bedb3a3541eecc7ecc6cf6b9007c66cdbcb0aee3561350fd7d

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.096.812-

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 890.321.151-0

3.615 - Página 1 de 2

59395

247

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
900233004321769 Expiry date:09/06/2028

HISTORIA CLINICA: 75

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Tom

COLOR: Atigrado

ESPECIE: CANINO __ FELINO X SEXO: HEMBRA __ MACHO X RAZA Mestizo 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: Nubia Perez Bermudez

DIRECCION: Kr 30 # 30sur-37 PJ 1

TELEFONO: 3203198732

CEDULA: 51 999 209

CORREO ELECTRÓNICO: nubiaperez-68@hotmail.com

BARRIO: Eduardo Frey 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 Aplica

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: 168 l/m F. RESPIRATORIA: 32 r/m TEMPERATURA: 38,3 °c TLLC 1 seg MUCOSAS: Rosadas

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 ☐ 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 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: MVQ

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

295

	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: Nubia Peñez Bermudez	Nro de Identificación: 51999209

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:	

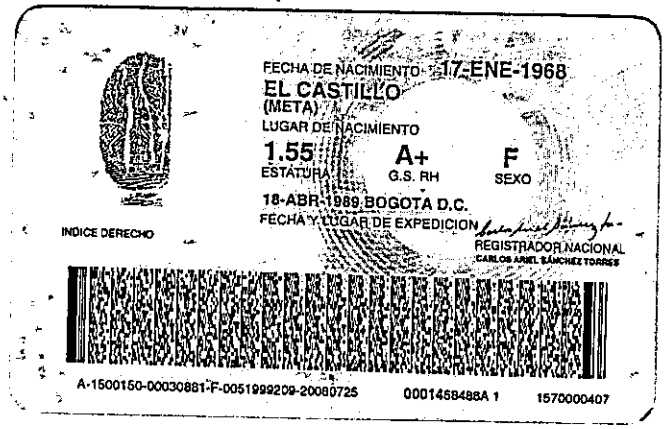
8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Parque Oscar	FECHA: 13 feb 25	HORA: 8 a

OBSERVACIONES:



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 51.999.209
PEREZ BERMUDEZ
APELLIDOS
NUBIA
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 17-ENE-1968
EL CASTILLO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
18-ABR-1989 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-1500150-00030881-F-0051999209-20060725 0001458488A 1 1570000407

enel | Bogotá

0147385-8

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 335198252-6

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 830.059.845-8
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

CLIENTE

EDELMIRA PARRA DE RIVERA
KR 30 NO 30 SUR 37 P 1
BOGOTA, D.C. - EDUARDO FREA

10 201 0465 | 075-221310

COMPORTAMIENTO CONSUMO

Activa

Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
53	54	17	0	0	0	39

VALOR KWh APLICADO: $664,43

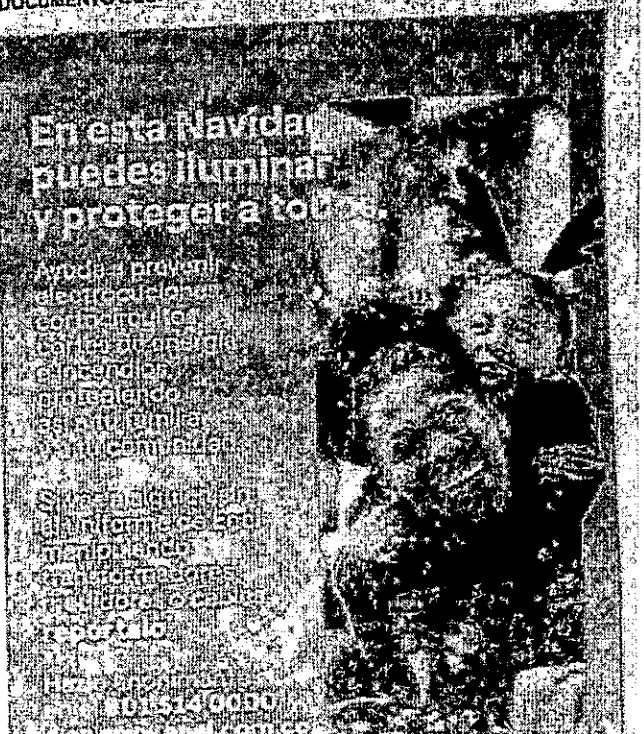
CONSUMO DIARIO: 1,63 kWh

VALOR DIARIO: $1.125

PERIODO FACTURADO: 09 NOV/2024 A 10 DIC/2024

DIAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES: 39 kWh



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	2,10
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	100021020104105
RUTA LECTURA:	121020101142
MANZANA DE LECTURA:	M5000230128
MEDIDOR NO:	075-221310
MEDIDOR NO:	075-221310

CONTORNO DE LA CASA

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.

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Corresponsales Bancarios | Red Distrital | Centros de Servicio | Canales de Atención

RED CADE

Alternativas de Cobranza

COMPONENTES TARIFARIOS (Componentes del costo): Vigencia: NOV/2024

FECHA GENERACIÓN 13/12/2024 01:28:30
FECHA EXPEDICIÓN 13/12/2024 12:13:11

250

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN

HISTORIA CLINICA: 76

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
900233004321766 Expiry date:09/06/2028

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Tiger

COLOR: Tigre Anaranjado

ESPECIE: CANINO __ FELINO X SEXO: HEMBRA __ MACHO X RAZA Mestizo 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: Nubia Perez Bermudez

DIRECCION: Kr 18 B # 6B - 35 02

TELEFONO: 3203198732

CEDULA: 51 999 209

CORREO ELECTRÓNICO: nubiaperez-68@hotmail.com

BARRIO: Ricaurte 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 Aplica

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: 168 l/m F. RESPIRATORIA: 38,2 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	0,4 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☑
	PROPOFOL	— ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1,5 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,3 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 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 Velázquez 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

	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:
Lubia Perez Bermudez	51999-209

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.

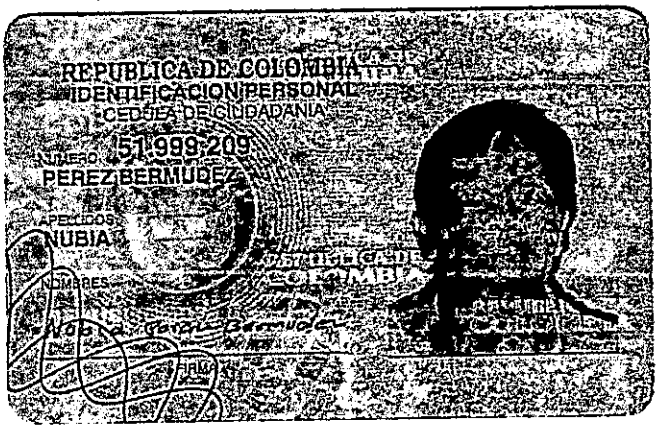
RAZÓN:

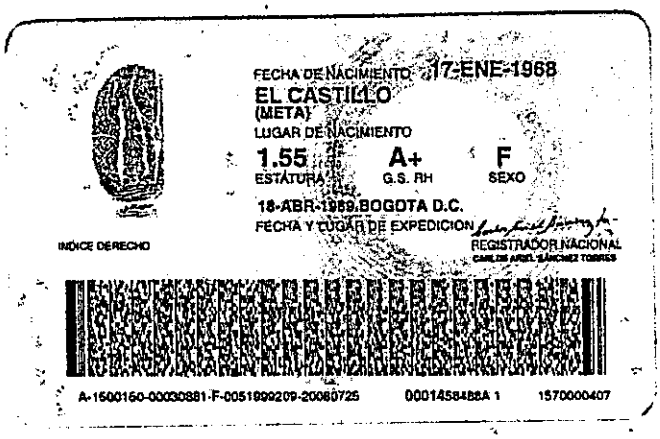
Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación:	

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

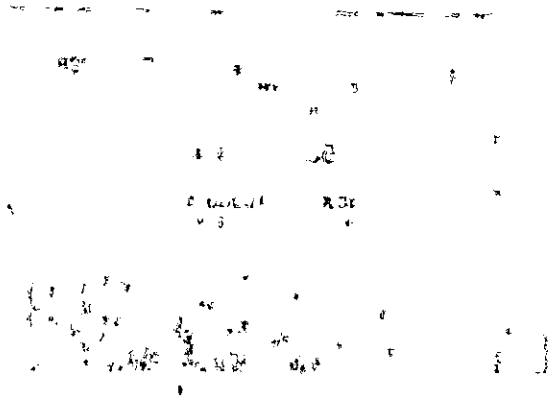
LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Olcr	13 feb 25	8 am

OBSERVACIONES:


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 51.999.209
PEREZ BERMUDEZ
APELLIDOS
NUBIA
NOMBRES


FECHA DE NACIMIENTO 17-ENE-1968
EL CASTILLO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
18-ABR-1989 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1500150-00030881-F-0051999209-20060725 0001458488A 1 1570000407





e gas | Diciembre 2024

cia de pago 62772998 | BOGOTÁ

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

vanti
Más fam

portantes

(2) Fecha de suspensión: 27 Dic. 2024

(3) Período facturado: Nov. - Dic. 2024

(4) Emisión de tu factura: 16 Dic. 2024

s facturados

	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
	21M3	2.362,47	0,00	49.611,87
	1UN	4.034,00	0,00	4.034,00
	1UN	4,13	0,00	4,13

(1) Total $53.650,00

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)

$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

Dale esperanza a una familia colombiana realizando un aporte voluntario en www.grupovanti.com; valor sugerido $ 6363

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $68.100

(415)7709998026025(8020)62772998(3900)00000000053650

Revisión Periódica O

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 41385 de 2017

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes e

Sep. $2307 - Oct. $2250 - Nov.

tarifa regulada por la Comisión de Regulac de Energía y Gas (CREG).

Componentes tarifa

Cmc: 151.61 Tm: 648.47 Dm: 804

Cc: 56.03 Cvm: 0.0 Cvd: 10

Cm: 0.0 Fcm: 42.512 DAUn:

1 m³ = Tu consumo en m³ de gas equivale 24 kWh y el precio unitario del kWh es $216,31

Factor de correcció

Vm: 27 Kp: 0.76629 Kt: 1.00631

Z: 27 Tm: 13.79 Tz: 15.56

Pm: 0.751 Pm: 0.023 Pb: 1.0

Factor de corrección: 0.77111

Indicadores de calid

INST: 100.0 DES: 0.0 IC: 100.0



253

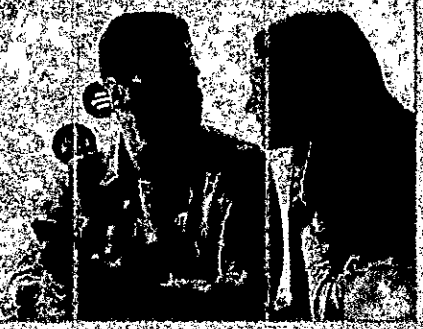
Inscríbete para tener **tu factura** de manera digital

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

Redeban · Itaú · Bancolombia · BBVA · Colpatria · Banco de Bogotá · Banco Caja Social · Nequi · Daviplata · Pagos PSE · 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 nuestras redes sociales como @grupovanti y conoce nuestras iniciativas.

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

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

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

CENTRAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800096372-9 Tiraje 2021704

Ya suspendido 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, se aplicarán los procedimientos establecidos en el artículo 140 de la Ley 142 de 1994 y demás normas que la modifiquen o adicionen. Para el reconocimiento de la reconexión, el usuario podrá acudir ante la empresa y elevar queja 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 la factura el cliente cuenta con los mecanismos de defensa en la Ley 142 de 1994 y puede hacer uso ante de la fecha señalado para el pago oportuno.

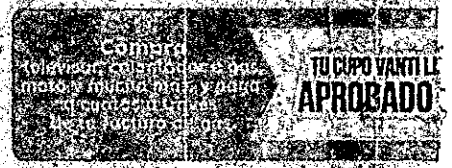
¡Hola!

GEORGINA PAEZ
KR 18B 6B 35 02 - RICAURTE
BOGOTA

Lote: P09GN Ruta: 0011310175240005100 Código del Sector:

Cuenta o referencia de pago **62772998**

vanti Lista





Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP., Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. es la marca que identifica el servicio de financiación no bancaria ofrecido por el Grupo Vanti. Aplica condiciones consultadas en grupovanti.com/vantilista. El sorteo de Navidad Lista, aplica para compras realizadas del 1 diciembre a superiores a $2.500.000. Sorteo 14 de enero 2025. Conoce los términos de la campaña en: grupo

Comunícate con nosotros y solucionemos tus

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

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

Gestión

Línea

Recuerda que puedes elegir tu canal de preferencia para comunicarnos

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
CONTRATO DE PRESTACIÓN

HISTORIA CLINICA: 77

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
900233004321753 Expiry date:09/06/2028

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Tiago | COLOR: Blanco Gris

ESPECIE: CANINO __ FELINO X | SEXO: HEMBRA __ MACHO X | RAZA Mestizo | EDAD 2años | 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 X REGALADO __ PERRO DE CUADRA __ OTRO __

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ana Lucia Ayure Tibaduiza | DIRECCION: Kr 17 # 22 P-04 AP 201 | TELEFONO: 3207657284

CEDULA: 51 960 811 | CORREO ELECTRÓNICO: anaayure315@gmail.com

BARRIO: Santa fe | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: NS/NR: Tecnico | 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: 166 l/m | F. RESPIRATORIA: 32 r/m | TEMPERATURA: 38,6 ºc | 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	0,2 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 pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO: Mónica Velázquez Milán TARJETA PROFESIONAL: 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

254

	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:
Dra Cuela Andrea Ibargoya	91960811

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.

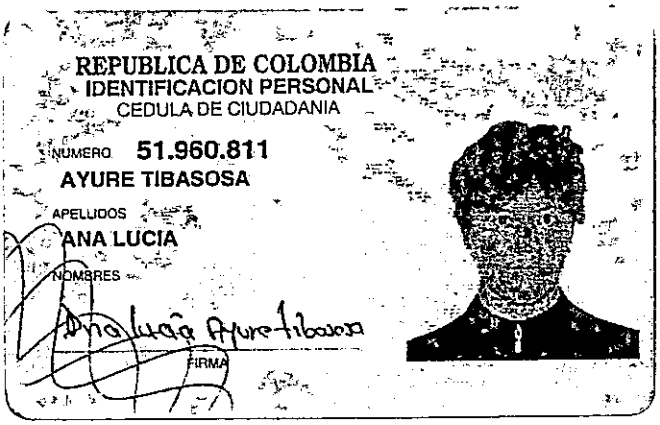
RAZÓN:

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Oscar	13 feb 25	8 am

OBSERVACIONES:



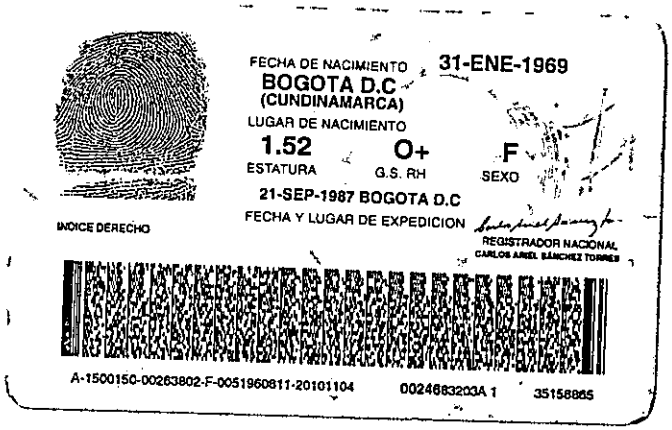
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 51.960.811
AYURE TIBASOSA

APELLIDOS
ANA LUCIA

NOMBRES

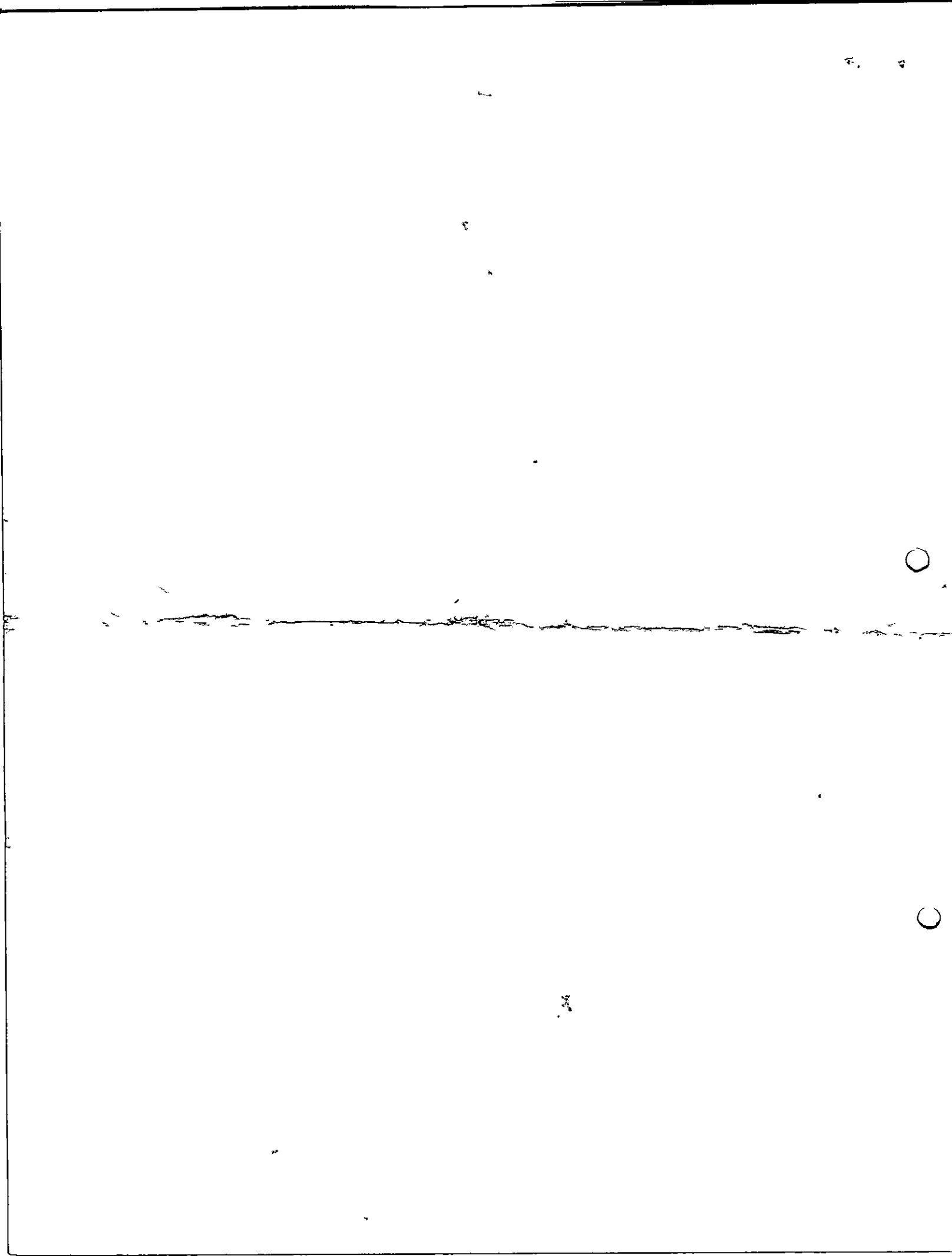
FIRMA

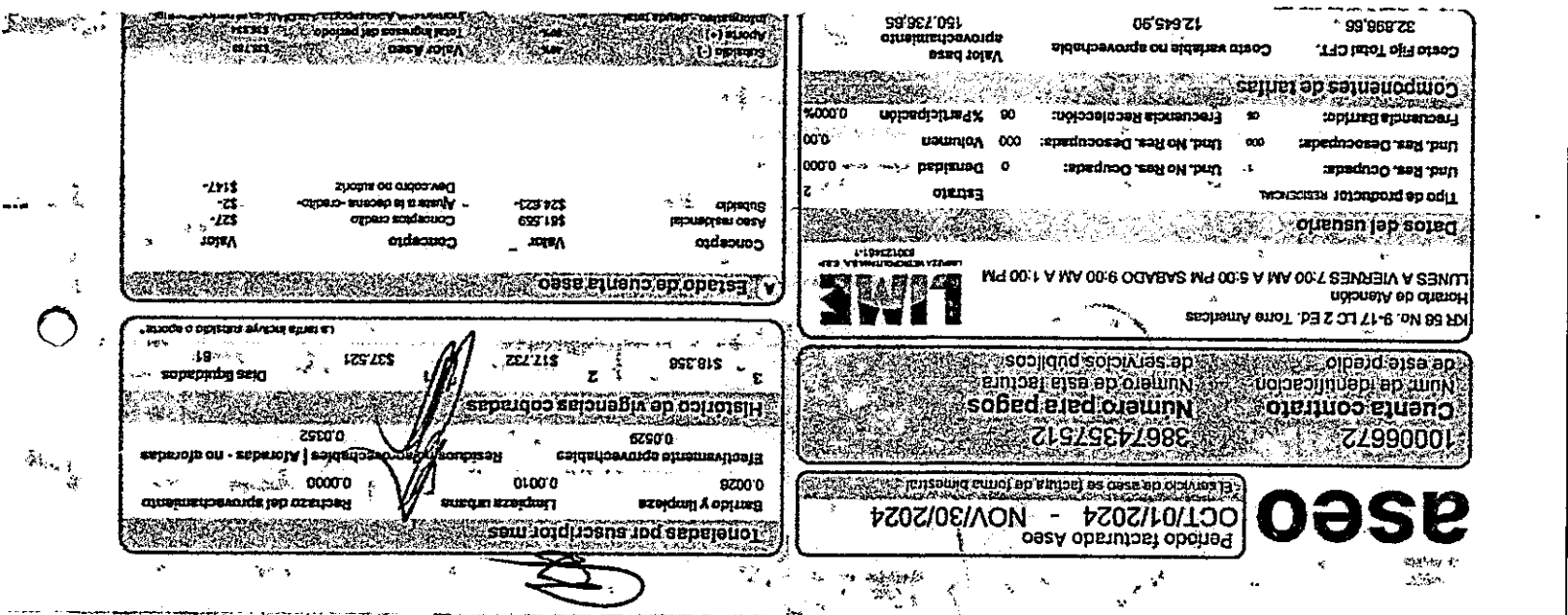


FECHA DE NACIMIENTO 31-ENE-1969
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.52 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
21-SEP-1987 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00263802-F-0051960811-20101104 0024683203A 1 35158865





aseo

Periodo facturado aseo
OCT/01/2024 - NOV/30/2024

Cuenta contrato
10006672
Num. de identificación de este predio

Número para pagos
38674357512
Número de esta factura de servicios públicos

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: 2
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: 08
Frecuencia Recolección: 06
%Participación 0,000%

Componentes de tarifas

Costo Fijo Total CFT.	Costo variable no aprovechable	Valor base aprovechamiento
32.898,66	12.645,90	150.736,65

Toneladas por suscriptor mes

Barrido y limpieza	Limpieza urbana	Factor(a) del aprovechamiento
0,0026	0,0010	0,0000

Efectivamente aprovechables | Residuos no aprovechables | Aforadas - no aforadas
0,0529 0,0352

Histórico de vigencias cobradas

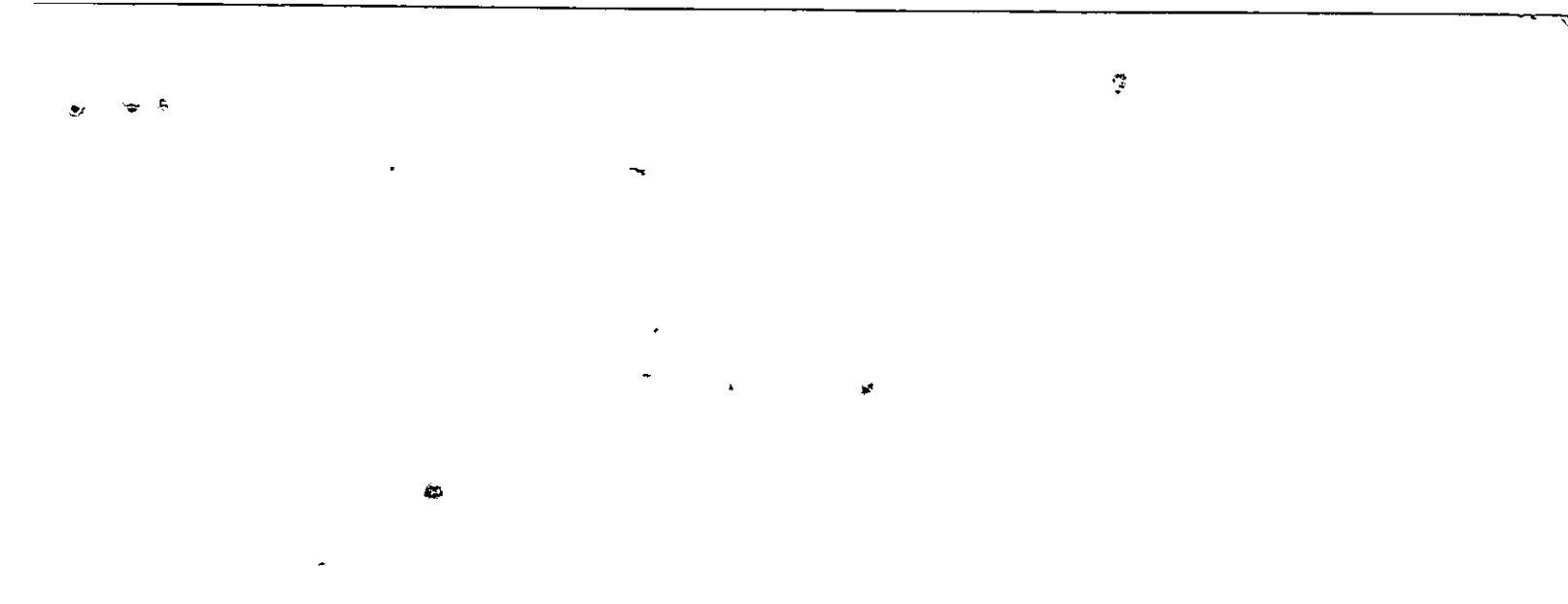
3	$18.356	2 $17.732	$37.521 Días liquidados 61

(La tarifa incluye subsidio o aporte)

Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$61.529	Conceptos credito	$27-
Subsidio	$24.623-	Ajuste a la decena -credito-	$2-
		Descuento no subsid	$147-

Subsidio (-) Aporte (+) Valor Aseo Total Empresa del Periodo



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:N33533

BIMESTRAL

10006672
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

38674357512
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

Periodo 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 06:55:59	DIC/04/2024 12:39:41

¡Hola!

Factura a nombre de
ALVARO JIMENEZ SANCHEZ

Dirección del predio
KR 17 22D 04 AP 201

Barrio: SANTA FE Localidad: LOS MARTIRES

Dirección de correspondencia

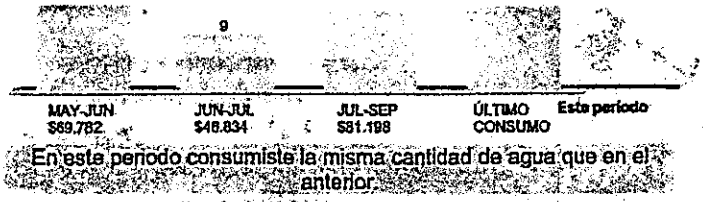
Datos adicionales del predio

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

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

En este periodo consumiste la misma cantidad de agua que en el anterior.
Abre y descubre el detalle de tu pago y consumo ↓

256



En este período consumiste la misma cantidad de agua que en el anterior.

En este período 15.000 L

Promedio al día 246

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período 3540
Lectura anterior 3525
Tu consumo este período 15

Facturado con Consumo prom histórico
Base promedio Histórico Mismo Usuario
Descargue fuente alterna 0

Datos de tu medidor

Marca KENT
Serie 99CT047089

Tipo VOLUMÉTRICO
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 pagá virtual
$42.463,68		$38.811,60		$25.138-		$36.760		
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 = **Total a pagar** $92.897

Ingreso que la EAAB-ESP reporta a la DIAN en el período actual

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 42e1053139830e6052391924c6972e7c08eb3cd506e3413a6f21d1e92c8c61df7e6546d1ad5580a7881b6f8c7bd3384

SIN VALOR COMERCIAL
FACTURA DE VENTA No. 1 HN
DIC 2024
PROCESADO
4179

Detalle de tu consumo este bimestre

1 Acueducto

	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	= Valor	Tarifa***	= Total
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$3.198,79	-40	$7.357-	$3.917,47	$11.034,58
Consumo residencial básico (m³)	15,00	$3.482,14	-40	$20.953-	$2.988,26	$31.428,90
Consumo residencial superior básico (m³)						
Cargo fijo no residencial (mes)						
Consumo no residencial (m³)						
Subtotal				$28.310-		$42.463,68

2 Alcantarillado

	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	= Valor	Tarifa***	= Total
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$3.198,79	-40	$5.437-	$3.622,67	$9.244,99
Consumo residencial básico (m³)	15,00	$3.482,14	-40	$22.377-	$2.237,73	$33.565,70
Consumo residencial superior básico (m³)						
Cargo fijo no residencial (mes)						
Consumo no residencial (m³)						
Subtotal				$27.814-		$38.811,60

* 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, 3 y oficial.
*** 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 %.

1 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)	$17,122	$32,78
Tarifa consumo superior a básico ($/m3)	$0,00	$67,97
Total por consumo facturado	$702	$702

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
1-ajuste a la decena	$0
0-ben. mln. vital total	$25.143-
Subtotal	25.138-

4 Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

5 Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

7 Deudas en estudio

Concepto	Valor
	$0
	$0
	$0
Subtotal	$0

6 Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	$0

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS NRO. ÚNICO DE REGISTRO 1-11 0-10 EAB-ESP

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVI

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm

HISTORIA CLINICA: 78

MICROCHIP: 900233004321764 Expiry date:09/06/2028

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Mencho

COLOR: Blanco - Negro

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

RAZA Mestizo EDAD Año

PESO: 4,4Kg

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 V MIXTO __ OTRO __

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Kevin Steven Poncel Gutierrez

DIRECCION: TV 19B # 16-03 301

TELEFONO: 3192964032

CEDULA: 1013653463

CORREO ELECTRÓNICO: Kevinponcel94@gmail.com

BARRIO: Eduardo Santos ESTRATO: 3

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: Profesional 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:

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: 170 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 ☑
	PROPOFOL	— ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1,5 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,3 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 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

257

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:
	1013.653463

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
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

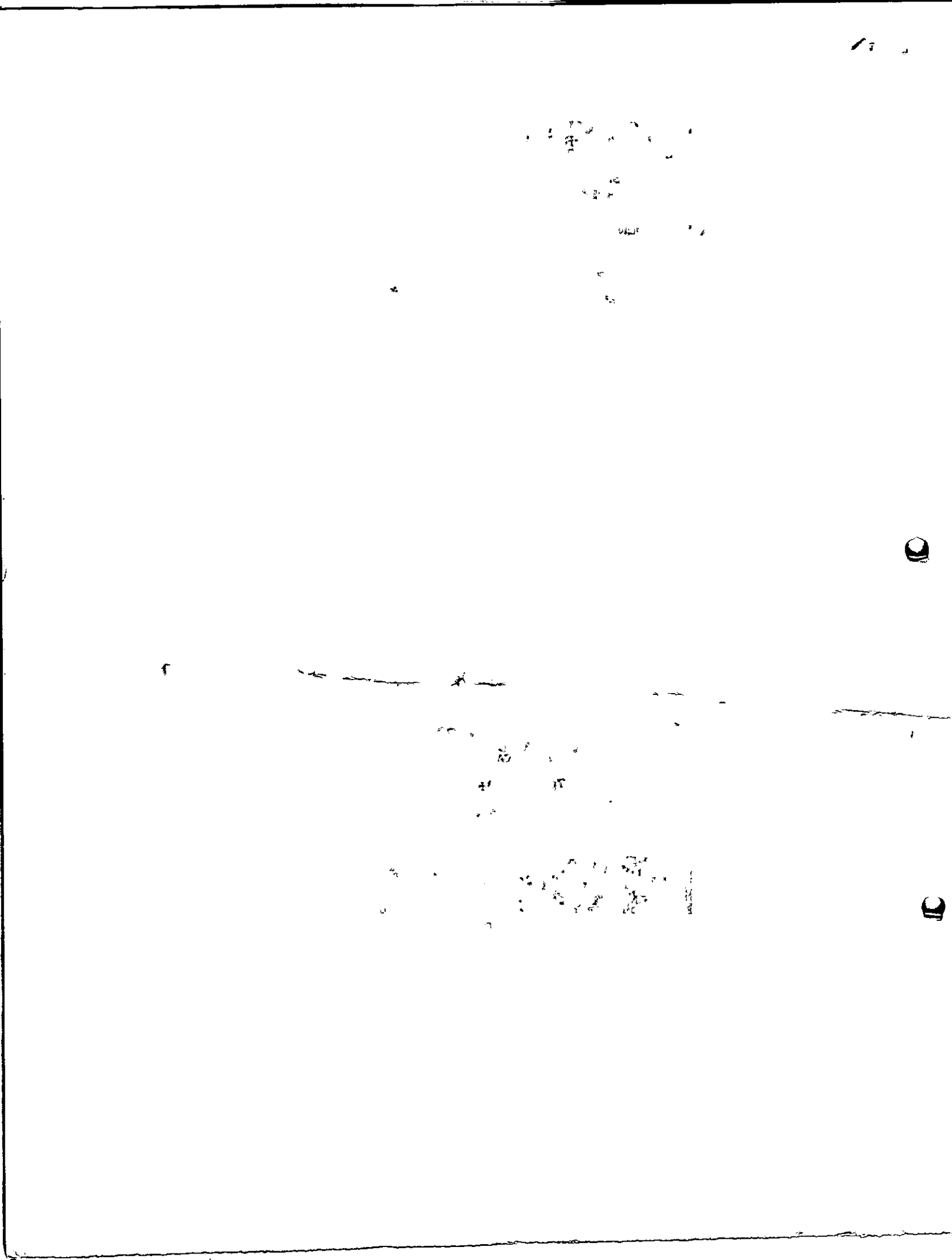
1.70 ESTATURA | **O+** G.S RH | **M** SEXO

26-OCT-2012 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

P-1500150-01337697-M-1013653463-20230110 0094414933A 1 9222128580

258



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

Ingresa al 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 generla, 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 · Baloto · Bancolombia · BBVA · Davivienda · Red Multicolor · Banco de Occidente · Banco Popular · Banco Pichincha · Éxito Gana Gana · Nequi · Gana Gana · Gana Plata · Gana Hoy · dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

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

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

CARNAVAL SOLUCIONES DE COMUNICACIONES S.A.S. NIT 830048126

¡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: 0011240193190005000 Código del Sector: 200

Cuenta o referencia de pago **63496666**

vanti Listo

Compra cuando quieras, donde quieras y paga en cuotas a través de tu factura de gas

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:

Mansión · Multintegral · TECHRED · 3 Marpos

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 Gasnacer 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/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.

0011240193190005000 2570CF

PIZZA

259

r la factura

Factura de gas

Enero 2025

Cuenta o referencia de pago: 63496666

BOGOTA

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

vanti
Más formas de avanzar

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 De(A*B)+C
CONSUMO GAS	2M3	2.479,93	0,00	4.959,80
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 #	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A

② Total $0,00

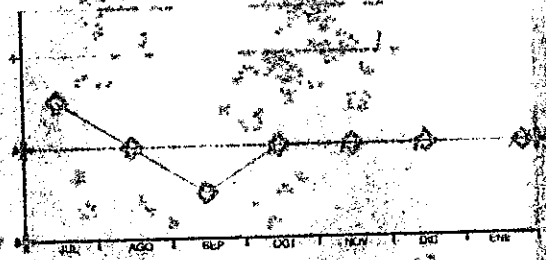
③ Valor facturas vencidas: $0,00

Total a pagar ① + ② + ③: $8.990,00

Paga por PSE

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	292	REAL
04 Ene. 2025	294	REAL

m³ corregidos: 294 - 292 * Factor de corrección = 2

Tu próxima factura será: Entre 01 y el 08 de Febrero

Novedades de tu factura

Dale esperanza a una familia colombiana realizando un aporte voluntario en www.grupovanti.com, valor sugerido $ 899

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)000000000008990

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Dic. 2025

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

42057

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de: $2480.

Oct. $2250 Nov. $2382 Dic. $2302

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

Componentes tarifarios

Cmc: 1289.55 Tm: 614.92 Dm: 613.68 Cm: 2479.03
Pc: 61.58 Cvc: 0.0 Cvm: 402.50 Cvm: 2479.03
Com: 0.0 Fpcm: 42.475 * DALIT: 0.0 DALINF: 0.0

Lectura: Tu consumo en m³ de gas el mes pasado fue de 2 m³ y el precio unitario del kWh es $374.536

Factor de corrección

Vm: 2 Km: 0.76727 Fc: 1.00641 Pc: 0.77219
Vc: 2 Tmb: 13.72 Tb: 15.56 Pc: 1.01003
Fpc: 0.702 Fmc: 0.023 Ff mc: 1.0
Factor de corrección: 0.77219

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 OES: 0.0 IC: 100.0 IPR: 100.0



C1

Factura No. F15B23425588

Por favor dobla y ra

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 79

MICROCHIP: 990000012136764

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Gillo

COLOR: Tigre Anaranjado

ESPECIE: CANINO __ FELINO X SEXO: HEMBRA __ MACHO X RAZA Mestizo EDAD 1año PESO: 4,8Kg 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: Luis Alberto Romero

DIRECCION: Kr 17 # 22P - 04 AP201

TELEFONO: 3184739198

CEDULA: 1105 611 349

CORREO ELECTRÓNICO: luchog6417@gmail.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: 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. 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: 168 l/m F. RESPIRATORIA: 32 r/m TEMPERATURA: 38,4 °c TLLC 1 seg MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ningno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,24 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,4 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☑
	PROPOFOL	___ ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1,6 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,3 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 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: 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:
Luis Alberto Rodriguez	1.105612469

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:

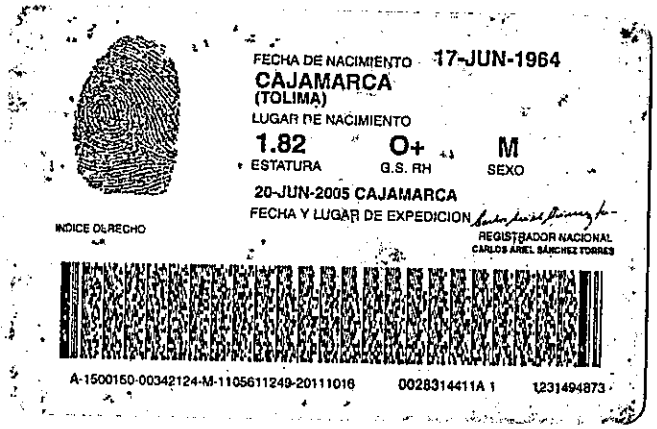
Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación:	

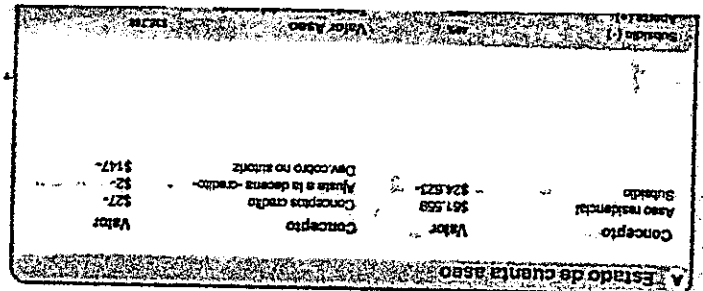
8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Oscar	13 Feb 25	8 am

OBSERVACIONES:


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.105.611.249
ROMERO
APELLIDOS
LUIS ALBERTO
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 17-JUN-1964
CAJAMARCA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.82 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
20-JUN-2005 CAJAMARCA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-1500150-00342124-M-1105611249-20111016 0028314411A 1 1231494873



Costo Fijo Total CFT. | Costo variable no aprovechable | Valor base aprovechamiento

Componentes de tarifas

Frecuencia Barrido:	08	Frecuencia Recolección:	06	%Participación	0.000%
Und. Res. Desocupada:	000	Und. No Res. Desocupada:	000	Volumen	0.00
Und. Res. Ocupada:	0	Und. No Res. Ocupada:	0	Densidad	0.000
Tipo de producto: RESIDENCIAL				Estrato	2

Datos del usuario

KR 66 No. 9-17 LC 2 Ed. Torre Ambrías
Horario de Atención
LUNES A VIERNES 7:00 AM A 5:00 PM SABADO 9:00 AM A 1:00 PM

LIMPIEZA ESPECIALIZADA S.A.S.
900123451-3

Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$61.558	Conceptos credito	$27-
Subsidio	- $24.621-	Ajuste a la decena -credito-	$2-
		Dev.cobro no exitoz	$147-

Toneladas por suscriptor mes

Barrido y limpieza	Limpieza urbana	Recitrazo del aprovechamiento
0.0026	0.0010	0.0000

Residuos no aprovechables	Residuos no aprovechables Aforados - no aforados
0.0629	0.0352

Histórico de vigencias cobradas

3	$18.356	2	$17.732	$37.521	Días liquidados 61

La tarifa incluye subsidio o aporte

aseo

Período facturado Aseo
OCT/01/2024 - NOV/30/2024

El servicio de aseo se factura de forma bimestral

Cuenta contrato
10006672
Núm. de identificación de este predio

Número para pagos
3867435751 2
Número de esta factura de servicios públicos

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Para el reparto ZONA:3 CICLO: N3 RUTA:N33533 BIMESTRAL

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

10006672
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

38674357512
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

¡Hola!

Factura a nombre de
ALVARO JIMENEZ SANCHEZ

Dirección del predio
KR 17 22D 04 AP 201

Barrio: SANTA FE Localidad: LOS MARTIRES

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
FEB/10/2025	DIC/04/2024 06:55:59	DIC/04/2024 12:39:41

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

En este periodo consumiste la misma cantidad de agua que en el anterior.

Abre y descubre el detalle de tu pago y consumo

Llámanos 116 Acueducto 110 Aseo

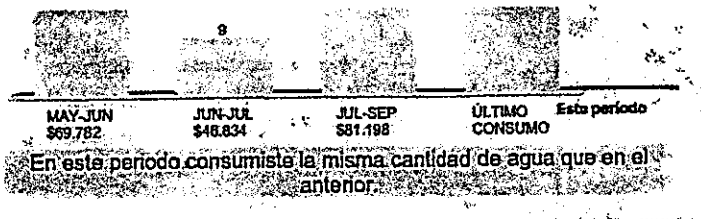
Entra a www.acueducto.com.co haz clic en Servicios al Ciudadano y obtén información de los puntos de atención, copia de la factura y realiza tu pago a través de internet.

