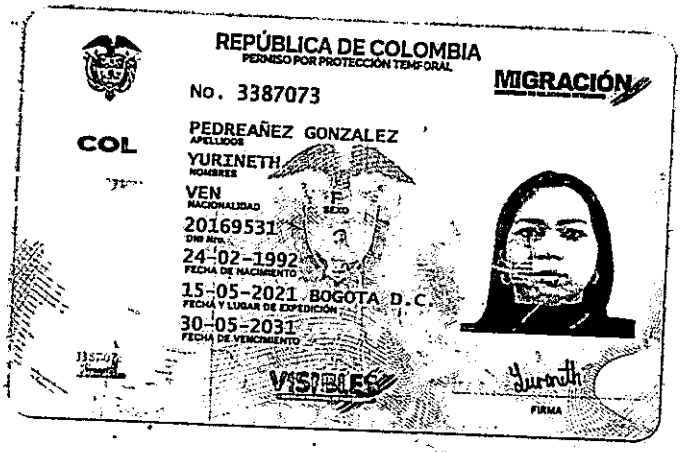
79



REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN

No. 3387073

COL

PEDREAÑEZ GONZALEZ
APELLIDOS

YURINETH
NOMBRES

VEN
NACIONALIDAD

F
SEXO

20169531
DNI Nro.

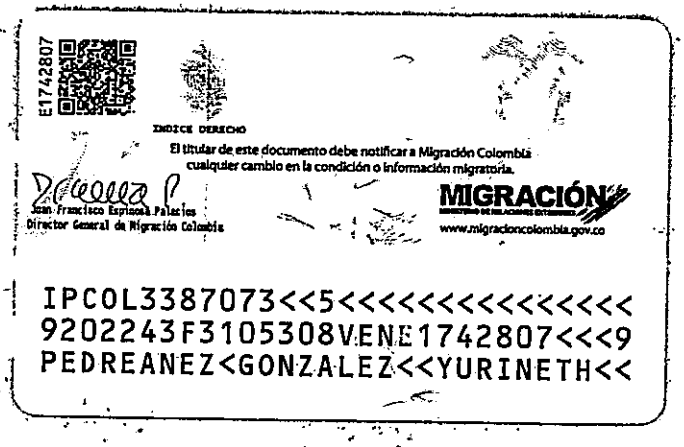
24-02-1992
FECHA DE NACIMIENTO

15-05-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO

VISIBLES

FIRMA



E1742807

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

IPCOL3387073<<5<<<<<<<<<<<<<<<
9202243F3105308VENE1742807<<<9
PEDREANEZ<GONZALEZ<<YURINETH<<

401

enel | Bogotá

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas diligencie datos de cliente

0313214-5

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 340229075-6

34572

CLIENTE

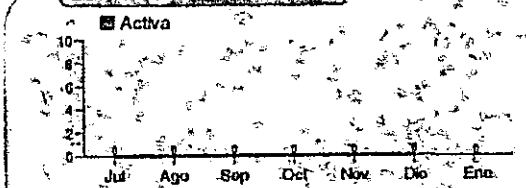
YOLANDA RENGIFO DE GUIXENS
DG 4 A NO 18 A 25
CONT 18A 31
BOGOTA, D.C. - EDUARDO SANTOS

19 204 3767 / 074-658626

¿Quieres tus facturas virtuales? Escanea el código



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $977,36

CONSUMO DIARIO: 0,00 kWh

VALOR DIARIO: $0

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

DÍAS FACTURADOS: 32

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.

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10002132043787
RUTA LECTURA:	12192210267
MANZANA DE LECTURA:	MS00410529
MEDIDOR NO:	074-658626
MEDIDOR NO:	074-658626

CALIDAD DEL SERVICIO



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

Reglamento grafo

Zona privada de tu página Web

App Enel Clientes Colombia

Bogotá, Soacha y Cundinamarca: (601) 5 115 115

Línea gratuita: 115 Disponible las 24 horas

Correo: 601 514 0055 denuncias@enel.com

Oficinas de atención al cliente

Defensor del cliente: https://servicioalcliente.enel.com.co/personas/interaccion-clientes.html
defensor@enel.com

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

APP Bancos, Internet, Teléfono Banco, Débito Automático, Cajeros Electrónicos, APP Enel Clientes Colombia, Botón de Pago Online, Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual

dale!, MOVII, NEQUI, Upaga

Corresponsales Bancarios

Red Distrital

Centros de Servicio

RED CADE, enel

Almacenes de Cadena

Código QR

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 recibo del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.

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

G: $336,28 T: $58,19 D: $200,23 -CV: $106,30 PR: $28,75 R: $5,44 CP: $0,00 / $577,36 Costo kWh Mes

GRUPO 11 CIRCUITO C-LAS-HORTEN--LINEA DE 13KV(Enel) PROPIEDAD Empresa

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica, Tarifa 11,94 por ent. Somos autorretenedores según Resolución Dis CS-1 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 dicho sistema de la forma establecida para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, hasta en Bogotá al 01 8000 512 115, o en nuestros Canales de Servicio al Cliente, Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 0091 de 10 de diciembre de 2020.

"Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa dentro de los cinco días siguientes 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 consulte www.enel.com.co

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 015 de 2018, la cual modifica el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y Enel usuarios. Para obtener mayor información, le invitamos a consultarlo en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la Línea (601) 5 115 115, hasta en Bogotá al 01 8000 512 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de energía (para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Lucanga de Colombia), de acuerdo con la aprobación expresa solicitud por el cliente para el pago de la factura (para pago 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 las oficinas de atención dispuestas 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 27/

CUDE: 457db170f8d2f0c72581e4cda10e4be603a9ea5a5ad4a3e4c8d8617f5cc8858e5e5077facca2d5b8c0965ac7f0d5e8a54a56

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC Nombre del SW: CEN/Financiero NIT 800.321.191-0

402

Total Energía $-31.130 + Portafolio EnerX $0 = Total a Pagar $-31.130

PAGO OPORTUNO 05 FEB /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN 07 FEB /2025

ENERGÍA

No. Cuenta 0313214-5

20 FEB /2025

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Diferencia de Registros	×	Factor	=	Energía Consumida kWh	Energía Facturada kWh	×	Valor Unitario	=	Valor Facturado
ENERGIA ACTIVA FP	11.278		11.278		0		1		0	0		$677,36		$0
ENERGIA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$250,73		$0

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO SI DUAROS

SUBTOTAL: $0

Otros cobros asociados a energía

SALDO ANTERIOR	$-31.130
SUBTOTAL:	$-31.130

Consumos + Otros cobros asociados a energía (1) TOTAL ENERGÍA $-31.130

Otros cobros de productos y servicios

enelx

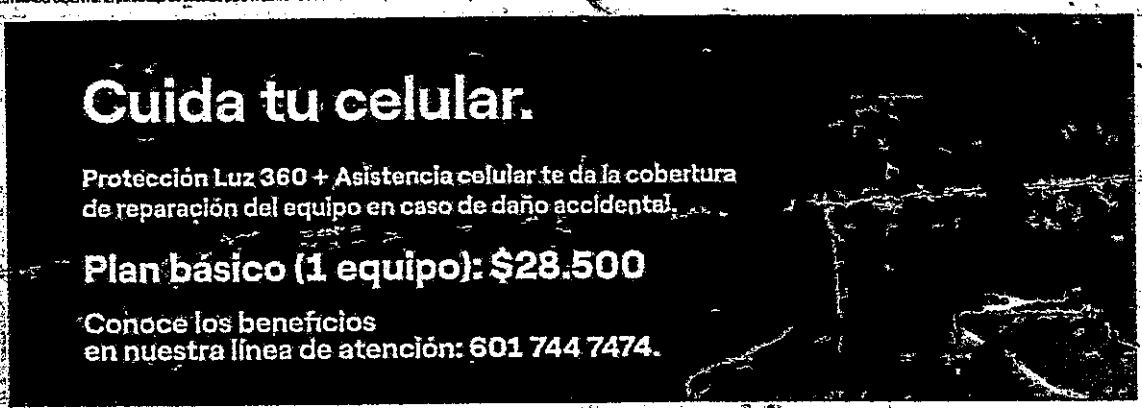
Te invitamos a consultar el detalle de tus productos y servicios a través de la APP, tu Sucursal Online en la página web o inscribiéndote a FACTURA VIRTUAL desde www.enel.com.co en la sección Personas.