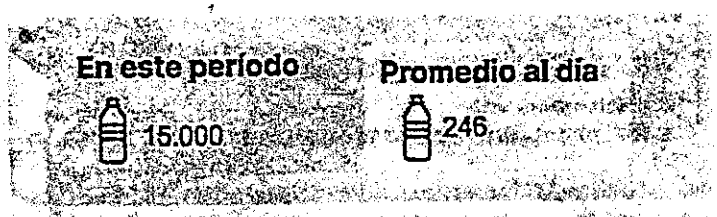
cadena.

5328

88255 42742 1/2

262





Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período 3540
Lectura anterior 3525
Tu consumo este período 15

Facturado con Consumo prom histórico
Base promedio Histórico Mismo Usuario
Descargue fuente alterna 0

Datos de tu medidor

Marca KENT
Serie 99CT047089

Tipo VOLU015C
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 $42.463,68 (1) + Alcantarillado $38.811,60 (2) + Otros cobros $25.138- (3 4 5 6) + Aseo $36.760 (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 = **Total a pagar** $92.897

Ingresos que la EAAB-ESP reporta a la DIAN en el período actual

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 42e1053139630dd6523924cd972e7d08eb0cd508e344ba892d1ea92c8cb1df1e5b4041ac582ba7891b8bc7bd3384

$1 PROCESADO DIC 2024 CAJERO No. 1 H.N. CRA 30 CALLE 57 4793

Detalle de tu consumo este bimestre

1 Acueducto

	Cant.	%	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-) %	Valor	Tarifa***	Total
Cargo fijo residencial (mes)	2,00		$2.195,79	-40	$7.357-	$8.517,47	$11.034,58
Consumo residencial básico (m³)	15,00		$3.482,14	-40	$20.963-	$2.085,28	$31.428,30
Consumo residencial superior básico (m³)							
Cargo fijo no residencial (mes)							
Consumo no residencial (m³)							
Subtotal					$28.319-		$42.462,88

* 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, 3 y oficial. *** 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 %.

2

					$3.497-	$2.622,57	$3.284,90
					$22.377-	$2.237,73	$33.560,70
							$36.811,60

1 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)	$17,122	$32,75
Tarifa consumo superior a básico ($/m3)	$0,00	$37,67
Total por consumo facturado	$267	$702

6

Si tienes dudas sobre un concepto puede ir. Desde de [illegible] para consumos de hasta 5 m³ mes [illegible] para consumos hasta [illegible] m³ mes, a los estratos 1 y 2.

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajuste a la decena	$0
Diferencia mín. vital total	$25.143-
Subtotal	25.138-

4 Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

5 Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

1 Deudas en estudio

Concepto	Valor
	$0
	$0
	$0
Subtotal	$0

6 Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	$0

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: 80

MICROCHIP: 990000012136775

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Mono

COLOR: Amarillo blanco

ESPECIE: CANINO __ FELINO X SEXO: HEMBRA __ MACHO X RAZA Mestico EDAD 8 Meses 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 __ REGALADO X PERRO DE CUADRA __ OTRO __

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Juan Sebastian Cohen Malambo

DIRECCION: cl 5 # 18 A-28

TELEFONO: 3172544088

CEDULA: 1026559782

CORREO ELECTRÓNICO: juansebastiangohenmalambo@gmail.com

BARRIO: La fuanta 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 Aplica

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: 169 l/m F. RESPIRATORIA: 30 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 pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO
TARJETA PROFESIONAL

Mónica Vázquez Milán
Médica Veterinaria
TP. 11804

FIRMA: MVj

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO
TARJETA PROFESIONAL

Dra. Ximena Moreno Ruiz
Médica veterinaria
MP 45482

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: 1026559282.

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 Olaya	FECHA: 13 feb 125	HORA: 8a

OBSERVACIONES:


CEDULA DE CIUDADANIA

REPUBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.026.559.282

Apellidos
COHEN MALAMBO

Nombres
JUAN SEBASTIAN

Nacionalidad
COL

Estatura
1.65

Sexo
M

Fecha de nacimiento
09 ENE 2007

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
10 ENE 2025, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expiración
10 ENE 2035

REGISTRADOR NACIONAL

ICCOL0723071112150O1<<<<<<<<<<
0701097M3501106COL1026559282<3
COHEN<MALAMBO<<JUAN<SEBASTIAN<

acueducto

AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA:3 CICLO: 03 RUTA:D33125 BIMESTR

10027480
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

11746298519
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

¡Hola! Enero

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/18/2024
Pago oportuno	ENE/23/2025	Suspensión E

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de
MAR/14/2025	ENE/10/2025 09:18:55	ENE/10/20

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

En este período consumiste más agua qu
Abre y descubre el detalle de tu

Llámanos 116 Acueducto 110 Aseo

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

aseo

Período facturado Aseo
NOV/01/2024 - DIC/31/2024

El valor de aseo se factura de forma diferente

Cuenta contrato 10027480
Número de identificación de este predio

Número para pagos 11746298519
Número de esta factura de servicios públicos

KR 50 No 8-17 LC 2 Ed. Torre Arrecife
Horario de Atención
LUNES A VIERNES 7:00 AM A 5:00 PM SABADO 9:00 AM A 1:00 PM

LINE

Datos del usuario

Tipo de producto: Suscriptor residencial		Estrato	3
Und. Res. Ocupada:	1	Und. No Res. Ocupada:	2
Densidad	0,200		
Und. Res. Desocupada:	0	Und. No Res. Desocupada:	0
Volumen	0,00		
Frecuencia Barrido:	4	Frecuencia Recolección:	01
%Participación	0,000%		

Componentes de tarifas

Costo Fijo Total CFT:	Costo variable no aprovechable	Valor base aprovechamiento
163.878,20	107.033,22	150.735,85

Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$ 184.637	Interés mora	$ 3.209
Aseo periodo anterior	$ 164.214	Ajuste a la decena -credito-	$2-
Subsidio	$27.896-		
Aporte	$22.107		

Consumos por suscriptor/mes

Barrido y limpieza	Limpieza urbana	Retiro de escombros
0,0025	0,0010	0,0000
Recolección aprovechables	Residuos no aprovechables	Aforados - no aforados
0,0533	0,0533	0,0998

Histórico de vigencias cobradas

3	2	1	Días liquidados
$ 208.765	$403.511	$408.405	61

La tarifa incluye subsidio o aporte

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 61 | MICROCHIP: 990000012136779 | FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Felix | COLOR: Atigrado

ESPECIE: CANINO __ FELINO X | SEXO: HEMBRA __ MACHO X | RAZA Mestizo | 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 X COMPRADO __ ADOPTADO __ REGALADO __ PERRO DE CUADRA __ OTRO __

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ruth Albany Ruiz Suarez | DIRECCION: Kr 18 Bis #22 c-02 | TELEFONO 3223108351

CEDULA: 1149455069 | CORREO ELECTRÓNICO: albany.ruiz15@gmail.com

BARRIO: Santa fe | 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 Aplica | ULT. DESPARASITACION: Dic 24 | 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: 170 l/m | F. RESPIRATORIA: 33 r/m | TEMPERATURA: 38,4 °c | TLLC 1 seg | MUCOSAS: Rosadas

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 ☐ 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: Mónica Velázquez Milán | FIRMA: MV

TARJETA PROFESIONAL: Médica Veterinaria TP. 11804

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO: Dra. Ximena Moreno Ruiz | FIRMA: XM

TARJETA PROFESIONAL: Médica veterinaria MP 45482 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 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: 1.149.455.069.

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:	

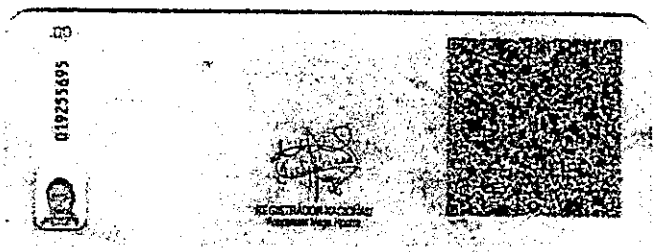
8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Parque Olaya	FECHA: 13 feb 25	HORA: 8a

OBSERVACIONES:

60
67





ICCOL019255695025001<<<<<<<<<<<
9810226F3303285COL1149455069<6
RUIZ<SUAREZ<<RUTH<ALBANY<<<<<<

aseo

Cuenta contrato
10013106
Núm. de identificación de este predio

Número para pagos
40007554617
Número de esta factura de servicios públicos

Período facturado OCT/01/2024 - NOV/30/2024

Para el reparto ZONA:3 CICLO: N3 RUTA:N33536

BIMESTRAL

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de
MARIA ISABEL ALVAREZ

Dirección del predio
KR 18 BIS 22C 02

Barrio: SANTA FE Localidad: LOS MARTIRES

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso:	Comercial
Estrato:	3
Unidades Habitacionales:	0
Unidades No Habitacionales:	3

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 06:56:02	DIC/04/2024 12:42:23

¡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 ↓

...acueducto.com.co haz clic en Servicios al Ciudadano y obtén información de los puntos de atención, ...liza tu pago a través de Internet.

Llámanos 116 Acueducto 110

cadena

265

90279 43684 1/

MP EAAB
MP Aseo-EAAB 400078346172
CANTIDAD 2 TOTAL $ 78,280.00
MEDIOS DE PAGO VALOR
Efectivo Recibido $ 78,280.00

98132387ecb5451a98146da9fe3d4408

Multipegas

e período

6.000

Promedio al día

98

Marca ELSTER
Serie A17FA173797

Tipo VOLU015R315
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

1 Acueducto	+	2 Alcantarillado	+	3 4 5 6 Otros cobros	+	A Aseo
$59.016,42		$46.679,38		$1.105		$372.480
						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 periodo
Ingresos que la EAAB-ESP recorta a la DIAN en el periodo actual

= Total a pagar $479.280

CUCE (Código Único de Documento Electrónico): 03[illegible]

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	$9.196,79	50	$9.196	$13.793,69	$27.987,38
Consumo no residencial (m³)	6,00	$3.492,14	50	$10.476	$5.238,21	$31.428,84
Subtotal				$19.672		$59.916,42

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	$6.556,43	$13.112,90
Consumo no residencial (m³)	6,00	$3.729,59	50	$11.188	$5.594,38	$33.566,48
Subtotal				$15.560		$46.679,38

* 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 X; si hay un aporte, agrega un X.

Tasas ambientales
Estos valores ya están incluidos en el consumo residencial básico.

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m3)	$[illegible]	$[illegible]
Tarifa consumo superior a básico ($/m3)	$[illegible]	$[illegible]
Total por consumo facturado	$[illegible]	$[illegible]

Si [illegible] en estrato residencial donde el [illegible] de Bogotá [illegible] consumo de hasta 5 m³ [illegible] 22 m³ por ciclo para [illegible] consumo básico, a los [illegible] de los estratos 1 y 2.

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajuste a la decena	$0
Intereses de mora	$1.105
Subtotal	1.105

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

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

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

La EAAB-ESP solo tiene convenios con los siguientes bancos: Davivienda, Scotiabank Colpatria, Caja Social, Itaú, Occidente, AV Villas, Bogotá, Santander y Citi

Aseo
Valor a pagar
$372.480

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 respectiva, indicando cuál corresponde al valor de acueducto y cuál al valor de aseo.

(415)7707200489906(8020)400075546172(3900)000000372480

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: 82

MICROCHIP: 990000012136770

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Milo

COLOR: Amarillo

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA Mestizo EDAD 2años PESO: 4,2Kg 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 X COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ruth Albany Ruiz Suarez

DIRECCION: Kr 18 Bis # 22c-02

TELEFONO: 3223108354

CEDULA: 1149455069

CORREO ELECTRÓNICO: albany.ruiz15@gmail.com

BARRIO: Santa fe

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 Aplica

ULT. DESPARASITACION: Dic 24

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: 168 l/m

F. RESPIRATORIA: 31 r/m

TEMPERATURA: 38,3 °c

TLLC) seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,21 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,4 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☑
	PROPOFOL	— 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: 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: MV

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Dra. Ximena Moreno Ruiz, Médica veterinaria, M.P 45482

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: 1 149 455 089.

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:

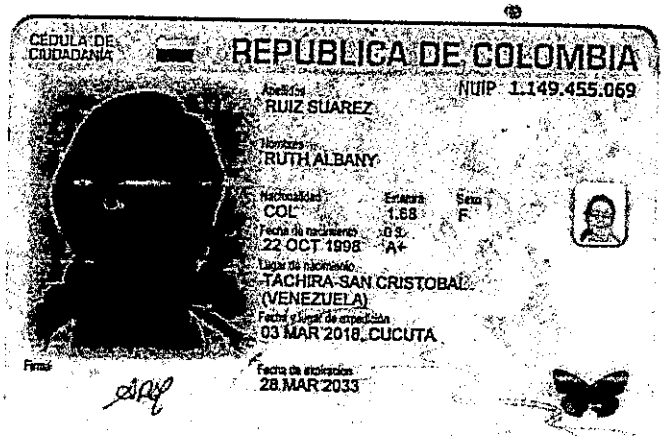
Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación:	

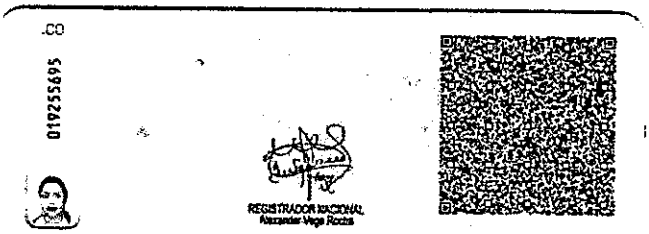
8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Parque Oscar	FECHA: 13 Feb/25	HORA: 8 a

OBSERVACIONES:

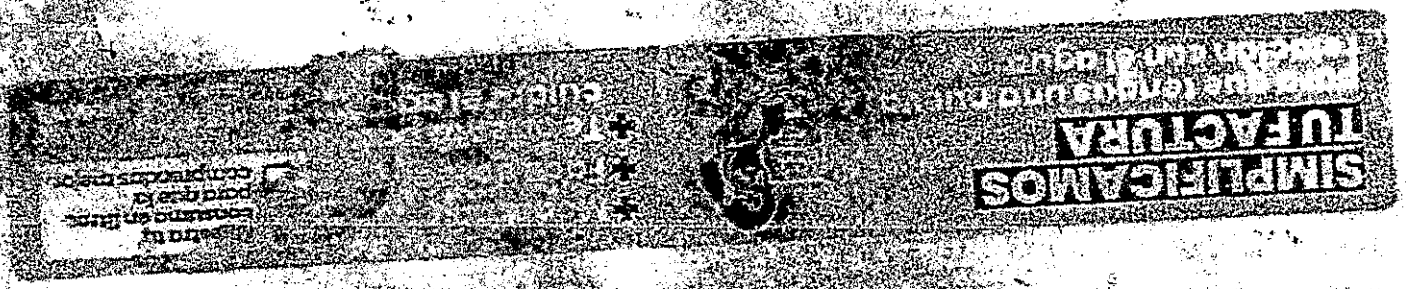
60
67

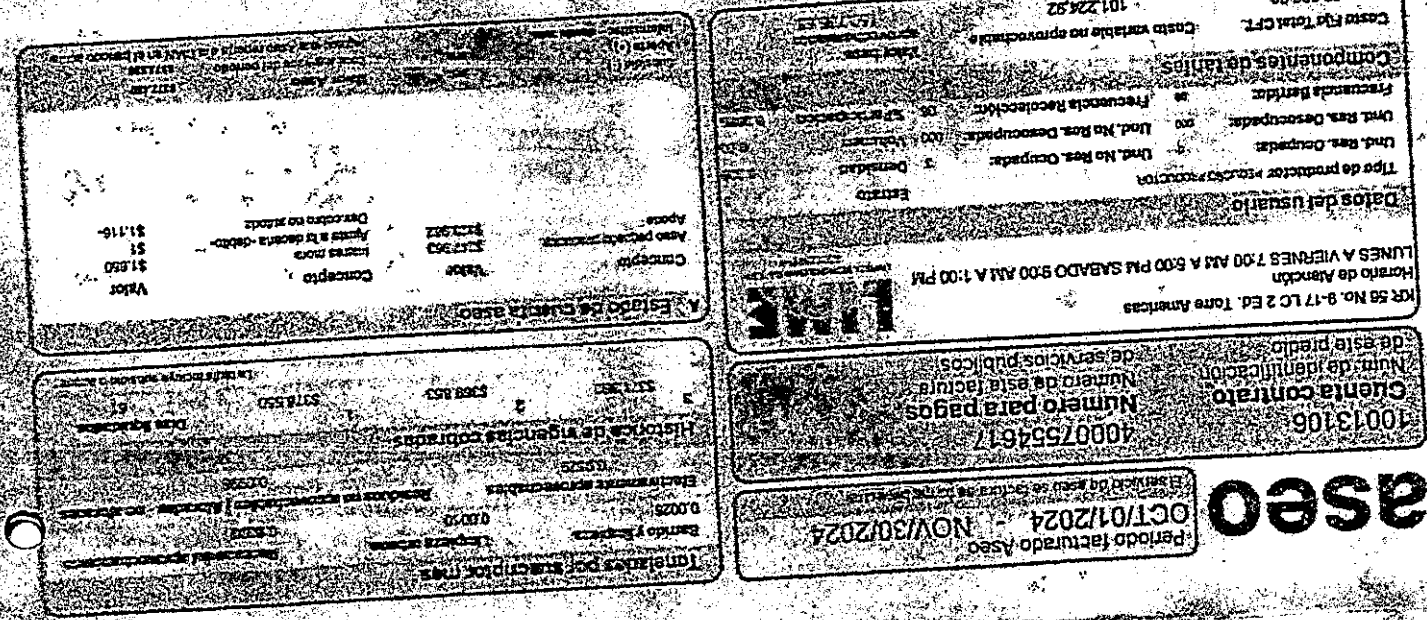




ICCOL019255695025001<<<<<<<<<<
9810226F3303285COL1149455069<6
RUIZ<SUAREZ<<RUTH<ALBANY<<<<<<

270





aseo

Para el reparto ZONA:3 CICLO: N3 RUTA:N33536 BIMESTRAL

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTA

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá E.S.P.
NIT. 899.999.094 E - 1

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Cuenta contrato	Número para pagos
10013106	40007554617
Número de identificación de este predio	Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

Periodo 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 06:56:02	DIC/04/2024 12:42:23

¡Hola!

Factura a nombre de
MARIA ISABEL ALVAREZ

Dirección del predio
KR 18 BIS 22C 02

Barrio: **SANTA FE** Localidad: **LOS MARTIRES**

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso:	Comercial
Estrato:	3
Unidades Habitacionales:	0
Unidades No Habitacionales:	3

¡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

271

90279 43684 1/

Multipagos
OFC: 1937 - RM - Cadu CAD
FCH: 27/12/2024 04:28:48 PM
CAJ: RROJAS - RAUL ROJAS

TRANSACCION	REFERENCIA	IMPORTE
MP EAAB	400078546174	106.800.00
MP Aseo EAAB	400078546172	372.480.00
CANTIDAD: 2	TOTAL:	479.280.00
MEDIOS DE PAGO		VALOR
Efectivo Recibido		$ 479.280.00

9813237ecb5451a98146da9fe3d4408

Multipagos

Marca ELSTER
Serie A17FA173797

Tipo VOLUM15R315
Diámetro pulgadas ½

18

Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

Este período

Anterior

En este período

6.000

Promedio al día

98

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

Escanea y paga virtual

Acueducto	Alcantarillado	Otros cobros	Aseo
$59.016,42	$46.679,38	$1.105	$372.480

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

Ingresos que la EAAB-ESP recaudó en el período actual

= Total a pagar $479.280

CUDE (Código Único de Documento Electrónico):

Detalle de tu consumo este bimestre

1 Acueducto

	Cant.	Valor unitario	Subsidio	Contribución	Total
Cargo fijo residencial (mes)					
Consumo residencial básico (m³)					
Consumo residencial superior básico (m³)					
Cargo fijo no residencial (mes)					
Consumo no residencial (m³)					
Subtotal					

2 Alcantarillado

	Cant.	Valor unitario	Subsidio	Contribución	Total
Cargo fijo residencial (mes)					
Consumo residencial básico (m³)					
Consumo residencial superior básico (m³)					
Cargo fijo no residencial (mes)					
Consumo no residencial (m³)					
Subtotal					

* Corresponde a consumo de hasta 11 m³ bimestrales (22 m³ bimestre para). ** [+] Aporte: aplica para estrato 5, comercial e industrial. [-] Subsidio: aplica para estratos 1, 2 y 3.
*** La tarifa se determina a partir del valor unitario del cargo fijo del consumo. El aporte o subsidio se

Tasas ambientales

Tarifa consumo básico ($/m³)

Tarifa consumo superior a básico ($/m³)

Total por consumo facturado

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajustar a la decena	
Intereses de mora	
Subtotal	

4 Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

5 Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

6 Deudas en estudio

Concepto	Valor
Subtotal	

7 Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	

Pagos por la página web, app y billeteras

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

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

La EAAB-ESP solo tiene convenios con las siguientes entidades financieras: Davivienda, Scotiabank Colpatria, Caja Social, Bbva, Occidente, AV Villas, Bogotá, Sudameris y Citi

Pague hasta el

$372.480

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.

Si aún no tiene, gire los cheques únicamente de propiedad a nombre de la cuenta [illegible] y endose cada uno con el número de cuenta [illegible] por el valor que corresponde al valor de acueducto y aseo, el valor de otros

(415)7707200489906(8020)400078546172(3900)000000372480

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS NRO. UNICO DE REGISTRO 1-11001000-48 EAB ESP

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 83 | MICROCHIP: 990000012136767 | FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Oreo | COLOR: Negro

ESPECIE: CANINO __ FELINO X | SEXO: HEMBRA __ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 1año | PESO: 3,8kg | 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 X COMPRADO __ ADOPTADO __ REGALADO __ PERRO DE CUADRA __ OTRO __

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Sandra Patricia Rivera Gonzalez | DIRECCION: Kr 25 # 01H - 60 Ap 201 | TELEFONO: 3212163115

CEDULA: 52 466 054 | CORREO ELECTRÓNICO: Spatriciar@hotmail.com

BARRIO: El Vergel | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: Tecnico | NS/NR: __ | 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:
NO Aplica	NOU 24	FELINOS: TRIPLE FELINA:	HEXAVALENTE: LEUCEMIA:	PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA: Junio 24

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ____ NO Se | 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:
170 l/m	32 r/m	38,3 °c	1 seg	Rosado

OBSERVACIONES: Ningno

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: 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 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: 52466054 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:

67

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 52.466.054
RIVERA GONZALEZ
APELLIDOS
SANDRA PATRICIA
NOMBRES





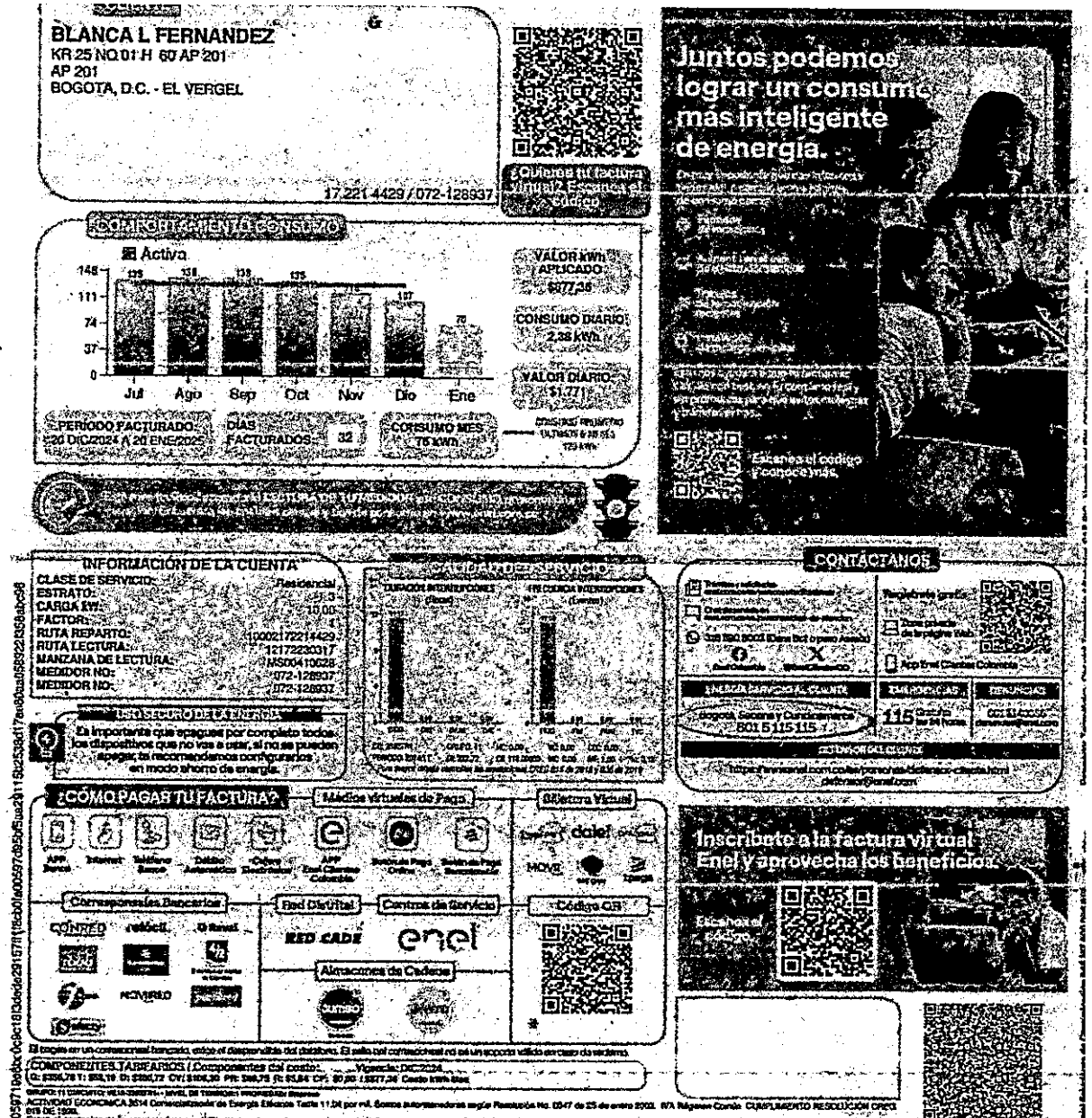
ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 05-MAR-1978
LERIDA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1,60 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
09-OCT-1997 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00844455-F-0052466054-20160624 0050706361A 2 1233952798

273


BLANCA L FERNANDEZ
KR 25 NO 01 H 60 AP 201
AP 201
BOGOTA, D.C. - EL VERGEL
17 221 4429 / 072-128937
¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código
COMPORTAMIENTO CONSUMO
Activa
148
111
74
37
0
135
138
139
135
107
76
Jul
Ago
Sep
Oct
Nov
Dic
Ene
VALOR kWh APLICADO: $977,36
CONSUMO DIARIO: 2,38 kWh
VALOR DIARIO: $1.771
PERIODO FACTURADO: 26 DIC/2024 A 28 ENE/2025
DÍAS FACTURADOS: 32
CONSUMO MES: 76 kWh
Juntos podemos lograr un consumo más inteligente de energía.
Escanea el código y conoce más.
INFORMACIÓN DE LA CUENTA
CLASE DE SERVICIO: Residencial
ESTRATO: 3
CARGA kW: 10,00
FACTOR: 1
RUTA REPARTO: 1000217221442
RUTA LECTURA: 12172230317
MANZANA DE LECTURA: MS0010028
MEDIDOR NO: 072-128937
MEDIDOR NO: 072-128937
CALIDAD DEL SERVICIO
DURACIÓN INTERRUPCIONES (Horas)
FRECUENCIA INTERRUPCIONES (Cantidad)
CONTÁCTANOS
Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 5 115 115
115 Cuando no hay luz
EMERGENCIAS
DENUNCIAS
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 PAGAS TU FACTURA?
Medios Virtuales de Pago
Factura Virtual
Corresponsales Bancarios
Red Digital
Centros de Servicio
Código QR
Almacenes de Cadena
Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios.
Escanea el código
COMPONENTES TARIFARIOS (Componentes del costo)
Vigencia DIC-2024
FECHA GENERACIÓN: 23/01/2025 00:43:30
FECHA EXPEDICIÓN: 23/01/2025 17:57:15

1 Total Energía $56.680 + 2 Portafolio Enel X $0 = Total $56.680

PAGO OPORTUNO 03 FEB /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN ① 05 FEB/2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CLIENTE 0358009-7

18 FEB /2025

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

CONCEPTO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Diferencia de Lecturas	×	Factor	=	Energía Consumida kWh	Precio Energía $/kWh	×	Valor Unitario	=	Valor Facturado
ENERGIA ACTIVA (*)	18.370		18.294		76		1		76	75		$577,35		$56.675
ENERGIA REACTIVA - 5	0 kVArh		0		0		1		0	0		$290,72		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar: 130,00 kWh	X	Valor kWh $577,3617	X	Beneficio 15,00 %									$10.002

ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTÓ $1.771 DIARIOS*

SUBTOTAL: $56.677

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena SUBTOTAL: $3

1 TOTAL ENERGÍA $56.680

Otros cobros de productos y servicios

enel

Te invitamos a consultar el detalle de los productos y servicios a través de la APP, Ali Sucursal Online en la página web o suscribirte 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 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 se hasta de $88.536 ③

Informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones (Deuda, Fact. DOSENSA, en la fecha de PAGO OPORTUNO), dará origen a la 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. ④ ⑤

ESTIMADO CLIENTE: El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (0 – 130 kWh/mes) es de 15,00 %

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.**

NÚMERO DE CLIENTE 0358009-7

Documento Equivalente Electrónico No. 339833928-3

(415)7707209914253(8020)0103580097339833283(3900)0000000056680

PAGO OPORTUNO 03 FEB /2025

TOTAL A PAGAR $56.680

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 64

MICROCHIP: 990000012136774

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Manchas

COLOR: Atigrado - Blanco

ESPECIE: CANINO __ FELINO X SEXO: HEMBRA __ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 4 meses PESO: 1,9 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: Devora Castañeda

DIRECCION: Kr 18 Bis # 23A-26 AP 100

TELEFONO: 3134009314

CEDULA: 1116372405

CORREO ELECTRÓNICO: 3134009314@sincorreo.com

BARRIO: Santa fe ESTRATO: 3 LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: primaria NS/NR: __

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: 168 l/m F. RESPIRATORIA: 31 r/m TEMPERATURA: 38,3 °c TLLC 1 seg MUCOSAS: Rosadas

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	0,16 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 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: 1176372405

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 am

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.116.372.405

CASTAÑEDA

APELLIDOS

DEVORA

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 17-MAR-1986
YUMBO
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

06-DIC-2010 YUMBO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

A-1500150-01351812-F-1116372405-20230417 0104330172A 1 8507875555

enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-6
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

ECOLÓGICO

126231

0348103-7

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 338285791-7

CONSUMIDOR

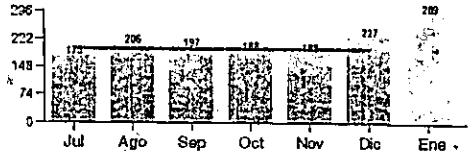
GONZALO BUENO BADILLO
KR 18 BIS NO 23 A 26 AP 100
PRIMER PISO C DE H
BOGOTA, D.C. - SANTA FE

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

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

DÍAS FACTURADOS: 33

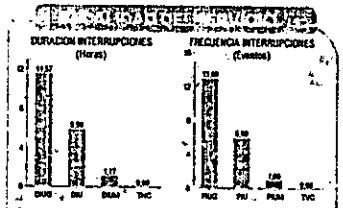
CONSUMO MES: 289 kWh

CONSUMO PROMEDIO ÚLTIMOS 6 MESES: 196 kWh

INFORMACIÓN DEL A CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	5,70
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3000E080021949
RUTA LECTURA:	34084040399
MANZANA DE LECTURA:	RE00610318
MEDIDOR NO:	057-1276388
MEDIDOR NO:	057-1276388

CALIDAD DEL SERVICIO



¡CONTÁCTANOS!

Registrate en: tic.tic

Zona privada de la página Web

App Enel Clientes Colombia

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

318 890 6003 (Llame Bot o pase Asesor)

Enel Colombia @EnelClientesCO

Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas	601 51 40055 denuncias@enel.com

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

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.

¡ESCOGE LA MEJOR OPCIÓN PARA PAGAR TU FACTURA!

Medios virtuales de Pago

Billetera Virtual

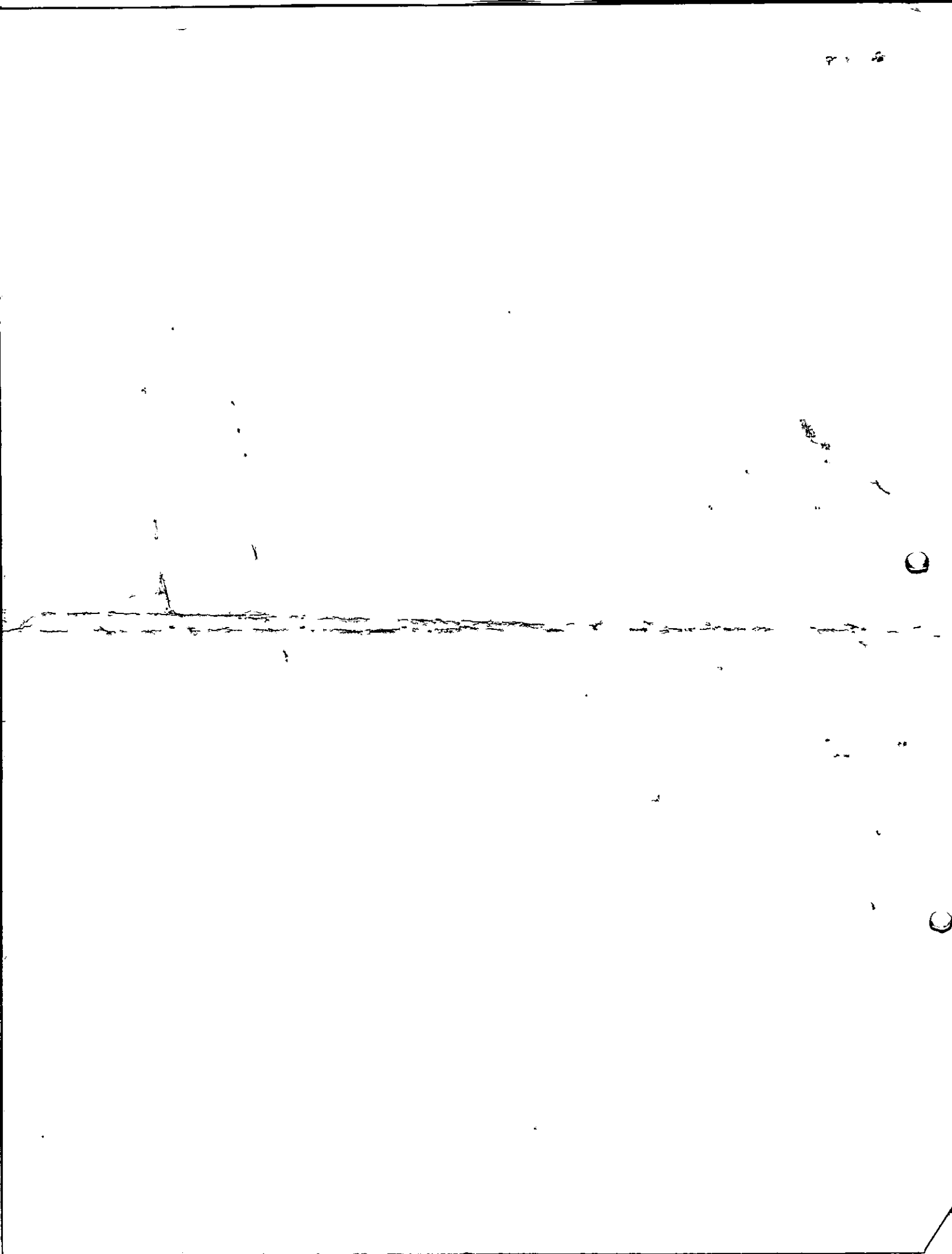
APP Banco · Internet · Teléfono Banco · Débito Automático · Cobro Electrónico · APP Enel Clientes Colombia · Botón de Pago Online · Botón de Pago Bancolombia

Corresponsales Bancarios: CONRED · efácil · Reval · MOVIRED · efecty

Red Distrital: RED CADE · enel

Centros de Servicio

Almacenes de Cadena: Alkosto · Ktronix · Makro · Éxito · Jumbo · Metro · Olímpica · Surtimax · Surtimayorista · Super Inter · Super Inter Express · Super Inter Mini · Super Inter Mercado · Super Inter Mercado Express · Super Inter Mercado Mini · Super Inter Mercado Mini Express · Super Inter Mercado Mini Express Mini · Super Inter Mercado Mini Express Mini Express · Super Inter Mercado Mini Express Mini Express Mini · Super Inter Mercado Mini Express Mini Express Mini Express · Super Inter Mercado Mini Express Mini Express Mini Express Mini · Super Inter Mercado Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express · Super Inter Mercado Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini · Super Inter Mercado Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express · Super Inter Mercado Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini · Super Inter Mercado Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express · Super Inter Mercado Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini · Super Inter Mercado Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express · Super Inter Mercado Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini · Super Inter Mercado Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express · Super Inter Mercado Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini · Super Inter Mercado Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express · Super Inter Mercado Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini · Super Inter Mercado Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express · Super Inter Mercado Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini · Super Inter Mercado Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express · Super Inter Mercado Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini · Super Inter Mercado Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express · Super Inter Mercado Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini · Super Inter Mercado Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express · Super Inter Mercado Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini · Super Inter Mercado Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express · Super Inter Mercado Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini · Super Inter Mercado Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express Mini Express · Super Inter Mercado Mini Express



ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 45

MICROCHIP: 990000012129076

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Rocky

COLOR: Blanco - Gris

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

RAZA: Mestizo EDAD: 2 años

PESO: 4,2 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 X PERRO DE CUADRA __ OTRO __

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yisela Alvarez Alian

DIRECCION: Kr 16A # 22-51 308

TELEFONO: 3144814668

CEDULA: 1 104 414 985

CORREO ELECTRÓNICO: alvarezyisela829@gmail.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 Aplica

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: 171 l/m

F. RESPIRATORIA: 32 r/m

TEMPERATURA: 38,3 °c

TLLC: 1 seg

MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,21 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,4 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☒
	PROPOFOL	— 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: 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: Mónica 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

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:
Yisela Alcalez	4404414985

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:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.104.414.985**
ALVAREZ ALIAN

APELLIDOS
YISELA

NOMBRES
Yisela Alvarez

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-JUN-2003**
SAN MARCOS
(SUCRE)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

12-JUL-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01250493-F-1104414985-20210819 0075342140A 1 8502384963

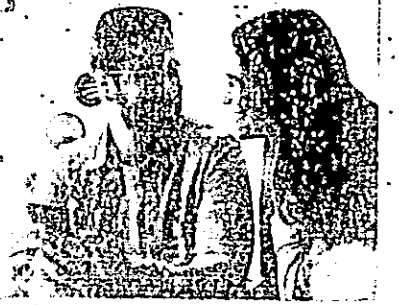
Inscríbete para tener tu factura de manera digital

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 · GNB · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Daviplata · Efecty · dale! · Fresh*

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

- Corresponsales Banco BBVA
- Corresponsales Scotiabank Colpatria
- Corresponsales Grupo Aval
- Corresponsales Banco Davivienda
- Red CADE
- Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies: Metro, Jumbo, Éxito

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

Eficiencia energética

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

Línea telefónica solo para emergencias
Atención 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.

CONCEPTO SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 830.055.013-0 7048/23072024

resuma su 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 al cliente cuenta con las mismas días de defensa en la ley 142 de 1994 y puede hacer uso antes de la fecha señalada para el pago oportuno.

¡Hola!

LUZ YANIRA BARAZARTE
KR 16A 22 51 00308 - SAN VICTORINO
BOGOTA

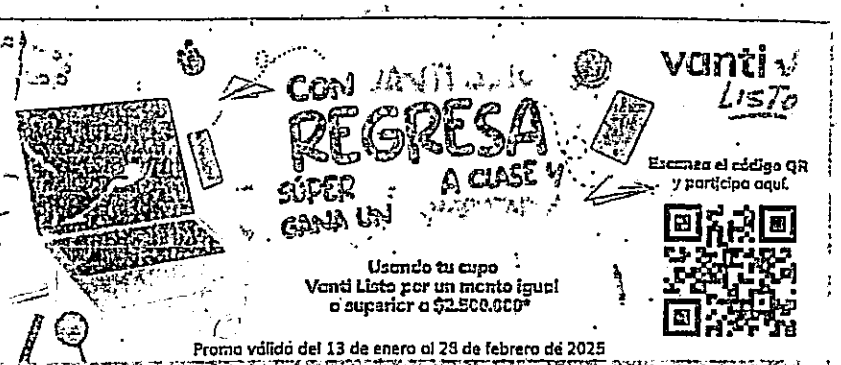
vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5017118-3400666

Lote: P09GN Ruta: 0011310301020006000 Código del Sector: 391

Cuenta o referencia de pago 62037126

vanti Listo

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:



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. Conoce T&C de la campaña ingresando a grupovanti.com/vantilista/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; consúltela en grupovanti.com/vantilista/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.