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

Tené 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 $36.854.

Recordamos que de no realizar el pago de tus obligaciones, Celsia / Fiscal CODENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO, estás entrando en mora, ante lo cual se realiza reporte negativo a las bases de información Financiera y cobro por pasos 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



NÚMERO DE CLIENTE: 0313214-5

Documento Equivalente Electrónico No. 340229075-6

SALDO A FAVOR

PAGO OPORTUNO 05 FEB /2025

TOTAL A PAGAR $-31.130

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 125

MICROCHIP: 990000012131732

FECHA: 17/02/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Blanca

COLOR: Amarrillo-Blanco

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

RAZA: Mestizo EDAD: 3años

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: María del Rosario Huertas Murcia

DIRECCION: CL 5A # 20-50

TELEFONO: 3214259273

CEDULA: 5 211 3874

CORREO ELECTRÓNICO: rochihuertas@hotmail.com

BARRIO: El Progreso

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: Tecnico

NS/NR: __

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO: DIC 24

ULT. DESPARASITACION: NOV 24

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: 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	0,13 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,27 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☒
	PROPOFOL	— ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,9 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,18 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,02 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO: Mónica Vázquez Milán

TARJETA PROFESIONAL: Médica Veterinaria TP. 11804

FIRMA: MVM

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO: Yennifer Gutiérrez Nomesque

TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario - Zootecnista [illegible]

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: Ofelia del Rosario Huerta	Nro de Identificación: 52113874

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 52113874

HUERTAS MURCIA
APELLIDOS

MARIA DEL ROSARIO
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 11-SEP-1972
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

03-MAY-1991 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-1500100-42084874-F-0052113874-20010418 02447 01022A 02 093324921

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Representante para efectos del contrato Gestor Distribuidor, Comercializador

NA6

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA:3 CICLO: D3 RUTA:D33124

10009087
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

41331189112
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de
JOSE A HUERTAS

Dirección del predio
CL 5A 20 50

Barrio: EL PROGRESO Localidad: LOS MARTIRES

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Periodo facturado	OCT/20/2024	DIC/18/2024

Pago oportuno	ENE/23/2025	Suspensión	ENE/28/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
MAR/14/2025	ENE/10/2025 09:18:44	ENE/10/2025 13:39:39

¡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.

405

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 126

MICROCHIP: 990000012131724

FECHA: 12/02/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Chimuela

COLOR: Negro

ESPECIE: CANINO __ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO __ RAZA Mestizo EDAD 1año PESO: 2,4Kg 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: Mateo de Jesus Martinez Huertas

DIRECCION: CL 5A # 20-50

TELEFONO: 3134612716

CEDULA: 1 013 675 759

CORREO ELECTRÓNICO: matiumartinez21@gmail.com

BARRIO: El progreso

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 25

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: 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: 31 r/m

TEMPERATURA: 38,4 °c

TLLC 1 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ningno

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.)	0,16 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

Mónica Vázquez Milán
Médica Veterinaria
TP. 11894

FIRMA: MVM

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO
TARJETA PROFESIONAL

Yennifer Gutiérrez Nomesque
Médico Veterinario - Zootecnista
TP. 33358

FIRMA: YG

406

	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:
Mateo Martinez	1013675759

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:
Santa Helena	28 feb 25	8 am

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.013.675.759**

MARTINEZ HUERTAS

APELLIDOS

MATEO DE JESUS

NOMBRES

MateoMartinez

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-AGO-1997**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 **O+** **M**

ESTATURA G.S. RH SEXO

01-SEP-2015 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01160671-M-1013675759-20200917 0071763251A 1 8500627902

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
10009087

Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos
41331189112

LIME
LIMPIEZA METROPOLITANA S.A. E.S.P.
830123461-1

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:	RESIDENCIAL			Estrato	3
Und. Res. Ocupada:	1	Und. No Res. Ocupada:	0	Densidad	0.000
Und. Res. Desocupada:	000	Und. No Res. Desocupada:	000	Volumen	0.00
Frecuencia Barrido:	02	Frecuencia Recolección:	02	%Participación	0.000%

Componentes de tarifas

Costo Fijo Total CFT:	Costo variable no aprovechable	Valor base aprovechamiento
32.735,64	13.179,98	150.736,65

Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$61.546	Interés mora	$34
Subsidio	$9.232-	Ajuste a la decena -debito-	$2

Subsidio (-)	15%	Valor Aseo	$52.350
Aporte (+)	00%	Total ingresos del periodo	$52.350
Informativo - deuda total		Ingreso que Aseo reporta a la DIAN en el periodo actual	

Toneladas por suscriptor mes

Barrido y limpieza	Limpieza urbana	Rechazo del aprovechamiento
0.0026	0.0010	0.0000

Efectivamente aprovechables	Residuos no aprovechables | Aforadas - no aforadas
0.0503	0.0368

Histórico de vigencias cobradas

3	2	1	Días liquidados
$52.196	$52.241	$53.101	61

La tarifa incluye subsidio o aporte*

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá-ESP
NIT. 899.999.094 - 1
Responsabilidades fiscales del emisor: Gran contribuyente; Autorretenedor

NAG
Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: D3 RUTA: D33124 **BIMESTRAL**

10009087
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

41331189112
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de
JOSE A HUERTAS

Dirección del predio
CL 5A 20 50
Barrio: EL PROGRESO **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 09:18:44	ENE/10/2025 13:39:39

¡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 • 30/08/2024, 08:04

408

Tu consumo en este período

En los períodos anteriores **tu promedio de consumo fue** 7



En este periodo consumiste menos agua que en el anterior.

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

En este período 6.000

Promedio al día 100

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período 741
Lectura anterior 735
Tu consumo este período 6

Facturado con Consumo Normal
Base promedio
Descargue fuente alterna 0

Datos de tu medidor

Marca ITRON DE ACTARIS
Serie A10S722802

Tipo VELO015T2
Diámetro pulgadas ½

Para reducir tu consumo, recuerda:

Ducharte en 3 minutos para **reducir tu consumo**

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

Cerrar la llave al enjabonar los platos

Tu cobro en este período

Acueducto	+	Alcantarillado	+	Otros cobros	+	Aseo
$33.543,82		$26.571,32		$4		$52.350
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 $112.470

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

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 0405e4ea2ece9002d19a495c4c93016c5c0c06a2fd885091c5c73ff569161c8979f105d9b63c2c17bb0e21ce259af7d

Detalle de tu consumo este bimestre

1 Acueducto

	Cant.	×	Valor unitario	×	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	=	Valor	Tarifa***	=	Total (Tarifa × Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00		$9.195,79		-15		$2.759-	$7.616,42		$15.632,58
Consumo residencial básico (m³)	6,00		$3.512,04		-15		$3.161-	$2.985,24		$17.911,24
Consumo residencial superior básico (m³)	.									
Cargo fijo no residencial (mes)	.									
Consumo no residencial (m³)	.									
Subtotal							**$5.920-**			**$33.543,82**

2 Alcantarillado

	Cant.	×	Valor unitario	×	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	=	Valor	Tarifa***	=	Total (Tarifa × Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00		$4.370,95		-15		$1.311-	$3.715,31		$7.430,90
Consumo residencial básico (m³)	6,00		$3.753,07		-15		$3.378-	$3.190,11		$19.140,42
.										
.										
.										
Subtotal							**$4.689-**			**$26.571,32**

* Corresponde a consumos de hasta 11 m³ mensuales (22 m³ bimestrales). ** (+) Aporte: aplica para estratos 5, 6, comercial e industrial. (-) Subsidio: aplica para estratos 1, 2 o 3.
*** 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)	$24,26	$74,77
Tarifa consumo superior a básico ($/m3)	$0,00	$87,97
Total por consumo facturado	$146	$449