280

Diciembre 2024

Cuenta o referencia de pago: 62037126

vanti

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 Proteco	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
Suspension preventiva x revision R	1UN	33.060,00	0,00	33.060,00

(1) Total: $232.790,00

Tus financiaciones

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

(2) Total: $0,00

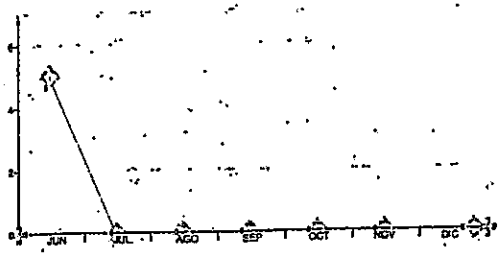
(3) Valor facturas vencidas: $0,00

Total a pagar (1+2+3): $232.790,00

Paga por

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 566.100

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
Pc: 58.03 Cvm: 0.0 Cufm: 0.0 Cuvm: 0.0
Com: 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: 0.76528 Kz: 1.00631 Ft: 0.77111
Vc: 0 Tm: 13.75 Tz: 15.56 Pz: 1.01008
Pz: 0.751 Pm: 0.023 P pv: 1.0
Factor de corrección: 0.77111

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IO: 100.0 IPH: 100.0



NUESTROS EXPERTOS NO RECIBEN DINERO

(415)7709998026025(8020)62037126(3900)00000000232790

BOGOTÁ

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

HISTORIA CLINICA: 66

MICROCHIP: 990000012136769

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Simba

COLOR: Amarillo- Blanco

ESPECIE: CANINO __ FELINO X | SEXO: HEMBRA __ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 1año | PESO: 3,3 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 __ COMPRADO __ ADOPTADO X REGALADO __ PERRO DE CUADRA __ OTRO __

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Leidy Caterine Gonzalez Montiel

DIRECCION: CL 21 #14-12 AP201

TELEFONO: 3172199356

CEDULA: 1026 581 150

CORREO ELECTRÓNICO: tatadealejo.094@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	ULT. DESPARASITACION	ULT. VACUNACION: NS/NR: __ CANINOS: X PARVO:	FELINOS: TRIPLE FELINA:	HEXAVALENTE:	LEUCEMIA:	TRIPLE:	PENTAVALENTE:	PARAINFLUENZA Y BORDETELLA:	RABIA:
NO Aplica	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	F. RESPIRATORIA	TEMPERATURA	TLLC	MUCOSAS
166 l/m	32 r/m	38,3 °c	1 seg	Rosado

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 ☐ 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 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	XMR

281

	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:
Judy Gonzalez	1026581150

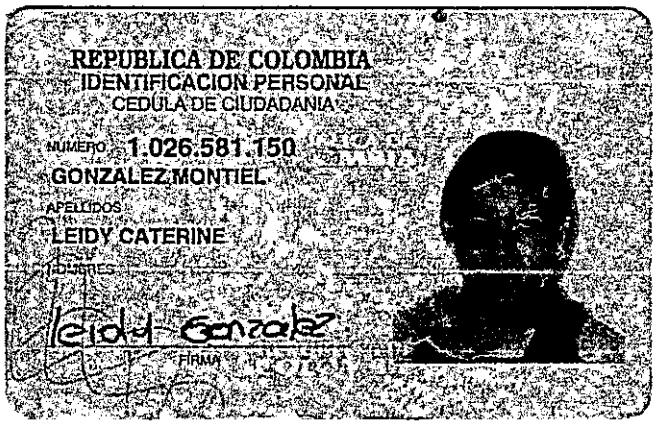
Yo, _____ Identificado con CC. No._____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilización y castración) de mi animal de compañía.
RAZÓN:

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Olaya	13 feb 25	8 a

OBSERVACIONES:



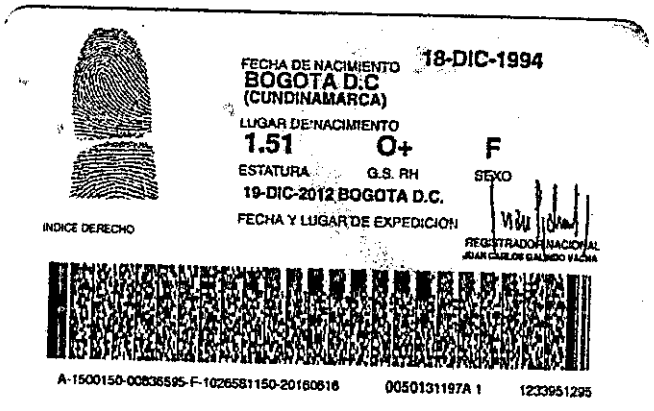
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.026.581.150
GONZALEZ MONTIEL

APELLIDOS
LEIDY CATERINE

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 18-DIC-1994
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.51 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

19-DIC-2012 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-1500150-00836595-F-1026581150-20160616 0050131197A 1 1233951295



Para el reparto ZONA:3 CICLO: N3 RUTA:N33532 BIMESTRAL

ducto
ACUEDUCTO DE BOGOTÁ

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

Mauricio Rodrigo García
Representante Legal

10419235
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

40675465211
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico en nuestra app

¡Hola!

Factura a nombre de
JUDITH MORA VDA DE RODRIGUEZ

Dirección del predio
CL 21 14 12 AP 201

Barrio: **SANTA FE** Localidad: **LOS MARTIRES**

Dirección de correspondencia

Periodo 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 06:56:41	DIC/04/2024 12:41:07

¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambió

MAY-JUN	JUN-JUL	JUL-SEP	ÚLTIMO CONSUMO	Este período
$167.761	$38.175	$81.193		15 / 7 / 0 / 10

En este período consumiste menos agua que en el anterior.

En este período

10.000

Promedio al día

164

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período 882
Lectura anterior 872
Tu consumo este período 10

Facturado con Consumo Normal
Base promedio
Descargues fuente alterna 0

Datos de tu medidor

Marca FLODIS DE ACTARIS
Serie A115282519

Tipo VELO01512
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

1 Acueducto	+	2 Alcantarillado	+	3 Otros cobros	+	4 Aseo	=	Total a pagar
$31.986,98		$27.622,70		$20.914		$36.790		

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

Consulta el detalle aquí

Escanea y paga virtual

Total ingresos brutos periodicos
Ingresos que la EAAB-ESP reporta a la DIAN en el periodo actual

CUDE [Código Único de Documento Electrónico]:

Detalle de tu consumo este bimestre

1 Acueducto

	Cant.	Valor unitario					Cant.					
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$8.125,79	-40	$16.251	$8.877,63	$17.755,26	2,00	$4.575,86	-40	$9.151	$5.032,97	$10.065,94
Consumo residencial básico (m³)	49,00	$3.462,14	-40	$169.645	$3.808,36	$186.629,64	30,00	$3.729,54	-40	$111.886	$4.102,78	$123.083,40
Consumo residencial superior básico (m³)												
Cargo fijo no residencial (mes)												
Consumo no residencial (m³)												
Subtotal				$185.896		$204.385,26				$121.037		$133.141,34

* Corresponde a consumos de hasta 11 m³ mensuales (22 m³ bimestrales). ** (+) Aporte: aplica para estratos 5, 6, comercial e industrial. (-) Subsidio: aplica para estratos 1, 2 y 3.
*** La tarifa se determina a partir del valor unitario del cargo fijo o del consumo. Si aplica un subsidio, se descuenta un %; si hay un aporte, 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)	$37,12	$37,78
Tarifa consumo superior a básico ($/m3)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$371	$378

5 [illegible] el bimestre en donde el Distrito [illegible] los estratos 1 y 2

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
Aplicación a la decena	$1-
Subsidio mín. vital total	$20.963-
Intereses de mora	$40
Subtotal	20.914

4 Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

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

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

La EAAB-ESP solo tiene convenios con los siguientes bancos: Davivienda, Scotiabank Colpatria, Caja Social, Itaú, Occidente, AV Villas, Bogotá, Santander y City

Aseo
Valor a pagar
$36.790

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 anotar en cada uno con el número de cuenta contrato, indicando cuál corresponde el valor de acueducto y cuál el valor de aseo.

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS NRO. ÚNICO DE REGISTRO 1-11001009 10 FAR FSP

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 07

MICROCHIP: 990000012129074

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Yoboi

COLOR: Tigre - Gris

ESPECIE: CANINO __ FELINO X SEXO: HEMBRA __ MACHO X RAZA Mestizo EDAD 2años PESO: 3,1Kg 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: Adriana Sierra Mogollon

DIRECCION: Kr 15 # 13-66

TELEFONO: 3002395529

CEDULA: 52 113 352

CORREO ELECTRÓNICO: adrianasierramogollon@gmail.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 Aplica

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: 170 l/m

F. RESPIRATORIA: 34 r/m

TEMPERATURA: 38,6 °c

TLLC 1 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

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 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
MP 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:
Adriana Sierra Mogollon	52113352

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	8a

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 52.113.352

SIERRA MOGOLLON

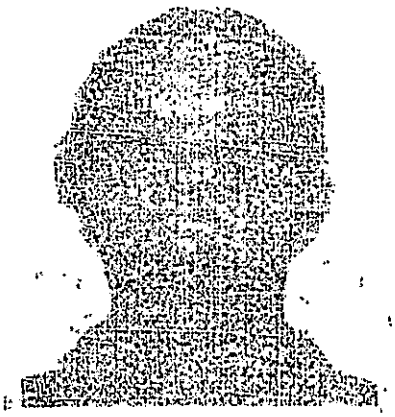
APELLIDOS

ADRIANA

NOMBRES

Adriana Sierra Mogollón

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 14-FEB-1970

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

22-FEB-1991 BOGOTA D.C.

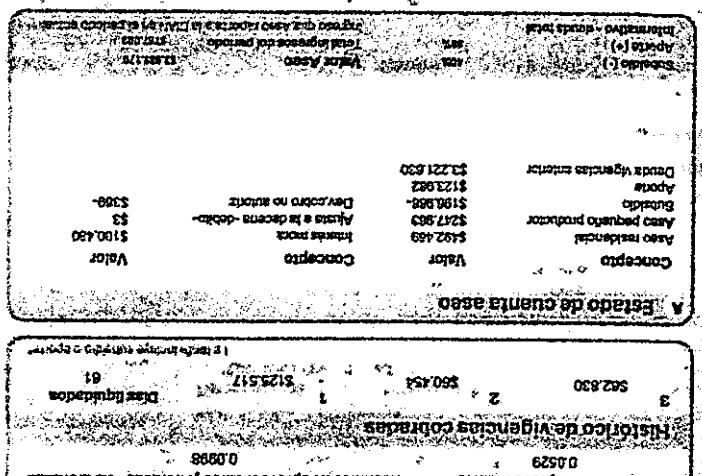
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

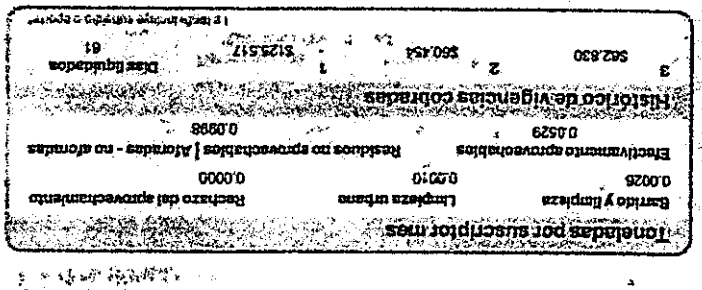
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

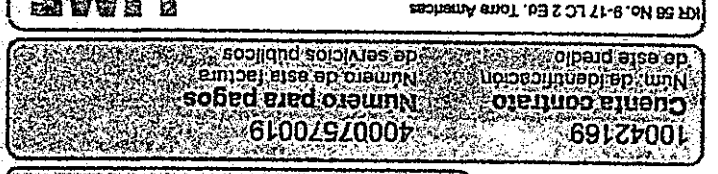
A-1500150-01173204-F-0052113352-20201023 0072186583A 1 9913473785

285

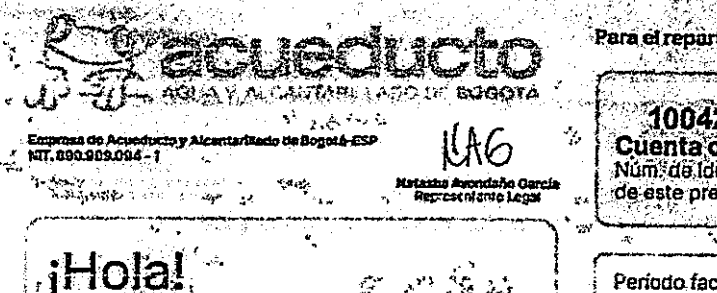

SIMPLIFICAMOS
TU FACTURA
Ilustra tu consumo en litros para que lo comprendas mejor.


Datos del usuario
Tipo de producto
Estrato
Und. Res. Ocupada
Und. Res. Desocupada:
Frecuencia Barrido:
Componentes de tarifas
Costo Fijo Total CFT.
Costo variable no aprovechable
Valor base aprovechamiento
361.863,28
202.392,12
150.736,85
A Estado de cuenta aseo
Concepto
Valor
Aseo residencial
Aseo pequeño productor
Subsidio
Aporte
Deuda vigencias anteriores
$3.221.630
Total Aseo


Toneladas por suscriptor mes
Barrido y limpieza
0,0026
Limpieza urbana
0,0010
Reciclaje del aprovechamiento
0,0000
Efectivamente aprovechables
0,0529
Residuos no aprovechables | Afectados - no afectados
0,0998
Histórico de vigencias cobradas
562.830
2
560.454
1
$125.517
Base liquidadora
61


Cuenta contrato
10042169
Número para pagos
4000757001 9
Período facturado aseo
OCT/01/2024 - NOV/30/2024
aseo

Num. de identificación de este predio
Número de esta factura de servicios públicos
El valor de esta factura incluye IVA
IR 56 No. 9-17 LC 2 Ed. Torre Almericas
Horario de Atención
LUNES A VIERNES 7:00 AM A 5:00 PM SABADO 9:00 AM A 1:00 PM


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: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
Datos adicionales del predio
Clase de uso: Comercial
Estrato: 2
Unidades Habitacionales: 0
Unidades No Habitacionales: 1
Período facturado SEP/15/2024 NOV/14/2024
Pago oportuno Inmediato
Suspensión Inmediato
Fecha esperada próxima factura
FEB/10/2025
Fecha y hora de expedición factura
DIC/04/2024 06:56:16
Fecha y hora de generación factura
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 256

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 66

MICROCHIP: 990000012129062

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Simba

COLOR: Negro

ESPECIE: CANINO __ FELINO X SEXO: HEMBRA __ MACHO X RAZA Mestizo EDAD 1año PESO: 4,2kg 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: Adriana Sierra Mogollon

DIRECCION: Kr 75 #15-66

TELEFONO: 3002395529

CEDULA: 52 113 352

CORREO ELECTRÓNICO: adrianasierramogollon@gmail.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 Aplica

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: 31 r/m

TEMPERATURA: 38,4 °c

TLLC 1 seg

MUCOSAS: Rosada

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,21 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,4 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☒
	PROPOFOL	— ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1,4 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,29 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 pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO
TARJETA PROFESIONAL

Mónica Vázquez Milán
Médica Veterinaria
TP. 11804

FIRMA: MVQ

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO
TARJETA PROFESIONAL

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

FIRMA: XMR

207

	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: Adriana Sierra Mogollón	Nro de Identificación: 52133552

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:

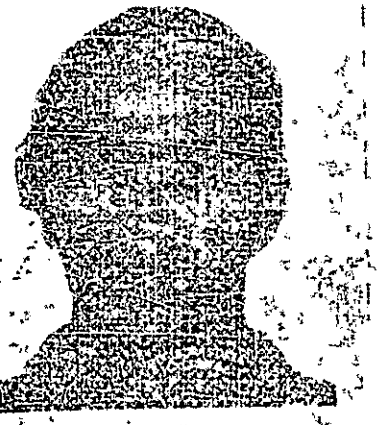
Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación:	

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Parque Oscar	FECHA: 13 Feb 25	HORA: 8 a

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA



NÚMERO **52.113.352**

SIERRA MOGOLLON

APELLIDOS

ADRIANA

NOMBRES

Adriana Sierra Mogollón

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-FEB-1970**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55	**A+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

22-FEB-1991 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01173204-F-0052113352-20201023 0072186583A 1 9913473785

SIMPLIFICAMOS TU FACTURA

Muestra tu consumo en litros para que lo comprendas mejor

aseo

Período facturado Aseo
OCT/01/2024 - NOV/30/2024

El servicio de aseo se factura de forma mensual

Cuenta contrato	Número para pagos
10042169	40007570019
Núm. de identificación de este predio	Número de esta factura de servicios públicos

KR 66 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

Línea

Datos del usuario

Tipo de producto	Residuo aprovechable	Estrato	2
Und. Res. Ocupadas:	5	Und. No Res. Ocupadas:	3
Und. Res. Desocupadas:	00	Und. No Res. Desocupadas:	000
Frecuencia Barrido:	2x	Frecuencia Recolección:	06
			Voluntario 0,00
			Densidad 0,200
			%Participación 0,0005

Componentes de tarifas

Costo Fijo Total CFT.	Costo variable no aprovechable	Valor base aprovechamiento
361.863,26	202.392,12	150.736,65

Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$492.469	Interés mora	$100.480
Aseo pequeño productor	$247.963	Ajuste a la decena -dcto-	$3
Subsidio	$106.986-	Diferencia no aplicada	$360-
Aporte	$123.982		
Deuda vigencias anterior	$3.221.630		

Toneladas por suscriptor mes

Barrido y Limpieza	Limpieza urbana	Recicla y aprovechamiento
0,0026	0,0019	0,0000
Electrodomestico aprovechables	Residuos no aprovechables | Aforadas - no aforadas	
0,0529	0,0956	

Histórico de vigencias cobradas

3	$62.830	2	$60.454	1 $125.517 61

Base liquidados

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTA

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:N33528 BIMESTRAL

10042169	40007570019
Cuenta contrato	Número para pagos
Núm de identificación de este predio	Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

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

¡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

¡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

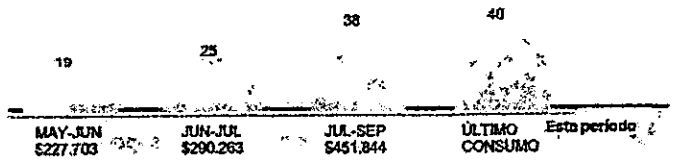
Entra a www.acueducto.com.co haz clic en Servicios al Ciudadano y obtén información de los puntos de atención, copia de la factura y realiza tu pago a través de Internet.

cadena:

2898

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 40.000

Promedio al día 656

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período 1290
Lectura anterior 1250
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 $237.116,18 (1) +
Alcantarillado $236.888,10 (2) +
Otros cobros $3.743.267 (3 4 5 6) +
Aseo $3.989.170 (A)

Consulta el detalle de estos cobros en las tablas numerados 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 = **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): 228b0e48ed6a6b04ec208e28a7b958a0c121498eb7b6ec836784edde99e1267f23a01709b34e0bd32e28780f3be

Detalle de tu consumo este bimestre

1 Acueducto

	Cant.	Valor unitario	Ajuste por la Subsidio (-) / Aporte (+) Valor	Tarifa	Total	Cant.	Valor unitario	Ajuste por la Subsidio (-) / Aporte (+) Valor	Tarifa	Total
Cargo fijo residencial (mes)										
Consumo residencial básico (m³)										
Consumo residencial superior básico (m³)										
Cargo fijo no residencial (mes)	2,00	$0.195,79	50	$9.785	$19.570,59	2,00	$4.370,56	50	$4.371	$8.586,43
Consumo no residencial (m³)	40,00	$3.402,14	50	$68.043	$6.239,21	40,00	$3.729,84	50	$74.592	$3.654,25
Subtotal				$79.828					$78.963	

* 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, no conviene un % y 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)	$42.211	$131,98
Tarifa consumo superior a básico ($/m3)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$1.512	$5.279

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajustes 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					

7 Deudas en estudio

Concepto	Valor
	$0
	$0
	$0
Subtotal	$0

8 Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	$0

Pagos por la página web, app y billeteras

puntored · Daviplata · Nequi · Claro PAY · Wuiik · Acp EAAB · FACEBANK · Punto de Pago · puntored

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

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

La EAAB-ESP solo tiene convenios con los siguientes bancos: Davivienda, Scotiabank Colpatria, Caja Social, Bancolombia, 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 a la Cheques únicamente de gerencia a nombre de la EAB-ESP. NIT 899.999.094-1 y anotar en el reverso con el número de nuestro contrato, indicando cual corresponde al pago de acueducto y cual el valor de aseo.

(415)7707200489998(8020)4000757001197(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 saldo a favor de reclamación recibirá solo Acueducto. (Este pago solo podrá efectuarse en Bancos y Red CADE, no podrá efectuarse en un corresponsal bancario)

(415)7707200485271(8020)4000757001197(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 PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 89

MICROCHIP: 990000012129077

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Pacho

COLOR: Blanco - Beige

ESPECIE: CANINO __ FELINO X SEXO: HEMBRA __ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 2 años PESO: 3,9 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: Jorge David Cañaveda Quiroga

DIRECCION: Kr 18 B # 6 B - 35 02

TELEFONO: 3116388292

CEDULA: 1000 119 414

CORREO ELECTRÓNICO: JDaviid.ca@gmail.com

BARRIO: Ricaurte

ESTRATO: 3

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: __ CANINOS PARVO:	TRIPLE:	PENTAVALENTE:
NO Aplica	NOV 24	FELINOS: TRIPLE FELINA:	HEXAVALENTE:	PARAINFLUENZA Y BORDETELLA:
			LEUCEMIA:	RABIA: NOV 24

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ____ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninno

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: Ninno

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.)	0,7 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,03 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninno

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: MVM

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

290

	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:
DAVID CASTAÑEDA	1000119414

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:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.000.119.414
CASTAÑEDA QUIROGA
APELLIDOS
JORGE DAVID
NOMBRES



DAVID CASTAÑEDA
FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 26-DIC-2000
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

13-FEB-2019 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-01071156-M-1000119414-20190403 0065108653A 1 1105348383

A DEL ESTADO CIVIL

291

¡Hola!

GEORGINA PAEZ
KR 18B 6B 35 02 - RICAURTE
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5007115-3060777

Lote: P09GN Ruta: 001131017524000S100 Código del Sector: 388

Cuenta o referencia de pago 62772998

vanti Listo



TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 4.900.000**



vanti Listo

Navidad Lista

El que regala, con Vanti Listo gana

Sé uno de los **+30** **ganadores**

de un bono Vanti Listo hasta de $5.000.000 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 · Alkosto · Ktronix · Colsubsidio

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP., Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gasoriente S.A. ESP. Vanti Listo es la marca que identifica el servicio de financiación no bancaria prestado por el Grupo Vanti. Aplica condiciones de la política de financiación: consultarla 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 Colljuegos

¿Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

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

...ta tu factura en línea
... y pagala a través
...n Bancolombia o PSE
Tan fácil tenerla,
...il y seguro que es pagarla.

Solicita tu factura en línea aquí

...digital Vanti
...s de nuestra página web
...vanti.com/pagos-en-linea/

Botón Bancolombia

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Débitos automáticos*

*Permite activar o cancelar la inscripción a débito automático.

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

...s Presenciales

...os Banco BBVA
...es Scotiabank Colpatria
...del Grupo Aval

...on cheque, este debe ser de gerencia y a nombre de Vanti S.A. ESP.

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies
Metro, Jumbo, Éxito

...ciencia energética

...estes consumo
...a traduce en un ahorro
...nomía familiar y contribuye
...las emisiones de gases
...vernadero, principal causa
...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.

CARTUAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 830208812-4

001131017524000S100
53229
388

C1

Factura de gas

Diciembre 2024

Cuenta o referencia de pago: 62772998

BOGOTA

Vigilado Superservicios

Fechas importantes

1. Pago oportuno: 26 Dic. 2024
2. Fecha de suspensión: 27 Dic. 2024
3. Período 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+B

(2) Total: $0,00

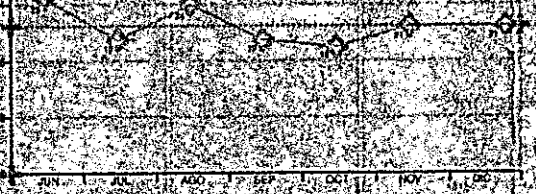
(3) Valor facturas vencidas: $0,00

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

Deja 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

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SEF

HISTORIA CLINICA: 90

MICROCI: ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004321768 Expiry date:09/06/2028

FECHA: 31/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA X COMUNIDAD __

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Pantera | COLOR: Negra

ESPECIE: CANINO __ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO __ | RAZA Mestizo | EDAD 1 año | PESO: 3,2 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 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: 3138654773

CEDULA: 1023909979 | CORREO ELECTRÓNICO: Viviana.net26@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:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: __ CANINOS PARVO:	TRIPLE:	PENTAVALENTE:
No Reporta	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:
170 l/m	32 r/m	38,4 °c	1 seg	Rosada

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 ☐ 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 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 [illegible]zquez 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

293

	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: Audi Sevule Tenedor	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:

ANEXO 2

HISTORIAS CLINICAS ESTERILIZACION 17 DE FEBRERO.

ANEXO 1

HISTORIAS CLÍNICAS

ESTRATIFICACIÓN Y TTO

HOSPITALARIO

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

LOCALIDAD: LOS MARTIRES | BARRIO: Santa Helena | JORNADA: Santa Helena
FECHA: 17 Febrero 2025 | OPERADOR: FUNDACION ECODES

NÚMERO MICROCHIP	TIPO DE TENEDOR	ESTRATO	NOMBRE	APELLIDO	CC	SEXO: MUJER	SEXO: HOMBRE	SEXO: INTERSEXUAL	LESTO I	IDENTIFICACIÓN ÉTNICA: AFRO COLOMBIANO	IDENTIFICACIÓN ÉTNICA: PALENQUERO	IDENTIFICACIÓN ÉTNICA: INDIGENA	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
990000013799200		3	Hellen	Valencia Muñoz	1014 476 414	Y									Y	318 425 5699	hellen valencia muñoz @gmail	D64A # 18-36 01	Nala	Y			Y		
990000013799195		3	Luis Alfredo	Rodriguez Parra	19206 223		Y								Y	322 473 4411	322473 4411@ sinco rle.com	kr19A # 16-13	Princesa	Y			Y		
990000012131707		3	Mang Camila	Cordoba Clavijo	1000 697 031	Y									Y	322 919 3543	camila cordoba 2011@ gmail.com	kr27A #7-46	Frida	Y			Y		
990000012131806		3	Rodolfo	Meza Camargo	91 289 96.8		Y								Y	322 811 7355	322811 7335@ sinco rlea.com	CL 8 # 78A-43 P11	Marina	Y			Y		
990000012131814		3	Yiseth Paola	Gomez Morales	1143 255 655	Y									Y	311 552 9925	yiseth gomez2 022@ gmail.com	Kr18A #3-14	Kendall	Y			Y		
990000012131740		2	Diana Marcela	Otavo Galindo	1013 681 511	Y									Y	311 343 8612	diana otavo29 @gmail .com	CL49Bsur #35-92 AD102	Macarena	Y			Y		
990000012131736		3	Jesica Paola	Martinez Avella	1000 008 589	X									Y	314 392 8322	kim1023 nicole@ gmail. com	CL7F # 18A-29 P12	Niña	Y			Y		
990000012131735		3	Doris Janneth	Cotiblano Chacon	52222 434	X									Y	315 322 5653	dj.costi @hot mail. com	CL7F # 18A-29 P12	Kira	Y			Y		
990000012131738		3.	Angie Michaela	Alegria Rancancio	1026 592 881	Y									Y	313 853 2419	angie a learia 24@ gmail.com	CL 6A # 18-37 AM 4 AP 606	Noah	Y			Y		
990000013794546		1	Julian (1b)	Ibañez Rodriguez	1000 221 149		Y								Y	322 881 7139	Julianib nnez2 010@ gmail.com	D6 24 BU #27 A-10 602	Lupe	Y			Y		
990000013794557		3	Alejandro	Bonilla Prieto	1022 970 530		Y								Y	311 518 0782	Bonilla prieto alejan dro@gmail	CL 2 #20 A-16 02	Iona	Y			P		
990000013794553		3	Nestor Esteban	Beltran Chavez	1006 031 194		Y								Y	312 362 5820	nestores tebanb @gmail .com	CL 2 #20 A-16 02	Nara	P			P		

295

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

PLANILLA DE REGISTRO - ESTERILIZACIONES

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CPS-322-2024

LOCALIDAD: LOS MARTIRES | BARRIO: Santa Helena | JORNADA: Santa Helena

FECHA: 17 febrero 2025 | OPERADOR: FUNDACION ECODES

NÚMERO MICROCHIP	TIPO DE TENEDOR	ESTRATO	NOMBRE	APELLIDO	CC	SEXO			LGBTI	IDENTIFICACIÓN ETNICA					FIJO / CELULAR	e-mail	DIRECCIÓN	NOMBRE PACIENTE	ESPECIE		SEXO		OBSERVACIONES	FIRMA
						MUJER	HOMBRE	INTERSEXUAL		AFROCOLOMBIANO	PALENQUERO	INDIGENA	RAIZAL	GITANO	NINGUNO				CANINO	FELINO	MACHO	HEMBRA		
990000013794554		O	Carlos Andres	Vanegas Castañeda	80014 330		Y								Y	320 460 1430	carlosandresvanegascastaneda@gmail.com	CL 2 BIS # 14-42	Fiona	Y			Y		Carlos Andres Vanegas C
990000013794547		3	Luz Marina	Perez Rosero	39798 132	Y									Y	301 292 9224	edujincpz20@gmail.com	Kr 19A # 1F-29 0202	chantel	Y			Y		Luz Perez

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 91

MICROCHIP: 990000013799200

FECHA: 17/02/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Nala

COLOR: Barcino - claro

ESPECIE: CANINO X FELINO __ SEXO: HEMBRA X MACHO __ RAZA Mestizo EDAD 4 años PESO: 19,4kg 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: Hellen Valencia Muñoz

DIRECCION: DG 4A #18-30 01

TELEFONO: 3184255699

CEDULA: 1014 476 414

CORREO ELECTRÓNICO: hellenvalenciamuñoz@gmail.com

BARRIO: El Progreso

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: Universidad NS/NR: __

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO: Enero 24

ULT. DESPARASITACION: Enero 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: 121 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	1,05 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	6,7 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	7,3 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 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: Andres Quiroga, Médico Veterinario, TP. 34839 — FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Yennifer Gutiérrez Nomesque, Médico Veterinario - Zootecnista, TP. 33358 — FIRMA

297

	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: 1014476474

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: Santa Helena	FECHA: 28 feb 25	HORA: 8 am

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.014.476.414
VALENCIA MUÑOZ

APELLIDOS
HELLEN

NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 04-SEP-2003
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.59 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

10-SEP-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNÁN PENAGOS GIRALDO

P-1500150-01483641-F-1014476414-20250107 0143291054A 1 9929912262

Factura de gas

Febrero 2025

Cuenta o referencia de pago **62672800**

BOGOTA

Vigilado Superservicios

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

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1. **Pago oportuno** 22-Feb-2025
2. **Fecha de suspensión** 23 Feb. 2025
3. **Periodo facturado** Ene. - Feb. 2025
4. **Emisión de tu factura** 05 Feb. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	36M3	3.370,88	0,00	121.351,68
FIJO	1UN	4.043,00	0,00	4.043,00
AJUSTE DECENA	1UN	-1,52	0,00	-1,52
Intereses Moratorios Base Recargo	1UN	66,84	0,00	66,84

1 Total **$125.460,00**

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

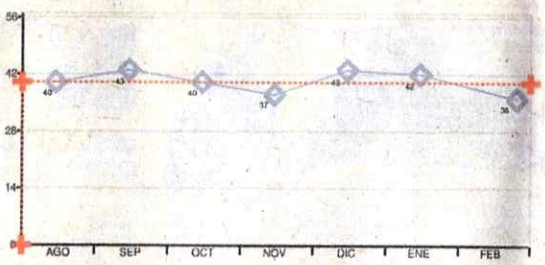
Total a pagar 1 + 2 + 3

$125.460,00

Paga por pse

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial | Estrato/Cat. Tres | Días de consumo 32

Fecha	Lectura	Tipo
03 Ene. 2025	9407	REAL
03 Feb. 2025	9453	REAL

m³ corregido= 9453 - 9407 * Factor de corrección = 36

Tu próxima lectura será

Entre 01 y el 06 de Marzo

Novedades de tu factura

Dale esperanza a una familia colombiana realizando un aporte voluntario en www.grupovanti.com, valor sugerido $ 12546

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $70.254

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Ago. 2025

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 $3371.

Nov. $2362 Dic. $2362 Ene. $2480 .

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

Componentes tarifarios

Gm: 1844.46 Tm: 817.62 Dm: 617.95 Cm: 3370.88
Pi: 90.85 Cvm: 0.0 Cufm: 4043.0 Cuvm: 3370.88
Ccm: 0.0 Fpcm: 42.438 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

Mj/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 424 kWh y el precio unitario del kWh es: $295.742

Factor de corrección

Vm: 46 Kp: 0.76727 Kt: 1.00662 Ft: 0.77235
Vc: 36 Tm: 13.66 Te: 15.56 Pe: 1.01008
Pa: 0.752 Pm: 0.023 F² pv: 1.0

Factor de corrección: 0.77235

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IO: 100.0 IPII: 100.0



(415)7709998026025(8020)62672800(3900)00000000125460

36186

C1

Factura No. F15B26105074

76e9a9a2df7b151 4e4f530b786044f65de217cb72fa2e2c5c881b8cc5cfe228d959b85f0d9aad6d2d4b49d0d9d95a1349

te para tener
actura
era digital

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



Si tu **Revisión Periódica Obligatoria de gas** vence entre julio y diciembre de 2025 y te certificás entre **el 1 y el 30 de abril de 2025**

podrás participar en uno de los sorteos para ganar una de las 4 motos AKT NKDR 125 0Kms.

vanti

Agenda tu Revisión escaneando el QR

Autorizado Coljuegos

do digital Vanti

ıvés de nuestra página web
ıovanti.com/pagos-en-línea/

PSE

Botón Bancolombia

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Itaú · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco AV Villas · Banco GNB Sudameris · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Davivienda plata · Rappi pay · dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

os Presenciales

ales Banco BBVA
ales Scotiabank Colpatria
ales Grupo Aval

- Corresponsales Banco Davivienda
- Red CADE
- Banco GNB Sudameris
- Grandes Superficies: Metro, Jumbo, Éxito

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

ciencia energética

ıestro consumo
se traduce en un ahorro
ıomía familiar y contribuye
r las emisiones de gases
ıvernadero, principal causa
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.

CURVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-8 7048/23672024

¡Hola!

VICTOR HUGO RAMIREZ
DG 4A 18 30 01 - EL PROGRESO
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5097197-27839

Lote: P02GN **Ruta:** 0011240114220005000 **Código del Sector:** 199

Cuenta o referencia de pago 62672800

199 0011240114220005000 36186 P02GN C1

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 Hiperahorro · K Tronix

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/vantilista/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/vantilista/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.

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 92

MICROCHIP: 990000013799195

FECHA: 17/02/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Princesa

COLOR: Blanco Gris

ESPECIE: CANINO X FELINO __ SEXO: HEMBRA X MACHO __ RAZA Schnauzer Estandar EDAD 3 años PESO: 6,4Kg 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 __ COMPRADO X ADOPTADO __ REGALADO __ PERRO DE CUADRA __ OTRO __

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Luis Alfredo Rodriguez Parra

DIRECCION: Kr 19A #16-13

TELEFONO: 3224134411

CEDULA: 19 206 223

CORREO ELECTRÓNICO: 3224134411@sincorreo.com

BARRIO: Eduardo Santos ESTRATO: 3 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: 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: 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) seg

MUCOSAS: 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 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: Andres Quiroga, Médico Veterinario, TP. 34839 — FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Yennifer Gutiérrez Nomesque, Médico Veterinario - Zootecnista, TP. 33358 — FIRMA 96

300

	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: 1920622 3 DF

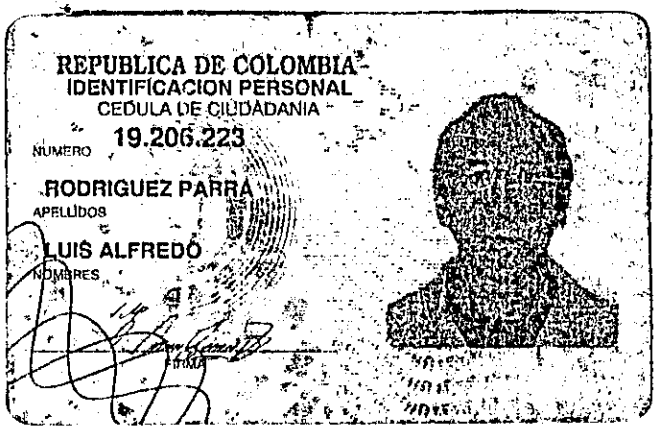
Yo, _____ Identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilización y castración) de mi animal de compañía.
RAZÓN:

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

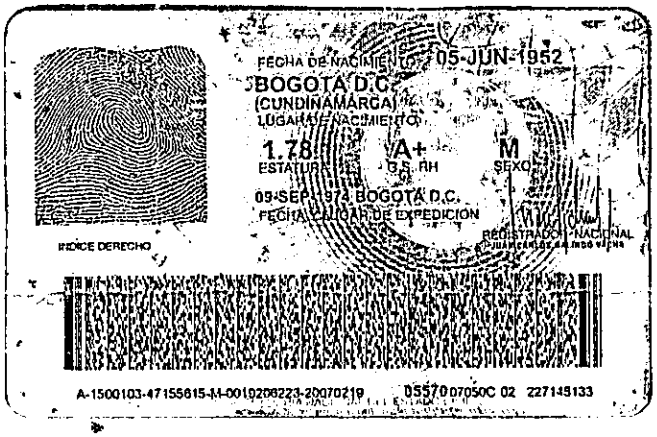
8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Sala Helena	FECHA: 28 feb 25	HORA: 8 am

OBSERVACIONES:



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 19.206.223
RODRIGUEZ PARRA
APELLIDOS
LUIS ALFREDO
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 05-JUN-1952
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.78 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
09-SEP-1974 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1500103-47155615-M-0019206223-20070219 0557007050C 02 227145133

38

Inter · 7900040422284
Rapidicimo

Febrero

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 indique el número de cliente: **0318813-4**

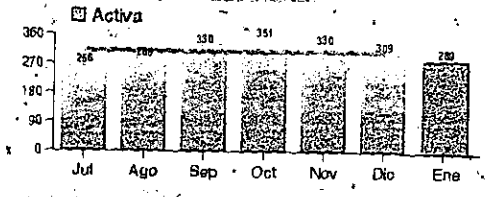
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 339854791-0

ILDA ESTELA ANGEL RAMIREZ
KR 19 A NO 1 G 13 "
BOGOTA, D.C. - EDUARDO SANTOS

17 227 4130 / 042-6885576

IMPORTANTE: Si encuentras con facturas pendientes por pagar evita sobrecostos y cobros jurídicos cargando inmediatamente.

Activa



VALOR kWh APLICADO: $877,36

CONSUMO DIARIO: 9,03 kWh

VALOR DIARIO: $7.389

PERÍODO FACTURADO: 20 DIC/2024 A 20 ENE/2025

DÍAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES 289 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES 312 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:	3
CARGA KW:	8,12
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10002172274130
RUTA LECTURA:	12172170249
MANZANA DE LECTURA:	MS00410551
MEDIDOR NO:	042-6885576
MEDIDOR NO:	042-6885576

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



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

CONTÁCTANOS

Peticiones y solicitudes
Chat de asesores
318 690 6003 (Elena Bot o pasa Asesor)
Enel Colombia @EnelColombiaCO
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA AL SERVICIO AL CLIENTE: Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115

EMPRESITAS: 115 Gratuito las 24 horas

DENUNCIAS: 601 6140055 denuncias@enel.com

DEFENSORÍA 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, GiRaval, MOVIRED

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Jumbo, Éxito

Código QR

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el comprobante del datáfono. El pago del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.



COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: DIC/2024
D: $138,78 T: $58,19 D: $280,72 CV: $106,30 PR: $88,75 R: $3,64 CF: $0,00 / $877,36 Costo kWh fijos

GRUPO 11 CIRCUITO: CJA127-12501781 - NIVEL DE TENSIÓN: 1 NOMINAL: 208 Estrato

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 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 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 proceda 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.creg.gov.co

IMPORTANTE: En cumplimiento con 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 prestará servicio de refacturación para tercerizar 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 servicios, por favor dirigirse a los canales de atención destinados 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: 23/01/2025 00:41:41
FECHA EXPEDICIÓN: 23/01/2025 17:35:09

Facturas impresas por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.010.812-2

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 890.321.151-0

CUDE: ea19e2974f2b9e34ca2980536b10f314d31b1d487585b877bab86a91a841add1b0c417be9e1b02ea86892adcac101e

2/8

302

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 93

MICROCHIP: 990000012131707

FECHA: 17/02/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Frida

COLOR: Canela

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

RAZA: Cocker Spaniel

EDAD: 7meses

PESO: 10,9kg

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 V MIXTO __ OTRO __

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria Camila Cordoba Clavijo

DIRECCION: kr 27 A # 1-46

TELEFONO: 3229193543

CEDULA: 1000697031

CORREO ELECTRÓNICO: camilacordoba2011@gmail.com

BARRIO: Santa Isabel

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: Universidad 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 ha tenido	Nov 24	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:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
116 l/m	31 r/m	38,3 °c	1 seg	Rosadas

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 X 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 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	Andres Quiroga Médico Veterinario TP. 34839	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Yennifer Gutiérrez Nomesque Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358	FIRMA 96

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: 1000697031

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: Santa Helena	FECHA: 20 feb 25	HORA: 8 am

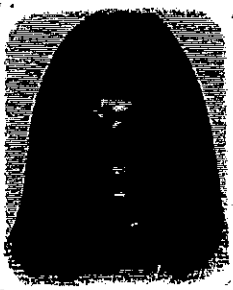
OBSERVACIONES:

39

CEDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.000.697.031



Apellidos
CORDOBA CLAVIJO

Nombres
MARIA CAMILA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.62

Sexo
F

Fecha de nacimiento
23 SEPT 1998

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedicion
14 OCT 2016, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expiracion
15 ENE 2031

.CO

0000003744

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL0000037448150O1<<<<<<<<<<
9809239F3101159COL1000697031<0
CORDOBA<CLAVIJO<<MARIA<CAMILA<

304

Muestra tu consumo en litros para que lo comprendas mejor.

aseo

Período facturado Aseo
NOV/01/2024 - DIC/31/2024
El servicio de aseo se factura de forma bimestral

Cuenta contrato 10191562
Núm. de identificación de este predio

Número para pagos 13797934513
Número de esta factura de servicios públicos

KR 66 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

LIMPIEZA METROPOLITANA S.A. E.S.P.
830123401-1

Datos del usuario

Tipo de producto:	PEQUEÑO PRODUCTOR	Estrato	3
Und. Res. Ocupadas:	2	Und. No Res. Ocupadas:	1
Densidad	0.200		
Und. Res. Desocupadas:	000	Und. No Res. Desocupadas:	000
Volumen	0.00		
Frecuencia Barrido:	02	Frecuencia Recolección:	03
%Participación	0.000%		

Componentes de tarifas

Costo Fijo Total CFT:	Costo variable no aprovechable	Valor base aprovechamiento
98.206,92	60.101,60	150.736,65

Toneladas por suscriptor mes

Barrido y limpieza	Limpieza urbana	Rechazo del aprovechamiento
0,0028	0,0010	0,0000

Efectivamente aprovechables	Residuos no aprovechables | Aforadas - no aforadas
0,0503	0,0998

Histórico de vigencias cobradas

3	2	1	Días liquidados
$177.035	$227.876	$230.753	61

La tarifa incluye subsidio o aporte*

A Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$123.091	Intereses mora	$2.673
Aseo pequeño productor	$82.107	Ajuste a la decena -crédito-	$1-
Subsidio	$18.484-		
Aporte -	$41.064		

Subsidio (-)	15%	Valor Aseo	$230.850
Aporte (+)	50%	Total ingresos del período	$230.850

Ingreso que Aseo reporta a la DIAN en el período actual
Información - deuda total

---

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:D33139 BIMESTRAL

10191562
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

13797934513
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de
PAULINA M DE CORTES

Dirección del predio
KR 27A 1 46

Barrio: **SANTA ISABEL** 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 09:19:46	ENE/10/2025 13:42:17

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

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

Llámanos 116 Acueducto 110 Aseo

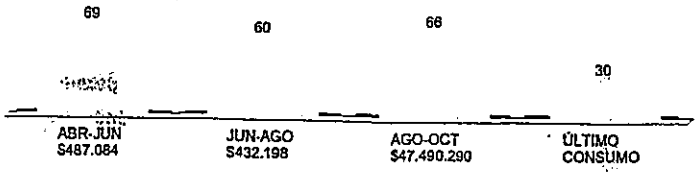
Entra a **www.acueducto.com.co** haz clic en Servicios al Ciudadano y obtén información de los puntos de atención, copia de la factura y realiza tu pago a través de internet.

cadena. Nit. 830.059.211-0

305

Tu consumo en este período

En los periodos anteriores tu promedio de consumo fue 65



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
30.000	500

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período 8034
Lectura anterior 8004
Tu consumo este período 30

Facturado con Consumo Normal
Base promedio
Descargue fuente alterna 0

Datos de tu medidor

Marca IBERCONTA
Serie 10206645

Tipo VELC015C
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
$109.403,78		$107.638,00		$264.554		$230.660
1		2		3 4 5 6		A

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

Consulta el detalle atrás

Escanea y paga virtual

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

= Total a pagar $712.256

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

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 6a34ce3259672c0fa530dbd1735d84f02ad343ca46eee7526d1acf0f14de5d3ad24f80a5106454265b98957df155d

Detalle de tu consumo este bimestre

1 Acueducto

	Cant.	×	Valor unitario	×	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	=	Valor	Tarifa***	=	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00		$9.195,79		-15		$2.759-	$7.810,42		$15.032,58
Consumo residencial básico (m³)	22,00		$3.512,04		-15		$11.590-	$2.985,24		$65.674,88
Consumo residencial superior básico (m³)	8,00		$3.512,04				$0	$3.512,04		$28.096,32
Cargo fijo no residencial (mes)										
Consumo no residencial (m³)										
Subtotal							$14.349-			$109.403,78

2 Alcantarillado

	Cant.	×	Valor unitario	×	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	=	Valor	Tarifa***	=	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00		$4.370,95		-15		$1.311-	$3.719,31		$7.430,90
Consumo residencial básico (m³)	22,00		$3.753,07		-15		$12.385-	$3.190,11		$70.182,54
Consumo residencial superior básico (m³)	8,00		$3.753,07				$0	$3.753,07		$30.024,56
Cargo fijo no residencial (mes)										
Consumo no residencial (m³)										
Subtotal							$13.696-			$107.638,00

* 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 %.