El Mínimo Vital es un beneficio donde el Distrito de Bogotá brinda un apoyo económico de hasta 6 m³ mensuales (12 m³ por cada período facturado) a los usuarios residenciales de los estratos 1 y 2. (Acuerdo 927 de 2024)

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
I-ajuste a la decena	$4
Subtotal	4

4 Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

5 Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

Deudas en estudio

Concepto	Valor
	$0
	$0
	$0
Subtotal	$0

6 Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	$0

Pagos por la página web, app y billeteras

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 sólo tiene convenios con los siguientes bancos: Davivienda, Scotiabank Colpatria, Caja Social, Itaú, Occidente, AV Villas, Bogotá, Sudameris y City

Aseo
Valor a pagar
$52.350

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

(415)7707200489996(8020)413311891122(3900)000000052350

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$60.120

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

(415)7707200485271(8020)413311891129(3900)000000060120

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS NRO. ÚNICO DE REGISTRO 1-11001000-10 EAB-ESP

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 127

MICROCHIP: 990000013794543

FECHA: 12/02/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Iris

COLOR: Negro blanco Amarillo

ESPECIE: CANINO __ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO __ RAZA Mestizo EDAD 4 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 X REGALADO __ PERRO DE CUADRA __ OTRO __

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Nicolas Bonilla Maldonado

DIRECCION: CLZ H 20A -16 02

TELEFONO: 3204479323

CEDULA: 1 022 939 769

CORREO ELECTRÓNICO: nicolasbonilla@gmail.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: Enero 25

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: 169 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	0,14 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,28 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☒
	PROPOFOL	— ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,9 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,19 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,02 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO
TARJETA PROFESIONAL

Mónica Vázquez Milán
Médica Veterinaria
TP. 11804

FIRMA: MV

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO
TARJETA PROFESIONAL

Yennifer Gutiérrez Nomesque
Médica Veterinario - Zootecnista
TP. 33358

FIRMA: YG

409

	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:
Nicolas Bonilla	1022939769

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:
Sta Helena	28 feb 25	8 am

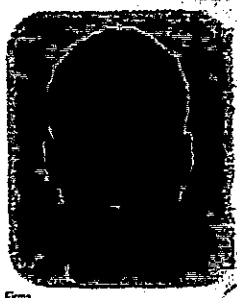
OBSERVACIONES:

94-95

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.022.939.769



Apellidos
BONILLA MALDONADO

Nombres
NICOLAS

Nacionalidad
COL

Estatura
1.75

Sexo
M

Fecha de nacimiento
12 ENE 2006

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
12 ENE 2024, BOGOTA D.C.

Firma
Nicolas Bonilla

Fecha de expiración
12 ENE 2034

.CO

037753320

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL037753320015001<<<<<<<<<<
0601120M3401125COL1022939769<9
BONILLA<MALDONADO<<NICOLAS<<<<

410

Factura de gas — Enero 2025

Cuenta o referencia de pago: 61119845 — BOGOTÁ

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	121.516,57
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				

① Total $126.090,00

Tus financiaciones

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

② Total $0,00

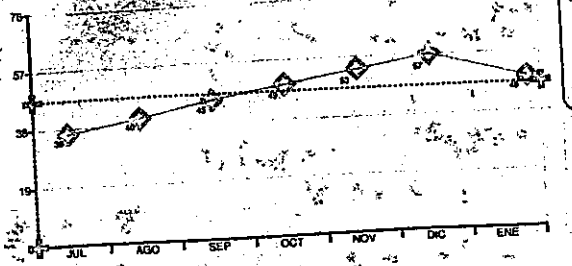
③ Valor facturas vencidas: $0,00

Total a pagar ① + ② + ③: $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: 61.58 Cvm: 0.0 Cdm: 4029.0 Cvm: 2479.93

Ccm: 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

Pc: 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 IPIL: 100.0



(415)7709998026025(8020)61119845(3900)00000000126090

Factura No. F15823498810

Resolución No. 4959 del 17-Jul-1998 modificada por la 50000000 con vigencia de 10 meses

Sometido por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NUR 2-11001000-8. VANTI S.A. ESP. NIT: 800.007.813-5. Revisor Fiscal Deloitte Y Touche S.A.S. Esta factura presta mérito ejecutivo. Art 130 Ley 142 de 1994

Cra. 1 Transversal 64 Cra. 1 Transversal 64 Bis Línea de atención 322 153 7

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 · 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.

7048/23072024

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-8

¡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

vanti Listo

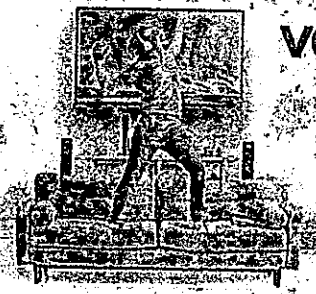
Compra televisor, calentador, gasas, moto y mucho más y pídelo a cuotas con tu factura de gas

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:

200 0011240186330005100 41610 P02GN 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:

Éxito · Ivanston Electrodomésticos · Multintegral · TECHRED · 3 Mercados

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/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.

99000

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA	MICROCHIP:	FECHA:
128	990000013794548	12/02/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
	Mia	Blanco - Gris

ESPECIE: CANINO __ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO __	RAZA: Mestizo	EDAD: 9meses	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:	DIRECCION:	TELEFONO
Nini Johanna Suarez Martinez	CL 5C # 20-28 01	3142099628

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
53 177 301	3142099628 @sincorreo.com

BARRIO: El Progreso	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: __ CANINOS PARVO: / TRIPLE: PENTAVALENTE: / FELINOS: TRIPLE FELINA: / HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / LEUCEMIA: / RABIA: Dic 24
Dic 24	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:
168 l/m	32 r/m	38,4 °c	1 seg	Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☑
	PROPOFOL	ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Mónica Vázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Yennifer Gutiérrez Nomesque Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358	FIRMA

412

	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:**
NINI SUAREZ	53117301

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

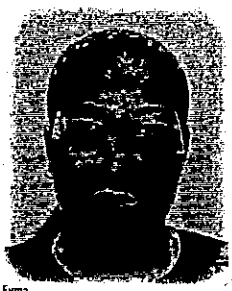
OBSERVACIONES:

93

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 53.117.301



Apellidos
SUAREZ MARTINEZ

Nombres
NINI JOHANNA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.70	F

Fecha de nacimiento: 13 SEPT 1980
G.S.: A+

Lugar de nacimiento
ARIGUANI (MAGDALENA)

Fecha y lugar de expedición
11 JUL 2003, BOGOTA D.C.

Firma
NINI SUAREZ

Fecha de expiración
23 OCT 2033

.CO
033164535

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL033164535015001<<<<<<<<<<
8009135F3310230COL53117301<<<6
SUAREZ<MARTINEZ<<NINI<JOHANNA<

413

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 Públicas 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.

Inscríbete para tener tu factura de manera digital

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

REVISIÓN PERIÓDICA OBLIGATORIA DE GASES

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

podrás participar en una de los sorteos para ganar

una de las 4 motos AKT NKD R 125 0Kms.

AVANZA Y GANA

Agenda tu Revisión escaneando el QR

vanti

Autoriza Coljuegos

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 · Davíplata · 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.

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-8 704B23072024

¡Hola!

JAIRO MONROY
CL 5C 20 28 01 - EL PROGRESO
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 009520210000044663

Lote: P02GN Ruta: 0011240160670005010 Código del Sector: 199

Cuenta o referencia de pago 61048620

vanti Listo

Compra televisor, calentadora de agua y muchas más y paga a cuotas a través de tu factura de gas

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: $ 4.900.000

CON VANTI LISTO REGRESA A CLASE Y SÚPER LISTO 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 · Tuyo · Alkosto · Kronik

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 bancario 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

199 0011240160670005010 39295 P02GN C1

Factura de gas

Febrero 2025

Cuenta o referencia de pago: 61048620

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

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	15M3	3.370,88	0,00	50.563,20
FIJO	1UN	4.043,00	0,00	4.043,00
AJUSTE DECENA	1UN	2,33	0,00	2,33
RECAUDO TERCEROS Coosepark Protc.	0	23.026,00	0,00	23.026,00
Intereses Moratorios Base Recargo	1UN	25,47	0,00	25,47
Vanti Max Antiguo	1UN	11.294,12	2.145,88	13.440,00

① Total $91.100,00

Tus financiaciones

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

② Total $0,00

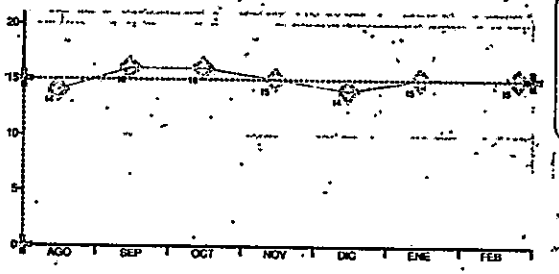
③ Valor facturas vencidas $0,00

Total a pagar ①+②+③ $91.100,00

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 Ene. 2025	521	REAL
03 Feb. 2025	540	REAL

m³ corregido= 540 - 521 * Factor de corrección = 15

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 $ 9110

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. 2027

La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente* *Resoluciones 059 de 2017 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
Pc: 90.85 Cvm: 0.0 Cufm: 4043.0 Cuvm: 3370.88
Com: 0.0 Fpcm: 42.438 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

MJ/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 177
kWh y el precio unitario del kWh es: $308.51

Factor de corrección

Vm: 19 Kp: 0.76727 Kt: 1.00662 Pt: 0.77235
Vc: 15 Tm: 13.66 Tc: 15.56 Pe: 1.01008
Pc: 0.752 Pm: 0.023 Ppv: 1.0
Factor de corrección: 0.77235

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IO: 100.0 IPit: 100.0



(415)7709998026025(8020)61048620(3900)00000000091100

Somos grandes contribuyentes Resolución 000200 Diciembre 27/2024 Retención de IVA. Autorretenedores Resolución No. 0056 del 27/12/2013 Autorización de Numeración de Facturación No. de rango 15704587158888 del 12/03/2024, Facturación electrónica desde Nº 000000001 hasta 50000000 con vigencia de 18 meses

Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NIR 2-11001000-4, 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 No. F1582598945

1b64aa780030a54c738ba280cd2ad870c02ca5309060e6e6815332324056a9545c686ca57b7819ac18a886e1d8826cb4b

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA	MICROCHIP:	FECHA:
129	990000013794542	17/04/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:	
	Beiley	Cafe-Beige	

ESPECIE: CANINO __ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO __	RAZA	EDAD	PESO:	POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X
		Siames	9 meses	3,5 Kg	

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:	DIRECCION:	TELEFONO
Jhon Estiben Valdes Bejarano	Kr 17 A #34-04	3006146668

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
Jhon estiben Valdes Bejarano 1023934959	jhoncitovabes@hotmail.com

BARRIO:	ESTRATO:	LOCALIDAD: LOS MARTIRES
El Progreso	3	

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

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO:	TRIPLE:	PENTAVALENTE:
Oct 24	Nov 24	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:
168 l/m	31 r/m	38,3 °c	1 seg	Rosada

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		FIRMA
	Mónica Vc. Vázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	MVV
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Yennifer Gutiérrez Nomesque Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358	FIRMA

415

	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:
J HON V.B.	1023934959

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

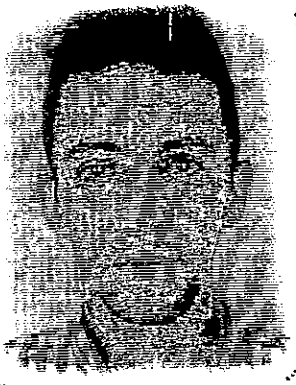
OBSERVACIONES:

97

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.023.934.959



Apellidos
VALDES BEJARANO

Nombres
JHON ESTIBEN

Nacionalidad
COL

Estatura
1.73

Sexo
M

Fecha de nacimiento
18 JUL 1994

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
CARMEN DE APICALA (TOLIMA)

Fecha y lugar de expedición
09 AGO 2012, BOGOTA D.C.

Firma
JHON V.B'.

Fecha de expiración
08 ABR 2034

.CO

043139327

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL043139327415001<<<<<<<<<<
94J7185M3404089COL1023934959<6
VALDES<BEJARANO<<JHON<ESTIBEN<

416

Factura de gas

Febrero 2025

Cuenta o referencia de pago: 63244687 | BOGOTÁ

Vigilado Superservicios

NIT: 900.007.813-5
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
22-Feb-2025	23 Feb. 2025	Ene. - Feb. 2025	05 Feb. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	145M3	3.370,88	0,00	488.777,60
FIJO	1UN	4.043,00	0,00	4.043,00
AJUSTE DECENA	1UN	0,26	0,00	0,26
INTERESES FINANCIAMIENTO - NO GRA	1UN	25.885,39	0,00	25.885,39
Intereses Moratorios Base Recargo	1UN	706,64	0,00	706,64
Intereses Moratorios Base Recargo	1UN	94,46	0,00	94,46

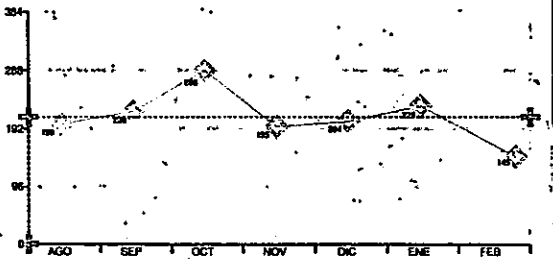
① Total $519.507,35

Tus financiaciones

Tasa de Interés/Concepto	Cuota N°	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A
1.9600 % Financiación Deuda	19/20	59.756,61	2.682,24	59.756,61
1.9600 % Financiación Deuda	7/20	77.886,04	23.203,15	77.886,04

② Total $137.642,65

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
03 Ene. 2025	10417	ESTIMADO
03 Feb. 2025	10605	REAL

m³ corregido= 10605 - 10417 * Factor de corrección = 145

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 $ 65715

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Jul. 2028

La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente* *Resoluciones 059 de 2012 y 41395 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
Pc: 90.85 Cvm: 0.0 Cufm: 4043.0 Cuvm: 3370.88
Com: 0.0 Fpcm: 42.438 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

Mjm³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 1709 kWh y el precio unitario del kWh es: $288.368

Factor de corrección

Vm: 188 Kp: 0.76727 Kt: 1.00662 Pt: 0.77235
Vc: 145 Tm: 13.66 Tc: 15.56 Pe: 1.01009
Pc: 0.752 Pm: 0.023 Ppv: 1.0
Factor de corrección: 0.77235

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IO: 100.0 IPR: 100.0



③ Valor facturas vencidas

$0,35

Total a pagar ①+②+③ $657.149,65

Paga por

Escanea el código QR

(415)7709998026025(8020)63244687(3900)00000000657149

35230

C1

Factura No. F15B28020643

Resolución No. 4959 del 17-Jul-1998 Autorización de Numeración de Facturación No. Formulario 18764067116808 del 12/03/2024. Facturación electrónica desde N° 00000001 hasta 50000000 con vigencia de 18 meses

NIT: 900.007.813-5 - Hector Manuel Ustecha Y Cia Che S.A.S. Esta factura presta mérito ejecutivo Art 130 de la ley 142 de 1994

818a7ccc6308d0da7d7cc05de2d3bc2b2331e3e4125bdaac3f80411321cd26d0477411c54a9e7d5d9df7a84d8d9219

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

¡Hola!

vanti

Más formas de avanzar

NATALY ESTRADA
KR 17A 3A 04 - EL PROGRESO
BOGOTA

Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No: 5007112-753264

Lote: P02GN Ruta: 0011240101700005200 Código del Sector: 199

Cuenta o referencia de pago 63244687

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 SUPER 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 gasnatural

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. Consulta T&C de la campaña ingresando a grupovanti.com/VantiListo/celebraciones1. 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 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

Inscríbete para tener tu factura de manera digital

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

Avanza y GANA

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

una de las 4 motos AKT NKD R 125 0Kms.