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)	$24,20	$74,77
Tarifa consumo superior a básico ($/m3)	$0,00	$87,97
Total por consumo facturado	$534	$2.349

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

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajuste a la decena	$2-
Rec.	$13.920
Intereses financiación	$10.618
Intereses de mora	$1.030
Subtotal	$25.566

4 Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

5 Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Acuerdo Pago	25/30		0	238.988	$1.219.077
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

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/servicios/cades

La EAAB ESP sólo tiene convenios con los siguientes bancos: Davivienda, Scotiabank Colpatria, Caja Social, Itaú, Occidente, AV Villas, Bogotá, Sudameris y City.

Aseo
Valor a pagar
$230.660

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.
Si paga con cheque, girar dos cheques únicamente de gerencia a nombre de la EAAD-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)13797945132(3900)000000230660

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$481.596

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)13797945134(3900)000000481596

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS NRO. ÚNICO DE REGISTRO 1-11001000-10 FAB-FSP

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA	MICROCHIP:	FECHA:
94	990000012131806	17/02/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Marina			COLOR:	Amarrillo - Negro
ESPECIE: CANINO X FELINO __	SEXO: HEMBRA X MACHO __	RAZA Mestizo	EDAD 7meses	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: Rodolfo Neza Camargo	DIRECCION: CL 8 # 18 A - 43 D31		TELEFONO 3228117335
CEDULA: 91 289 968	CORREO ELECTRÓNICO: 3228117335@sincorreo.com		
BARRIO: La Estanzuela	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: LOS MARTIRES	
ESCOLARIDAD: Primaria 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 ha tenido	D 10 24	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:
116 l/m	32 r/m	38,4 °c	1 seg	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 ☒ 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 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	Andres Quiroga Médico Veterinario TP. 34839	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Yennifer Gutiérrez Nomesque Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358	FIRMA

306

	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: Rocio Romero	Nro de Identificación: 1128896

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:

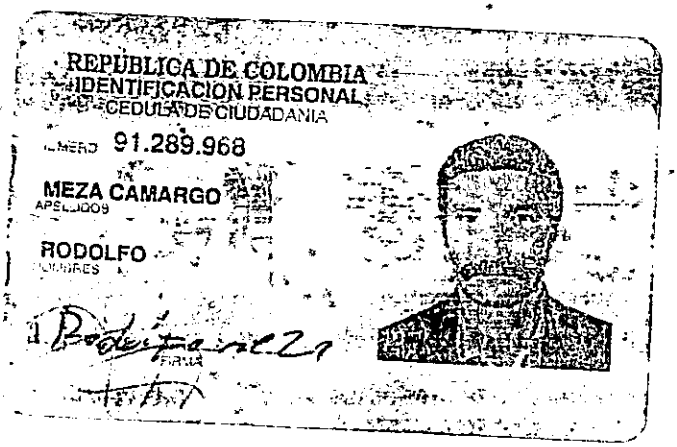
Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación:	

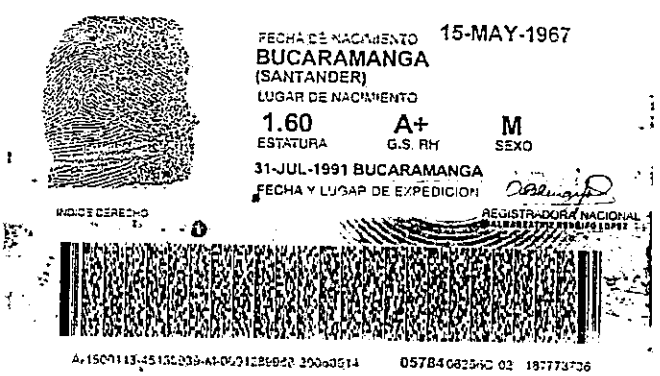
8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Santa Helena	FECHA: 28 feb 25	HORA: 8 am

OBSERVACIONES:

88


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 91.289.968
MEZA CAMARGO
APELLIDOS
RODOLFO
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 15-MAY-1967
BUCARAMANGA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO
31-JUL-1991 BUCARAMANGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADORA NACIONAL
INDICE DERECHO

309

enel | Bogotá

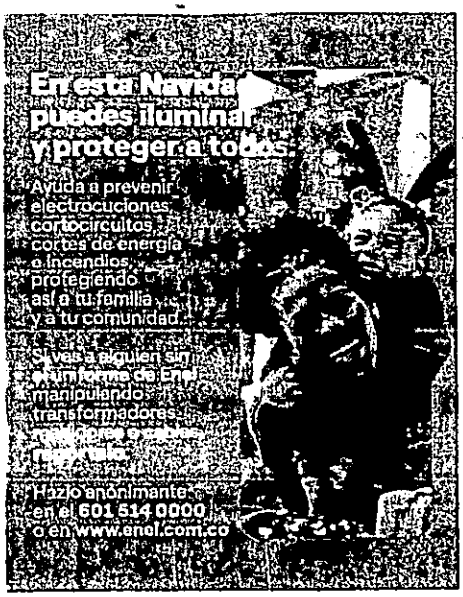
ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 860 063 875-3
Calle 33 No. 73 – 45 Piso 1

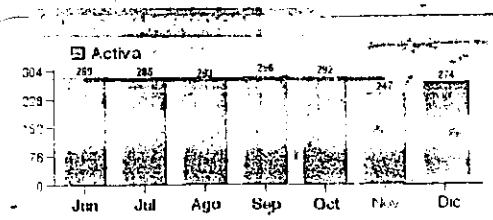
Para pagos y consultas su número de cliente es: **0310363-9**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 336530482-1

JOSE V GUTIERREZ C
CL 8 NO 18 A 43 PI 1
PRIMER PISO
BOGOTA, D.C. - LA ESTANZUELA

19 208 1760 · 074-660899





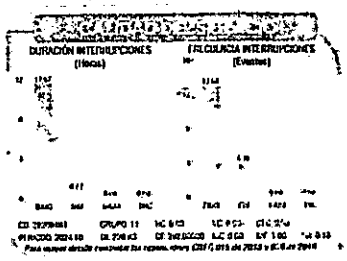
VALOR kWh APLICADO: $864,43
CONSUMO DIARIO: 9,45 kWh
VALOR DIARIO: $7.566

PERIODO FACTURADO: 22 NOV/2024 A 20 DIC/2024
DIAS FACTURADOS: 29
CONSUMO MES: 274 kWh

¡Este mes tuvimos acceso a la LECTURA REAL de tu consumo!

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	2,04
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10002182081760
RUTA LECTURA:	12182080147
MANZANA DE LECTURA:	MS00410422
MEDIDOR NO:	074-660899
MEDIDOR NO:	074-660899



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.

CONTÁCTANOS

Registrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia
316 890 6003 (Línea Bot o paso Asesor)
Bogotá, Soacha y Cundinamarca: 601 5 115 115
115 Gratuita
601 514 0000
https://www.enel.com.co/es/personas/clientes/clientes-clientes.html
dnformar@enel.com

Medios virtuales de Pago

APP Bancolombia · Wompi · Tarjetas Débito y Ahorro · Débito Bancolombia · Cuenta Corriente · Alfa Enel Clientes Colombia · Botón de Pago Online · Botón de Pago Corresponsales · Nequi · Efecty

Corresponsales Bancarios · Red Nacional · Otros

CONI SO · Éxito · El Éxito · RED CADE · Almacenes de Cadena · Carulla · Surtimax · Super Inter · Olímpica · Alkosto · Ara · Jumbo · Metro · Makro · Pricesmart · Cruz Verde · Farmatodo · Locatel · Drogas La Rebaja · Farmacias Cafam · Farmacias Colsubsidio · Farmacias Comfandi · Farmacias Comfenalco Valle · Farmacias Comfenalco Antioquia · Farmacias Comfamiliar Risaralda · Farmacias Comfamiliar Huila · Farmacias Comfamiliar Nariño · Farmacias Comfamiliar Cartagena · Farmacias Comfamiliar Atlántico · Farmacias Comfamiliar Camacol · Farmacias Comfamiliar Putumayo · Farmacias Comfamiliar Guajira · Farmacias Comfamiliar Magdalena · Farmacias Comfamiliar Cesar · Farmacias Comfamiliar Santander · Farmacias Comfamiliar Tolima · Farmacias Comfamiliar Casanare · Farmacias Comfamiliar Arauca · Farmacias Comfamiliar Boyacá · Farmacias Comfamiliar Quindío · Farmacias Comfamiliar Caldas · Farmacias Comfamiliar Chocó · Farmacias Comfamiliar Amazonas · Farmacias Comfamiliar Guainía · Farmacias Comfamiliar Vaupés · Farmacias Comfamiliar Vichada · Farmacias Comfamiliar Guaviare · Farmacias Comfamiliar Norte de Santander · Farmacias Comfamiliar Sucre · Farmacias Comfamiliar Córdoba · Farmacias Comfamiliar Meta · Farmacias Comfamiliar Huila · Farmacias Comfamiliar Nariño · Farmacias Comfamiliar Cartagena · Farmacias Comfamiliar Atlántico · Farmacias Comfamiliar Camacol · Farmacias Comfamiliar Putumayo · Farmacias Comfamiliar Guajira · Farmacias Comfamiliar Magdalena · Farmacias Comfamiliar Cesar · Farmacias Comfamiliar Santander · Farmacias Comfamiliar Tolima · Farmacias Comfamiliar Casanare · Farmacias Comfamiliar Arauca · Farmacias Comfamiliar Boyacá · Farmacias Comfamiliar Quindío · Farmacias Comfamiliar Caldas · Farmacias Comfamiliar Chocó · Farmacias Comfamiliar Amazonas · Farmacias Comfamiliar Guainía · Farmacias Comfamiliar Vaupés · Farmacias Comfamiliar Vichada · Farmacias Comfamiliar Guaviare · Farmacias Comfamiliar Norte de Santander · Farmacias Comfamiliar Sucre · Farmacias Comfamiliar Córdoba · Farmacias Comfamiliar Meta

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: NOV/2024
G: $367,79 T: $53,37 D: $263,15 CV: $103,26 PR: $70,51 R: $4,58 CP: $0,00 $864,43 Costo kWh Mes

ESTRATO 3 CIRCUITO S313-SKIRITO - NIVEL DE TENSIÓN1 PROPIEDAD Empresa
ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,64 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0047 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 016 DE 1999
Sobre el contenido de la presente factura el Cliente puede con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y ocurrir hacer uso de ustes antes de la fecha establecida para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, línea de Bogotá o al 9000 912 115, o en sus más Centros de Servicio al Cliente. Operador de red ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes Resolución No 0061 de 30 de diciembre de 2020
Sobre el acto de suspensión proceso recursos de reposición y en subsidio de apelación, el cual debe ser presentado dentro de los cinco (5) días siguientes a la fecha de la suspensión del servicio.
Este recurso no debe ser presentado por el Cliente de conformidad con el Artículo 136 de la Ley 142 1994
Los cuentacorreos con la resolución CREG 108 de 2014 la cual modifica el Código de Medida, su comercialización está sujeta a condiciones, características y especificaciones aplicables a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y los comercializadores.
IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 108 de 2014 la cual modifica el Código de Medida, su comercialización está sujeta a condiciones, características y especificaciones aplicables a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y los comercializadores. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, línea 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 los puntos de servicio puesto comunicarse de cierre a distancia (Empresa de Cobranzas), de acuerdo con la aprobación expresa otorgada por el cliente para el uso de la misma dentro del contrato recibido. 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, del usuario comunicarse a los canales de atención dispuestos por esta empresa.
El suscriptor o usuario es responsable por el consumo de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado de ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT 830.059.875-6. Evidencia pagos con la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 26/12/2024 02:58:03
FECHA EXPEDICIÓN: 27/12/2024 08:09:17

CUDE: d20d30be843882f5677ac3a7c9a5d04a8...

308

PUNTO DE PAGO MULTIBANCO
INVERSIONES MAFEPHONE S.A.S

Comercio.	DROGERIA REXAL RIONEGRO
NIT	9010330175-4
Municipio	BOGOTA, D.C.
Direccion	Cra 57 #92 - 23
Fecha:	11/01/2025 17:10:15
Cód. Dispositivo:	1090970
Jornada:	NORMAL
Tipo Trx:	ON-LINE
Id Trx:	1090970-6633410
Id Aut.:	671665

Recaudo Facturas Otros

Convenio	ENERGIA ENEL-CODENSA
Ref Pago No..	03103639
Valor:	$ 220.000
Costo Transacción:	$ 0

ORIGINAL

Verifique que el valor impreso en el recibo corresponda al valor entregado por usted.

PAGO OPORTUNO
08 ENE /2025

FECHA DE SUSPENSION O
10 ENE /2025

Total a Pagar
$220.000

0310363-9

21 ENE /2025

Situación encontrada: Normal

SUBTOTAL: $219.997

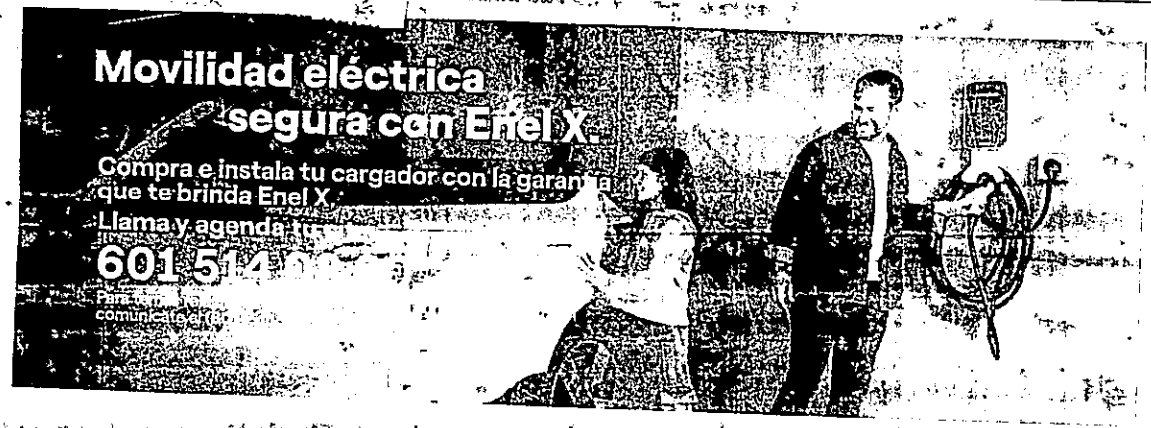
Otros cobros de productos y servicios

enel

$220.000

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y aseo

TOTAL OTROS $0



NÚMERO DE CUENTE
0310363-9

Documento Equivalente Electrónico No.
336530482-1

(415)7707209914253(8020)010310363933853048217(3900)000000C0220000

PAGO OPORTUNO
08 ENE /2025

TOTAL A PAGAR
$220.000

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 95

MICROCHIP: 990000012131814

FECHA: 17/04/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Kendall

COLOR: Negro

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

RAZA: Mestizo

EDAD: 7 años

PESO: 8,5Kg

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: Yiseth Paola Gamez Morales

DIRECCION: Kr 18A #3-14

TELEFONO: 3115529925

CEDULA: 1143255655

CORREO ELECTRÓNICO: yisethgomez2022@gmail.com

BARRIO: Eduardo Santos

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: X CANINOS PARVO:	TRIPLE:	PENTAVALENTE:
Nov. 24	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: 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:
114 l/m	31 r/m	38,4 °c	1 seg	Rosadas

OBSERVACIONES: Ningno

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	0,08 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 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	Andres Quiroga Médico Veterinario TP. 34839	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Yennifer Gutiérrez Nomesque Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358	FIRMA 96

309

	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:
Yiseth Gomez	1143755655

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

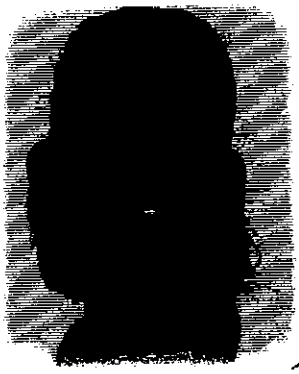
LUGAR:	FECHA:	HORA:
Santa Helena	28 feb 25	8 am

OBSERVACIONES:

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.143.255.655



Apellidos
GOMEZ MORALES

Nombres
YISETH PAOLA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.65

Sexo
F

Fecha de nacimiento
31 MAYO 1995

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
ZAMBRANO (BOLIVAR)

Fecha y lugar de expedición
25 SEPT 2013, BARRANQUILLA

Firma
Yiseth Gomez

Fecha de expiración
11 OCT 2034

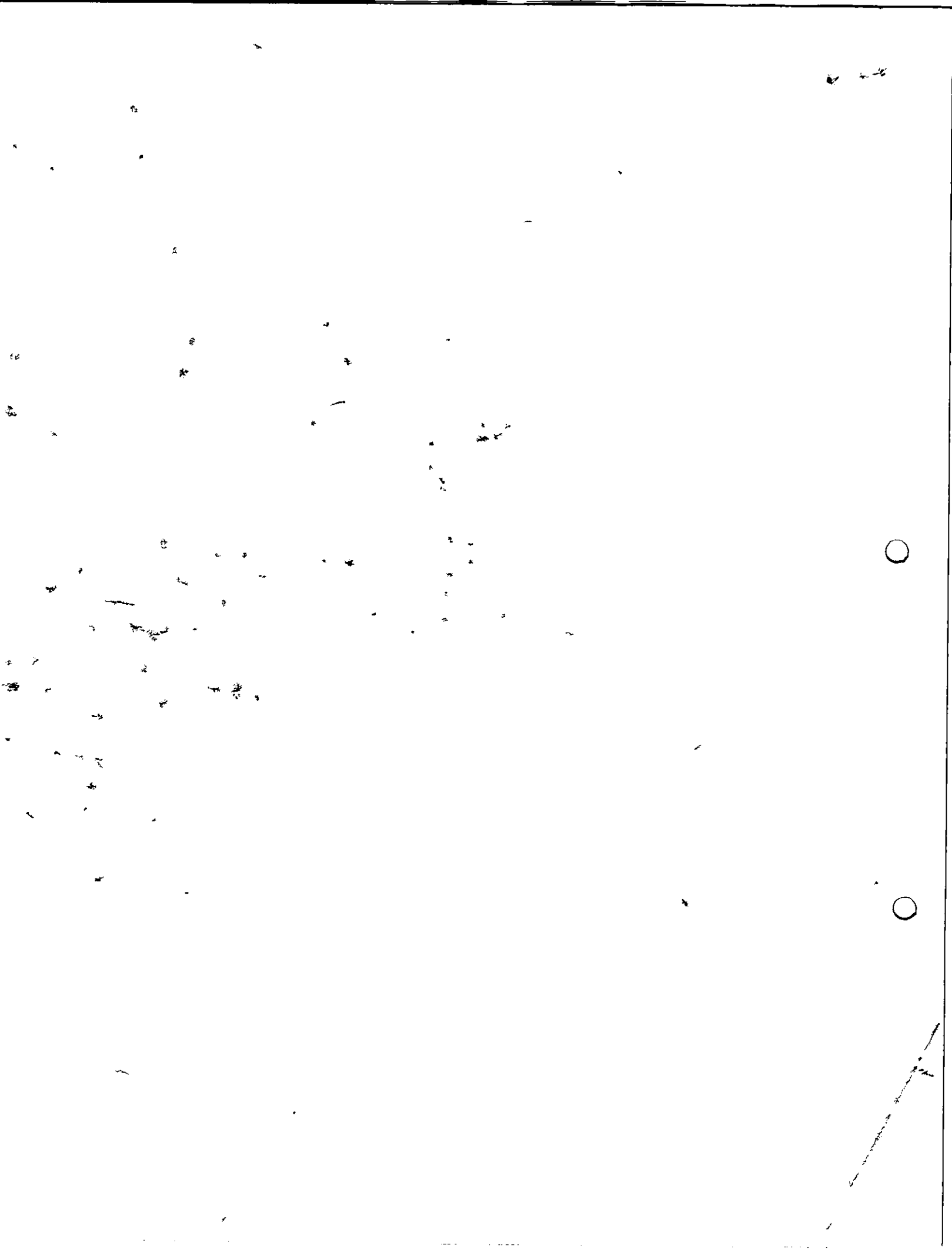
.CO

056425877

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL056425877403001<<<<<<<<<<
9505313F3410118COL1143255655<3
GOMEZ<MORALES<<YISETH<PAOLA<<<

310



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 su número de cliente es:

0318050-8

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 338738508-0

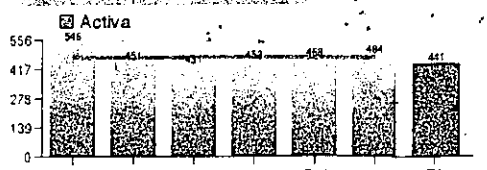
JULIO BERNAL
KR 18 A NO 3 14
BOGOTA, D.C. - EDUARDO SANTOS

19 206 0061 / 075-28580

¿Quieres tu factura virtual y cancelar el código?



CONSUMO HISTÓRICO



VALOR kWh APLICADO: $864,43

CONSUMO DIARIO: 15,21 kWh

VALOR DIARIO: $12.564

PERÍODO FACTURADO: 23 NOV/2024 A 21 DIC/2024

DÍAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES: 441 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 472 kWh

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

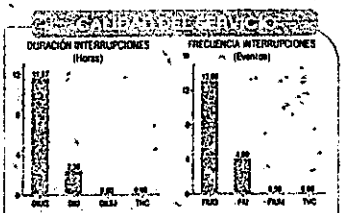
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	5,74
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	100021920600061
RUTA LECTURA:	12192030092
MANZANA DE LECTURA:	MS00410505
MEDIDOR NO:	075-28580
MEDIDOR NO:	075-28580

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: 1533STRI GRUPO: 11 HC: 0,00 HC: 0,00 CEC: 0,00
PERIODO: 2024/10 DI: 220,83 CF: 408,33000 MC: 0,00 MF: 1,00 %I: 0,16

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

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/solicitudes.html
Registrate gratis
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion.html
Zona privada de la página Web
315 890 6003 (Elena Bot o paso a asesor)
App Enel Clientes Colombia
Enel Colombia @EnelClientesCO

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

DEFENSOR DEL CLIENTE

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

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

Billetera Virtual

Daviplata | MOVII | Nequi | tpaga

Corresponsales Bancarios

CONRED | efecti | Reval | MOVIRED | Supergiros | Safecty

Red Distrital

RED CADE

Centros de Servicio

enel

Almacenes de Cadena

Jumbo | Metro

Código QR



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: CJAY21-13330TRI - - NIVEL DE TENSIÓN: 1 PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0347 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 del ésten antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comuníquese al (601) 3 115 115, 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 es cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994

En cumplimiento de la resolución CREG136/11 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) 3 115 115, 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 enviada 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: 27/12/2024 05:19:05
FECHA EXPEDICIÓN: 27/12/2024 21:24:21

CUDE: 2934599f3d14511d6122fb33b34041916e1c5bcefe0b90b065c74988365249ba1fe136abadaa7f170b4cdb9022d8652

Total Energía $364.360 + Portafolio Enel X $0 = Total a Pagar $364.360

PAGO OPORTUNO 09 ENE /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN 18 ENE/2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA 0318050-8

22 ENE /2025

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

CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Diferencia de lecturas	X	Factor	=	Energía Consumida kWh	Energía Facturada kWh	X	Valor Unitario	=	Valor Facturado
ENERGÍA ACTIVA FP	48.974		48.533		441		1		441	441		$864,43		$381.2
ENERGÍA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$263,15		
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh X				Valor kWh $864,4259		X		Beneficio -15,00 %					$16.8

ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTÓ $12.584 DIARIOS

SUBTOTAL: $364.35

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena $4

SUBTOTAL: $4

Consumos + Otros cobros asociados a energía (1) TOTAL ENERGÍA $364.360

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) 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 $83.836

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 CLIENTE 0318050-8

Documento Equivalente Electrónico No. 336738508-0

(415)7707209914253(8020)010318050833673850 80(3900)00000000364360

PAGO OPORTUNO 09 ENE /2025

TOTAL A PAGAR $364.360

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 96 | MICROCHIP: 990000012131740 | FECHA: 17/02/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Macarena | COLOR: Amarrillo- Blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO __ | SEXO: HEMBRA X MACHO __ | RAZA: Mestizo | EDAD: 7meses | PESO: 7,3Kg. | 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: Diana Marcela Otavo Galindo | DIRECCION: CL 49B Sur #35-92 AP 102 | TELEFONO: 3113438612

CEDULA: 1013 681 511 | CORREO ELECTRÓNICO: dianaotavo29@gmail.com

BARRIO: Fatima | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: LOS MARTIRES

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

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

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

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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	0,3 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,7 ml.	5 mg/kg IV ☒ 10 mg/kg IM ☐
	PROPOFOL	1,4 ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	2,4 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,4 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 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	Andres Quiroga Médico Veterinario TP. 34839	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Yennifer Gutiérrez Nomesque Médico Veterinario - Zootecnista TP 33358	FIRMA 96

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:
Oscar Otavo	1036815 11

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:
Santa Helena	28 feb 25	8 am

OBSERVACIONES:

71-72

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.013.681.511

OTAVO GALINDO

APELLIDOS

DIANA MARCELA

NOMBRES



Diana Otavo

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 19-MAY-1998

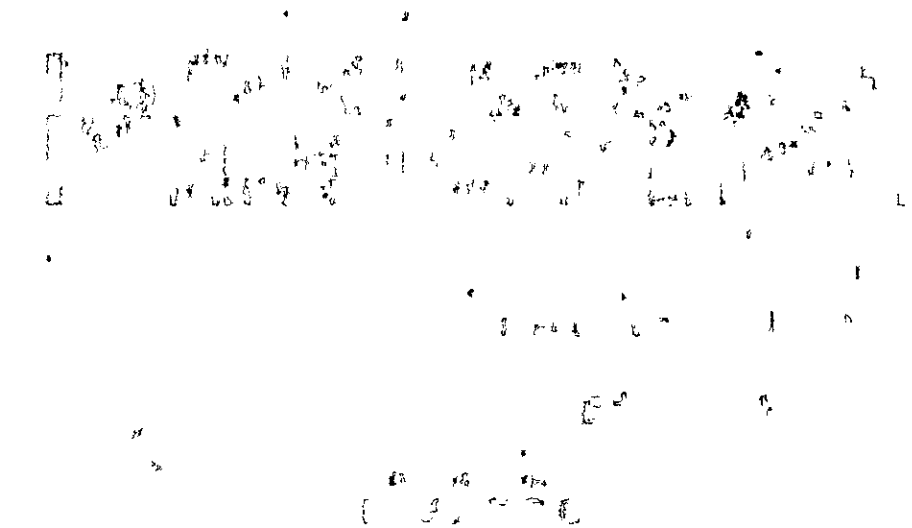
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

20-MAY-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-00836908-F-1013681511-20160620 0050160884A 1 46513849



enel | Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-6
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

PAPEL ECOLÓGICO

Para pago y consulta (número de cliente) **1873325-1**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 340211367-4

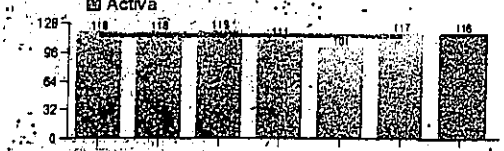
MANUEL GUILLERMO RAMOS G YO
CL 49 B SUR NO 35 92 AP 102
APTO 102
BOGOTA, D.C. - FA.TIMA

19 105 3875 / 042-6749472

Código de barras para lectura de operador



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $477,36
CONSUMO DIARIO: 3,63 kWh
VALOR DIARIO: $1.669

PERÍODO FACTURADO: 22 DIC/2024 A 22 ENE/2025
DÍAS FACTURADOS: 32
CONSUMO MES 116 kWh
CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 114 kWh

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

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	9,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10001191053875
RUTA LECTURA:	11191053399
MANZANA DE LECTURA:	MS00240805
MEDIDOR NO:	042-6749472
MEDIDOR NO:	042-6749472

USO SEGURO DE LA ENERGÍA

La [illegible] por completo todos los [illegible] a usar, si no se pueden [illegible] por contiguos o [illegible].

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 2863871 | GRUPO: 11 | NC: 0,00 | VC: 0,00 | CSC: 0,00
PERIODO: 2024/11 | DI: 222,72 | CI: 101,00000 | MC: 0,00 | MP: 1,00 | %: 0,16
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 030 de 2019

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes
Chat de servicio en
315 690 6000 (Clara Bot o pasa Asesor)
Enel Colombia @EnelClientesCO
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE: Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 6 115 115

EMERGENCIAS: 115 Gratuito las 24 horas

DENUNCIAS: 601 6140055 denuncias@enel.com

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

¿CÓMO PAGAR SU FACTURA?

Medios virtuales de Pago: App Enel Clientes Colombia; Botón de Pago Online; Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual: dale!, MOVII, tpaga

Red Distrital

Centros de Servicio: RED CADE, enel

Código QR

Corresponsales Bancarios: MOVIRED, efecty

Almacenes de Cadena

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el desprendible del distribuidor. El sello del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.



COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: DIC/2024
G: $358,76 T: $58,19 D: $280,73 CV: $106,30 PR: $68,75 R: $3,64 CP: $0,00 / $477,36 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: KC36-39833TR1 - NIVEL DE TENSIÓN: 1 PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONOMICA 3314 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autoretenedores según Resolución No. 0547 de 23 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCION 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 comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 812 115, 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 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, 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 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 Comercio), 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 dirígete 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. 860.063.875-6. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

CUDE: 5d9345ae988ec6c0841fc151c5a3149043a1f509e3f00d826d08a7dd78b60cd2[illegible]103907c540ab78bb9553072a2344995

FECHA GENERACIÓN: 27/01/2025 00:15:35
FECHA EXPEDICIÓN: 27/01/2025 11:58:11

3H

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 97

MICROCHIP: 990000012131736

FECHA: 12/02/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Niña

COLOR: Amarrillo-Negro

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

RAZA: Mestizo EDAD: 2años

PESO: 17,7kg

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: Jesica Paola Martinez Avella

DIRECCION: CL 1F # 18A-29 P1 Z

TELEFONO: 3143928322

CEDULA: 1000 000 589

CORREO ELECTRÓNICO: Kim1023nicole@gmail.com

BARRIO: Eduardo Santos 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 Reporta

ULT. DESPARASITACION: Enero 25

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: 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: 38,2 °c

TLLC 1 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ningno

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: 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	Andres Quiroga Médico Veterinario TP. 34839	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Yennifer Gutiérrez Nomesque Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358	FIRMA 46

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:
Jessica Martinez Fuelle	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: Nro. Identificación:	Firma:

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Santa Helena	28 feb 125	8 am

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.000.000.589**
MARTINEZ AVELLA

APELLIDOS
JESICA PAOLA

NOMBRES

Jessica Paola

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

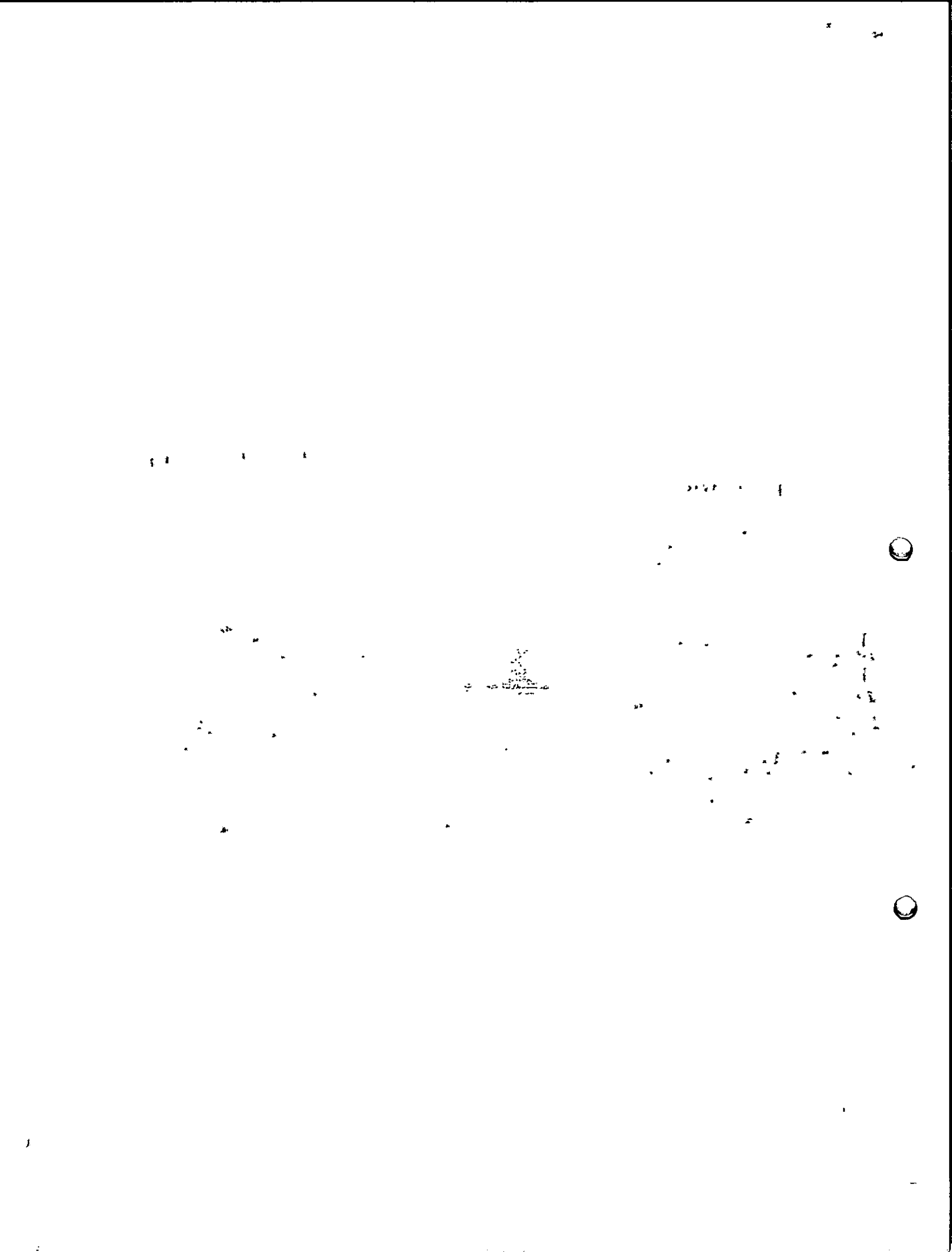
FECHA DE NACIMIENTO **22-OCT-1991**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 ESTATURA | **B+** G.S. RH | **F** SEXO

30-NOV-2009 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01133073-F-1000000589-20200219 0070160569A 3 9911789470



80437

Bogotá

ECOLÓGICO

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-6
Calle 93 No. 13 – 45 Piso 1

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **0307563-2**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 340071971-0

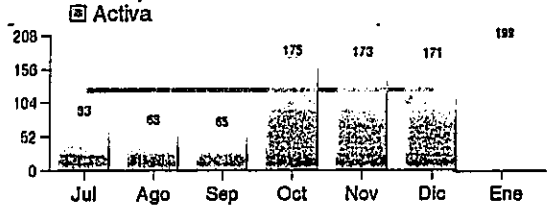
CLIENTE

JAIRO CASTAEDA VIATELA
CL 1 F NO 18 A 29 PISO 2
PISO 2
BOGOTA, D.C. - EDUARDO SANTOS

19 204 4951 / 117-59582

COMPORTAMIENTO CONSUMO

Activa



VALOR kWh APLICADO: $877,36

CONSUMO DIARIO: 6,22 kWh

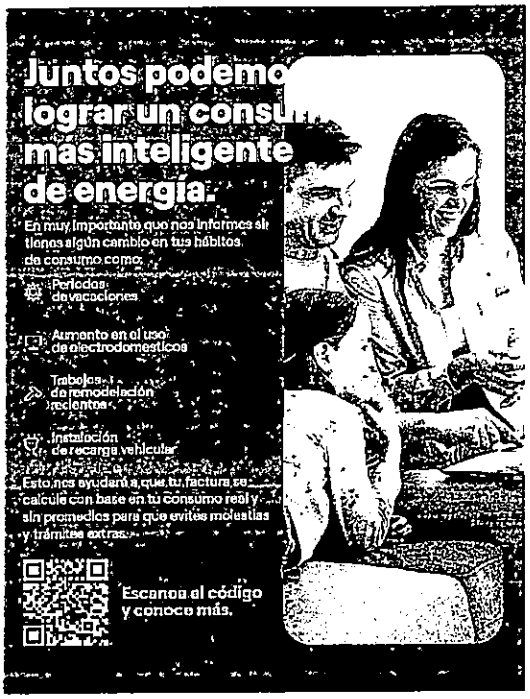
VALOR DIARIO: $4.921

PERIÓDO FACTURADO: 22 DIC/2024 A 22 ENE/2025

DÍAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES 199 kWh

CONSUMO PROMEDIO ÚLTIMOS 3 MESES 185 kWh



¡En nuestro canal de atención digital puedes reportar tu lectura de medidor y tu consumo!
Ingresa a nuestra página web www.enel.com.co y en la sección de Atención Digital encontrarás todos los canales de atención disponibles.

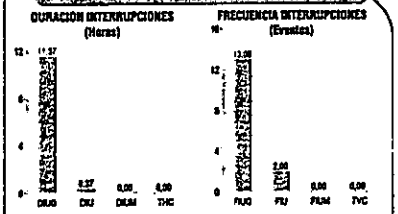
INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	4,24
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10002192044951
RUTA LECTURA:	12192050063
MANZANA DE LECTURA:	MS00410535
MEDIDOR NO:	117-59582
MEDIDOR NO:	117-59582

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



CO: 20.121781 GRUPO: 11 NC: 6,00 VC: 0,00 CCC: 0,00
PERIODO: 2024/11 DI: 222,72 CI: 173,00000 NIC: 0,00 NIP: 1,00 %I: 0,78
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 038 de 2019

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/tramites.html
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
315 890 6003 (Elena Bot o pasa Asesor)
Enel Colombia @EnelClientesCO
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas	601 6140055 denuncias@enel.com

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

Billetera Virtual: daviplata, dale!, MOVII, NEQUI, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efecty, Reval, MOVIRED

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Jumbo, 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: $356,78 T: $58,19 D: $280,72 CV: $106,30 PR: $69,73 R: $3,64 CF: $0,00 / $877,36 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: CAV27-38131TR1- - NIVEL DE TENSION: 1 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 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 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. 860.063.875-6. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 27/01/2025 00:06:43
FECHA EXPEDICIÓN: 27/01/2025 13:22:13

CUDE: 174ea0d09bb0460007ec9cbd16e5c959b8548831 0bf69aab70fd50a6525333b258496b15245ff0730cead876d4a5a4

Factura impresa por Canelgil Soluciones de Comunicación SAS NIT 800096.812-
Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 890.321.151-0

80437

317

1 Total Energía	+	2 Portafolio Enel X	=	Total a Pagar	PAGO OPORTUNO
$157.490		$0		$157.490	05 FEB /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN: 07 FEB/2025

ENERGÍA | NÚMERO DE CUENTA: 0307563-2 | PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 20 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 FP	10.028	9.829	199	1	199	199	$877,38	$174.595
ENERGIA REACTIVA	1.668	1.631	37	1	37	0	$280,72	$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh X		Valor kWh $877,3817	X	Beneficio -15.00 %			-$17.109
ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $4.921 DIARIOS							SUBTOTAL:	$157.486

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$4
SUBTOTAL:	$4

Consumos + Otros cobros asociados a energía — 1 TOTAL ENERGÍA: $157.490

Otros cobros de productos y servicios

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 $39.655

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 CLIENTE
0307563-2

Documento Equivalente Electrónico No.
340071971-0

(415)7707209914253(8020)010307563234007197 10(3900)00000000157490

PAGO OPORTUNO
05 FEB /2025

TOTAL A PAGAR
$157.490

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 98

MICROCHIP: 990000012131735

FECHA: 17/02/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Kira

COLOR: Blanco Negro

ESPECIE: CANINO X FELINO __ SEXO: HEMBRA X MACHO __ RAZA Mestizo EDAD 4 años PESO: 7,13 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: Doris Janneth Castiblanco Chacon

DIRECCION: Cl 1F # 18A - 29 Piz

TELEFONO: 3153225653

CEDULA: 52 222 434

CORREO ELECTRÓNICO: dj.castiblanco@hotmail.com

BARRIO: Eduardo Santos

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: NS/NR: __ Tecnico

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: / HEXAVALENTE: / TRIPLE: — PENTAVALENTE: —

FELINOS: TRIPLE FELINA: / 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: 31 r/m

TEMPERATURA: 38,4 °c

TLLC 1 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,7 ml.	5 mg/kg IV X 10 mg/kg IM ☐
	PROPOFOL	1,4 ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	2,4 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,4 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 TARJETA PROFESIONAL: Andres Quiroga Médico Veterinario TP. 34839

FIRMA:

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Yennifer Gutiérrez Nomesque Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358

FIRMA: YG

318

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: 52222434

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.