Agenda tu Revisión escaneando el QR

Aplican T&C

Colluegas

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 · Davivienda · Rappipay · dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

Línea telefónica sólo 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 restablecerá el servicio por pública de peso y cargo de reinstalación, cuando se haya subsanado el motivo que lo originó. Contra esta factura procede el recurso de reposición ante la empresa y apelación ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los cinco 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 hacerlo antes de la fecha señalada para el pago oportuno.

CANAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT: 800968128 - 704820072024

0011240101700005200

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

HISTORIA CLINICA: 130 | MICROCHIP: 990000012131718 | FECHA: 12/04/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Milu				COLOR: Calico	
ESPECIE: CANINO __ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO __	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 __ COMPRADO __ ADOPTADO X REGALADO __ PERRO DE CUADRA __ OTRO

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Alix Gabriela Diaz Urueña	DIRECCION: AP 402 Cl 71 # H 18-36	TELEFONO 3104847895
CEDULA: 1 011 092 512	CORREO ELECTRÓNICO: alixgabrielad@gmail.com	
BARRIO: Eduardo Santos — ESTRATO: 3	LOCALIDAD: LOS MARTIRES	
ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA __ APTO X RURAL __	

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO:	TRIPLE:	PENTAVALENTE:
Enero 25	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:
164 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	— 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 prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Mónica Vc. Vázquez Milán Médica Veterinaria - TP. 11804	FIRMA MVV
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Yennifer Gutiérrez Nomesque Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358	FIRMA YG

4/5

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:
	1077092572

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:

45

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.011.092.512



Apellidos
DIAZ URUEÑA

Nombres
ALIX GABRIELA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.54

Sexo
F

Fecha de nacimiento
09 MAR 2006

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
27 MAR 2024, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expiración
04 ABR 2034

CO

1043774041

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0437740412150O1<<<<<<<<<<
0603098F3404045COL1011092512<7
DIAZ<URUENA<<ALIX<GABRIELA<<<<

419

enel | Bogotá

PAPEL ECOLÓGICO

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

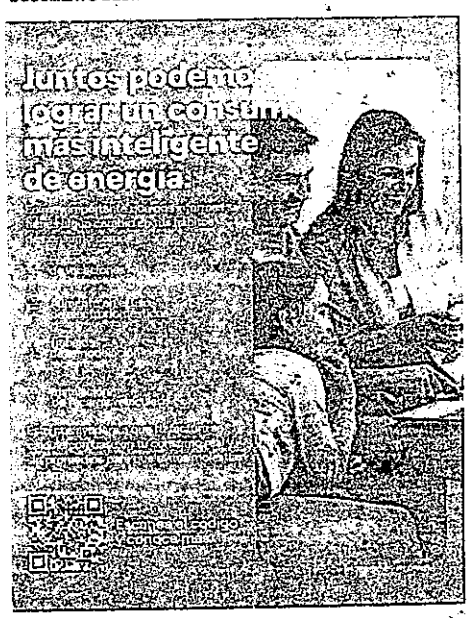
Número de Factura Virtual / Número de Referencia: **4391272-3**

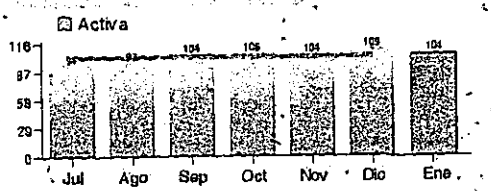
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 340131094-7

MARIA IRENE GUEVARA DE MORENO
DG 1 H NO 18 38 AP 402
INDEPENIZACION DE CUENTAS VIVI
BOGOTA, D.C. - EDUARDO SANTOS

19 204 3964 / 075-60275

Código QR Factura Virtual





VALOR kWh – APLICADO: $877,36

CONSUMO DIARIO: 3,25 kWh

VALOR DIARIO: $2.424

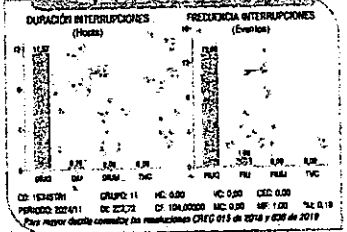
PERÍODO FACTURADO:	DÍAS FACTURADOS:	CONSUMO MES	CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES:
22 DIC/2024 A 22 ENE/2025	32	104 kWh	102 kWh

¡Estamos muy cerca! Accede a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía se encuentra dentro de lo habitual.

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10002192043984
RUTA LECTURA:	12192010452
MANZANA DE LECTURA:	MS00410524
MEDIDOR NO:	075-60275
MEDIDOR NO:	075-60275

CALIDAD DEL SERVICIO



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 enelcomunidad/personasynegocios
Chat de asesoría en enelcomunidad/personasynegocios
318 890 6003 (Clara Bot o pasa Asesor)
Enel Colombia | @EnelClientesCO
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

PARA PETICIONES, 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 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, daki, MOVII, NEQUI, Epaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, Efecty, Gana, MOVIRED, Su Red Baloto, Supergiros

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Almacenes Éxito, 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: $258,76 T: $38,19 D: $280,72 CV: $106,30 PR: $83,75 R: $5,84 CP: $0,00 / $877,36 Costo kWh Mes

GRUPO 11 GRUPO EMPRESARIAL - 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 1996.

Sobre el contenido de la anterior 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 comunicarse al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No. 0061 de 10 de diciembre de 2020.

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

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

En cumplimiento de la resolución CREG 156/11 consulte www.enel.com.co

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modifica el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, le invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la Enel (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 dichos terceros, por favor diríjanse a los canales de atención habilitados 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 00:27:34
FECHA EXPEDICIÓN: 27/01/2025 14:07:17

CUDE: b8e5600235ac71ed732d9fc3160d26254f7ba92ed57cb89dbdf1584175162bc16b4798afc3facb28fdac447ea9e377

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

Validación de Comunicación SAS NIT 800.058.812-1

410

$77.600 + $0 = $77.600

PAGO OPORTUNO
05 FEB /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN
07 FEB/2025

ENERGÍA — 4391272-3 — 20 FEB /2025

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

ENERGIA ACTIVA TP	7 959	7 855	104			104	104		$877.36	$91 249
ENERGIA REACTIVA	0	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 %					$13 687

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $2.424 DIARIOS

SUBTOTAL: $77.559

Ajustes a la decena $4
IM Residencial $37
SUBTOTAL: $41

Facturamos - Otros cobros asociados a energía — **TOTAL ENERGÍA $77.600**

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y aseo — **TOTAL OTROS $0**

Con 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 $82.856

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 %

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.



NÚMERO DE CLIENTE
4391272-3

mento Equivalente Electrónico No.
340131094-7

(415)7707209914253(8020)014391272334013109 47(3900)0000000077600

PAGO OPORTUNO
05 FEB /2025

TOTAL A PAGAR
$77.600

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 131 - 24 | MICROCHIP: 990000012131805 | FECHA: 12/02/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Niña | COLOR: Atigrado

ESPECIE: CANINO __ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO __ | RAZA: Mestizo | EDAD: 5 meses | PESO: 1,7Kg | POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yulieth Gisel Gomez Chambo | DIRECCION: Cl 5c # 25A-23 | TELEFONO: 3132388868

CEDULA: 1 026 577 585 | CORREO ELECTRÓNICO: Famyjimener2012@hotmail.com

BARRIO: El Progreso | 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 ha tenido | 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: 170 l/m | F. RESPIRATORIA: 32 r/m | TEMPERATURA: 38,3 °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	0,17 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☑
	PROPOFOL	— ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,5 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,11 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,01 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Mónica Velázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	FIRMA: MVM
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Yennifer Gutiérrez Nomesque Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358	FIRMA: YG

421

	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: 1026577585 Btá.

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Santa Helena	FECHA: 28 Feb 25	HORA: 8 am

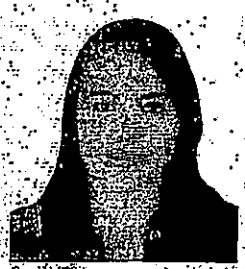
OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.026.577.585**

APELLIDOS
GOMEZ CHAMBO

NOMBRES
YULIETH GISEL



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **01-DIC-1993**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

21-DIC-2011 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1500150-00356783-F-1026577585-20120120 0028968500A 1 36861150

enel | Bogotá

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

PAPEL ECOLÓGICO

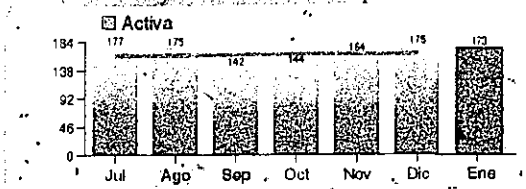
Para mayor rapidez y consultas, tu número de cliente es: **0353452-7**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 339716039-2

ANDRES E CORTESS
CL 5 C NO 25 A 23
BOGOTA, D.C. - EL PROGRESO

16 205 4181 / 074-1024084

Ahorra y no actives tu factura virtual. Escanea el código



VALOR kWh APLICADO: $877,36

CONSUMO DIARIO: 5,77 kWh

VALOR DIARIO: $4.489

PERÍODO FACTURADO: 19 DIC/2024 A 17 ENE/2025

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES: 173 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 163 kWh

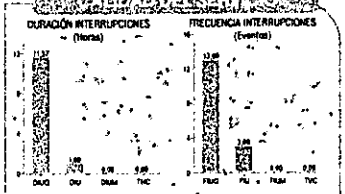


¡Este mes tuvimos acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía se encuentra dentro de lo habitual!

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	5,57
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10002162054181
RUTA LECTURA:	12182300401
MANZANA DE LECTURA:	MS00411148
MEDIDOR NO:	074-1024084
MEDIDOR NO:	074-1024084

CALIDAD DEL SERVICIO



CO 2866TRI | GRUPO 11 | HC 0,00 | VC 0,00 | CEC 0,00
PERIODO 202411 | DI 222,72 | CI 164,00000 | MC 0,00 | MF 1,00 | %F 0,18
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 030 de 2019

USO SEGURO DE LA ENERGÍA

Es importante que apagues por completo todos los dispositivos que no vas a usar, si no se pueden apagar te recomendamos configurarlos en modo ahorro de energía.

¿CONTÁCTANOS?

Trámites y solicitudes
Chat de servicio en
316 890 6003 (Elena Bot o pasa Asesor)
Enel Colombia @EnelColombiaCO
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 6140055 denuncias@enel.com

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

¿COMO PAGAR TU FACTURA?

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

Billetera Virtual: daviplata, dale!, MOVII, NEQUI, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efecty, Gi Baval, MOVIRED

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Olímpica, Makro

Código QR

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el desprendible del datafono. 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: $280,72 CV: $108,30 PR: $69,75 R: $3,64 CF: $0,00 / $877,36 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: VE34-2866TRI - - NIVEL DE TENSIÓN: 1 PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por mr. Somos autorretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002 IVA Régimen Comun 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 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 9051 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 cobra presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994

En cumplimiento de la resolución CREG 156/11 consultar www.enel.com.co

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

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

El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT 860 063 875-6. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 22/01/2025 00:29:58
FECHA EXPEDICIÓN: 22/01/2025 15:26:31

CUDE: 3a3b1b6250b452a30b51929ebc1444b0d282e8a13d9870f4c2855a37b31bd97eb1b135a7c6ec8fa075d44ebbb82e057fa

423

Total Energía (1) $134.676 + Portafolio Enel X (2) $187.354 = Total a Pagar ($) $322.030

PAGO 31 ENE /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN 04 FEB /2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CLIENTE 0353452-7

17 FEB /2025

Tipo de Lectura: Real — Situación encontrada: Norma

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	9.470		9.297		173		1		173	173		$877,36		$151.78
ENERGIA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$280,72		$
SUBSIDIO			Consumo a subsidiar 130,00 kWh	X			Valor kWh $877,3617	X	Beneficio -15.00 %					$17.19
ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $4.489 DIARIOS												SUBTOTAL:		$134.67

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$1
SUBTOTAL:	$1

Otros cobros de productos y servicios

Asistencia Protección Luz 360	$5.371
Tarj.Créd. Privada – Semilla	$181.983

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.

Consumos + Otros cobros asociados a energía (1) TOTAL ENERGÍA $134.676

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y aseo (2) TOTAL OTROS $187.354

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 $88.656

Informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones Crédito Fácil CODENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO, éstas entrarán en mora, ante la 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 0353452-7

Documento Equivalente Electrónico No. 339718039-2

(415)7707209914253(8020)010353452733971803 92(3900)00000000322030

PAGO OPORTUNO 31 ENE /2025

TOTAL A PAGAR $322.030

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA	MICROCHIP:	FECHA:
132	990000013799182	17/02/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Corraleja	COLOR: Atigrado blanco	
ESPECIE: CANINO __ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO __	RAZA Mestizo	EDAD 7 meses	PESO: 2,3Kg	POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI __ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X	TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR __ CASERO __ CONCENTRADO X MIXTO __ OTRO __	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION:	TELEFONO
Brayan Urquijo Amado	Kr 19 A # 16-13	3016856855
CEDULA: 1 020 837 196	CORREO ELECTRÓNICO: brayanuramado@gmail.com	
BARRIO: Eduardo Santo — ESTRATO: 3	LOCALIDAD: LOS MARTIRES	
ESCOLARIDAD: NS/NR: Profesional	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __	

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: CANINOS PARVO:	TRIPLE: — PENTAVALENTE: —
No ha tenido	Dic 24	FELINOS: TRIPLE FELINA: / HEXAVALENTE: / LEUCEMIA:	PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: — RABIA: Dic 24

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

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

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,11 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,2 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☑
	PROPOFOL	— ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,8 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,16 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,02 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la 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

	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: 1020837196

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

NUMERO **1.020.837.196**

URQUIJO AMADO

APELLIDOS

BRAYAN

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-NOV-1998**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.75	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

29-NOV-2016 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-1500150-00876168-M-1020837196-20170105 **0053**041079A 1 46972957

Febrero

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 ingresa a tu cuenta en enel.com

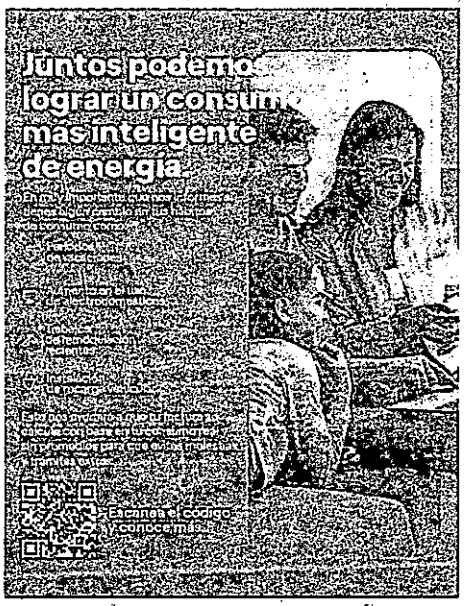
0318813-4

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 339854791-0

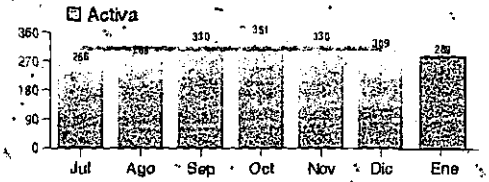
ILDA ESTELA ANGEL RAMIREZ
KR 19 A NO 1 G 13
BOGOTA, D.C. - EDUARDO SANTOS

17 227 4130 / 042-6885576

¡IMPORTANTE!
Te encuentras con facturas pendientes por pagar
Evita sobrecostos y cobros jurídicos pagando inmediatamente.