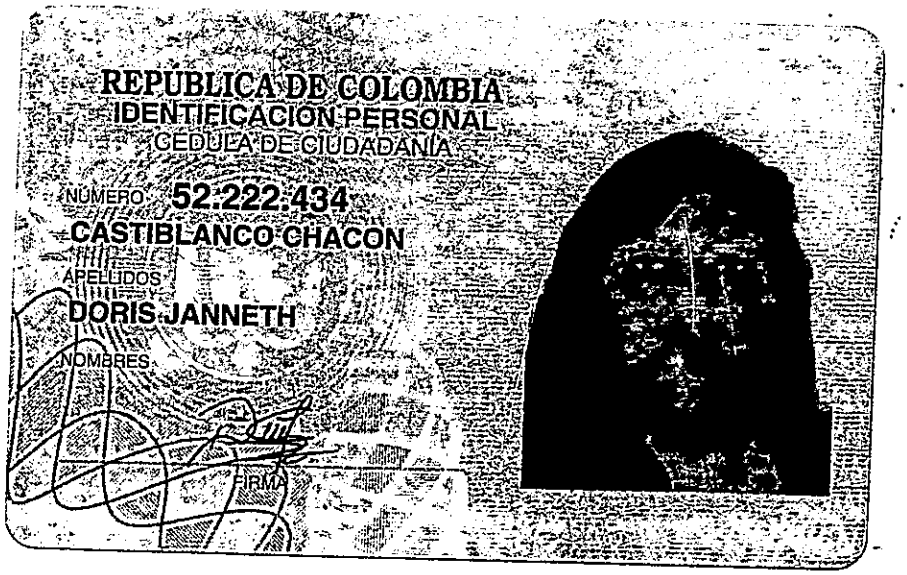
RAZÓN:

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Santa Helena	28 feb 25	8 am

OBSERVACIONES:



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO: 52.222.434

CASTIBLANCO CHACON
APELLIDOS

DORIS JANNETH
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 06-ABR-1974

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

23-SEP-1992 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

ÍNDICE DERECHO

A-1500150-01079644-F-0052222434-20190703 0065911424A 2 9908908748

80437

Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-6
Calle 93 No. 13 – 45 Piso 1

Para pagos y consultas tu número de cliente (ISE)

0307563-2

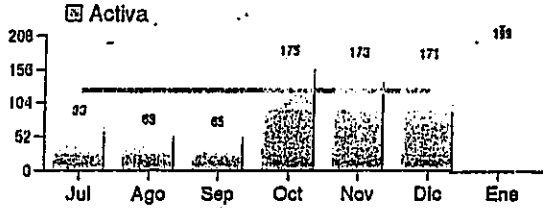
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 340071971-0

CLIENTE

JAIRO CASTAEDA VIATELA
CL 1 F NO 18 A 29 PISO 2
PISO 2
BOGOTA, D.C. - EDUARDO SANTOS

19 204 4951 / 117-59582

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $877,36

CONSUMO DIARIO: 6,22 kWh

VALOR DIARIO: $4.921

PERÍODO FACTURADO: 22 DIC/2024 A 22 ENE/2025

DÍAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES 199 kWh



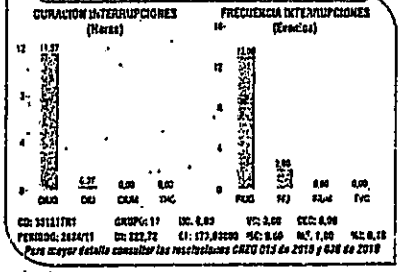
INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	4,24
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10002192044951
RUTA LECTURA:	12192050063
MANZANA DE LECTURA:	MS00410535
MEDIDOR NO:	117-59582
MEDIDOR NO:	117-59582

USO SEGURO DE LA ENERGÍA

Es importante que apagues por completo todos los dispositivos que no ves 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 038 de 2019

CONTÁCTANOS

Peticiones 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 pasa Asesor)
Enel Colombia @EnelClientesCO
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas	601 8140055 denuncias@enel.com

DEFENSOR DEL CUENTE
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: dale!, MOVII, NEQUI, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efecti, Reval, MOVIRED, puntored, Sistecrédito

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: alkosto, 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: $358,78 T: $58,19 D: $280,72 CV: $106,36 PR: $69,75 R: $5,64 CF: $0,00 / $877,36 Costo kWh Mes

GRUPO: 01 CIRCUITO: CLAV27-301217R1-- NIVEL DE TENSIÓN: 1 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 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 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 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. 860.063.875-6. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

CUDE: 174ea0dd093bb046007ec9cbd116e5c953b85c4883108d69aab70d5f0a6525363b25849b15245f0730cead87644a5a4

FECHA GENERACIÓN: 27/01/2025 00:06:43
FECHA EXPEDICIÓN: 27/01/2025 13:22:13

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.058.812- | Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 830.221.151-0 | 805 - Página 1 de 2

80437

320

886 - Página 2 de 2

No. Cuenta 0307563-2 80437

1 Total Energía	+	2 Portafolio Enel X	=	Total a Pagar	PAGO OPORTUNO	FECHA DE SUSPENSIÓN
$157.490		$0		$157.490	05 FEB /2025	07 FEB/2025

ENERGÍA | NÚMERO DE CUENTA: 0307563-2 | PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 20 FEB /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	10.028		9.829		199		1		199	199		$877,38		$174.595
ENERGIA REACTIVA	1.668		1.631		37		1		37	0		$260,72		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh X				Valor kWh $877,3817		X		Beneficio -15.00 %					-$17.109
ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $4.921 DIARIOS												SUBTOTAL:		$157.486

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$4
SUBTOTAL:	$4

Consumos + Otros cobros asociados a energía — 1 TOTAL ENERGÍA: $157.490

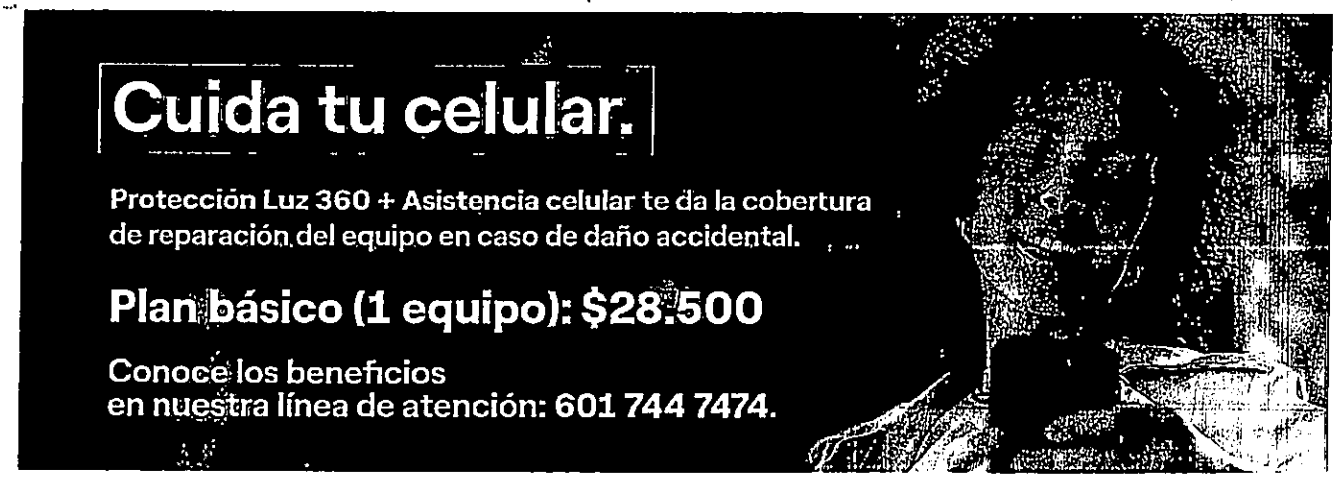
Otros cobros de productos y servicios

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 $83.836

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 CLIENTE
0307563-2

Documento Equivalente Electrónico No.
340071971-0

(415)7707209914253(8020)010307583234007197 10(3900)00000000157490

PAGO OPORTUNO
05 FEB /2025

TOTAL A PAGAR
$157.490

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 99

MICROCHIP: 990000012131738

FECHA: 17/04/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: NOAH

COLOR: Cafe - Negro

ESPECIE: CANINO X FELINO __ SEXO: HEMBRA X MACHO __ RAZA Bulldog Francés EDAD 1año PESO: 9,6 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 Y MIXTO __ OTRO __

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Angie Michaela Alegria Rancanco

DIRECCION: AM 4 AP 1606 CL 6A # 18-33

TELEFONO: 3138532419

CEDULA: 1026 592 881

CORREO ELECTRÓNICO: angiealegria24@gmail.com

BARRIO: La Estanzuela

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: Tecnologo NS/NR: __

TIPO DE VIVIENDA: CASA __ APTO Y RURAL __

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO: Oct 24

ULT. DESPARASITACION: Enero 25

ULT. VACUNACION: NS/NR: __ CANINOS PARVO: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / RABIA: Marzo24

FELINOS: TRIPLE FELINA: / HEXAVALENTE: / LEUCEMIA: /

4. EXAMEN CLINICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI X NO __

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Respiratorio

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Estenosis de narinas

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: 38,3 °c

TLLC 1 seg

MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,4 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,9 ml.	5 mg/kg IV X 10 mg/kg IM ☐
	PROPOFOL	1,8 ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	3,1 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,6 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,09 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: Andres Quiroga
TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario TP. 34839

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO: Yennifer Gutiérrez Nomesque
TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358

FIRMA

96

321

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:
Angie Alegna R.	1.076.592.881

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:
Santa Helena	28 feb 25	8 am

OBSERVACIONES:

SE LE INFORMA AL TENEDOR RESPONSABLE SOBRE LOS RIESGOS ANESTESICOS Y QUIRURGICOS DEL ANIMAL, DEBIDO A LA CONDICIÓN DE SU RAZA, TENEDOR REFIERE ENTENDER

Angie Alegna R
1.076.592.881

Andres Quiroga
Médico Veterinario
TP. 34839

84

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.026.592.881

ALEGRIA RONCANCIO

APELLIDOS

ANGIE MICHAELA

NOMBRES

Angie Alegria R

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-OCT-1997
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

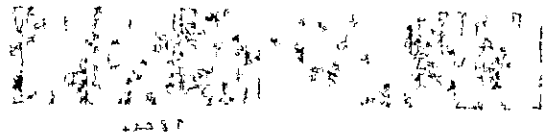
1.60 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

26-NOV-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-00777041-F-1026592881-20151216 0047774406A 1 45255657

322



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:

7848072-7

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 339977996-9

CLIENTE

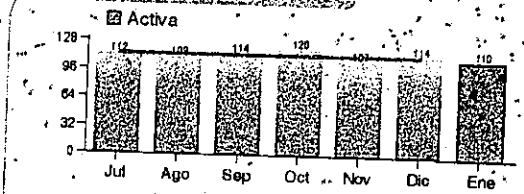
LUZ SANDOVAL
CL 6 A NO 18 33 AM 4 AP 1606
11001000
BOGOTA, D.C. - LA ESTANZUELA

18 212 1937 / 117-23929657

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $831,59

CONSUMO DIARIO: 3,44 kWh

VALOR DIARIO: $2.430

PERÍODO FACTURADO: 21 DIC/2024 A 21 ENE/2025

DÍAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES 110 kWh

CONSUMO PROMEDIO ÚLTIMOS 6 MESES 113 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:	3
CARGA kW:	4,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10002182121837
RUTA LECTURA:	12182130489
MANZANA DE LECTURA:	MS00410412
MEDIDOR NO:	117-23929657
MEDIDOR NO:	117-23929657

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



CD BIMMTH | GRUPO: 11 | NC: 0,00 | VC: 0,00 | CDC: 0,00
PERIODO: 2024/11 | DI: 177,78 | CF: 107,00000 | MC: 0,00 | MF: 1,00 | %F: 0,18

Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 030 de 2019

CONTÁCTANOS

- Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/tramites.html
- Chat de atención enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
- 316 890 6003 (Elena Bot o paso Asesor)
- Enel Colombia @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 Gratuito las 24 horas	601 6140055 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 Servos, 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, éfecty, Baloto, Gana, Su Red Efectiva, Su Red Efectiva Plus, Su Red Efectiva Express, Su Red Efectiva Móvil, MOVIRED, Su Red Efectiva Express, Olímpica, Su Red Efectiva Express

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: Vigencia: DIC/2024

G: $356,78 T: $38,19 D: $234,85 CV: $108,30 PR: $89,75 R: $5,64 CP: $0,00 / $831,59 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: BJ16-89997701- - NIVEL DE TENSIÓN: 1 PROPIEDAD: Cliente

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 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 comunícate al (601) 5 115 115, línea 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.*

En cumplimiento de la resolución CREG138/11 consulte: enel.com.co/es/clientes/tarifas-y-facturacion.html

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, línea 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: 24/01/2025 01:15:13
FECHA EXPEDICIÓN: 24/01/2025 13:56:12

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación S.A.S NIT 800.063.815

Nit - NIT 860.321.151-0

Proveedor

935e38d5f77c504ua0b2dda/0433a08b3fcb619e5855966e97403244755ebe_823b186f5948257b0045e11bbc29ac02

323

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9563110927 DV: 456365
Cliente: 113324 ENEL CODENSA INTEGRACION
Fecha: 28/01/2025 16:09:02
PAP: 994518
CODBARRA: 01784807273399779969
REFERENCIA: 1683844369
TIPODEUDA: DV
NUMERODOCUMENTO: 3399779969
MONTODEUDA: 77750.
DESCRIPCION_RETORNO: OK
Referencia: 1683844369 Valor: $77.750,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presenta este recibo: Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

J. Cuenta /7848072-7 34399 Página 2 de 2

Portafolio Enel X $0 = Total a Pagar $77.750

PAGO OPORTUNO 04 FEB /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN 06 FEB/2025

NÚMERO DE CUENTA 7848072-7 | PRÓXIMA FECHA DE FACTURA 19 FEB /2025

Situación encontrada: Normal

Diferencia de lecturas	X	Factor	=	Energía Consumida kWh	Energía Facturada kWh	X	Valor Unitario	=	Valor Facturado
110		1		110	110		$831,59		$91.475
8		1		8	0		$234,95		$0
Valor kWh $831,5917		X		Beneficio -15.00 %					-$13.721
							SUBTOTAL:		$77.754

$-4
$-4

$77.750

Otros cobros de productos y servicios

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 — TOTAL OTROS: $0

...ría la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE ...N a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo ...os publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $39.656

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 gestión de cobranza si la mora supera 15 días y se realiza gestión de cobro.

...E: El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (0 – 130 kWh/mes) es de -15.00 %

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.



NÚMERO DE CLIENTE
7848072-7

Documento Equivalente Electrónico No.
339977996-9

(415)7707209914253(8020)01784807273399779969(3900)00000000077750

PAGO OPORTUNO
04 FEB /2025

TOTAL A PAGAR
$77.750

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 100

MICROCHIP: 990000013794546

FECHA: 17/02/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Lupe

COLOR: Negro

ESPECIE: CANINO X FELINO __ SEXO: HEMBRA X MACHO __ RAZA Mestizo EDAD 1año PESO: 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: Julian Ibañez Rodriguez

DIRECCION: Lo1 Dg 24 Bis #27A-10

TELEFONO: 3228817134

CEDULA: 1000 221 149

CORREO ELECTRÓNICO: julianibanez2710@gmail.com

BARRIO: Samper Mendoza

ESTRATO: 1

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: NS/NR: __ Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO: Enero 25

ULT. DESPARASITACION: Enero 25

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

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

RABIA: Enero 25

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ____ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 118 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	0,3 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	Andres Quiroga Médico Veterinario TP. 34839	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Yennifer Gutiérrez Nomesque Médico Veterinario • Zootecnista TP. 33358	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: 1000221140

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: Santa Helena	FECHA: 28 feb 25	HORA: 8 am

OBSERVACIONES:

90

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.000.221.149**

IBAÑEZ RODRIGUEZ

APELLIDOS

JULIAN

NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-JUL-2000**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

01-AGO-2018 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-1500150-01030565-M-1000221149-20180810 **0062**241382A 1 1235073234

325

Factura de gas

Enero 20

Cuenta o referencia de pago **62605387**

BOGOTA

Vigilado Superservicios

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

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1 Pago oportuno	2 Fecha de suspensión	3 Periodo facturado	4 Emisión de 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
FIJO	1UN	4:029,00	0,00	4.029,00
MASS CONTRIB. CARGO FIJO 8.90%	1UN	358,58	0,00	358,58
AJUSTE DECENA	1UN	-3,26	0,00	-3,26
Intereses Moratorios Base Recargo	1UN	65,68	0,00	65,68

1 Total **$4.450,00**

Tus financiaciones

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

2 Total **$0,00**

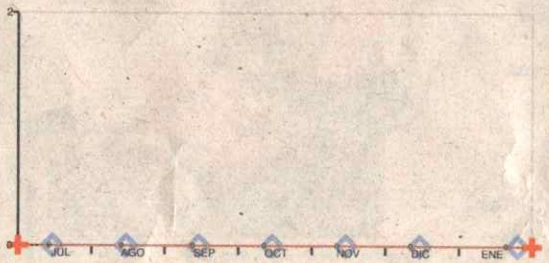
3 Valor facturas vencidas **$0,25**

Total a pagar 1 + 2 + 3 **$4.449,75**

Paga por pse

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Comercial — Estrato/Cat. Uno — Días de consumo 33

Fecha	Lectura	Tipo
12 Dic. 2024	4431	REAL
13 Ene. 2025	4431	REAL

m^3 corregido= 4431 - 4431 * Factor de corrección = 0

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 $ 445

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. 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 41385 de 2017

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m^3 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: 61.58	Cvm: 0.0	Cufm: 4029.0	Cuvm: 2479.93
Ccm: 0.0	Fpcm: 42.475	DAUR: 0.0	DAUNR: 0.0

Mj/m^3 Tu consumo en m^3 de gas equivale: 0

kWh y el precio unitario del kWh es: $0.0

Factor de corrección

Vm: 0	Kp: 0.76727	Kt: 1.00652	Ft: 0.77227		
Vc: 0	Tm: 13.69	Te: 15.56	Pe: 1.01008		
Pa: 0.752	Pm: 0.023	F^3 pv: 1.0			

Factor de correción: 0.77227

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IQ: 100.0 IPII: 100.0



(415)7709998026025(8020)62605387(3900)00000000004450

Somos grandes contribuyentes Resolución 000200 Diciembre 27/2024 Retenedor de IVA. Autorretenedores Resolución No. 4959 del 17-Jul-1998 Autorización de Numeración de Facturación No. Formulario 18764067156808 del 12/03/2024. Facturación electrónica desde N° 60000001 hasta 50000000 con vigencia de 18 meses

Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NUIR 2-11001000-6. VANTI S.A. ESP. NIT 800.007.813-5 - Revisor fiscal Deloitte Y Touche S.A.S. Esta factura presta mérito ejecutivo. Art 130 de la ley 142 de 1994

50242

C1

Factura No. F15B24473424

ca14d0b29ef63dda62339f2bbcf85bb0ac50e3817d2f35fc6da14edef183f92f0312a18223655e9e0d57dab101458df5855

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

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

Contrata el servicio

continuo y rentable de gas natural.

Contáctanos y construye las internas con un experto.

Avanzar es que puedas expandir tu negocio de la mano de Vanti.

Tel: 601 307 8121 | **WhatsApp:** 315 416 4164

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gasoriente S.A. ESP y Gasnacer S.A. ESP.

vanti. Más formas de avanzar



Adquiérelo ya en www.grupovanti.com

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

» Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban, Itaú*, Bancolombia, BBVA*, Scotiabank Colpatria*, Banco AV Villas*, Banco GNB Sudameris, Bancolombia*, Banco Falabella, Banco Pichincha*, Banco Caja Social*, Nequi, 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.

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. 800.096.812-8 7048/23072024

¡Hola!

ADRIANA RODRIGUEZ
DG 24 BIS 27A 10 L01 - SAMPER MENDOZA
BOGOTA

vanti. Más formas de avanzar

Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5017710-7510000421

Lote: P09GN **Ruta:** 0011310070260005100 **Código del Sector:** 390

Cuenta o referencia de pago **62605387**

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:

Tu satisfacción es nuestra prioridad, conoce tus derechos y responsabilidades como usuario comercial del servicio de gas natural.

vanti. Más formas de avanzar

Responsabilidades Usuarios
Capítulo 3 – Cláusula 18 del CCU

- No adulterar los medidores o equipos de regulación.
- Informar de inmediato cualquier anomalía, alteración voluntaria o accidental de los equipos.
- Pagar en los plazos establecidos, el valor liquidado en la factura, por la prestación del servicio.

Derechos Usuarios
Capítulo 3 – Cláusula 15 del CCU

- Recibir un servicio con calidad, continuidad y seguridad según la ley y regulación.
- Presentar peticiones, quejas y recursos relacionados a la prestación del servicio.

Obligaciones Vanti
Capítulo 3 – Cláusula 17

- Suministrar el servicio con calidad y seguridad.
- Adoptar medidas y mecanismos eficaces para que los equipos de medida funcionen correctamente previniendo su alteración.
- Exigir que los funcionarios y personal autorizado porten un carné de identificación.

Derechos Vanti
Capítulo 3 – Cláusula 15

- Adelantar las revisiones a fin de verificar la exactitud en la medición del consumo.
- Suspender, cortar el servicio y/o dar por terminado el contrato por incumplimiento del usuario.
- Acceder al inmueble previa autorización del usuario, para verificar las condiciones de seguridad de la red interna.

Para conocer en detalle el contrato de condiciones uniformes. Escanea el código QR.

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.

390 0011310070260005100 P09GN 50242 C1

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 101 | MICROCHIP: 990000013794557 | FECHA: 17/02/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: luna | COLOR: Canela

ESPECIE: CANINO X FELINO __ | SEXO: HEMBRA X MACHO __ | RAZA Pincher miniatura | EDAD 1 año | PESO: 4,4kg | 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 Y MIXTO __ OTRO __

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Alejandro Bonilla Prieto | DIRECCION: cl 2 #20A-16 02 | TELEFONO: 3115180982

CEDULA: 1022 970 530 | CORREO ELECTRÓNICO: bonillaprietoalejandra@gmail.com

BARRIO: Eduardo Santos | 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:
DIC 24	DIC 24	FELINOS: TRIPLE FELINA:	HEXAVALENTE:	PARAINFLUENZA Y BORDETELLA:
			LEUCEMIA:	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:
116 l/m	32 r/m	38,3 °c	1 seg	Rosadas

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 ☐
	PROPOFOL	0,8 ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1,4 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,28 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,09 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	Andres Quiroga Médico Veterinario TP. 34839	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Yennifer Gutiérrez Nomesque Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358	FIRMA 46

32T

	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:
Alexander Bonilla Q	1022970530.

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:
Santa Helena	28 feb 125	8 am

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.022.970.530**

BONILLA PRIETO

APELLIDOS

ALEJANDRO

NOMBRES

Alejandro Bonilla Prieto.

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-AGO-1991**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

04-SEP-2009 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01133297-M-1022970530-20200219 0070177335A 1 9911876465

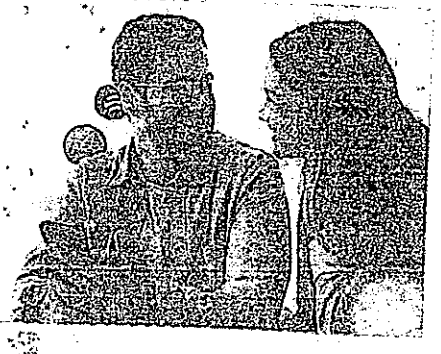
Inscríbete para tener **tu factura** de manera digital

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 de tu 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 · Scotiabank Colpatria · Banco AV Villas · Banco GNB Sudameris · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banca Caja Social · Nequi · Davivienda · Davivienda Plata · dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

7048230720241

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

Puntos Presenciales

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

*Si cancelas con cheque, 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.

CANAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.056.112-8

¡Hola!

FLORICELDA CUELLAR
CL 2 20A 16 02 - EDUARDO SANTOS
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5107104-65019

Lote: P02GN Ruta: 0011240186330005100 Código del Sector: 200

Cuenta o referencia de pago 61119845

200
0011240186330005100
41610
P02GN

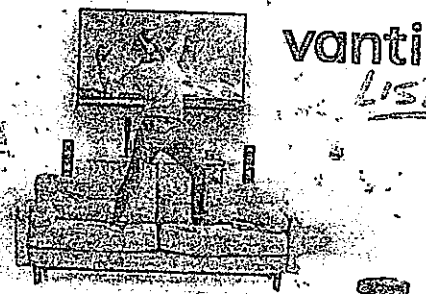
vanti Listo

Compra lo que necesitas en tu hogar y paga en cuotas a través de tu factura de gas natural

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:

C1

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:

Transtión 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 Gasnacer 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/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.

329

Factura de gas

Enero 2025

BOGOTÁ

Cuenta o referencia de pago 61119845

NIT 800067819-5
Vanti S.A. ESP
www.grupovanti.com

vanti
Más formas de avanzar

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	49M3	2.479,93	0,00	121.516,57
FIJO	1UN	4.029,00	0,00	4.029,00
AJUSTE DECENA	1UN	3,13	0,00	3,13
Intereses Moratorios Base Recargo	1UN	541,30	0,00	541,30

1 Total $126.090,00

Tus financiaciones

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

2 Total $0,00

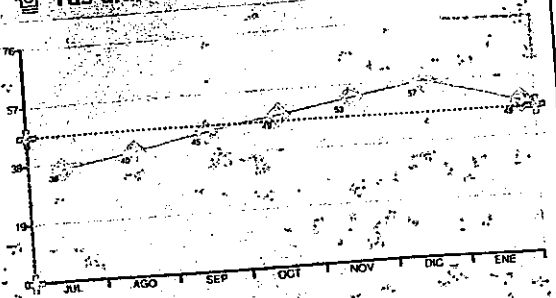
3 Valor facturas vencidas $0,00

Total a pagar (1 + 2 + 3) $126.090,00

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial Estrato/Cat Tres Días de consumo 32

Fecha	Lectura	Tipo
03 Dic. 2024	6766	REAL
03 Ene. 2025	6830	REAL

m³ corregido= 6830 - 6766 * Factor de corrección = 49

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 $ 12609

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 Ene. 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 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: 613.86 Cm: 2479.93
p: 61.58 Cvm: 0.0 Cum: 4029.0 Cuvm: 2479.93
Com: 0.0 Fpcm: 42.475 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0
Mj/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 578
kWh y el precio unitario del kWh es: $217.207

Factor de corrección

Vm: 64 Kp: 0.76727 Kt: 1.00641 Pt: 0.77219
Vc: 49 Tm: 13.72 Tc: 15.56 P.c: 1.01008
Pc: 0.752 Pm: 0.023 P pv: 1.0
Factor de corrección: 0.77219

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IO: 100.0 IPII: 100.0



(415)7709998026025(8020)61119845(3900)00000000126090

Resolución No. 4959 del 17-Jul-1996 renovación ... 20000021 hasta 50000700 con vigencia de 10 años. Resolución 12312/2021. Facturación electrónica desde Nº 60000021 hasta 50000700 con vigencia de 10 años.

Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NURS 2-1100100-0. VANTI S.A. ESP. Nit 800.067.819-5 - Persona Física Declara Y Factura S.A.S. Esta factura presta mérito ejecutivo. Art 130 de la 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: 102

MICROCHIP: 990000013794553

FECHA: 17/02/2025

ORIGEN: CES__ PROTECCIONISTA__ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Nara

COLOR: Blanco - cafe

ESPECIE: CANINO X FELINO__ SEXO: HEMBRA X MACHO__ RAZA Pitbull EDAD 9meses PESO: 23,4kg POTENCIAL PELIGROSO SI X NO__

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI__ NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI__ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR__ CASERO__ CONCENTRADO X MIXTO__ OTRO__

ORIGEN: NS/NR__ RESCATADO__ COMPRADO X ADOPTADO__ REGALADO__ PERRO DE CUADRA__ OTRO__

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Nestor Esteban Beltran Chavez

DIRECCION: cl 2 #20A-16 oz

TELEFONO: 3123625820

CEDULA: 1006 031 194

CORREO ELECTRÓNICO: nestorestaban79@gmail.com

BARRIO: Eduardo Santos 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: X CANINOS PARVO: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: / FELINOS: TRIPLE FELINA: / HEXAVALENTE: / LEUCEMIA: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / RABIA:
DIC 24	Enero 25	

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 118 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	1,2 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	2,3 ml.	5 mg/kg IV X 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

Andres Quiroga
Médico Veterinario
TP. 34839

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO
TARJETA PROFESIONAL

Yennifer Gutiérrez Nomesque
Médico Veterinario - Zootecnista
TP. 33358

FIRMA

330

	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: 1006037194

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: Santa Helena	FECHA: 28 feb 25	HORA: 8 am

OBSERVACIONES:

96


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.006.031.194
BELTRAN CHAVEZ
APELLIDOS
NESTOR ESTEBAN
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 08-MAY-2000
PLANADAS (TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
18-MAY-2018 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
INDICE DERECHO
P-150015(0101:0353-M-1006031194-20180525 0061304288A 1 50393162

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 · Credibanco · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco AV Villas · Banco GNB Sudameris · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banca Caja Social · Nequi · Davivienda · 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.

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.086.812-8

7048/23072024

¡Hola!

FLORICELDA CUELLAR
CL 2 20A 16 02 - EDUARDO SANTOS
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5107104-65019

Lote: P02GN **Ruta:** 0011240186330005100 **Código del Sector:** 200

Cuenta o referencia de pago 61119845

vanti Listo

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

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:

Mansión Electrodomésticos · Multintegral · TECHRED · 30 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 Gasnacer 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/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.

0011240186330005100 41610 200 P02GN C1

332

Factura de gas

Enero 2025

BOGOTÁ

Cuenta o referencia de pago 61119845

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

vanti
Más formas de avanzar

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
		2.479,93	0,00	121.518,57
CONSUMO GAS	49M3	4.029,00	0,00	4.029,00
FIJO	1UN	3,13	0,00	3,13
AJUSTE DECENA	1UN	541,30	0,00	541,30
Intereses Moratorios Base Recargo	1UN			

1 Total $126.090,00

Tus financiaciones

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

2 Total $0,00

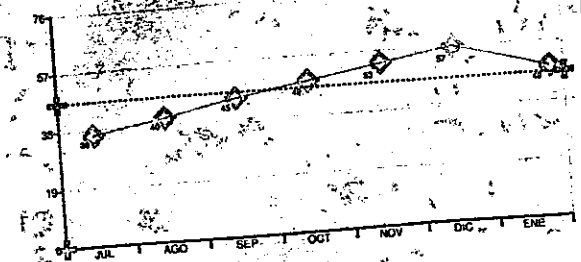
3 Valor facturas vencidas $0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3 $126.090,00

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial Estrato/Cat Tres Días de consumo 32

Fecha	Lectura	Tipo
03 Dic. 2024	6766	REAL
03 Ene. 2025	6830	REAL

m³ corregido= 6830 - 6766 * Factor de corrección = 49

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 $ 12609

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 Ene. 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 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: 514.82 Dm: 613.88 Cm: 2479.93
P: 61.56 Cvm: 0.0 Cvnm: 4029.0 Cvnr: 2479.93
Com: 0.0 Fpcm: 42.475 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

MJ/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 578 kWh y el precio unitario del kWh es: $217.207

Factor de corrección

Vm: 64 Kp: 0.76727 Kt: 1.00641 Pt: 0.77219
Vc: 49 Tm: 13.72 Tc: 15.56 Pc: 1.01008
Pa: 0.752 Pm: 0.023 F pv: 1.0

Factor de corrección: 0.77219

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IO: 100.0 IPit: 100.0



(415)7709998026025(8020)61119845(3900)00000000126090

Factura No. F15B2409810

Resolución No. 4953 del 17-Jul-1996 modificada por la(s) resolución(es) 50000000 hasta 50000000 con Vigencia de 10 meses
12/03/2024. Facturación electrónica desde Nº 00000001

Estas vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NMR 2-110010004-8, VANTI S.A. ESP., NIT: 800.007.813-5 - Revisor: Ariel Delgado Y Touche S.A.S. Esta factura presta mérito ejecutivo. Ley 142 de 1994 y de la ley 143 de 1994

Factura Transformada en Nit 900.032.133-4

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 103

MICROCHIP: 990000013794554

FECHA: 17/02/2025

ORIGEN: CES__ PROTECCIONISTA__ COMUNIDAD__

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: FIONA

COLOR: Blanco - cafe

ESPECIE: CANINO X FELINO__ SEXO: HEMBRA X MACHO__ RAZA Mestizo EDAD 1año PESO: 15,4kg 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__ COMPRADO__ ADOPTADO X REGALADO__ PERRO DE CUADRA__ OTRO__

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Carlos Andres Vanegas Castañeda

DIRECCION: CL 2 BIS # 14-42

TELEFONO: 3204601430

CEDULA: 80 014 330

CORREO ELECTRÓNICO: Carlosandres vanegascastaneda@gmail.com

BARRIO: Eduardo Santos

ESTRATO: 0

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: Dic 24

ULT. VACUNACION: NS/NR:__ CANINOS PARVO: FELINOS: TRIPLE FELINA: HEXAVALENTE: LEUCEMIA: TRIPLE: PENTAVALENTE: 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: 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	0,8 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	1,5 ml.	5 mg/kg IV ☒ 10 mg/kg IM ☐
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	3 ml.	2 mg/kg IV
	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 pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO: Andres Quiroga
TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario TP. 34839
FIRMA:

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO: Yennifer Gutiérrez Nomesque
TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33256
FIRMA: 46

333

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:
Carlos Andres Vanegas	80014330

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:
Santa Helena	28 feb 25	8 am

OBSERVACIONES:

SE LE INFORMA AL TENEDOR RESPONSABLE SOBRE EL RIESGO QUIRÚRGICO DEL ANIMAL YA QUE SE ENCUENTRA EN CELO, TENEDOR REFIERE ENTENDER

Andres Quiroga
Médico Veterinario
TP. 34839

Carlos Vanegas
80014330

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 80.014.330

VANEGAS CASTANEDA

APELLIDOS

CARLOS ANDRES

NOMBRES

Carlos Andres Vanegas

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 31-MAR-1981

TENA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 O+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

03-AGO-1999 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00130332-M-0080014330-20031120 0006568103A 1 1240033005

enel Bogotá

PAPEL ECOLÓGICO

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

Factura de Servicios Públicos Número de Factura **0308075-8**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 340163619-7

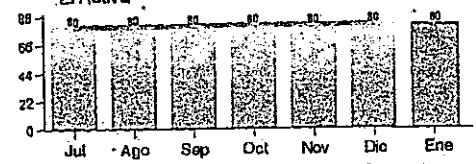
CLIENTE

CARICIA S A
CL 2 BIS NO 14 42
BOGOTA, D.C. - EDUARDO SANTOS

19 206 3764 / 104-10024553

COMPORTAMIENTO CONSUMO

Activa



VALOR kWh APLICADO: $877,36

CONSUMO DIARIO: 2,50 kWh

VALOR DIARIO: $2.632

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 73 kWh

PERÍODO FACTURADO: 22 DIC/2024 A 22 ENE/2025

DÍAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES 80 kWh



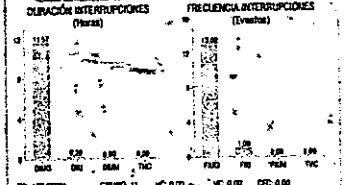
Proveedor Tecnológico: Canéjal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - NIT 830.121.151-0

Es importante que ingreses a TU LECTURA DE TU MEDIDOR y TU CONSUMO de energía, es fundamental para nosotros. Gracias

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Industrial
ESTRATO:	0
CARGA kW:	6,34
FACTOR:	40
RUTA REPARTO:	10002192063764
RUTA LECTURA:	12192030320
MANZANA DE LECTURA:	MS00410508
MEDIDOR NO:	104-10024553
MEDIDOR NO:	104-10024553

CALIDAD DEL SERVICIO



CÓD. 1534701 GRUPO. 11 VC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,00
PERIODO: 202411 DI: 222,72 CF: 80,00000 VC: 0,00 MF: 1,00 TAL 0,15

Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 036 de 2019

CONTÁCTANOS

Dudas y solicitudes en nuestra página Redacciones
Chat de servicios en nuestra página Chat de atención
318 590 6003 Clara Bot o paso Asesor
Canal Colombia
Enel Contesta
Registrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

Bogotá, Sabana y Cundinamarca	Línea gratuita las 24 horas	Correo electrónico
601 5 115 115	115	601 5140055 defensoria@enel.com

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

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.

¿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 · Gana · Red Multicolor · MOVIRED · Supergiros · Su Red Baloto · Su Red Gana · Su Red Efecty

Red Distrital

RED CADE

Centros de Servicio

enel

Almacenes de Cadena

Jumbo · 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.



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: $8.422

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: DIC/2024
G: $336,76 T: $58,19 D: $269,73 CV: $106,30 PR: $59,75 R: $3,64 CF: $0,00 / $877,36 Costo kWh Mes

Datalle n° CIRCUITO: CAY27-15347701 - NIVEL DE TENSIÓN: PRIORIZADO Empresa

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,84 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 dichos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícase 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 se cobrará previa la mora ejecutiva 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, 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.

FECHA GENERACIÓN: 27/01/2025 00:07:25
FECHA EXPEDICIÓN: 27/01/2025 13:39:17

Factura impresa por Canéjal Soluciones en Comunicación SAS NIT 800.058.612-1

CUDE: 62481285c2d6c6e3d3671a...

$84.230 + $0 = $84.230

PAGO OPORTUNO
05 FEB /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN
07 FEB/2025

ENERGÍA | 0308075-8 | 20 FEB /2025

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

			Diferencia de Consumo	Factor	Energía Consumida kWh		Valor Unitario	Valor Facturado
ENERGÍA ACTIVA FP	1.510	508	2	40	2	30	$877,36	$70.189
ENERGÍA REACTIVA	0	0	0	0	0	0	$280,12	$0
CONTRIBUCIÓN	APORTE DEL 20,00 % DEL VALOR FACTURADO							$14.038

ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $2.532 DIARIOS

SUBTOTAL: $84.227

Ajustes a la decena $3

SUBTOTAL: $3

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.

$84.230

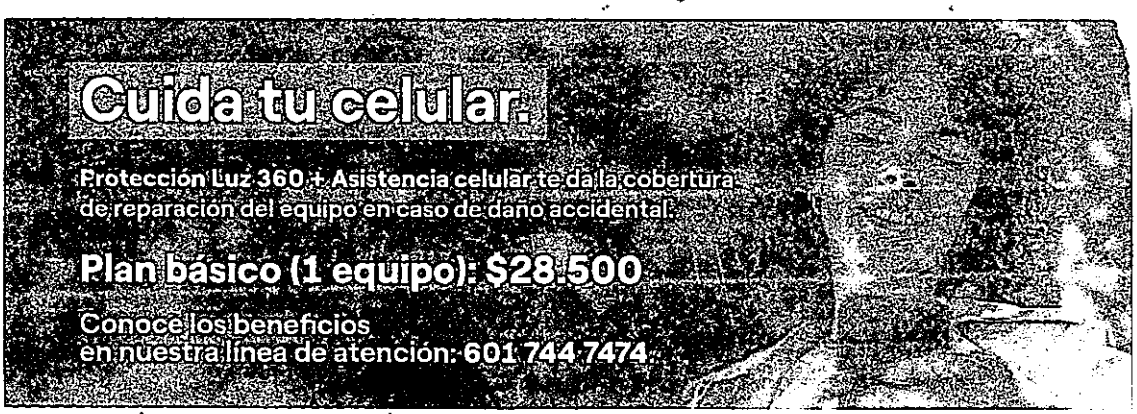
Productos y servicios diferentes a los servicios de energía, gas

$

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 $230.764

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

ESTIMADO CLIENTE: La tarifa final es de $877,36



NÚMERO DE CUENTE
0308075-8

Equivalente Electrónico No.
40163619-7

(415)7707209914253(8020)0103080758340163619 7(3900)00000000084230

PAGO OPORTUNO
05 FEB /2025

TOTAL A PAGAR
$84.230

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 104

MICROCHIP: 990000013794547

FECHA: 13/02/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Chantel

COLOR: Amarrillo

ESPECIE: CANINO X FELINO __ SEXO: HEMBRA X MACHO __ RAZA Mestizo EDAD 1año PESO: 30,2 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: Luz Marina Perea Rosero

DIRECCION: Kr 19A # 1F - 29 Otro

TELEFONO: 3012929224

CEDULA: 39 798 132

CORREO ELECTRÓNICO: edwincp62@gmail.com

BARRIO: Eduardo Santos ESTRATO: 3 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: Nov 24

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

FELINOS: TRIPLE FELINA: ✓ LEUCEMIA: ✓ PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA: enero 25

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 118 l/m F. RESPIRATORIA: 31 r/m TEMPERATURA: 38,3 °C TLLC 1 seg MUCOSAS: Rosada

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1,6 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	3 ml.	5 mg/kg IV X 10 mg/kg IM ☐
	PROPOFOL	6 ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	10 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	2,1 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,3 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

Andres Quiroga
Médico Veterinario
TP. 34839

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO
TARJETA PROFESIONAL

Yennifer Gutiérrez Nomesque
Médico Veterinario - Zootecnista
TP. 33358

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: 39799132 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: Santa Helena	FECHA: 28 feb 25	HORA: 8 am

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 39.798.132
PEREA ROSERO
APELLIDOS
LUZ MARINA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 17-NOV-1970
VENADILLO
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

12-JUN-1989 USME
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-1500150-00993838-F-0039798132-20180409 0060719100A 1 9903867702

337

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 página 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 · Scotiabank Colpatria · Banco AV Villas · GNB Sudameris · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Davivienda Daviplata · Grupo Aval pay · 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.

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.095.872-8
704823072024

330

¡Hola!

CLAUDIA PATRICIA MARIN
KR 19A 1F 29 00202 - EDUARDO SANTOS
BOGOTA

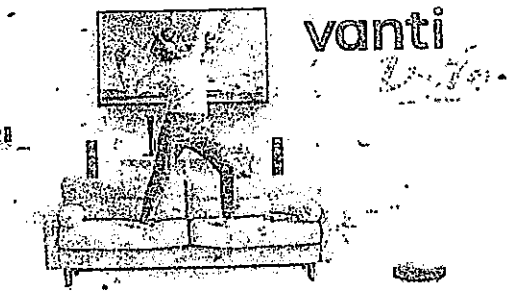
vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5007109-523682

Lote: P02GN **Ruta:** 0011240192950005150 **Código del Sector:** 200

Cuenta o referencia de pago 62041522

vanti Listo

TU CUPO VANTI LISTO **APROBADO ES:**



Estás **Listo** con Vanti Listo para llevarte lo que necesitas a casa

vanti Listo

Usa tu cupo de crédito Vanti Listo ahora mismo en nuestras tiendas aliadas:

Mansión · TECHNO · 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 Gasnacer 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/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.

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

200
0011240192950005150
42020
P02GN
C1

Por favor doble y rasgue para abrir la factura

Factura de gas | Enero 2025 | BOGOTÁ

Cuenta o referencia de pago 62041522

Vanti S.A. E.S.P. www.grupovanti.com Mesa de ayuda

Fechas importantes

1	2	3	4
Pago oportuno 20 Ene. 2025	Fecha de suspensión 21 Ene. 2025	Periodo facturado Dic. - Ene. 2024	Emisión de tu factura 08 Ene. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
	4M3	2.479,93	0,00	9.919,72
CONSUMO GAS	1UN	4.029,00	0,00	4.029,00
FIJO	1UN	0,21	0,00	0,21
AJUSTE DECENA	1UN	71,07	0,00	71,07
Intereses Moratorios Base Recargo				

(1) Total $14.020,00

Tus financiaciones

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

(2) Total $0,00

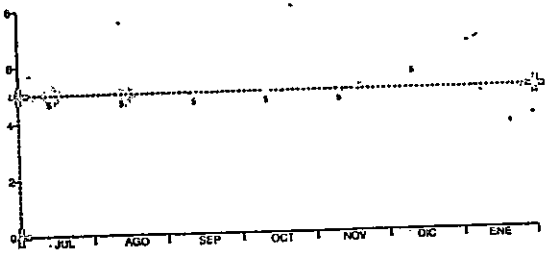
(3) Valor facturas vencidas $0,00

Total a pagar (1)+(2)+(3) $14.020,00

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial Estrato/Cat.Tres Días de consumo 31

Fecha	Lectura	Tipo
05 Dic. 2024	2172	REAL
04 Ene. 2025	2177	REAL

m³ corregido= 2177 - 2172 * Factor de corrección = 4

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 $ 1402

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. 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 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: 61.58 Cvm: 0.0 Cufm: 4029.0 Cuvm: 2479.93
Com: 0.0 Fpcm: 42.475 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

Mj/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 47 kWh y el precio unitario del kWh es: $296.781

Factor de corrección

Vm: 5 Kp: 0.70727 Kt: 1.00641 Ft: 0.77219
Vc: 4 Tm: 13.72 Te: 15.56 Pc: 1.01008
Pa: 0.752 Pm: 0.023 F² pv: 1.0

Factor de corrección: 0.77219

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IO: 100.0 IPII: 100.0



NUESTROS EXPERTOS NO RECIBEN DINERO

(415)7709998026025(8020)62041522(3900)00000000014020

42020 C1 Factura No. F15B2396229

f5a7ca581e9e5990Bcaeb5f0fa3ca11c6f2f2f5742242066888e1411b767c4d6aad51e38ba5f43c3aa2e1647a2437

DE la ley 142 de 1994 Aviso: Tasa=0.4% VIGENCIA 2024

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

PLANILLA DE REGISTRO - ESTERILIZACIONES

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CPS-322-2024

LOCALIDAD: LOS MARTIRES | BARRIO: Santa Helena | JORNADA: Santa Helena

FECHA: 17 febrero 2025 | OPERADOR: FUNDACION ECODES

NÚMERO MICROCHIP	TIPO DE TENEDOR	ESTRATO	NOMBRE	APELLIDO	CC	SEXO: HEMBRA	SEXO: HOMBRE	SEXO: INTERSEXUAL	LGTBI	IDENTIFICACIÓN ÉTNICA: AFROCOLOMBIANO	IDENTIFICACIÓN ÉTNICA: PALENQUERO	IDENTIFICACIÓN ÉTNICA: INDÍGENA	IDENTIFICACIÓN ÉTNICA: RAIZAL	IDENTIFICACIÓN ÉTNICA: RITANO	IDENTIFICACIÓN ÉTNICA: NINGUNO	FIJO / CELULAR	e-mail	DIRECCIÓN	NOMBRE PACIENTE	ESPECIE: CANINO	ESPECIE: FELINO	SEXO: MACHO	SEXO: HEMBRA	OBSERVACIONES	FIRMA
990000013799199		3	Michael Ferney	Ruiz Diaz	1023 022823		X								X	310 305 10 37	maicol ruiz572 @gmail.com	kR 77A #3A 48	Max	X		X			Marcol Ruiz
990000013799196		2	Karen	Bejarano Niño	1 018 454 960	X									X	312 297 57 65	kmbn 0110 @gmail.com	CR 75bis # 6A 53	Rojo	X		X			Karen B.
990000012131703		3	Andrea	Espinel Gonzalez	52 503 896	X									X	313 292 7447	andymona.4701 @gmail.com	CL 76 # 17-1 002	Sheldon	X		X			
990000012131809		0	Sandra Milena	Navarro Tole	1 013 642 364	X									X	313 215 2544	Sandranavarro60@mail.com	CL 2 Bis # 16A 64	oreo	X		X			Sandra Navarro
990000013799191		3	Ammy Valentina	Torres Prieto	1 000 809 109	X									X	322 650 6357	ammyprieto5@gmail.com	kR 18B # 4A 29	Bongo	X		X			Ammy Torres
990000013799198		2	Andres Mauricio	Romero Castillo	1 118 292 807		X								X	320 680 7475	dresmar@hotmail.com	Cl 6D # 1 Sur 1 Pi1	Dio	X		X			
990000012131801		3	William Yezid	Moreno Cruz	79880 086		X								X	377 552 40 57	william moreno 167@gmail.com	kr 77 #457 AP200	Pituto	X		X			
990000013802940		3	William Yezid	Moreno Cruz	79 880 086		X								X	311 552 40 57	william moreno 161@gmail.com	kr 17 # 4-37 AP200	comino	X		X			
990000012131728		2	Yenis Yulieth	Segura Pereira	1 075 692 227	X									X	321 975 6183	YJslm 288@gmail.com	CL 21 # 16-31	Niño	X		X			Yenis Segura
990000012131727		3	Araminta	Piraguibe	39 655 025	X									X	317 856 2905	3178562905@sincorreo.com	CL 2 # 14-70 Un 4	Kim		X	X			
990000012131733		3	Jeimy Daniela	Mora Herrera	1 073 666 347	X									X	311 465 49 68	Jeimydanielamorah@gmail.com	CL 6A # 18-33 AM 4 Apto6	Amaro	X		X			
990000013794139		3	Yury Carolina	Rivera Gomez	53 096 578	X									X	318 384 7889	carolinarivera176@gmail.com	CL 5A # 21-43 02	Rocky	X		X			Carolina Gomez

339

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

LOCALIDAD: LOS MARTIRES | BARRIO: Santa Helena C | JORNADA: Santa Helena M
FECHA: 17 febrero 2025 | OPERADOR: FUNDACION ECODES

NÚMERO MICROCHIP	TIPO DE TENEDOR	ESTRATO	NOMBRE	APELLIDO	CC	SEXO: MUJER	SEXO: HOMBRE	SEXO: INTERSEXUAL	LGBTI	IDENTIFICACIÓN ÉTNICA: AFRO	COLOMBIANO	PALENQUERO	INDIGENA	RAIZAL	GITANO	NINGUNO	FIJO / CELULAR	e-mail	DIRECCIÓN	NOMBRE PACIENTE	ESPECIE: CANINO	ESPECIE: FELINO	SEXO: MACHO	SEXO: HEMBRA	OBSERVACIONES	FIRMA
990000013794558		3	Carmen Rosa	Prieto Velandia	52 856 645	Y										Y	321 286 7685	rosaprieto0012@gmail.com	kr 16 H 6-21 OJ 301	Killer	Y		Y			Rosa Prieto

340

1

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

HISTORIA CLINICA: 105 | MICROCHIP: 990000013799199 | FECHA: 17/02/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA X COMUNIDAD __

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Max | COLOR: Crema

ESPECIE: CANINO X FELINO __ | SEXO: HEMBRA __ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 10meses | PESO: 18,5kg | POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Michael Ferney Ruiz Diaz | DIRECCION: KR 17 A #3A 48 | TELEFONO: 3103051037

CEDULA: 1023022823 | CORREO ELECTRÓNICO: maicolruiz572@gmail.com

BARRIO: Eduardo Santos | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: LOS MARTIRES

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

3. ANAMNESIS

No se tiene conocimiento dado que el animal es rescatado

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. 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: 38,2 °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	1,8 ml.	5 mg/kg IV ☒ 10 mg/kg IM ☐
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	3,6 ml.	2 mg/kg IV
	PROPOFOL	6,3 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1,2 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,18 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	Andres Quiroga Médico Veterinario TP. 34839	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Yennifer Gutiérrez Nomesque Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358	FIRMA

341

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 precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Maicol Ortiz	1023022823

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:	

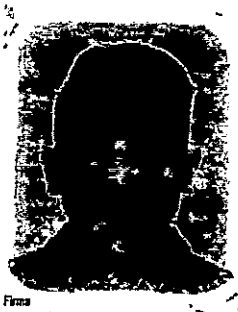
8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Santa helena	28-Feb-25	8:00 Am

OBSERVACIONES:

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



Apellidos
RUIZ DIAZ

NUIP 1.023.022.823

Nombres
MICHAEL FERNEY

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.58	M

Fecha de nacimiento
28 JUL 1997

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
03 AGO 2015, BOGOTA D.C.

Firma
- MaicolRuiz

Fecha de expiración
11 JUN 2034

.CO
048100502

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL048100502415001<<<<<<<<<<
9707287M3406119COL1023022823<4
RUIZ<DIAZ<<MICHAEL<FERNEY<<<<<

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:

0317602-8

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 340211046-8

CLIENTE

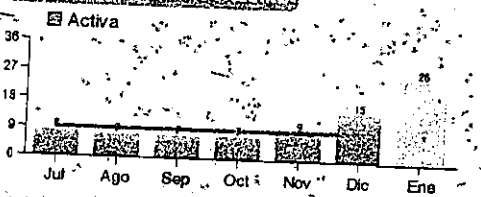
BONIFACIO RODRIGUEZ
KR 17 A NO 3 A 48 AP 100
PRIMER PISO
BOGOTA, D.C. - EDUARDO SANTOS

19 201 4063 / 074-634332

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $377,36

CONSUMO DIARIO: 0,81 kWh

VALOR DIARIO: $506

PERÍODO FACTURADO: 22 DIC/2024 A 22 ENE/2025

DÍAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES: 26 kWh

CONSUMO PROMEDIO ÚLTIMOS 6 MESES: 9 kWh

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

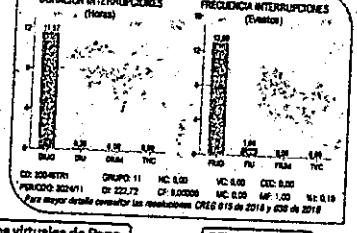
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10002192014063
RUTA LECTURA:	12192200193
MANZANA DE LECTURA:	MS00410511
MEDIDOR NO:	074-634332
MEDIDOR NO:	074-634332

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



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

¿CONTÁCTANOS?

Trámites y solicitudes
Chat de servicio en
318 890 6003 (Elena Bot o paso Asesor)
Enel Colombia
@EnelColombiaCO
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE
Bogotá, Sabana y Cundinamarca
601 5 115 115

EMERGENCIAS
115 Gratuito las 24 horas.

DENUNCIAS
601 6140055
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

Billeteras Virtual: Daviplata, dale!, Nequi, Movii, tpago

Corresponsales Bancarios: CONRED, ratéfácil, Red Ravel, MOVIRED, Puntos Efectivo, Su Chance

Red Distrital

Centros de Servicio: RED CADE, enel

Código QR

Almacenes de Cadena: Jumbo, Éxito

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: $336,76 T: $58,19 D: $280,72 CV: $106,30 PR: $89,73 R: $3,64 CP: $0,00 / $877,36 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: CJAVED-30848TRI - - NIVEL DE TENSIÓN: PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0547 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 de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994.

En cumplimiento de la resolución CREG 15011 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 dirígenos 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: 27/01/2025 00:08:01
FECHA EXPEDICIÓN: 27/01/2025 12:47:21

CUDE: dbdeaaab2c7ebba0623dd6dd89d6954382ac8c2b624e2009cdd7a11c4dd07bf4e98ca521d65

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.058.415-1

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 900.321.151-9

343

PAGO OPORTUNO
05 FEB /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN
07 FEB /2025

1 Total Energía $19.387 + 2 Portafolio Enel X $289.663 = Total a Pagar $309.050

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 0317602-8

PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 20 FEB /2025

Situación encontrada: Normal

Tipo de Lectura: Real

CALCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Diferencia de lecturas	X	Factor	=	Energía Consumida kWh	Energía Facturada kWh	X	Valor Unitario	=	Valor Facturado
ENERGÍA ACTIVA FP	21.792		21.768		28		1		28	28		$877,36		$22.811
ENERGÍA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$280,72		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh X				Valor kWh $877,3617	X			Beneficio -15,00 %					-$3.422
												SUBTOTAL:		$19.389

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $606 DIARIOS

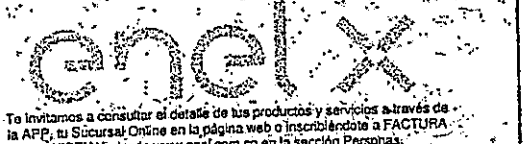
Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$-2
SUBTOTAL:	$-2

Consumos y Otros cobros asociados a energía — 1 TOTAL ENERGÍA: $19.387

Otros cobros de productos y servicios

Tarj.Créd. Privada – Semilla $289.663



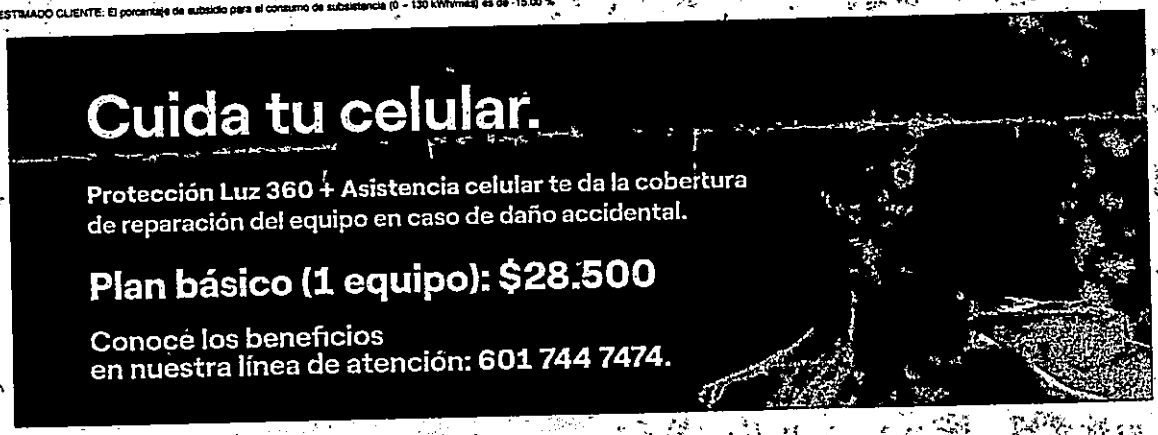
Te invitamos a consultar el detalle de tus productos y servicios a través de la APP, tu Sucursal Online en la página web o inscribiéndote a FACTURA VIRTUAL desde www.enel.com.co en la sección Personas.

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y aseo — 2 TOTAL OTROS: $289.663

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 $59.558

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 CLIENTE
0317602-8

Documento Equivalente Electrónico No.
340211046-5

(415)7707209914253(8020)010317602834021104 65(3900)00000000309050

PAGO OPORTUNO
05 FEB /2025

TOTAL A PAGAR
$309.050

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 106

MICROCHIP: 990000013799196

FECHA: 17/03/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA X COMUNIDAD __

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Rojo

COLOR: Canela

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

RAZA: Mestizo EDAD: 2años PESO: 25,5Kg

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: Karen Begarano Niño

DIRECCION: CR 15 bis #6A 53

TELEFONO: 3122975163

CEDULA: 1018454960

CORREO ELECTRÓNICO: Kmbn0110@gmail.com

BARRIO: La Estanzuela

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: NS/NR: Tecnologo

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __

3. ANAMNESIS

No se tiene conocimiento dado que el animal es rescatado

ULT. CELO: No Aplica

ULT. DESPARASITACION: Enero 25

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

FELINOS: TRIPLE FELINA: / HEXAVALENTE: / LEUCEMIA: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA: Feb 25

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI __ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 116 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	1,3 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	2,5 ml.	5 mg/kg IV ☒ 10 mg/kg IM ☐
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	5 ml.	2 mg/kg IV
	PROPOFOL	8,7 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1,7 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,25 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	Andres Quiroga Medico Vet. TP. 34[illegible]	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Yennifer Gutiérrez Nomesque Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358	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: Karen B.	Nro de Identificación: 1.018.454.960.

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: Santa Helena	FECHA: 28 feb 25	HORA: 8 am

OBSERVACIONES:

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 107

MICROCHIP: 990000012131703

FECHA: 12/02/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Sheldon

COLOR: Blanco

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

RAZA: Mestizo EDAD: 4 años PESO: 11,7kg

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: Andrea Espinel Gonzalez

DIRECCION: CL 16 H 17-1 002

TELEFONO: 3132927447

CEDULA: 52 503 896

CORREO ELECTRÓNICO: andymona.1701@gmail.com

BARRIO: Eduardo Santos ESTRATO: 3

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: Tecnico

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: / FELINOS: TRIPLE FELINA: / HEXAVALENTE: / LEUCEMIA: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / RABIA: Dic 24
No Aplica	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: 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	0,6 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	0,1 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL Yennifer Gutiérrez Nomesque Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358	FIRMA

315

	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: 52503896 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.

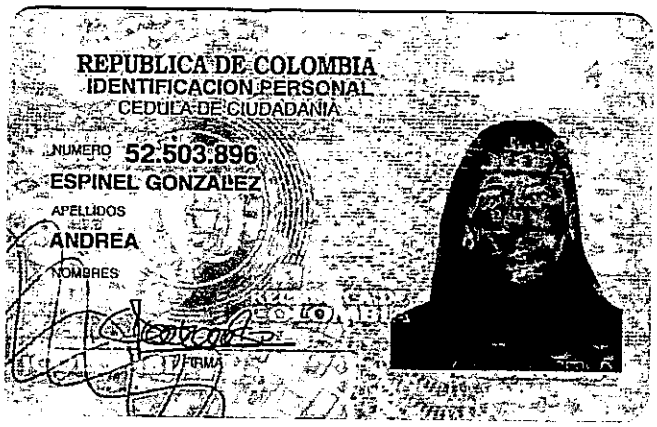
RAZÓN:

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Santa Helena	FECHA: 28 feb 25	HORA: 8 am

OBSERVACIONES:



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.503.896
ESPINEL GONZALEZ
APELLIDOS
ANDREA
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 26-MAY-1978
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

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

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00671770-F-0052503896-20150223 0043192577A 1 1463169403

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

Redeban · Itaú · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco AV Villas · Banco GNB Sudameris · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Davivienda Daviplata · Baloto pay · dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Escanea para pagar tu factura

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.

CARNAVAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.872-3 704B23072024

¡Hola!

MARIA ISABEL GONZALEZ RINCON
CL 1G 17 1 00002 - EDUARDO SANTOS
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5097197-231505

Lote: P02GN **Ruta:** 0011240203030005000 **Código del Sector:** 200

Cuenta o referencia de pago **6419389**1

vanti Listo

Compra lo que quieras cuando quieras, donde quieras y como quieras con tu cupo de gas

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 383.048**



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 Electrodomésticos · Multintegral · TECHRED · 3 Marpos

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 Gasnacer 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/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/

0011240203030005000 42693 P02GN 200

C1 - 1

Suspensión de actividad para suministros residenciales: Cuando el usuario no pague dentro del plazo establecido en la factura, la empresa podrá suspender el servicio, previo aviso escrito, que se entregará en el inmueble, con una antelación no inferior a cinco (5) días hábiles. Si el usuario no paga dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al vencimiento del plazo para suspender, la empresa podrá suspender el servicio. Para el caso de suscriptores residenciales de estratos 1 y 2 que tengan suscritos más de dos (2) servicios públicos domiciliarios, la suspensión procederá cuando el usuario no pague dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de vencimiento de dos (2) facturas

Factura de gas

Enero 2025

Cuenta o referencia de pago: 64193891

BOGOTA

Vigilado Superservicios

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

vanti
Más formas de avanzar

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	8M3	2.479,93	0,00	19.839,44
FIJO	1UN	4.029,00	0,00	4.029,00
AJUSTE DECENA	1UN	0,32	0,00	0,32
RECAUDO TERCEROS Coosepark Protc.	0	66.365,00	0,00	66.365,00
RECAUDO TERCEROS Seguro Vida Deudo	0	12.499,00	0,00	12.499,00
INTERESES FINANCIAMIENTO - NO GRA	1UN	128.367,71	0,00	128.367,71
Vanti Max Vivienda	1UN	6.932,77	1.317,23	8.250,00

① Total $239.349,83

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota N°	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A
1.87 % V-Tecnología Vanti	5/12	105.747,67	21.764,46	105.747,67
1.87 % V-Comple Hogar Vanti	4/48	15.014,58	30.656,92	15.014,58
1.87 % V-Electro Hogar Vanti	3/12	141.434,64	37.596,00	141.434,64
1.87 % V-Electro Hogar Vanti	3/12	25.968,47	6.902,91	25.968,47
1.8700 % Tecnología Vanti	1/60	5.837,64	20.592,55	5.837,64
1.8700 % Electro Hogar Vanti	1/60	3.077,17	10.854,87	3.077,17

17 Enero 25
M: 6096450
$536430

② Total $297.080,17

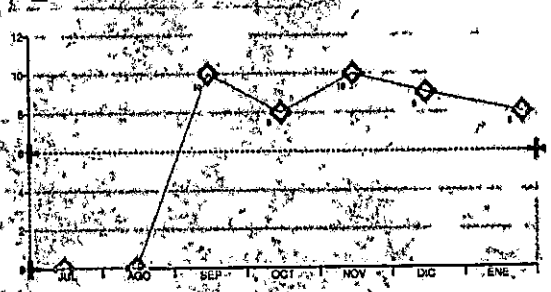
③ Valor facturas vencidas: $0,00

Total a pagar ① + ② + ③: $536.430,00

Paga por pse

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
04 Dic. 2024	8703	REAL
03 Ene. 2025	8713	REAL

m³ corregido= 8713 - 8703 · Factor de corrección = 8

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 $ 83643

Estimado cliente recuerde que tiene entre Oct/2024 y el 31/03/2025 para realizar la Revisión Periódica. Se suspenderá el servicio a partir del 01/04/2025 si Vanti S.A. ESP no ha recibido el Certificado de Conformidad. Realice la revisión y evite la suspensión (Res. CREG 059/2012)

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $66.100

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Mar. 2025

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: 514.62 Dm: 613.88 Cm: 2479.93
P: 61.56 Cpm: 0.0 Cufm: 4029.0 Cuvm: 2479.93
Ccm: 0.0 Fpcm: 42.475 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

Mín: Tu consumo en m³ de gas equivale a 94 kWh y el precio unitario del kWh es: $253.62

Factor de corrección

Vm: 10 Kr: 0.76727 Ki: 1.00641 Ft: 0.77219
Vc: 8 Tm: 13.72 Tc: 15.56 Pc: 1.01008
Pa: 0.752 Pm: 0.023 F¹ pv: 1.0
Factor de corrección: 0,77219

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IC: 100.0 IPR: 100.0



(415)7709998026025(8020)64193891(3900)00000000536430

Estado vigilado por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NUR 2-1100100 Vt. VANTI S.A. ESP. NIT: 800.007.813-5 - Revisor Fiscal Deloitte & Touche S.A.S. Esta factura presta mérito ejecutivo. Art 130 de la ley 142 de 1994

Factura Transformada S.A. Nit 900.902.266-4

Somos grandes contribuyentes mediante Acuerdo de Numeración de Facturación No. Formulario 12764007158888 del Resolución No. 0056 del 17-Jul-2024 Rango (N° 00000001) hasta 50000000 con vigencia de 18 meses 12/08/2024. Facturación electrónica desde N° 00000001

Factura No. FEGD2241936A0

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

HISTORIA CLINICA: 108 | MICROCHIP: 990000012131809 | FECHA: 17/02/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Oreo				COLOR: Negro	
ESPECIE: CANINO X FELINO __	SEXO: HEMBRA __ MACHO X	RAZA: Mestizo	EDAD: 3meses	PESO: 8,4kg	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 __ COMPRADO __ ADOPTADO __ REGALADO __ PERRO DE CUADRA __ OTRO nacio en casa

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Sandra Milena Navarro Tole	DIRECCION: Cl 2 B15 # 16A 64	TELEFONO: 3132152544
CEDULA: 1013642364	CORREO ELECTRÓNICO: Sandranavarro60@gmail.com	
BARRIO: Eduardo Santos	ESTRATO: 0	LOCALIDAD: LOS MARTIRES
ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR: __	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __	

3. ANAMNESIS

Tenedor reporta aparente buen Estado de salud de animal

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: __ CANINOS PARVO:	TRIPLE:	PENTAVALENTE:
NO Aplica	DIC 24	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:
118 l/m	30 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 [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	Andres Quiroga Médico Veterinario TP. 34839	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Yennifer Gutiérrez Nomesque Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358	FIRMA

348

	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 Navarro Tola	1013642364

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:
Santa Helena	28-Feb-25	8:00Am

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.013.642.364**

NAVARRO TOLE

APELLIDOS

SANDRA MILENA

NOMBRES

Sandra Navarro

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **22-MAY-1993**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

05-AGO-2011 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00331696-F-1013642364-20110907 0027958909A 1 37301177

37070

enel Bogotá

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

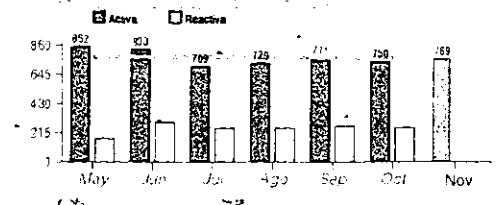
PAPEL ECOLÓGICO

2139699-1

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 333340657-4

MARIA P DE LOZANO
CL 2 BIS NO 16 A 64
LOCAL
BOGOTA, D.C. - EDUARDO SANTOS

19 206 1882 / 117-14380922873



VALOR kWh APLICADO

CONSUMO DIARIO: 25,63 kWh

VALOR DIARIO: $28.359

PERÍODO FACTURADO: 24 OCT/2024 A 22 NOV/2024

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES 769 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 774 kWh



¿Estima Usted que la LECTURA DE SU MEDIDOR y su CONSUMO corresponden a lo facturado?

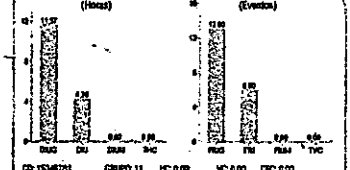
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Comercial
ESTRATO:	0
CARGA kW:	3,47
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10002192061882
RUTA LECTURA:	12192030343
MANZANA DE LECTURA:	MS00410508
MEDIDOR NO:	117-14380922873
MEDIDOR NO:	117-14380922873

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

Es importante que apagues por completo todos los dispositivos que no vas a usar, ni se pueden apagar te recomendamos configurarlos en modo ahorro de energía.

CALIDAD DEL SERVICIO



CS: 15340701 GRUPO: 11 HC: 0,00 VC: 0,00 DSC: 0,00
PERIODO: 222409 DI: 222,92 CF: 771,00000 HC: 0,00 SIP: 1,00 %: 0,18

Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 038 de 2019

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes en oficinas/puntos/centros/radicaciones
Chat de atención en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
318 690 6003 (Elena Bot o pasa Asesor)
Enel Colombia @EnelClientesCO
Registrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

EMERGENCIAS (Opción 1)	CUOTAS FÁCILES	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, Ipaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efecty, Ravat, MOVIRED, Baloto, efecty

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Éxito, Alkosto

Código QR

El pago en un corresponsal bancario, cuya el desprendible del distribuye. El color del corresponsal no es un respaldo válido en esos de factura.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: OCT/2024 -
D: $343,83 T: $32,27 DI: $254,80 CV: $103,70 PR: $67,31 R: $0,15 CF: $0,00 / $833,85 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: CLAV21-13 BARRIO: - NIVEL DE TENSIÓN: PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 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 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 8061 de 10 de diciembre de 2020.
"Sobre el inicio 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 establecerán 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 prestá el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Comercial, 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 diríjase 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.



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: $85 076

FECHA GENERACIÓN: 26/11/2024 01:39:56
FECHA EXPEDICIÓN: 26/11/2024 15:19:24

CUDE: 60d57a4331227 1da2d4e5277bbb89a2561be0559ac4a3c7103194724c4f08202c6133c13c2c607849189f8c4d9915f00c5f6

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.069.612-

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios EAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 830.321.151-0

19.279 - Página 1 de 2

37070

350

www.electy.co

$0

$850.760

PAGO OPORTUNO
06 DIC /2024

FECHA DE SUSPENSIÓN ①
10 DIC/2024

2139699-1

21 DIC /2024

No. Cuenta 2139699-1 37070

Situación encontrada: Normal

	Lectura Actual		Lectura Anterior		Diferencia de Lecturas		Factor		Energía Consumida kWh	Energía Facturada kWh		Valor Unitario		Valor Facturado
...ERGÍA REACTIVA	20.141		19.372		769		1		769	769		$833,85		$641.231
	18.187		18.547		640		1		640	256		$264,60		$67.738
CONTRIBUCION	APORTE DEL 20,00 % DEL VALOR FACTURADO													$141.794
ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $28.359 DIARIOS													SUBTOTAL:	$850.763

Otros cargos facturados a última...

Ajustes a la decena $-3

SUBTOTAL: $-3

Otros productos de proveedores y servicios

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.

Consumos + Otros cobros asociados a energía ① TOTAL ENERGÍA $850.760

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

Están 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 $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 CUENTE: La tarifa final es de: $833,85



NÚMERO DE CLIENTE
2139699-1

Documento Equivalente Electrónico No.
333340657-4

(415)7707209914253(8020)012139699133334065 74(3900)00000000850760

PAGO OPORTUNO
06 DIC /2024

TOTAL A PAGAR
$850.760

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 109 | MICROCHIP: 990000013799191 | FECHA: 17/02/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Bongo | COLOR: Blanco Negro

ESPECIE: CANINO X FELINO __ | SEXO: HEMBRA __ MACHO X | RAZA: Husky Siberiano | EDAD: 1 año | PESO: 19,3 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: Ammy Valentina Torres Prieto | DIRECCION: KR 18B #4A29 | TELEFONO: 3226506357

CEDULA: 1000809109 | CORREO ELECTRÓNICO: ammyprieto50@gmail.com

BARRIO: la Estanzuela | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: LOS MARTIRES

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

3. ANAMNESIS

Tenedor reporta aparente buen Estado de salud del animal

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. 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: 119 l/m | F. RESPIRATORIA: 31 r/m | TEMPERATURA: 38,3 °c | TLLC 1 seg | MUCOSAS: 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	Andres Quiroga TP 34839	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Yennifer Gutiérrez Nomesque Médico Veterinario - Zoote TP 33358	FIRMA 96

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:
Amay Torres	1000809109

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:
Santa Helena	28-Feb-25	8:00 Am

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.000.809.109
TORRES PRIETO
APELLIDOS
AMMY VALENTINA
NOMBRES



Ammy Torres
FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-ENE-2003
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.71 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
09-FEB-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01366772-F-1000809109-20230706 0129570196G 1 8508709633

enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860063875-6
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

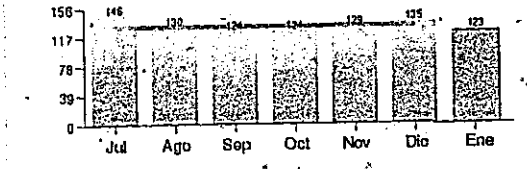
0318207-9

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 339863997-6

MARIA DEL PILAR SANCHEZ BONILLA
KR 18 B NO 4 A 29
BOGOTA, D.C. - LA ESTANZUELA

17 226 2667 / 074-660972





VALOR kWh APLICADO $877,36

CONSUMO DIARIO: 3,84 kWh

VALOR DIARIO: $2.867

PERÍODO FACTURADO: 20 DIC/2024 A 20 ENE/2025

DÍAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES 123 kWh

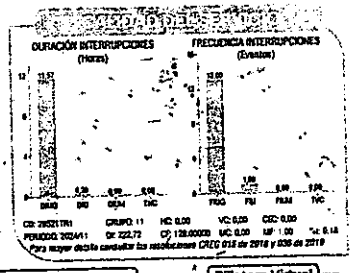
CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 131 kWh

¡Estamos muy cerca! **LECTURA DE TU MEDIDOR** y tu consumo de energía se encuentra dentro de lo habitual

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	4,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10002172262667
RUTA LECTURA:	12172180076
MANZANA DE LECTURA:	MS00410437
MEDIDOR NO:	074-660972
MEDIDOR NO:	074-660972

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.


DURACIÓN INTERRUPCIONES (Horas)
FRECUENCIA INTERRUPCIONES (Eventos)
12
8
4
0
3,55
2,29
0,00
0,00
0,00

(1) $91.730 + (2) $311.290 = $403.020

PAGO OPORTUNO
03 FEB /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN
05 FEB/2025

ENERGÍA | 0318207-9 | 18 FEB /2025

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

CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Diferencia de lecturas	X	Factor	=	Energía Consumida kWh	Energía Facturada kWh	X	Valor Unitario	=	Valor Facturado
ENERGÍA ACTIVA FP	36.981		36.858		123		1		123	123		$877,36		$107.915
ENERGÍA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$280,72		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130.00 kWh X				Valor kWh $877,3617		X		Beneficio -15.00 %					-$16.187
ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $2.867 DIARIOS												SUBTOTAL:		$91.728

Otros Cobros y Servicios Facturados

Ajustes a la decena $2
SUBTOTAL: $2

Pago Negociado 05/02/2025

Otros Cobros de Productos y Servicios

Tarj.Créd. Franquicia $311.290

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.

Consumos + Otros cobros asociados a energía (1) TOTAL ENERGÍA $91.730

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y aseo (2) TOTAL OTROS $311.290

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 $33.558

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 CLIENTE
0318207-9

Documento Equivalente Electrónico No.
339883997-6

(415)7707209914253(8020)010318207933988399 75(3900)00000000403020

PAGO OPORTUNO
03 FEB /2025

TOTAL A PAGAR
$403.020

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 110 | MICROCHIP: 990000013799198 | FECHA: 17/04/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Dio				COLOR: Blanco-cafe	
ESPECIE: CANINO X FELINO __	SEXO: HEMBRA __ MACHO X	RAZA: Mestizo	EDAD: 4 años	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 __ REGALADO X PERRO DE CUADRA __ OTRO __

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Andres Mauricio Romero Castillo	DIRECCION: Cl 6D # 1 54 IN 1 P1		TELEFONO: 3206801475
CEDULA: 1118292807	CORREO ELECTRÓNICO: dresmau@hotmail.com		
BARRIO: Belan	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: LOS MARTIRES	
ESCOLARIDAD: Universidad NS/NR: __	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __		

3. ANAMNESIS

Tenedor reporta aparente buen Estado de Salud de animal

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: __ CANINOS PARVO: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / RABIA: Oct 24
No Aplica	DIC 24	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
120 l/m	32 r/m	38,2 °c	1 seg	Rosadas

OBSERVACIONES: Ningno

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: 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	Andres Quiroga Médico Veterinario TP. 34838	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Yennifer Gutiérrez Nomesque Médico Veterinario - Zootecnista TP. 23358	FIRMA 46

394

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:
	1118292801

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: Santa Helena	FECHA: 28 feb 25	HORA: 8 am

OBSERVACIONES:

55

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

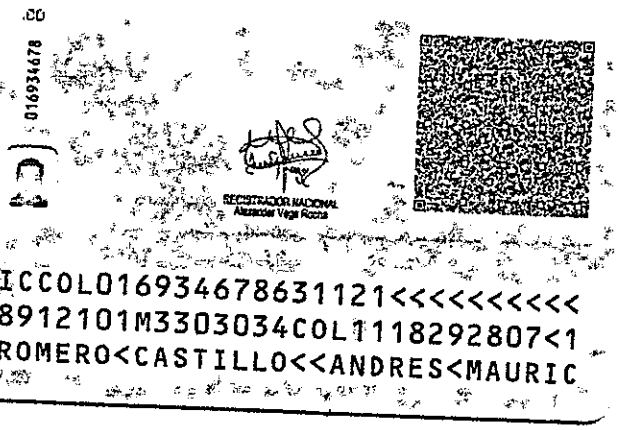
NUIP 1.118.292.807



Apellidos
ROMERO CASTILLO

Nombres
ANDRES MAURICIO

Nacionalidad: COL
Estatura: 1,83
Sexo: M
Fecha de nacimiento: 10 DIC 1989
G.S.: O+
Lugar de nacimiento: COTA (CUNDINAMARCA)
Fecha y lugar de expedición: 11 DIC 2007, YUMBO
Fecha de expiración: 03 MAR 2033
Firma



355

enel | Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 860.063.875-8
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 3

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

0298072-5

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 340525809-5

CLIENTE

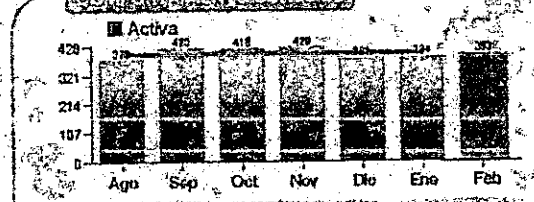
NUMAEL GARCIA
CL 6 D NO 1 54 IN 1 PI 1
BOGOTA, D.C. - BELAN

01 207 1483 1-074-530893

¿Quieres tu factura Virtual? Escanea el código



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $877,36
CONSUMO DIARIO: 12,68 kWh
VALOR DIARIO: $9.374

PERÍODO FACTURADO: 28 DIC 2024 A 27 ENE 2025
DÍAS FACTURADOS: 31
CONSUMO MES: 393 kWh
CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 400 kWh

¡Este mes tuviste consumos la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía ya están disponibles para ti en tu factura!

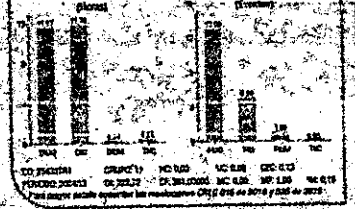
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	0,207
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	100020120714O3
RUTA LECTURA:	12012070049
MANZANA DE LECTURA:	MS000320409
MEDIDOR NO:	074-530893
MEDIDOR NO:	074-530893

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

Registro de grafiti
Línea gratuita nacional 018000 112115
Zona privada de la página Web
Chat Enel Clientes Colombia
Bogotá, Sabana y Condinamarca 601 5 115 115
115 Gratuita las 24 horas
Línea gratuita nacional 018000 112115
servicioalcliente@enel.com.co

PQR DERECHOS 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 Clientes Colombia; Botones de Pago Online; Botones de Pago Presencial

Billeteras Virtual: Daviplata; Nequi; Movii; Tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED; Efecty; Baloto; Servibanca; Movired

Red Distrital: RED CADE

Centros de Cambio: enel

Almacenes de Cadena: Cumplo; Jumbo

Código QR

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el descargable del recibo. El ticket del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S. E.S.P. — TV 4 No. 51A-25
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P. — Avenida Boyacá # 6B-70
ÁREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P. — Calle 129 # 54-35/40 Local 123-124
Línea de servicio al cliente 110

COMPONENTES TARIFARIOS (Componentes del costo: Vigencia: DIC 2024 **)**

G: $358,78 T: $38,19 D: $283,72 CV: $106,36 PR: $68,75 R: $5,64 CPI: $0,00 / $877,36 Costo $/kWh Mes

GRUPO: 11 DECRETO CREG 038/2014 — NIVEL DE TENSIÓN: PROPIEDAD EMPRESA

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por ctd. Somos autorretenedores según Resolución Nal. 0047 de 23 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCION CREG 015 DE 1998.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de dicho acceso de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comuníquese al (601) 5 115 115, bien de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Contenido de esta FACTURA según Resolución No 0031 de 19 de diciembre de 2020.

Sobre el acto de suspensión (cortar el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la ley dentro de la oportunidad del cobro.

Las facturas de cobro prestan mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142-1994.