CONSUMO DE ENERGÍA (kWh)



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

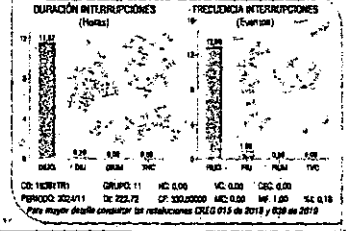
CONSUMO PROMEDIO ÚLTIMOS 5 MESES
312 kWh

¿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

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 162817R1 GRUPO: 11 VC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,00
PERIODO: 202411 DC: 222,72 CF: 330,00000 MC: 0,00 MF: 1,00 %C: 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/atencion-clientes.html
Chat disponible en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
318 890 6003 (Elena Bot o paso Asesor)
Enel Colombia @EnelClientesCO
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA SERVICIO AL CUENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas	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, Gana, MOVIRED, SUPERGIROS

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 voucher del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: DIC/2024
G: $358,76 T: $58,18 D: $280,72 CV: $106,30 PR: $80,75 R: $3,64 CF: $0,00 / $877,36 Costo kWh Mes

Subsidio 11 CREG179 CU179 - 1281781 - NIVEL DE TENSIÓN: MENOR/IGUAL Subsidio

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0547 de 28 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 de la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de dichos 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 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, Tulna de Bogotá, al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de aseo para someter a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el usuario para el uso de la factura como canal de recaudo, ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor 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

CUDE: ea19e2974f0b9ee34ce2290536301f0f314d310f487565b877f6ab86ea91a94abdd16cc4f70e9e1b022a396982edcec1d1e

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 830.321.151.0

4/6

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA	MICROCHIP:	FECHA:
133	990000012131816	17/02/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Ari	COLOR: Cafe - Beige	
ESPECIE: CANINO __ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO __	RAZA Siamés EDAD 9meses	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 X REGALADO __ PERRO DE CUADRA __ OTRO __

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION:	TELEFONO
Lida Mariana Mendoza Rodriguez	CL 1H # 24-31 PZ	3008233057
CEDULA: 1 098 721 938	CORREO ELECTRÓNICO: mrmariana@outlook.com	
BARRIO: El Vergel 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: / FELINOS: TRIPLE FELINA: / HEXAVALENTE: LEUCEMIA: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA: NO029
DIC 24	No Reporta	

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI __ NO X	SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno
HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno	
CLASIFICACION ASA: (I.) II. III. IV. V. VI. E.	CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 167 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	0,14 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 Vázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	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: 1098721938

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:

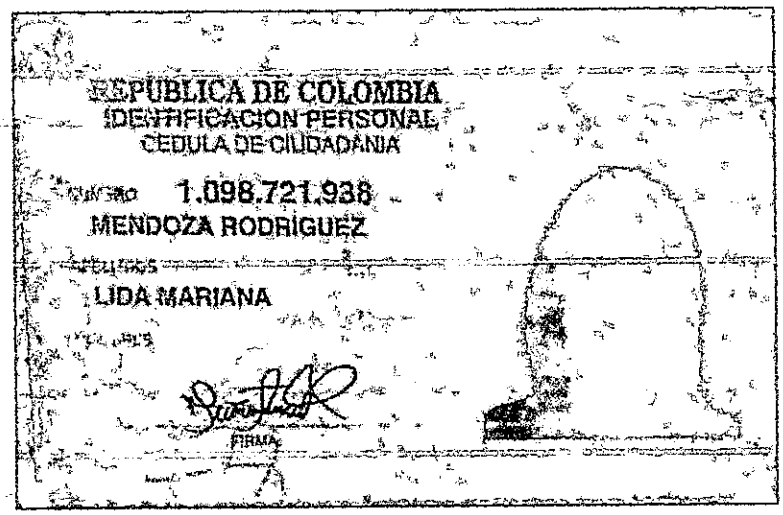
Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación:	Firma:

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Santa Helena	FECHA: 28 Feb 25	HORA: 8 am

OBSERVACIONES:

33



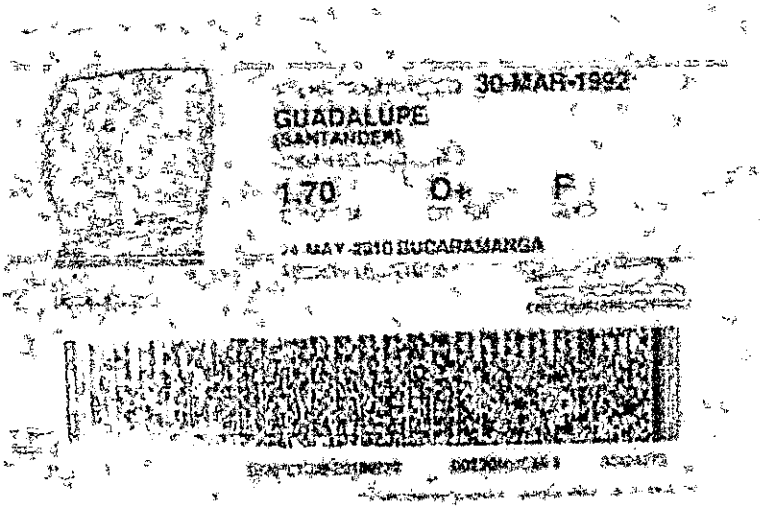
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.098.721.938
MENDOZA RODRIGUEZ

APELLIDOS

LIDA MARIANA

FIRMA



30-MAR-1992

GUADALUPE
(SANTANDER)

1.70 O+ F

04 MAY 2010 BUCARAMANGA

48

Powered by CamScanner

enel | Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 800 063 679-8
Calle 93 No 13 - 45 Piso 1

Para pagos y consultas un número de cliente es: **7684881-0**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 2220844525-0

CLIENTE

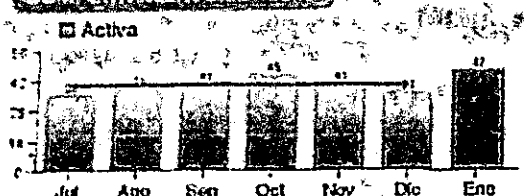
CARLOS ALBERTO RAMIREZ CARDENAS
CL 1 H NO 24 31 PI 3
PISO 3
BOGOTA, D.C - EL VERGEL

17 221 4151 / 117-21402531

¿QUIERES TU FACTURA VIRTUAL? ESCANEA EL CÓDIGO



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $377,36

CONSUMO DIARIO: 1,47 kWh

VALOR DIARIO: $1.095

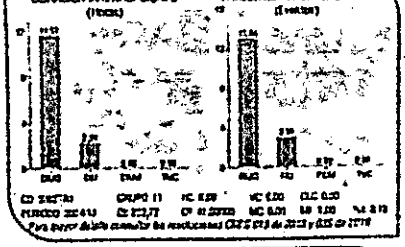
PERIODO FACTURADO: 30 DIC 2024 A 30 ENE 2025 | DIAS FACTURADOS: 32 | CONSUMO MES 47 kWh

¡Ya puedes ver tu consumo de energía en tiempo real! Ingresa a tu cuenta en línea y descubre cómo puedes ahorrar.

INFORMACION DE LA CUENTA

BASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10002172214151
RUTA LECTURA:	12172230505
MANZANA DE LECTURA:	MS00410628
MEDIDOR NO:	117-21402531
MEDIDOR NO:	117-21402531

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115

115 Directo en 24 horas

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago: APP Enel, Internet, Tarjetas bancos, Débito Automático, Cobro Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Botón de Pago Online, Botón de Pago Semidirecto

Billetera Virtual: Daviplata, dale!, MOVII, nequi, Tpaga

Corresponsales Bancarios: Cónpoto, Efecty, Gana, Punto Red, Servi Red, Supergiros, Su Red, Movired

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Jumbo, Metro

Código QR

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

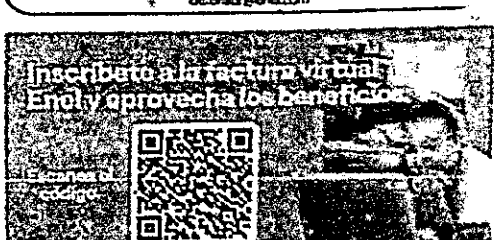
C. $356,75 T. $56,89 D. $280,73 CV. $108,36 PR. $28,75 R. $3,64 CR. $0,00 / $877,36 Costo kWh Mes

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,64 por cal

IMPORTANTE: La suspensión de la instalación CHILA [illegible]

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. presta el servicio de energía para [illegible]

El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de prestación y servicios de esta agregados es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.



FECHA GENERACIÓN: 23/01/2025 01:12:39
FECHA EXPEDICIÓN: 23/01/2025 13:18:08

Powered by CamScanner

$35.050 $0 $35.050

PAGO OPORTUNO
03 FEB /2025

ENERGÍA 7684881-0

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

SUBTOTAL $35.050

Otros cobros facturados a cliente

Ajustes a la decena $-1

SUBTOTAL $-1

TOTAL ENERGÍA $35.050

Otros cobros de productos y servicios

enelx

Te invitamos a conocer el detalle de tus productos y servicios [illegible] de la APP, tu Sucursal Online en la página web [illegible] VIRTUAL [illegible]

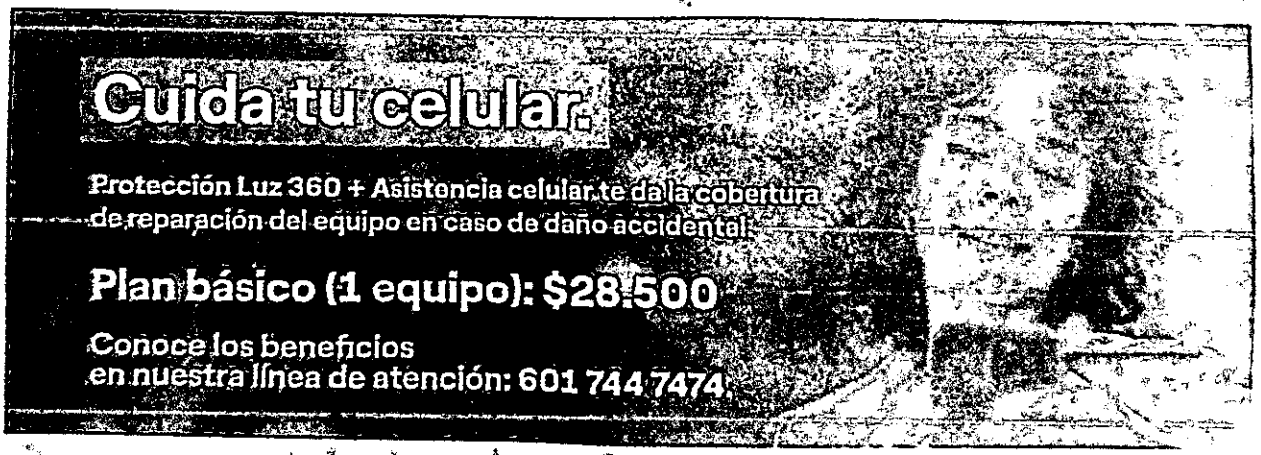
Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y aseo

TOTAL OTROS $0

[illegible] en 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 $29.858

Informamos que de no realizar el pago de sus facturas antes [illegible] OPORTUNO, éstas entrarán en mora, ante lo cual se realiza reporte negativo a las bases de información crediticia y cobro por gastos de cobranza si la mora supera 15 días y se realiza gestión de mora.

ESTIMADO CLIENTE: El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (0 – 130 kWh/mes) es de -15.00 %



NÚMERO DE CLIENTE
7684881-0

Documento Equivalente Electrónico No.
339844825-0

(415)770[illegible]

PAGO OPORTUNO
03 FEB /2025

TOTAL A PAGAR
$35.050

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 134

MICROCHIP: 990000012131815

FECHA: 17/04/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Paquita

COLOR: Atigrado blanco

ESPECIE: CANINO __ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO __ RAZA Mestizo EDAD 2 años PESO: 2,4 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: Maria del Pilar Castro Bastidas

DIRECCION: Cra 28 # 23-27 Ap 301

TELEFONO: 3024162376

CEDULA: 1032 379 484

CORREO ELECTRÓNICO: master551@hotmail.com

BARRIO: El Vergel ESTRATO: 3 LOCALIDAD: LOS MARTIRES

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

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO: Enero 25

ULT. DESPARASITACION: Enero 25

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: 167 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	0,12 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.)	0,16 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,02 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la 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 Vc.azquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	FIRMA: MVy
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Yennifer Gutiérrez Nomesque Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358	FIRMA: YG

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: 1032374484.

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:

54

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.032.374.484**
CASTRO BASTIDAS

APELLIDOS
MARIA DEL PILAR

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **31-OCT-1986**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

23-NOV-2004 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-01023728-F-1032374484-20180718 0061964943A 1 1275051544

931



enel | Bogotá

earth pact PAPEL ECOLÓGICO

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

Para pagos y consultas: [illegible] 6590085-9

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 333012251-1

CLIENTE

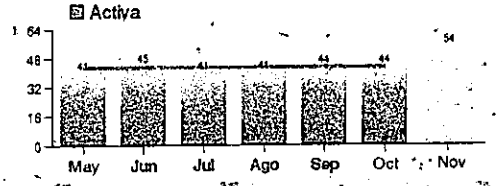
ALBA DORIS
CL 2 B NO 23 27 AP 301
FACHADA
BOGOTA, D.C. - EL VERGEL

17 223 2013 / 117-76725

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $833,85

CONSUMO DIARIO: 1,80 kWh

VALOR DIARIO: $1.276

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 43 kWh

PERÍODO FACTURADO: 22 OCT/2024 A 20 NOV/2024

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES: 54 kWh

El mes pasado tu lectura de tu medidor con consumo promedio fue [illegible]. Verifica en tu factura que la lectura de este mes corresponda a tu consumo real.

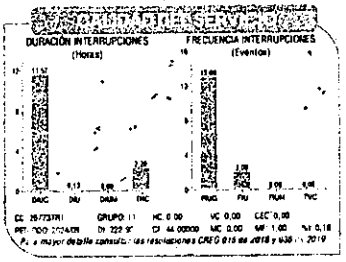
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10002172232013
RUTA LECTURA:	12172140249
MANZANA DE LECTURA:	MS00410613
MEDIDOR NO:	117-76725
MEDIDOR NO:	117-76725

USO EFICIENTE 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



CC 76773781 GRUPO 11 MC 0,00 VC 0,00 CEC 0,00
PR 1500 2172140249 DI 222,9" CI 44,00000 MC 0,00 VR 1,00 %I 0,18
P.: a mayor detalle consulte las resoluciones CREG 015 de 1018 y 038 de 2019

¿CONTÁCTANOS?

Trámites y solicitudes
Chat de servicio en
316 890 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: Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115

EMERGENCIAS: 115 Gratuito las 24 horas

DENUNCIAS: 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, efecty, Reval, MOVIRED

Red Distrital: RED CADE, enel

Centros de Servicio

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.

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

G: $343,83 T: $52,27 D: $284,60 CV: $105,70 PR: $87,31 R: $0,15 CF: $0,00 / $833,85 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: YE34-20772781 - 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 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 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. 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 CREG156/11 consulta y 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 se 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: 22/11/2024 00:59:28
FECHA EXPEDICIÓN: 22/11/2024 11:08:21

CUDE: 8abca4868b0bcccd7e123c81121134202 1ae385be03805cbdd04470c1c2764993adac1 5550fda3acf29c6e406d7d2c0071

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero NIT 800.321.151-0 11.962 - Página 1 de 2

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.096.812-

43

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA	MICROCHIP:	FECHA:
135	990000012131808	12/02/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:	
Canela		Tigre Anaranjado	

ESPECIE: CANINO __ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO __	RAZA	EDAD	PESO:	POTENCIAL PELIGROSO
		Mestizo	5 meses	1,9Kg	SI __ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO:	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO	TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR __
SI __ NO X	SI __ NO X	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:	DIRECCION:	TELEFONO
Carolina Sanchez Chica	Cl 1C #24B-30 Apto6	3103396998
CEDULA: 52 836 549	CORREO ELECTRÓNICO: casa.chi@hotmail.com	
BARRIO: El Vergel — ESTRATO: 3	LOCALIDAD: LOS MARTIRES	
ESCOLARIDAD: NS/NR: __ Tecnico	TIPO DE VIVIENDA: CASA __ APTO X RURAL __	

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO:	TRIPLE:	PENTAVALENTE:
Enero 25	