En cumplimiento de la resolución CREG 038/2014 consultar www.enel.com.co

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, las estaciones compradoras, autodetectores y comercializadores asignados 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, bien de Bogotá al 01 8000 5 115 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. presta el servicio de recaudo para terceros dentro de la factura del servicio prestan constituirse de enemigo exclusivo (Recargos de Cobranza), en acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. no se responsabiliza 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. Estará vigilado por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

CUDE: 7e85a948e-f0d4a1209221a1309fcd536b14ded7e6f8c918afffc221941d5d5ecf1406e0558486eea54697f8cd3a9cd2ca

FECHA GENERACIÓN: 01/02/2025 01:02:34
FECHA EXPEDICIÓN: 01/02/2025 15:34:18

Factura impresa por Servigistic Solución en Comunicación S.A.S. NIT 800.058.622-7

Proveedor Tecnológico Cenvali Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del EN: CENFacturaCo NIT 900.231.151-9

17.828 - 14 de 2 de 2

No. Cuenta 0298072-5 37557

Total Energía $290.600 + Portafolio Enel X $0 + Total Aseo $181.210 = $471.810

FECHA DE SUSPENSIÓN: 18 FEB/2025

PAGO OPORTUNO 11 FEB /2025

ENERGÍA — PRESTADOR: Enel Colombia S.A. E.S.P. — CUENTA: 0298072-5 — 25 FEB /2025

Tipo de Lectura: Real — Situación encontrada: Normal

CALCULO CONSUMO DE ENERGIA	Lectura Actual	-	Lectura Anterior	=	Diferencia de lectura	X	Factor	=	Consumo Facturado	X	Valor	=	Valor
ENERGIA ACTIVA	91.306		90.913		393		1		393		$877,36		$344.803
ENERGIA REACTIVA	0		0		0		0		0		$290,72		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh				Valor kWh $877,3617		X		Beneficio 47,52 %				$54.201

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $3.374 DIARIOS

SUBTOTAL: $290.602

Otros cobros de productos y servicios

Ajustes a la decena $-2

SUBTOTAL: $-2

Enel

Te invitamos a consultar el detalle de tus productos y servicios a través de la APP, La Sucursal Online en la página web o hacer referencia 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 TOTAL ENERGÍA $290.600

Tenga 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 las normas establecidas en el pliego tarifario, el costo promedio de reconexión es hasta de $28.656.

Informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones Credito Fácil COOMEVA en la fecha de PAGO OPORTUNO, estas 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.

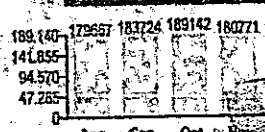
ESTIMADO CLIENTE: El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (0 – 130 kWh/mes) es de -47,52 %

ASEO — PRESTADOR: PROMOAMBIENTAL DISTRITO SAS ESP — CUENTA: 1 — NIT: 901145808-5

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

		días usuarios
CUENTA CONTRATO	10073173	
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO.	340525809-5	31
PERIODO DE FACTURACIÓN	27.12.2024 a 26.01.2025	

HISTÓRICO DE FACTURACIÓN



ESTADO DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$205.745
ASEO - SERVICIO NO RESIDENCIAL	$36.491
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-82.298
ASEO - CONTRIBUCION NO RESIDEN	$19.246
ASEO AJUSTE A LA DECENA CRED	$-5
ASEO INTERES POR MORA	$31
TOTAL ASEO	$181.210

BANCO SUDAMERIS PRINCIPAL BOGOTA 13 FEB 2025 OF. 001 RECIBIDO

DATOS DEL USUARIO

TIPO PRODUCTOR: Pequ. Prod. Comercial
VOLUMEN: 0,0000 — ESTRATO: 2
DENSIDAD: 0,20 — FREC. RECOLECCIÓN: 6
% PARTICIPACIÓN: 0% — FREC. BARRIDO: 3

UNIDADES	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	6	0
No residenciales	1	0

COSTOS PARA TARIFAS

COSTO FIJO TOTAL: $130.857,89
COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE: $59.763,25
COSTO BASE APROVECHABLE: $152.931,93

TONELADAS POR SUSCRIPTOR

BARRIDO:	0.00264008
LIMPIEZA URBANA:	0.00105820
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO:	0.00001623
EFECTIVAMENTE APROVECHADAS:	0.05037181
RESIDUOS NO APROVECHABLES:	0.06
AFORO NO APROVECHABLE	0.00

APORTE NO RESIDENCIAL 50%
APORTE RESIDENCIAL 0%
SUBSIDIO 40%

NÚMERO DE CLIENTE 0298072-5

Documento Equivalente Electrónico No. 340525809-5

(415)7707209914253(8020)0102980725340525809 5(3900)000000000471810

PAGO OPORTUNO 11 FEB /2025

TOTAL A PAGAR $471.810

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 111 | MICROCHIP: 990000012131801 | FECHA: 17/03/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Pitufo | COLOR: Cafe Negro

ESPECIE: CANINO X FELINO __ | SEXO: HEMBRA __ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 2 años | PESO: 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: William Yezid Moreno Cruz | DIRECCION: KR 17 #437 Ap200 | TELEFONO: 3115524057

CEDULA: 79880086 | CORREO ELECTRÓNICO: williammoreno1610@gmail.com

BARRIO: Eduardo Santos | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: LOS MARTIRES

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

3. ANAMNESIS

Tenedor reporta Aparente buen estado de salud del animal

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: 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	0,4 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	0,08 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 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	Andres Quiroga Médico Veterinario TP. 34839	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Yennifer Gutiérrez Nomesque Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358	FIRMA

35

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: 79880086

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:
Santa Helena	28-Feb-25	8:00AM

OBSERVACIONES:

57-58

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.880.086
MORENO CRUZ
APELLIDOS
WILLIAM YEZID
NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 17-NOV-1975
FUSAGASUGA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.85 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
14-JUL-1997 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2510000-00753174-M-0079880086-20151005 0046733065A 2 44184784

354

enel Bogotá

PAPEL ECOLÓGICO

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-6
Calle 93 No. 13 – 45 Piso 1

33962

Descargue y consulte su factura

0317344-2

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 340210991-7

CLIENTE

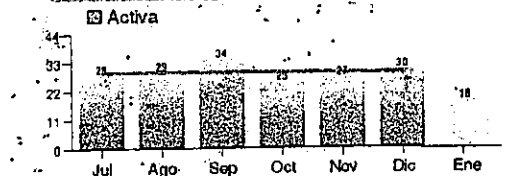
JOSE IVAN ARREDONDO
KR 17 NO 4 37 AP 200
2 PISO
BOGOTA, D.C. - EDUARDO SANTOS

19 201 4017 / 031-72032197

¿Quiere ser el primero en recibir su factura? Actualice sus datos de contacto



CONFRONTACIÓN CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $877,36

CONSUMO DIARIO: 0,56 kWh

VALOR DIARIO: $420

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 29 kWh

PERÍODO FACTURADO: 22 DIC/2024 A 22 ENE/2025

DÍAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES: 18 kWh

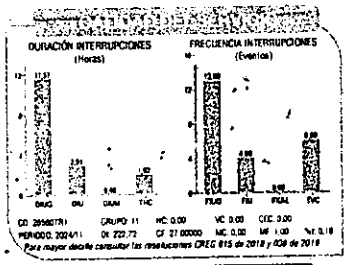
Si prefiere la factura física, ahora puede solicitarla a través de nuestros canales de atención. Consulte términos y condiciones en www.enel.com.co

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	12,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10002192014017
RUTA LECTURA:	12192200153
MANZANA DE LECTURA:	MS00410511
MEDIDOR NO:	031-72032197
MEDIDOR NO:	031-72032197

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
Chat de servicio en
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: Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115

EMERGENCIAS: 115 Gratuito las 24 horas

DENUNCIAS: 601 6140055 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 Baloto, MOVIRED, Supergiros, Su Red Efecty

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Jumbo, Éxito

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: $356,78 T: $58,15 D: $280,72 CV: $108,30 PR: $69,75 R: $3,64 CF: $0,00 / $877,36 Costo kWh Mes



GRUPO: 11 CIRCUITO: AY17-2508TR1 NIVEL DE TENSIÓN: 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 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 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 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 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 860 063 875-6. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios

CUDE: 5241aa9167c56a859a3bdfe1be870f6e1a24d4d7555ccd272b5d172ae26a7899b7732a8975b7f61a0a6ff450ab05c94a7

FECHA GENERACI 27/01/2025 00:06
FECHA EXPEDICIÓN 27/01/2025 12:47:12

359

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 112 | MICROCHIP: 990000013802940 | FECHA: 17/02/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Comino				COLOR: Cafe Negro	
ESPECIE: CANINO X FELINO __	SEXO: HEMBRA __ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 2años	PESO: 5,5Kg	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: Willian Yezid Moreno Cruz	DIRECCION: Kr 17 # 4-37 Apto		TELEFONO 3115524057
CEDULA: 79 880 086	CORREO ELECTRÓNICO: williammorreno161@gmail.com		
BARRIO: Eduardo Santos	ESTRATO: 3	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: X CANINOS PARVO: / HEXAVALENTE: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / RABIA: / FELINOS: TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA: /
No Aplica	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 FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

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

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,27 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 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	Andres Quiroga Médico Veterinario TP. 34839	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Yennifer Gutiérrez Nomesque Médico Veterinario - Zootecnista TP. 358	FIRMA

360

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: 1988-086

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: Santa Helena	FECHA: 28 feb 25	HORA: 8 am

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.880.086
MORENO CRUZ
APELLIDOS
WILLIAM YEZID
NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 17-NOV-1975
FUSAGASUGA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.85 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
14-JUL-1997 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2510000-00753174-M-0079880086-20151005 0046733065A 2 44184784

enel Bogotá

PAPEL ECOLÓGICO

33962

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

Para pagos y consultas marque el número de cuenta

0317344-2

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 340210991-7

CLIENTE

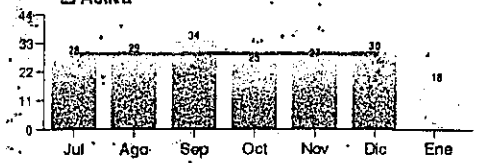
JOSE IVAN ARREDONDO
KR 17 NO 4 37 AP 200
2 PISO
BOGOTA, D.C. - EDUARDO SANTOS

19 201 4017 / 031-72032197

¿Quiere su factura virtual? Escanee el código



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $877,36

CONSUMO DIARIO: 0,56 kWh

VALOR DIARIO: $420

PERÍODO FACTURADO: 22 DIC/2024 A 22 ENE/2025

DÍAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES: 18 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 29 kWh

¿Quieres saber más sobre la LECTURA DE TU MEDIDOR y el CONSUMO registrado en tu factura? Ingresa a nuestra página web www.enel.com.co

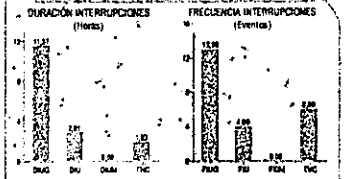
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	12,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10002192014017
RUTA LECTURA:	12192200153
MANZANA DE LECTURA:	MS00410511
MEDIDOR NO:	031-72032197
MEDIDOR NO:	031-72032197

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



CD: 2656781 | GRUPO: 11 | HC: 0,00 | HC: 0,00 | CFC: 0,00
PERIODO: 202411 | DI: 222,72 | CF: 37,00000 | MC: 0,00 | MF: 1,00 | NC: 0,19

Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 038 de 2014

¿CONTÁCTANOS?

Trámites y solicitudes en enel.com/contactanos/solicitudes
Chat de servicio en enel.com/contactanos/personas/chat-de-atencion
315 890 6003 (Elena Bot o pasa Asesor)
Enel Colombia @EnelClientesCO
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

¿EMERGENCIAS? Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 6 115 115 | 115 Gratuito las 24 horas

¿DENUNCIAS? 601 514 00055 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, Ipaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efecty, Reval, MOVIRED, Supergiros

Red Distrital: RED CADE, enel

Centros de Servicio

Código QR

Almacenes de Cadena: Jumbo, Makro

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

Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios

Escanea el código

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

G: $358,78 T: $58,19 D: $280,72 CV: $106,30 PR: $63,75 R: $3,64 CF: $0,00 / $877,36 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: AV17-35587R1-- NIVEL DE TENSIÓN: 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 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, 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 diríjanse a los canales de atención definidos por esta 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: 5241ea9167c56a859a3bdfe1be870f6e1a2d4d47555ccd27bbd172ae26a7899b732a8975b7f61a0a5f1450ab05c9da7

FECHA GENERACI 27/01/2025 00:05
FECHA EXPEDICIÓ 27/01/2025 12:47:12

362

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 113 | MICROCHIP: 990000012131728 | FECHA: 12/02/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Niño | COLOR: Cafe - Negro

ESPECIE: CANINO X FELINO __ | SEXO: HEMBRA __ MACHO X | RAZA Pinscher Miniatura | EDAD 2 años | PESO: 4.6 | 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: Yenis Yulieth Segura Pereira | DIRECCION: Cl 21 # 16-31 | TELEFONO: 3219756183

CEDULA: 1 075 692 227 | CORREO ELECTRÓNICO: 475lm288@gmail.com

BARRIO: La favorita | ESTRATO: 2 | 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: X CANINOS PARVO:	TRIPLE:	PENTAVALENTE:
No Aplica	No Reporta	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:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
118 l/m	31 r/m	38,3 °c	1 seg	Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,22 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.)	0,28 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 pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO
TARJETA PROFESIONAL
Andres Quiroga
Médico Veterinario
TP. 34839

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO
TARJETA PROFESIONAL
Yennifer Gutiérrez Nomesque
Médico Veterinario - Zootecnista
TP. 33358

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. X

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:
	1075692227

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:

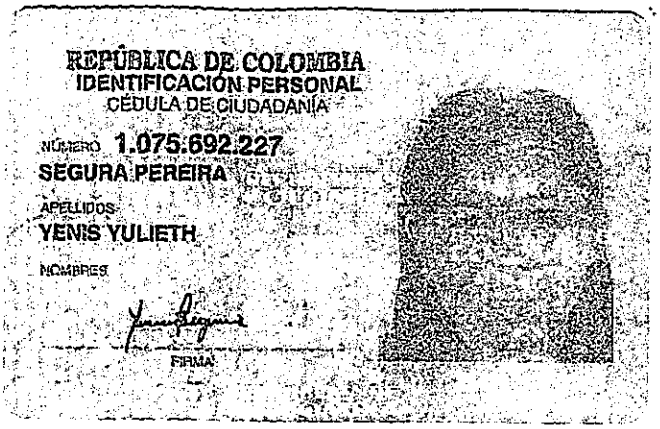
Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación:	Firma:

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Santa Helena	FECHA: 28 Feb 25	HORA: 8 am

OBSERVACIONES:

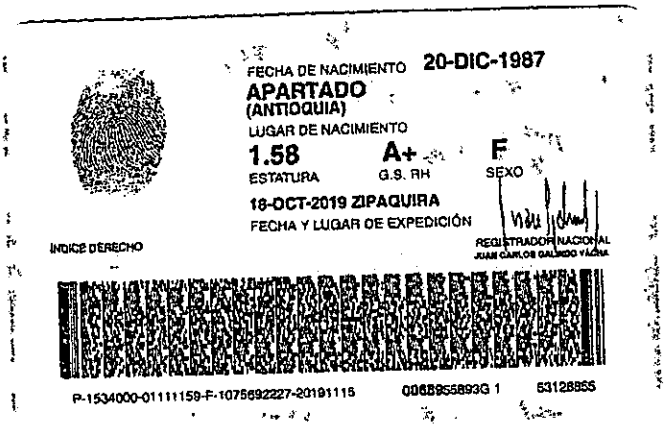
73



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.075.692.227
SEGURA PEREIRA
APELLIDOS
YENIS YULIETH
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 20-DIC-1987
APARTADO
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO
18-OCT-2019 ZIPAQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
INDICE DERECHO

P-1534000-01111159-F-1075692227-20191115 0068955893G 1 53128855

364

aseo

Período facturado Aseo
DIC/01/2024 - ENE/31/2025
El servicio de aseo se factura de forma bimestral

Cuenta contrato	Número para pagos
10036957	40024856417
Núm. de identificación de este predio	Número de esta factura de servicios públicos

Datos del usuario

Tipo de producto: PEQUEÑO PRODUCTOR — Estrato: 2

Und. Res. Ocupadas:	16	Und. No Res. Ocupadas:	1	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 variable no aprovechable	Valor base aprovechamiento
Costo Fijo Total CFT.	240,790.11	152,831.38
575,137.20		

KR 66 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

A Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$1,059,503	Ajuste a la decena -crédito-	$1-
Aseo pequeño productor	$87,066		
Subsidio	$423,401-		
Aporte	$43,533		

Toneladas por suscriptor mes

Barrido y limpieza	Limpieza urbana	Recinazo del aprovechamiento
0.0026	0.0011	0.0000
Electivamente aprovechables	Residuos no aprovechables | Aforadas - no aforadas	
0.0775	0.1031	

Histórico de vigencias cobradas

3	$344,166	2	$726,860	1 $714,944

Días liquidados 62

La tarifa incluye subsidio o aporte

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:N33532 BIMESTRAL

10036957	40024856417
Cuenta contrato	**Número para pagos**
Núm. de Identificación de este predio	Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

Período facturado NOV/15/2024 - ENE/13/2025

Pago oportuno FEB/17/2025 Suspensión FEB/20/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
ABR/09/2025	FEB/04/2025 06:47:53	FEB/04/2025 12:49:51

¡Hola!

Factura a nombre de
JULIO ALBERTO BLANCO GIL

Dirección del predio
CL 21 16 31
Barrio: LA FAVORITA **Localidad: LOS MARTIRES**

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso:	**Residencial**
Estrato:	**2**
Unidades Habitacionales:	**4**
Unidades No Habitacionales:	**0**

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

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

Entra a **www.acueducto.com.co** haz clic en Servicios al Ciudadano y obtén información de los puntos de atención,

365

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 114 | MICROCH: 990000012131727 | FECHA: 17/09/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD __

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Kim | COLOR: Amarrillo- Negro

ESPECIE: CANINO X FELINO __ | SEXO: HEMBRA __ MACHO X | RAZA: Pincher miniatura | EDAD: 7años | PESO: 2,7kg | 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 X MIXTO __ OTRO __

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Araminta Piraguibe | DIRECCION: CL 2 # 14 - 70 UN4 | TELEFONO: 3118562905

CEDULA: 39 655 025 | CORREO ELECTRÓNICO: 3118562905@sincorreo.com

BARRIO: Eduardo Santos | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: Primaria | NS/NR: __ | TIPO DE VIVIENDA: CASA Y APTO __ RURAL __

3. ANAMNESIS

Bien estado de salud

ULT. CELO: NO Aplica | ULT. DESPARASITACION: Noo 24 | ULT. VACUNACION: NS/NR: Y 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: Ningno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ningno

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: 38,2 °c | TLLC 1 seg | MUCOSAS: Rosada

OBSERVACIONES: Ningno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,14 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,27 ml.	5 mg/kg IV ☒ 10 mg/kg IM ☐
	PROPOFOL	0,5 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: 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 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
Andres Quiroga
Médico Veterinario
TP 34839
FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO
TARJETA PROFESIONAL
Yennifer Gutiérrez Nomesque
Médico Veterinario - Zootecnista
TP 53153
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:
Arcemintee Piraquive	3965502S

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:
Santa Helena	28 feb 25	8 am

OBSERVACIONES:



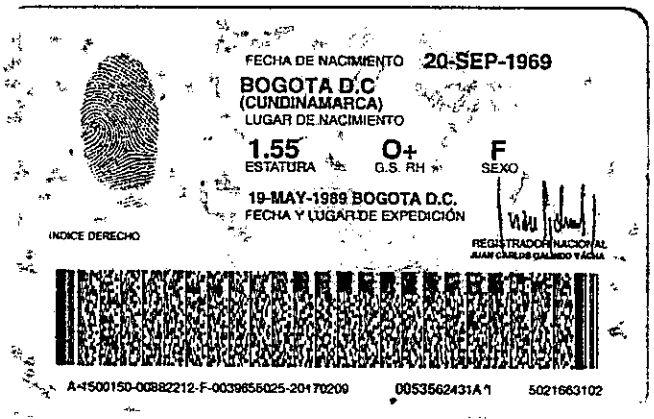
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 39.655.025

PIRAQUIBE
APELLIDOS

ARAMINTA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 20-SEP-1969

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

19-MAY-1989 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-1500150-00882212-F-0039655025-20170209 0053562431A 1 5021663102

78

367

enel | Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860063875-8
Calle 93 No. 13 – 45 Piso 1

Fecha pagas y consulta tu número de cliente

0308084-3

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 33332/529-7

CLIENTE

ANTONIO RIGUEROS
CL 2 NO 14 70 IN 4
CASA NO 4
BOGOTA, D.C. - EDUARDO SANTOS

19 206 1942 / 075-97918

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

Unidos por tu seguridad.

En alianza con el Hospital Simón Bolívar y CIDET compartimos alertas mensajes de prevención de riesgo eléctrico con nuestra comunidad.

Recuerda, ante un accidente eléctrico, llama al 123.

Para más información, ingresa a www.enel.com.co, sección Hogares.

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO

CONSUMO DIARIO: 2,10 kWh

VALOR DIARIO: $1.497

PERIODO FACTURADO: 25 OCT/2024 A 22 NOV/2024

DÍAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES: 61 kWh

CONSUMO PROMEDIO 6 MESES

¡Este mes queremos acercarnos a la LECTURA DE TU MEDIDOR y su CONSUMO en tiempo real! Si tienes alguna pregunta, ¡con gusto te ayudamos!

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	4
CARGA kW:	4,86
FACTOR:	
RUTA REPARTO:	100021920619421
RUTA LECTURA:	12192030403
MANZANA DE LECTURA:	MS00410506
MEDIDOR NO.:	075-97918
MEDIDOR NO.:	075-97918

CALIDAD DEL SERVICIO

DURACIÓN INTERRUPCIONES (Horas)

FRECUENCIA INTERRUPCIONES (Veces)

¿COEFICIENTE 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

Línea de servicio al cliente: Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 5 115 115

Emergencias: 115

Denuncias

Defensoría del Cliente: https://www.enel.com.co/es/personas/defensoria-cliente.html defensor@enel.com.co

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Efectivo

Centros de Servicio

Código QR

Almacenes de Cadena

Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios.

Escanea el código.

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el desprendible del recibo. El sello del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.

COMPONENTES TARIFARIOS Componentes del costo: Vigencia: OCTUBRE

G: $343,83 T: $52,27 D: $34,80 CV: $105,70 PR: $57,21 R: $0,18 CP: $0,00 / $633,95 Costo $/Kh Mes

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica. Tarifa 91,04 por ref. Somos autorretenedores según Resolución No. 0012 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1998.

Sobre el consumo de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de quejas previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá acudir ante el Comité de Desarrollo y Control Social de la localidad 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. E.S.P. Somos grandes contribuyentes según resolución No 9061 de 10 de diciembre de 2020.

Sobre el acto de suspensión presente el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa dentro de la oportunidad del traslado. Esta factura se cobra pasa existe exclusivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994.

En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, le cual modificó el Código de Medida, los estándares obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y usuarios. Para obtener mayor información, te invitamos a consultarlo 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. E.S.P. presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica. Encargos de Ordenanza, de acuerdo con la aprobación expresa emitidas por el usuario para el uso de la factura como medio de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. no es responsable por el servicio que presten los terceros, ni por las labores facturadas. Para mayor información relacionada con estos servicios, por favor diríjanse a los canales de atención dispuestos por cada Empresa.

El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de prestaciones y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P., NIT. 860063875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 26/11/2024 01:30:42
FECHA EXPEDICIÓN: 26/11/2024 14:34:15

CUDE: 8d27a9a1f4615558fd875da1d5c1970cd3922a7b4b9511bfa7bde67d9abc40223408a7f3106f0b0a98acc54823b1086b

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del BW: CENFacturacion NIT 900.331.181-6

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 900.068.839

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 115

MICROCHIP: 990000012131733

FECHA: 17/04/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Amaro

COLOR: Canela

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

RAZA: Teckel EDAD: 11meses

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 X ADOPTADO __ REGALADO __ PERRO DE CUADRA __ OTRO __

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jeimy Daniela Mora Herrera

DIRECCION: AM4 AP1606 Cl 64 H 18-33

TELEFONO: 3114654968

CEDULA: 1 073 666 347

CORREO ELECTRÓNICO: jeimyd.morah@gmail.com

BARRIO: La Estanzuela ESTRATO: 3

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: profesional NS/NR: __

TIPO DE VIVIENDA: CASA __ APTO X RURAL __

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO: NO Aplica

ULT. DESPARASITACION: Enero 25

ULT. VACUNACION: NS/NR: __ CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: 17 ene

FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA ene 2025

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI __ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 116 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	0,3 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,6 ml.	5 mg/kg IV X 10 mg/kg IM ☐
	PROPOFOL	1,3 ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	2,3 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 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

Andres Quiroga
Médico Veterinario
TP. 34839

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO
TARJETA PROFESIONAL

Yennifer Gutiérrez Nomesque
Médico Veterinario - Zootecnista
TP. 33358

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:
	1.013.666.347.

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: Santa Helena	FECHA: 28 feb 120	HORA: 8 am

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.013.666.347

MORA HERRERA

APELLIDOS

JEIMY DANIELA

NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 18-ABR-1996

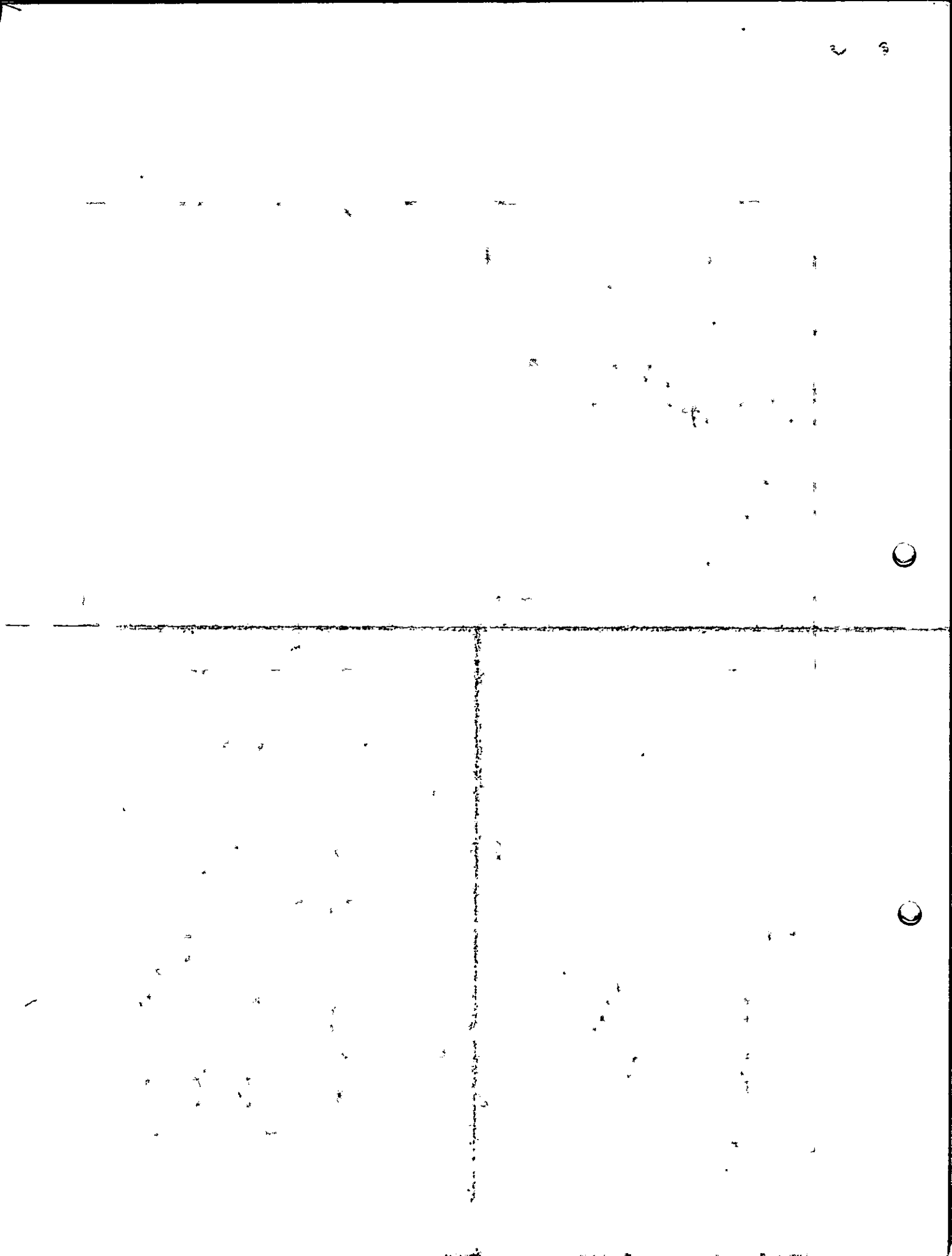
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

23-ABR-2014 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN



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: **7848072-7**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 339977996-9

CLIENTE

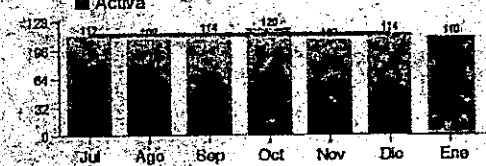
LUZ SANDOVAL
CL 6 A NO 16 33 AM 4 AP 1606
11001000
BOGOTA, D.C. - LA ESTANZUELA

18 212 1037 7 117-23929657-

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código.

COMPORTAMIENTO CONSUMO

Activa



VALOR kWh APLICADO: $831,59

CONSUMO DIARIO: 3,44 kWh

VALOR DIARIO: $ 2.430

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 112 kWh

PERIODO FACTURADO: 21 DIC 2024 A 21 ENE 2025

DIAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES: 110 kWh

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

Juntos podemos lograr un consumo más inteligente de energía.

En muy importante que nos informes si tienes algún cambio en tus hábitos de consumo como:

- Periodos de vacaciones
- Aumento en el uso de electrodomésticos
- Trabajos de remodelación locativos
- Instalación de cargas vehiculares

Esto nos ayudará a que tu factura se calcule con base en tu consumo real y así prevenidos para que evites molestias y trámites extras.

Escanea el código y conoce más.

Aviso - NIT 860.063.875-8

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	4,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10002182121937
RUTA LECTURA:	12182130489
MANZANA DE LECTURA:	MS00410412
MEDIDOR NO:	117-23929657
MEDIDOR NO:	117-23929657

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
018 000 60023 (Opera Bot o pasa Asesor)

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas	601 8140055 denuncias@enel.com.co

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago: APP Banco, Internet Bancos, Débitos Bancos, Débitos Automáticos, Cobro Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Botón de Pago Online, Botón de Pago Asociación

Billetera Virtual: Daviplata, Dale!, Movii, Nequi, Epaga

Corresponsales Bancarios: Conred, Efecty, Gana, Movired, Multired

Red Distrital: Red Cade

Centros de Servicio: Enel, Almacenes de Cadena: Olímpica, 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.

Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios.

Escanea el código

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: DIC/2024
G: $386,76 T: $58,19 D: $234,86 CV: $108,30 PR: $66,78 R: $3,84 CF: $0,00 / $831,59 Costo kWh Mes

GRUPO 1 | CIRCUITO: | ALIMENTACIÓN: - | NIVEL DE TENSIÓN | PROPIEDAD: Otros

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 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 8061 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 enel.com.co

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modifico 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, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

ENEL COLOMBIA S.A. ESP prestó 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 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. 860.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 24/01/2025 01:15:13
FECHA EXPEDICIÓN: 24/01/2025 13:56:12

1936a9b8677e50aa3bcdda1d435a08a31cb61be5595fe6974032447f5aebe823b1f6b59462572b04e11bc28fc02

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.050.818 Proveedor

371

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 116 | MICROCHIP: 990000013794139 | FECHA: 17/02/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Rocky | COLOR: Blanco Negro

ESPECIE: CANINO X FELINO __ | SEXO: HEMBRA __ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 1 año | PESO: 16,5Kg | 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: Yury Carolina Rivera Gomez | DIRECCION: CL 5A # 21-43 02 | TELEFONO: 3183847889

CEDULA: 53 096 578 | CORREO ELECTRÓNICO: carolinarivera1216@gmail.com

BARRIO: El Progreso | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: NS/NR: __ Bachiller | TIPO DE VIVIENDA: CASA Y 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. 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: 38,4 °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 X 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	Andres Quiroga Médico Veterinario TP. 34839	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Yennifer Gutiérrez Nomesque Médico Veterinario - Zootecnista TP. 3335	FIRMA 46

374

	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: Carolina Gomez	Nro de Identificación: 53096578

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: Santa Helena	FECHA: 28 feb 25	HORA: 8 am

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

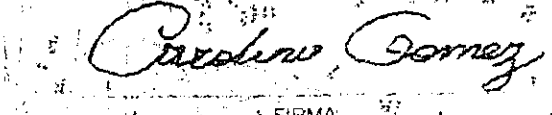
NUMERO **53.096.578**

RIVERA GOMEZ

APELLIDOS

YURY CAROLINA

NOMBRES



FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-ABR-1984**

BUCARAMANGA
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

24-JUN-2002 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00444724-F-0053096578-20130630 0033765218A 1 1072421937

393

Por favor doble y rasgue

Mes de gas: Enero 2025

Cuenta o referencia de pago: 60824572

BOGOTÁ

NIT 900007 098-5 Vanti S.A. E.S.P.

vanti

Más formas de avanzar

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)	Subto D=(A*B
CONSUMO GAS	10M3	2.479,93	0,00	24.799,30
FIJO	1UN	4.029,00	0,00	4.029,00
AJUSTE DECENA	1UN	1,70	0,00	1,70

① Total $28.830,00

Tus financiaciones

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

② Total $0,00

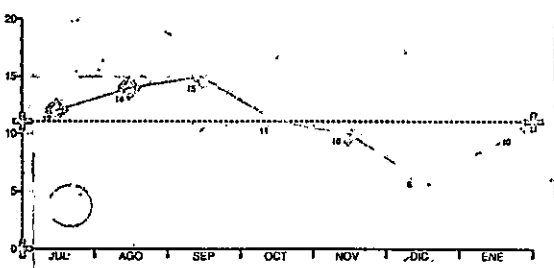
③ Valor facturas vencidas $0,00

Total a pagar ①+②+③ $28.830,00

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial Estrato/Cat. Tres Días de consumo 33

Fecha	Lectura	Tipo
03 Dic. 2024	5941	REAL
04 Ene. 2025	5954	REAL

m³ corregido= 5954 - 5941 * 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 $ 2883

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 Sep. 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
Pc: 61.58 Cvm: 0.0 Cufm: 4029.0 Cuvm: 2479.93
Ccm: 0.0 Fpcm: 42.475 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

Mjm³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 118 kWh y el precio unitario del kWh es: $244.308

Factor de corrección

Vm: 13 Kp: 0.76727 Kt: 1.00641 Fc: 0.77219
Vc: 10 Tm: 13.72 Tc: 15.56 Pc: 1.01008
Pa: 0.752 Pm: 0.023 F pv: 1.0

Factor de corrección: 0.77219

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IO: 100.0 IPII: 100.0



(415)7709998026025(8020)60824572(3900)00000000028830

40552

C1

Factura No. F15B23480586

ed0d3013194497c7d3d659a11156891e56b121ed4d357b6042d85a4a50ccdc25b9fa68205aaaa8a1992e5b0475240

3A

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.

Paga tu factura en línea rápida a través de 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 · Scotiabank Colpatria · Banco AV Villas · Banco GNB Sudameris · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Davivienda · 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.

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.086.812-8 7048/23072024

Para abrir la factura

¡Hola!

JOSE VICENTE GOMEZ
CL 5A 21 43 02 - EL PROGRESO
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5097197-145119

199

Lote: P02GN **Ruta:** 0011240172270005100 **Código del Sector:** 199

0011240172270005100 40552 P02GN

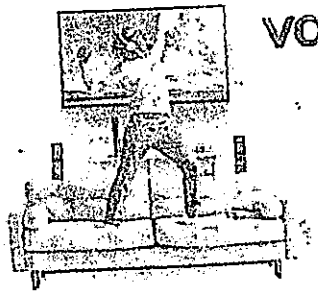
Cuenta o referencia de pago 60824572

vanti Listo

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 4.900.000**

C1

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:

Pansión Electrodomésticos · Multimegal · TECHREO · 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/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.

Para abrir la factura

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 117

MICROCHIP: 990000013794558

FECHA: 13/02/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Killer

COLOR: Cafe

ESPECIE: CANINO X FELINO __ SEXO: HEMBRA __ MACHO X RAZA Mestizo EDAD 2 años PESO: 8,7Kg 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: Carmen Rosa Prieto Velandia

DIRECCION: Kr 16 # 6-03 21 301

TELEFONO: 3212867685

CEDULA: 52 856 645

CORREO ELECTRÓNICO: rosaprieto0012@gmail.com

BARRIO: Voto Nacional

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 Aplica

ULT. DESPARASITACION: No Reporta

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

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

RABIA: Julio 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: 118 l/m

F. RESPIRATORIA: 31 r/m

TEMPERATURA: 38,3 °c

TLLC 1 seg

MUCOSAS: 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 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 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	Andres Quiroga Médico Veterinario TP. 34839	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Yennifer Gutiérrez Nomesque Veterinario - Zootecnista 37358	FIRMA 46

	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:
Rosa Prieto	52856645

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:
Santa Helena	28 feb/25	8 am

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA



NÚMERO **52.856.645**

PRIETO VELANDIA

APELLIDOS

CARMEN ROSA

NOMBRES

Rosa Prieto

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-FEB-1981**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

30-MAR-1999 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01268171-F-0052856645-20211123 0076705154G 1 8502418473

Factura de gas: **Enero 2025**

Cuenta o referencia de pago - 62592822 - BOGOTA

NIT 800 007 a 135 - Vanti S.A. ESP - www.grupovanti.com

Vanti V — Más formas de avanzar

Fechas importantes

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
CONSUMO GAS				
FIJO	5M3	2.479,93	0,00	12.399,65
AJUSTE DECENA	1UN	4.029,00	0,00	4.029,00
Intereses Moratorios Base Recargo	1UN	1,05	0,00	1,05
	1UN	10,30	0,00	10,30

(1) Total $16.440,00

Tus financiaciones

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

(2) Total $0,00

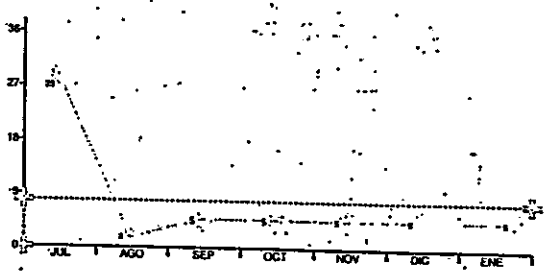
(3) Valor facturas vencidas $0,44

Total a pagar (1)+(2)+(3) $16.439,56

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	1110	REAL
13 Ene. 2025	1117	REAL

m³ corregido= 1117 - 1110 * Factor de corrección = 5

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 $ 1644
Estimado cliente recuerde que tiene entre Oct/2024 y el 31/03/2025 para realizar la Revisión Periódica. Se suspenderá el servicio a partir del 01/04/2025 si Vanti S.A. ESP no ha recibido el Certificado de Conformidad. Realice la revisión y evite la suspensión (Res. CREG 059/2012)

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $66.100

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Mar. 2025

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: 61.58 Cvm: 0.0 Cufm: 4029.0 Cuvm: 2479.93
Ccm: 0.0 Fpcm: 42.475 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

MJ/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 59 kWh y el precio unitario del kWh es: $278.452

Factor de corrección

Vm: 7 Kp: 0.76727 Kt: 1.00652 Pc: 0.77227
Vc: 5 Tm: 13.69 Tc: 15.56 Pe: 1.01008
Pa: 0.752 Pm: 0.023 P pv: 1.0

Factor de corrección: 0.77227

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IO: 100.0 IPR: 100.0





(415)7709998026025(8020)62592822(3900)00000000016440

57547

C1

Factura No. F15B24503366

3284210dc7d5ae503b14bb3578a89b7432784a337407ae4e0d19952fadc71a4e4b1ba3e3d4ca108816e2b6

Tarifa Transitoria 0.0 (01/12/2021)(1/1)

37+

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

Redeban · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco Av Villas · GNB Sudameris · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Daviplata · Red Multired · 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 consulta los pasos para agendar tu cita.

CARNAVAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-8 704B2307 2024

Recurso de reposición ante la empresa y apelar ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los (10) 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.

¡Hola!

JOSE ISMAEL MONTENEGRO
KR 16 6 21 03 00301 - VOTO NACIONAL
BOGOTA

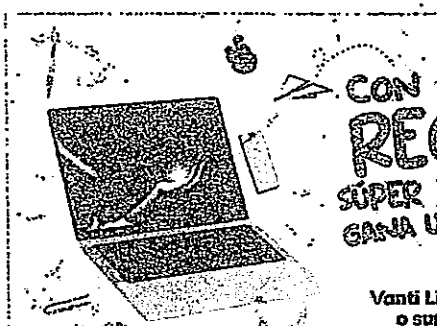
vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5007114-1048721

Lote: P09GN Ruta: 0011310230750005000 Código del Sector: 392

Cuenta o referencia de pago **62592822**

vanti

TU CUPO VANTI LISTO **APROBADO ES:**



vanti

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 · 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 compra 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/vantilista/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.

392
0011310230750005000
575447
P09GN
C1

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

LOCALIDAD: LOS MARTIRES | BARRIO: Santa Helena | JORNADA: Santa Helena
FECHA: 17 febrero 2025 | OPERADOR: FUNDACION ECODES

NÚMERO MICROCHIP	TIPO DE TENEDOR	ESTRATO	NOMBRE	APELLIDO	CC	SEXO: MUJER	SEXO: HOMBRE	SEXO: INTERSEXUAL	LGBTI	IDENTIFICACIÓN ÉTNICA: AFRO	COLOMBIANO	PALENQUERO	INDÍGENA	RAIZAL	GITANO	NINGUNO	FIJO / CELULAR	e-mail	DIRECCIÓN	NOMBRE PACIENTE	ESPECIE: CANINO	ESPECIE: FELINO	SEXO: MACHO	SEXO: HEMBRA	OBSERVACIONES	FIRMA
990000012131725		3	Yolanda	Baguero Riaño	51 798 666	Y										Y	321 375 37 58	321375 3758@gmail.com	kr 27 NO 1F 53	Shakira		Y	Y			Yolanda B. Morillo Riaño
990000012131723		3	Mariela	Riaño de Baguero	41 646 657	Y										Y	321 375 3758	323 266 4123	kr 21 # 7F-53	Navi		Y	Y			
990000012131734		2	Edna Rocio	Gomez Fuentes	1 110 526 317	Y										Y	304 485 2337	natalia 9208 @hotmail.com	CL 49B Sur #35-92 AP 102	Ambar		Y	P			ROCIO GOMEZ
990000012131730		3	Jakeilys	Guaimara Messia	5 792 512	Y										Y	317 043 7407	yakeilys1983 @gmail.com	KR 17 # 3-15	Mimina		Y	P			Yakeilys
990000012131722		2	Miguel Angel	Gomez Barragan	79 453 353		Y									Y	320 914 1191	gomez miguel angel51 3@gmail.com	CL 18 # 16B-17	Abby		Y	P			
990000012131729		3	Luz Maria de Soledad	Aguilar	51 739 059	Y										Y	312 496 2596	312496 2596@sinco treo.com	CL 1F # 78A-29 P2	Shaira		Y	P			LUZ M. Aguilar
990000012131726		3	Yurineth	Pedreañez Gonzalez	3 387 073	Y										Y	320 455 3104	dyris pa@gmail.com	06 44 #184-25	Mia		Y	P			Yurineth
990000012131732		3	Maria del Rosario	Huertas Murcia	52 173 874	Y										Y	321 425 7273	rochi huertas@hotmail.com	CL 5 4 # 20-50	Blanca		P	P			M. del Rosario Huertas
990000012131724		3	Mateo de Jesus	Martinez Huertas	1 073 675 759	Y										Y	313 461 27 16	malvin martinez 210@gmail.com	CL 5A # 20-50	Chimuela		P	P			mateomartinez
990000013794543		3	Nicolas	Bonilla Maldonado	1 022 939 769		Y									Y	320 447 9323	nicolas bonilla@gmail.com	CL 2 # 20A-16 02	Iris		P	P			Nicolas Bonilla
990000013794548		3	Nini Johanna	Suarez Martinez	53 117 301	Y										Y	314209 9628	314209 9628@gmail.com	CL 5C # 20-28 01	Mia		P	P			N. Suarez
990000013794542		3	Jhon Estiben	Valdes Bejarano	1 023 934 959		Y									Y	300 614 6668	Jhonci tavabes@hotmail.com	KR 17 A #34-04	Bailey		P	P			JHON V.B.

378

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

PLANILLA DE REGISTRO - ESTERILIZACIONES

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CPS-322-2024

LOCALIDAD: LOS MARTIRES | BARRIO: Santa Helena | JORNADA: Santa Helena

FECHA: 17 febrero 2025 | OPERADOR: FUNDACION ECODES

NÚMERO MICROCHIP	TIPO DE TENEDOR	ESTRATO	NOMBRE	APELLIDO	CC	SEXO: MUJER	SEXO: HOMBRE	SEXO: INTERSEXUAL	LGBTI	IDENTIFICACIÓN ÉTNICA: AFRO COLOMBIANO	PALENQUERO	INDIGENA	RAIZAL	GITANO	NINGUNO	FIJO / CELULAR	e-mail	DIRECCIÓN	NOMBRE PACIENTE	ESPECIE: CANINO	ESPECIE: FELINO	SEXO: MACHO	SEXO: HEMBRA	OBSERVACIONES	FIRMA
990000012131718		3	Alix Gabriela	Diaz Urueña	1 011 092 512	Y									Y	310 484 78 95	alixgabrielad@gmail.com	DG 7H # 78-36 AP 402	Milu		Y		P		
990000012131805		3	Yulieth Gisel	Gomez Chambo	1 026 577 585	Y									Y	313 238 8868	Famyjimenez2012@gmail.com	CL 5C # 25 A-23	Niña		Y		P		
990000013799182		3	Brayan	Urquijo Amado	1 020 837 196		Y								Y	301 685 6855	brayanurquijoarmado@gmail.com	Kr 19 A # 16-13	Corralejo		Y		P		
990000012131816		3	Lida Mariana	Mendoza Rodriguez	1 098 721 938	Y									Y	300 323 30 51	mrmariana@outlook.com	CL 7H # 24-31 P2	Ari		Y		P		
990000012131815		3	Maria del Pilar	Castro Bastidas	1 032 374 484	Y									Y	302 416 23 76	master551@hotmail.com	CL 20 # 23-27 APJ01	Paquita		Y		Y		
990000012131808		3	Carolina	Sanchez Chica	52 836 549	Y									Y	310 339 6998	casa.chi@hotmail.com	CL 1C # 24B-30 AP 200	Canela		Y		Y		
990000012131803		3	Thissel Andrea	Pantoja Orozco	1 010 198 459	Y									Y	301 429 1176	arejita423@gmail.com	CL 7F # 18 A-29 P2	Mini		Y		P		
990000013802928		0	Melania	Cuenca Rios	41 711 778	Y									Y	302 839 4804	melaniacuenca1269@hotmail.com	CL 22A # 16-65	Manga		Y		P		
990000013799188		0	Melania	Cuenca Rios	41 711 778	Y									Y	302 839 4804	melania423@gmail.com	CL 22A # 16-65	Negra		Y		P		
990000012131804		3	Sharon Vanessa	Torres Niño	1 000 002 760	Y									Y	304 270 0136	Saloivane2529@outlook.com	CL 48 # 23 A-28 INT 2 AP103	Duquesa		P		P		
990000012131802		3	Sharon Vanessa	Torres Niño	1 000 002 760	Y									P	304 270 0136	Saloivane2529@outlook.com	CL 48 # 23A-28 INT 2 AP103	Abril		P		P		
990000012131737		3	Sandra Ivonne	Vanegas Velasquez	51 988 306	Y									Y	312 484 2097	Sandraivonnevanegas@gmail.com	Kr 24 # 17-71	Jaki		1		P		

374

F H

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

LOCALIDAD: LOS MARTIRES | BARRIO: Santa Helena | JORNADA: Santa Helena
FECHA: 17 febrero 2025 | OPERADOR: FUNDACION ECODES

NÚMERO MICROCHIP	TIPO DE TENEDOR	ESTRATO	NOMBRE	APELLIDO	CC	SEXO: MUJER	SEXO: HOMBRE	SEXO: INTERSEXUAL	LGBTI	IDENTIFICACIÓN ÉTNICA: CAMPESINO	IDENTIFICACIÓN ÉTNICA: AFROCOLOMBIANO	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
990000012131708		3	Michael Ferney	Ruiz Diaz	1 023 022 823		Y									Y	310 305 10 37	marcolruiz572@gmail.com	Kr 17 A # 3A-48	Pacha		Y		Y		Marcolruiz
990000012131813		3	Alicia	Duque Zambrano	51 671 775	Y										Y	311 791 91 00	aliciaduque49@gmail.com	CL 3 # 18-03	luna		Y		Y		
990000012131704			Santiago chaparro	Cruz	19 428 946		Y									Y	301 539 1203	Santico2020@hotmail.com		Mila		Y		Y		
990000012131819		2	Kuren	Bejarano Niño	1 018 454 960	Y										Y	312 297 51 63	kmbn0110@gmail.com	Ck 15 bis # 6A 53	Morita		P		P		Koren B
990000012131715		3	Sergio Alejandro	Mariño Castillo	1 000 808 174		Y									P	322 850 89 56	3228508956@sincorreo.com	Kr 18 A Bis #17-60 AP 300	Tombia		P		P		
990000012131713		3	Juan	Amaya	1 032 498 957		Y									P	310 535 44 36	Juancamiloamaya0717@hotmail.com	CL 1A #28 41	Estrellita		P		P		
990000012131810		3	Sebastian Felipe	Idarraga Ruiz	1 013 669 240		Y									Y	302 262 3557	sebass310808@gmail.com	CL 2 # 18C-09 PIJ	Alaska		P		P		
990000013794035		3	Sebastian Felipe	Idarraga Ruiz	1 013 669 240		Y									P	302 262 35 57	sebass310808@gmail.com	CL 2 # 19 09 AP 300	Kenia		P		P		
990000012131717		3	Luz Mery	Acosta Orjuela	20 749 497	Y										Y	313 832 03 91	3138320391@sincorreo.com	Kr 19C # 1C-77	Milo		P		P		
990000012131706		3	Luz Mery	Acosta Orjuela	20 749 497	Y										Y	313 832 03 91	3138320391@gmail.com	Kr 19C # 1C-77	candy		P		P		
990000013799185		3	Katherine Yurany	Jimenez Tovar	1 000 992 702	Y										Y	350 590 9074	yuranytobar18@gmail.com	CL 2A # 78A-33 AP 300	Lazy		P		P		"Lazy"
990000012131719		3	Marisol	Lopez Contreras	51 997 075	Y										P	313 519 3997	ml333244@gmail.com	CL 7H # 24-27 AP 100	Luna		P		P		Marisol

389

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

PLANILLA DE REGISTRO - ESTERILIZACIONES

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CPS-322-2024

LOCALIDAD: LOS MARTIRES BARRIO: Santa Helena JORNADA: Santa Helena

FECHA: 17 febrero 2025 OPERADOR: FUNDACION ECODES

NÚMERO MICROCHIP	TIPO DE TENEDOR	ESTRATO	NOMBRE	APELLIDO	CC	SEXO: MUJER	SEXO: HOMBRE	SEXO: INTERSEXUAL	LGBTI	IDENTIFICACIÓN ETNICA: AFROCOLOMBIANO	IDENTIFICACIÓN ETNICA: PALENQUERO	IDENTIFICACIÓN ETNICA: INDIGENA	IDENTIFICACIÓN ETNICA: RAIZAL	IDENTIFICACIÓN ETNICA: GITANO	IDENTIFICACIÓN ETNICA: NINGUNO	FIJO / CELULAR	e-mail	DIRECCIÓN	NOMBRE PACIENTE	ESPECIE: CANINO	ESPECIE: FELINO	SEXO: MACHO	SEXO: HEMBRA	OBSERVACIONES	FIRMA
990000013794556		3	Yuliana katherine	Sarmiento Amezquita	1 013 675 537	Y									Y	311 573 3232	gdsamezquita@gmail.com	CL 48 # 20-19 IN 4 AP 402	Zira		Y		Y		
990000013794552		3	Carlos Eduardo	Carrillo Tibano	79 758 042		Y								Y	310 793 1281	sofiazz0090@gmail.com	CL 50 # 17-25 02	celeste		Y		Y		
990000013794544		3	Leidy Johanna	Bagüero Mendez	52 822 011	Y									Y	312 746 9724	leidyjmendez83@hotmail.com	Kr 18 # 7C-68 03	TOKIO		Y		P		
990000013794559		0	Carlos Andres	Vanegas Castañedas	80 014 330		Y								Y	320 460 1430	carlosandresvanegascastañeda@gmail.com	CL 2 B 13 # 14-42	ZEUS		P		Y		
990000013794550		3	Alvaro	Farfan Sarmiento	12 138 133		Y								Y	321 966 7524	3219667524@sincorreo.com	Kr 16 # 6-21 03 301	pepa		P		Y		
990000013794549		3	Cristian Camilo	Acevedo Merchan	1 000 158 152		Y								Y	322 705 8883	zirximaxiz@gmail.com	Kr 16 # 6-21 03 301	TOKIO		Y		Y		

Carlos Carrillo

Leidy Mendez

Carlos Andres Vanegas

Camilo Acevedo

38

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 118 | MICROCHIP: 990000012131725 | FECHA: 12/02/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Shakira | COLOR: Blanco

ESPECIE: CANINO __ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO __ | RAZA Mestizo | EDAD 6meses | 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 Y MIXTO __ OTRO __

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yolanda Baquero Riaño | DIRECCION: kr 21 N° 1F-53 | TELEFONO: 3213153758

CEDULA: 51 798 666 | CORREO ELECTRÓNICO: 3213153758@sincorreo.com

BARRIO: El Verjel | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: LOS MARTIRES

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

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO: No ha tenido | 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 FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 166 l/m | F. RESPIRATORIA: 32 r/m | TEMPERATURA: 38,6 °c | TLLC 1 seg | MUCOSAS: Rosado

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 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
Yennifer Gutiérrez Nomesque
Médico Veterinario - Zootecnista
TP. 33358
FIRMA

382

	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:
o Yolanda BR	51748666

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:
Santa Helena	28 Feb 125	8 am

OBSERVACIONES:

68-69

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 51.748.666
BAQUERO RIAÑO
APELLIDOS
YOLANDA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 19-OCT-1964
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

18-MAR-1983 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00008302-F-0051748666-20080515 0000307060A 2 1400006015

383

35913

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:

0319500-8

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 3330053-0

35913

CLIENTE

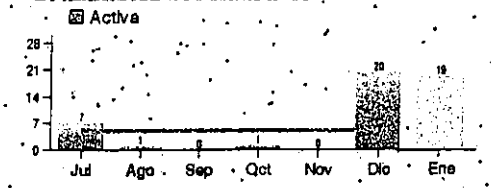
MARIELA RIAO DE BAQUERO
KR 21 NO 1 F 53
BOGOTA, D.C. - EL VERGEL

17 227 3825 / 075-7791

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $477,38
CONSUMO DIARIO: 0,59 kWh
VALOR DIARIO: $443

PERÍODO FACTURADO: 20-DIC/2024 A 20 ENE/2025
DÍAS FACTURADOS: 32
CONSUMO MES 19 kWh
CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES 5 kWh

Este mes tu(s) medidor(es) registra(n) la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO promedio para facturación. Conéctate a nuestros canales y ayúdanos a mejorar.

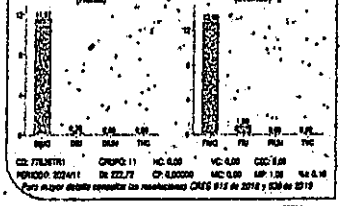
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	1,90
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10002172273825
RUTA LECTURA:	12172160318
MANZANA DE LECTURA:	MS00410609
MEDIDOR NO:	075-7791
MEDIDOR NO:	075-7791

USO SEGURO DE LA ENERGÍA

Es importante que apagues por completo todos los dispositivos que no vas a usar, si no es posible apagar te recomendamos configurarlos en modo ahorro de energía.

CALIDAD DEL SERVICIO



¿CONTÁCTANOS?

Registrate gratis
Zona privada de la página Web
315 890 6003 (Elena Bot o pasa Asesor)
App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115

EMERGENCIAS
115 Gratuito las 24 horas

DENUNCIAS
601 5140058
denuncias@enel.com

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

Billetera Virtual: daviplata, MOVII, NEQUI, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efecty, Ravi, MOVIRED, Punto Red, Multicredy

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Olímpica, ARA

Código QR

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el desprendible del recibo. El acta del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.



COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: DIC/2024
Di $298,78 Ti: $38,19 Dr $293,72 CVI $106,30 PRI $63,73 R: $3,64 CP: $0,00 / $877,38 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: CUVPD-77SET01- - NIVEL DE TENSIÓN: 1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica.Tarifa 11,04 por ent. Somos autorreteneedores según Resolución No. 0647 de 23 de enero 2003. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1998.
Sobre el contenido de la presente factura el Cliente puede usar los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de dicho acuse de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, bara 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. 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 usuarios. Para obtener mayor información, te invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunicate a las líneas (601) 5 115 115, bara 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 estas entidades, 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. 860 063.875-6. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

CUDE: e81dea073b191b3567c91d6a3129f82a53a113997f0da4b964bc3d14597f2ad7425eba0d3009ee99c7d2318941e5564fca

FECHA GENERACIÓN: 23/01/2025 00:41:52
FECHA EXPEDICIÓN: 23/01/2025 17:31:15

Fechas impresas por Consejo Soluciones de Comunicación S.A.S NIT 900.058.933-

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFacturaCo - NIT 900.331.151-9

13.578 - Página 1 de 2

35913

384

Redeban

PAGO OPORTUNO
03 FEB /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN
05 FEB /2025

Retroactivo Ene 25 $0

Total a Pagar $14.170

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA 0319500-8

18 FEB /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	1.863		1.844		19		1		19	19		$877,38		$16.670
ENERGIA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$280,72		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh X				Valor kWh $877,3617		X		Beneficio -15,00 %					-$2.501
ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $443 DIARIOS												SUBTOTAL:		$14.169

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena $1

SUBTOTAL: $1

Consumos - Otros cobros asociados a energía

1 TOTAL ENERGÍA $14.170

Otros cobros de productos y servicios

enel

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 $82.858

Informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones Crédito Fácil CODENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO, estas entrarán en mora, ante lo cual se realiza reporte negativo a las bases de información Financiera y 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 %



No. Cuenta 0319500-8 35913

NÚMERO DE CLIENTE
0319500-8

Documento Equivalente Electrónico No.
339873053-0

(415)7707209914253(8020)010319500833987305303(3900)00000000014170

PAGO OPORTUNO
03 FEB /2025

TOTAL A PAGAR
$14.170

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 119 | MICROCHIP: 990000012131723 | FECHA: 9/07/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Navi | COLOR: Atigrado blanco

ESPECIE: CANINO __ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO __ | RAZA Mestizo | EDAD 6 meses | PESO: 2,16Kg | 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 __ REGALADO X PERRO DE CUADRA __ OTRO __

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Mariela Riaño de Bagnera | DIRECCION: Kr 21 # 1F-53 | TELEFONO 3132664123

CEDULA: 41 646 657 | CORREO ELECTRÓNICO: 3132664123@sincorreo.com

BARRIO: El Vergel | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: NS/NR: Primaria | 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: / 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: 166 l/m | F. RESPIRATORIA: 31 r/m | TEMPERATURA: 38,3 °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	0,26 ml.	5 mg/kg IV X 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 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: Mónica Vc.ázquez Milán
TARJETA PROFESIONAL: Médica Veterinaria TP. 11804
FIRMA: MVM

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO: Yennifer Gutiérrez Nomesque
TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358
FIRMA: YG

	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:
Mariela Riaño	41644657

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:
Santa Helena	28 feb 25	8 am

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 41.646.657

RIAÑO De BAQUERO
APELLIDOS

MARIELA
NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 21-OCT-1948

GAMBITA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

17-ENE-1976 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00133419-F-0041646657-20061204 0007493036A 1 9922832726

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: **0319500-8**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 3398[illegible]3053-0

CLIENTE

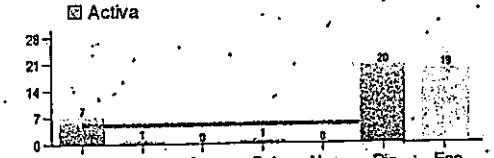
MARIELA RIAO DE BAQUERO
KR 21 NO 1 F 53
BOGOTA, D.C. - EL VERGEL

17 227 3825 / 075-7791

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO

Activa



VALOR kWh APLICADO: $877,36

CONSUMO DIARIO: 0,59 kWh

VALOR DIARIO: $443

PERÍODO FACTURADO: 20 DIC/2024 A 20 ENE/2025

DÍAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES: 19 kWh

CONSUMO PROMEDIO ÚLTIMOS 6 MESES: 5 kWh



Este mes tuvimos acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y CONSUMO presente en [illegible]

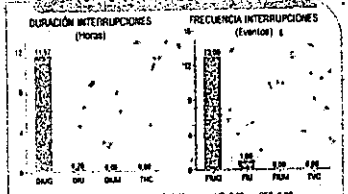
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	1,90
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10002172273825
RUTA LECTURA:	12172160318
MANZANA DE LECTURA:	MS00410609
MEDIDOR NO:	075-7791
MEDIDOR NO:	075-7791

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



CD 77576781 GRUPO: 11 HC: 0,00 VC: 0,00 CDC: 0,00
PERIODO: 202411 DI: 222,72 CI: 0,00000 MC: 0,00 MF: 1,00 %C: 0,18
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 038 de 2019

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes
Chat de servicio en
316 690 8003 (Clara Bot o pasa Asesor)
Enel Colombia @EnelClientesCO
Registrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

ATENCIÓN SERVICIO AL CLIENTE
Bogotá, Sabana y Cundinamarca
601 5 115 115

EMERGENCIAS
115 Gratuito las 24 horas

DENUNCIAS
601 6140065
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! | nequi | MOVII | tpaga

Corresponsales Bancarios
CONRED | Efecty | O Reval | MOVIRED

Red Distrital
RED CADE

Centros de Servicio
enel

Almacenes de Cadena
Surtimax | Éxito

Código QR

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el desprendible del datáfono. El acta del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: DIC/2024
G: $256,76 T: $58,19 D: $280,72 CV: $106,30 PR: $88,73 R: $3,64 CP: $0,00 / $877,36 Costo kWh Mes



GRUPO: 11 CIRCUITO: EAV27-7788TRH - NIVEL DE TENSIÓN: 1 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 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. E.S.P. 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 da cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994
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.
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 800 063 875-8 Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 23/01/2025 00:41:52
FECHA EXPEDICIÓN: 23/01/2025 17:31:15

CUDE: e811ead073b191b3667c91d6a3128f62a59a1139970bedd964bc9911469712d07425a1a09308ee99c7a2219041a5564dca

307

Redeban

No. Cuenta 0319500-8 35913

ENERGÍA

NÚMERO DE CONTRATO: 0319500-8

18 FEB /2025

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

CALCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	(-) Lectura Anterior	(=) Diferencia de lecturas	(X) Factor	(=) Energía Consumida kWh	Energía Facturada kWh	(X) Valor Unitario	(=) Valor Facturado
ENERGÍA ACTIVA FP	1.863	1.844	19	1	19	19	$877,36	$16.670
ENERGÍA REACTIVA	0	0	0	0	0	0	$280,72	$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh X		Valor kWh $877,3617 X		Beneficio -15,00 %			-$2.501
ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $443 DIARIOS							SUBTOTAL:	$14.169

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$1
SUBTOTAL:	$1

Consumos + Otros cobros asociados a energía (1) TOTAL ENERGÍA $14.170

Otros cobros de productos y servicios

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 $89.658

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 CLIENTE
0319500-8

Documento Equivalente Electrónico No.
339873053-0

(415)7707209914253(8020)010319500833987305303(3900)00000000014170

PAGO OPORTUNO
03 FEB /2025

TOTAL A PAGAR
$14.170

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

HISTORIA CLÍNICA: 120 | MICROCHIP: 990000012131734 | FECHA: 17/02/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Ambar			COLOR: Tigre - Gris	
ESPECIE: CANINO __ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO __	RAZA Mestizo	EDAD 9meses	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 X COMPRADO __ ADOPTADO __ REGALADO __ PERRO DE CUADRA __ OTRO __

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Edna Rocio Gomez Fuentes		DIRECCION: CL 49B Sur #35-92 Apto 102	TELEFONO 3044852337
CEDULA: 1 110 526 347		CORREO ELECTRÓNICO: natalia920824@hotmail.com	
BARRIO: Fatima	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: LOS MARTIRES	
ESCOLARIDAD: primaria NS/NR: __	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:
NO Reporta	NO Reporta	HEXAVALENTE:	PARAINFLUENZA Y BORDETELLA:	
		FELINOS: TRIPLE FELINA:	LEUCEMIA:	RABIA: enero 25

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
170 l/m	31 r/m	38,4 °c	1 seg	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 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	Yennifer Gutiérrez Nomesque Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358	FIRMA

388

	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: Rocio Gomez	Nro de Identificación: 1110526317

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: Santa Helena	FECHA: 28 feb 125	HORA: 8 am

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.110.526.317

GOMEZ PUENTES
APELLIDOS

EDNA ROCIO
NOMBRES

Rocio Gomez
FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-AGO-1992
IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

25-AGO-2010 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01355412-F-1110526317-20230515 0107266120H 1 8508207646

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: **1873325-1**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 340211367-4

CLIENTE

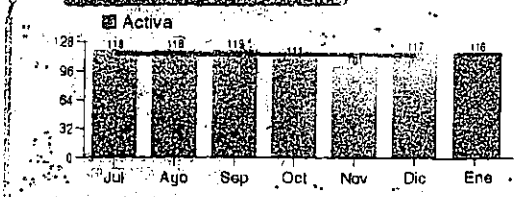
MANUEL GUILLERMO RAMOS G YO
CL 49 B SUR NO 35 92 AP 102
APTO 102
BOGOTA, D.C. - FATIMA

19 105 3875 / 042-6749472

¿Quieres tu factura a cuota? Escanea el código



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $377,26

CONSUMO DIARIO: 3,63 kWh

VALOR DIARIO: $1.669

PERÍODO FACTURADO:	DÍAS FACTURADOS:	CONSUMO MES	CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES:
22 DIC/2024 A 22 ENE/2025	32	116 kWh	114 kWh

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

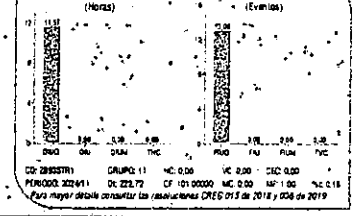
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	9,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10001191053875
RUTA LECTURA:	11191050399
MANZANA DE LECTURA:	MS00240805
MEDIDOR NO:	042-6749472
MEDIDOR NO:	042-6749472

USO SEGURO DE LA ENERGÍA

Los electrodomésticos consumen por completo todos los días, así no se estén usando, si no se pueden apagar, configúralos

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 2955781 GRUPO: 11 NC: 0,00 VC: 0,00 CSC: 0,00
PERIODO: 202411 DI: 223,72 CF: 101,00000 MC: 0,00 MF: 1,00 %C: 0,15

Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 006 de 2019

¿CONTÁCTANOS?

Trámites y solicitudes: enel.com.co/es/personas/radicaciones
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
318 890 6003 (Elena Bot o paso Asesor)
Enel Colombia @EnelClientesCO
Registrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA SERVICIO AL CUENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas	601 6140055 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 Enel Clientes Colombia
Botón de Pago Online
Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual
daviplata
MOVII
nequi
tpaga

Corresponsales Bancarios
Red Distrital
Centros de Servicio
Código QR
RED CADE
enel
Almacenes de Cadena
MÓVILRED
SUPERTIENDAS OLÍMPICA
SUPERTIENDAS METRO

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el desprendible del cajero. 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: $58,19 D: $220,72 CV: $108,30 PR: $63,75 R: $3,84 CF: $0,00 / $377,26 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: NEZA-28637R1 - NIVEL DE TENSIÓN: 1 PROPIEDAD: Empresas
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 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 ésos 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. E.S.P. Somos grandes contribuyentes según resolución No 9081 de 10 de diciembre de 2020.

Sobre el acto de suspensión proceso 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 CREG155/11 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. E.S.P. 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 tercero para el uso de la factura como carga 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 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: 27/01/2025 00:15:35
FECHA EXPEDICIÓN: 27/01/2025 11:58:11

CUDE: 5dc9346a6a988ec6cd6f411c151c5e3f49d43a4509a9f0f0d0826d0f8a07dd78b60cd2f81b3d7c5dfab78b0f9530372a234e9e5

390

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 121 | MICROCHIP: 990000012131730 | FECHA: 12/02/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Minina | COLOR: Blanco Negro

ESPECIE: CANINO __ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO __ | RAZA Mestizo | EDAD 3años | PESO: 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 X COMPRADO __ ADOPTADO __ REGALADO __ PERRO DE CUADRA __ OTRO __

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jakeilys Guaimaro Messia | DIRECCION: Kr 17 #3-15 | TELEFONO: 3170437407

CEDULA: 5 792 512 | CORREO ELECTRÓNICO: yakeilys1983@gmail.com

BARRIO: Eduardo | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: NS/NR: __ Profesional | TIPO DE VIVIENDA: CASA Y APTO __ RURAL __

3. ANAMNESIS

Bien estado de salud

ULT. CELO: Dic 24 | ULT. DESPARASITACION: Nov 24 | 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: Ningno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ningno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 180 l/m | F. RESPIRATORIA: 31 r/m | TEMPERATURA: 38,3 °c | TLLC 1 seg | MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ningno

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 ☐ 10 mg/kg IM ☒
	PROPOFOL	— 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: 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 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 Vc.ázquez Milán | TARJETA PROFESIONAL: Médica Veterinaria TP. 11804 | FIRMA: Myz

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO: Yennifer Gutiérrez Nomesque | TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358 | FIRMA: G16

391

	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:
Yareilys	5792512

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:
(28 J) Santa Helena	28 feb / 25	8 am

OBSERVACIONES:

75-76

REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN

No. 5792512

COL

GUAIMARO MESSIA
APELLIDOS
YAKEILYS
NOMBRES
VEN
NACIONALIDAD
SEXO
16803962
DNI Rpta.
19-08-1983
FECHA DE NACIMIENTO
31-03-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO



VISIBLES

FIRMA

E1980244

INDICE DERECHO

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

Juan Francisco Espinosa Palacios
Director General de Migración Colombia

MIGRACIÓN
www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL5792512<<9<<<<<<<<<<<<<<<
8308193F3105308VENE1980244<<<8
GUAIMARO<MESSIA<<YAKEILYS<<<<<

392

aseo

Período facturado Aseo
NOV/01/2024 - DIC/31/2024
El servicio de aseo se factura de forma bimestral

Cuenta contrato Núm. de identificación de este predio	Número para pagos Número de esta factura de servicios públicos
10066520	40018396214

KR 56 No. 9-17 LC 2 Ed. Torre Amedcas
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: PEQUEÑO PRODUCTOR — Estrato: 3
Und. Res. Ocupadas: 1 — Und. No Res. Ocupadas: 1 — Densidad: 0.200
Und. Res. Desocupadas: 000 — Und. No Res. Desocupadas: 000 — Volumen: 0.00
Frecuencia Barrido: 02 — Frecuencia Recolección: 03 — %Participación: 0.000%

Componentes de tarifas

	Valor base	
Costo Fijo Total CFT.	Costo variable no aprovechable	aprovechamiento
65471.28	46.921.62	150.736.65

A. Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$61.646	Interés mora	$1.260
Aseo pequeño productor	$82.107	Ajuste a la decena -crédito-	$6-
Subsidio	$9.232-		
Aporte	$41.064		

		Valor Aseo	$117.638
Subsidio (-)	10%	Total Ingresos del período	$117.638
Aporte (+)	60%	Ingreso que Aseo reporta a la DIAN en el período actual	
Diferido - deuda total			

Toneladas por suscriptor mes

Barrido y limpieza	Limpieza urbana	Reciclaje del aprovechamiento
0.0026	0.0010	0.0000

Efectivamente aprovechables	Residuos no aprovechables | Afectadas - no afectadas
0.0503	0.0998

Histórico de vigencias cobradas

3	2	1	Días liquidados
$177.035	$175.635	$177.652	61

La tarifa incluye subsidio o aporte*

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

Natesha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA:3 CICLO: D3 RUTA:D33127

BIMESTRAL

10066520 Cuenta contrato Núm. de identificación de este predio	40018396214 Número para pagos Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de
CICERON BETANCOURT

Dirección del predio
KR 17 3 15

Barrio: EDUARDO **Localidad:** LOS MARTIRES

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso:	**Multiusuario**
Estrato:	**3**
Unidades Habitacionales:	**1**
Unidades No Habitacionales:	**1**

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 09:19:11	ENE/10/2025 13:40:59

¡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

393

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 122

MICROCHIP: 990000012131722

FECHA: 17/04/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Abby

COLOR: Calico

ESPECIE: CANINO __ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO __ RAZA Mestizo EDAD 1año PESO: 2,1 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: Miguel Angel Gomez Barragan

DIRECCION: CL 18 # 16B -17

TELEFONO: 3209141191

CEDULA: 79 453 353

CORREO ELECTRÓNICO: gomezmiguelangel519@gmail.com

BARRIO: La favorita

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: NS/NR: __ Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO: Enero 25

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: 166 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	0,1 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	0,7 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 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: Mvz

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Yennifer Gutiérrez Nomesque, Médico Veterinario - Zootecnista, TP. 33358

FIRMA: YG

304

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: 79453353.

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: Santa Helena	FECHA: 28 Feb 125	HORA: 8am

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.453.353

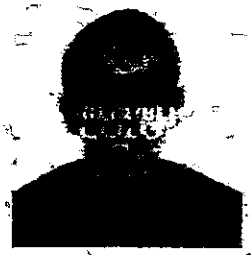
GOMEZ BARRAGAN

APELLIDOS

MIGUEL ANGEL

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 23-ENE-1968

VERGARA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

29-SEP-1986 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00133403-M-0079453353-20081204 0007491035A 1 9915235553

80

enel Bogotá

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

Bono del Consumo Ecológico

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **0340911-8**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 338158316-3

CLIENTE

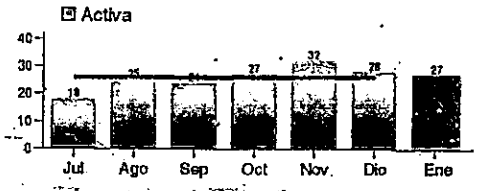
ROBERTO RODRIGUEZ
CL 18 NO 16 B 17
BOGOTA, D.C. - LA FAVORITA

07 402 7730 / 065-1088459

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $877,36

CONSUMO DIARIO: 0,82 kWh

VALOR DIARIO: $377

CONSUMO PROMEDIO ÚLTIMOS 6 MESES: 26 kWh

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

DÍAS FACTURADOS: 33

CONSUMO MES: 27 kWh

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

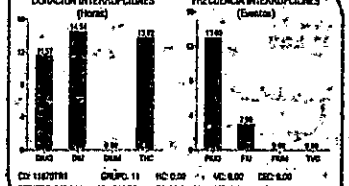
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA KW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA LIBRO:	30004074027730
RUTA LECTURA:	34074040151
MANZANA DE LECTURA:	MS00610421
MEDIDOR NO:	065-1088459
MEDIDOR NO:	065-1088459

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



CU: 1167781 GRUPO: 11 NC: 0,00 VC: 0,00 DEC: 0,00
PERIODO: 2024/11 DI: 222,72 CP: 32,00000 MC: 0,00 MF: 1,00 TAS: 0,15
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 030 de 2018

CONTÁCTANOS

Tramite y solicitudes: [redacted]
Chatea con nosotros en: [redacted]
316 890 8003 Elena Bot o paso Asesor
Enel Colombia, @EnelColombiaCO
Registrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

CANAL PREFERENCIAL DE SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 6 115 115	115 Gratuito las 24 horas	601 6140055 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, Cajero Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Botón de Pago Online, Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual: Daviplata, dale!, Nequi, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONPED, Efecty, Su Red, Movired, puntored

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Jumbo, Metro

Código QR

Pagos en un corresponsal bancario, exija 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
$356,76 T: $58,19 D: $280,22 CV: $106,30 PR: $69,75 R: $3,54 CP: $0,00 / $877,36 Costo kWh Mes

PÓN 11 CIRCUITO: BP13-11670161-- 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 DE 1999.

Pasado 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 9061 de 10 de diciembre de 2020.

Para 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 presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 143 1994

Para efectos de la resolución CREG156/11 consultar www.enel.com.co

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 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.

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.

Para estudiar 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: 10/01/2025 01:13:51
FECHA EXPEDICIÓN: 10/01/2025 15:45:14

Factura Impresa por Comunicación Digital Soluciones y Servicios SAS NIT [redacted] Version del SW: CEDFregerp - NIT 900.321.151-0 Proveedor Tecnológico: Comunicación Digital Tecnología y Servicios SAS NIT

396

9 90 230901 EMVCO

Redeban

ENE 23 2025 14:21:24 REMDES 9.90

CORRESPONSAL
BANCOLOMBIA
BARRIO LA FAVORITA BOG
CRA 15 16 50 LC 6 LA FA
C.UNICO: 3007037808 TER: A0000587
RECIBO: 132471 RRN: 132971
RECAUDO APRO: 249794
CONVENIO: 92707
NIN ENEL COLOMBIA SA
REF: 0000000000000000003409118

VALOR $ 12.430

TU CORRESPONSAL BANCARIO NO DEBE COBRARTE POR HACER ESTA TRANSACCIÓN.

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

*** CLIENTE ***

PAGO OPORTUNO
21 ENE /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN
23 ENE/2025

$12.430

NÚMERO DE CUENTA 0340911-8

04 FEB /2025

Situación encontrada: Normal

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

HISTORIA CLINICA: 123 | MICROCHIP: 990000012131729 | FECHA: 17/02/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Shaira | COLOR: Tigre Gris

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 __ PERRO DE CUADRA __ OTRO Nacio en casa

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Luz Maria de Soledad Aguilar | DIRECCION: CL 7F # 18A - 29 P2 | TELEFONO 3124962596

CEDULA: 51 730 59 | CORREO ELECTRÓNICO: 3124962596@sincorreo.com

BARRIO: Eduardo Santos | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: LOS MARTIRES

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

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO: Enero 23 | 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: 167 l/m | F. RESPIRATORIA: 32 r/m | TEMPERATURA: 38,3 °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 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	Yennifer Gutiérrez Nomesque Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33355	FIRMA

397

	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 precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Luz M. Soledad Aguilar	51739 059.

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:
Santa Helena	28 feb 12J	8 am

OBSERVACIONES:

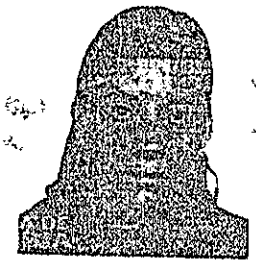
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **51739059**

AGUILAR
APELLIDOS

LUZ MARIA SOLEDAD
NOMBRES

Luz Maria Soledad A
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **05-MAR-1964**
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

20-ENE-1983 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-1500100-42085024-F-0051739059-20010419 01582 01072A 01 092831314

399

80437

Bogotá

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:

0307563-2

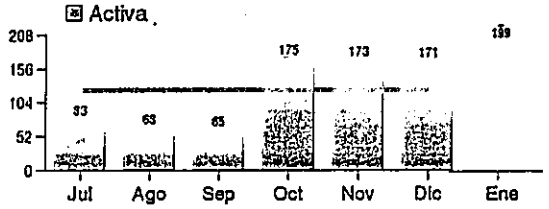
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 340071971-0

CLIENTE

JAIRO CASTAEDA VIATELA
CL 1 F NO 18 A 29 PISO 2
PISO 2
BOGOTA, D.C. - EDUARDO SANTOS

19 204 4951 / 117-59582

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $877,36

CONSUMO DIARIO: 6,22 kWh

VALOR DIARIO: $4.921

PERIODO FACTURADO: 22 DIC/2024 A 22 ENE/2025

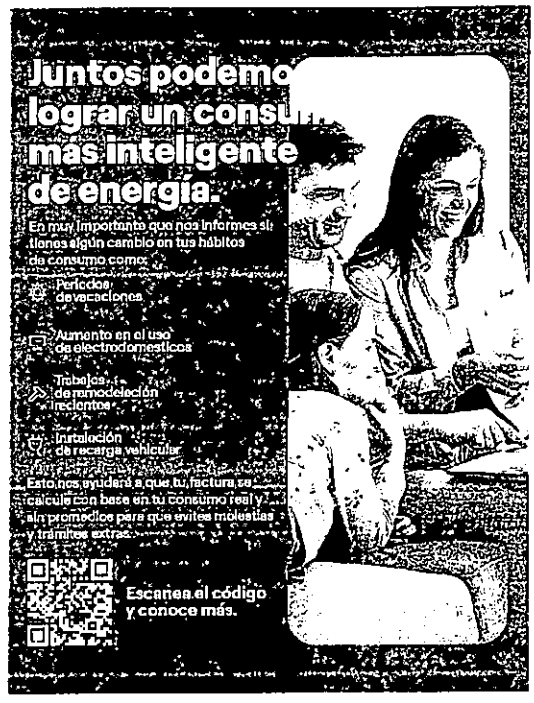
DIAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES 199 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 3 MESES 193 kWh

Así nos vemos cuando hacemos la LECTURA DE TU MEDIDOR y no CONSUMO

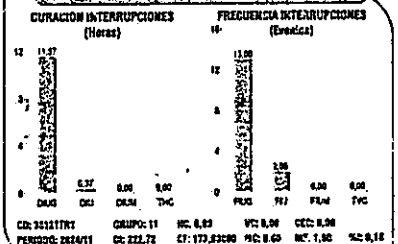
Evitación Efectiva: los recibos reflejan el consumo real



INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	4,24
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10002192044951
RUTA LECTURA:	12192050063
MANZANA DE LECTURA:	MS00410535
MEDIDOR NO:	117-59582
MEDIDOR NO:	117-59582

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 351217R1 GRUPO: 11 IRC: 0,83 VCI: 0,00 CEC: 0,00
PERIODO: 2024/11 CI: 222,72 CT: 173,83000 PIC: 0,69 IRC*: 1,00 %C: 0,15
*Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 036 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/radicadores
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
318 890 6003 (Elena Bot o pasa Asesor)
Enel Colombia @EnelClientesCO
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

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

DEFENSOR DEL CUENTE
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!, nequi, MOVII, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, Efecty, Reval, MOVIRED, Punto Red

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Jumbo, Metro

Código QR

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el desprendible del datáfono. El acta 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: CLAV27-35121TR1 - NIVEL DE TENSION: 1 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 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.

FECHA GENERACIÓN: 27/01/2025 00:06:43
FECHA EXPEDICIÓN: 27/01/2025 13:22:13

CUDE: 174ea0dd09bb0460d7ec9cbd16e5c95b0548831006f69aab70fd5f0a65253633b25849b15245f0730cead87644a5a4

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.096.612-

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 890.321.151-0

805 - Página 1 de 2

80437

399

886 - Página 2 de 2

No. Cuenta 0307563-2 80437

1 Total Energía $157.490

+

2 Portafolio Enel X $0

=

Total a Pagar $157.490

PAGO OPORTUNO
05 FEB /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN
07 FEB/2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 0307563-2

PRÓXIMA LECTURA DE LECTURA: 20 FEB /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	10.028		9.829		199		1		199	199		$877,36		$174.595
ENERGIA REACTIVA	1.668		1.631		37		1		37	0		$280,72		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh X				Valor kWh $877,3617		X		Beneficio -15,00 %					-$17.109

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $4.921 DIARIOS

SUBTOTAL: $157.486

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$4
SUBTOTAL:	$4

Consumos + Otros cobros asociados a energía (1) TOTAL ENERGÍA: $157.490

Otros cobros de productos y servicios

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 $89.656

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 CLIENTE
0307563-2

Documento Equivalente Electrónico No.
340071971-0

(415)7707209914253(8020)010307563234007197 10(3900)00000000157490

PAGO OPORTUNO
05 FEB /2025

TOTAL A PAGAR
$157.490

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA	MICROCHIP:	FECHA:
124	990000012131726	12/02/2025

ORIGEN: CES__ PROTECCIONISTA__ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
Mia		Atigrado blanco

ESPECIE: CANINO__ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO__	RAZA: Mestizo	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:	DIRECCION:	TELEFONO
Yarineth Pedreañez Gonzalez	DG 4A # 18A 25	3204553104

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
33870773	duurispa@gmail.com

BARRIO: Eduardo Santos	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: X CANINOS PARVO: / HEXAVALENTE: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: /
Enero 25	Enero 25	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:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
168 l/m	32 r/m	38,4 °c	1 seg	Rosada

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 ☐ 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 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	Yennifer Gutiérrez Nomesque Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358	FIRMA

400

	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. X

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:
Yarineth	3387073

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:
Santa Helena	28 Feb 25	8 am

OBSERVACIONES: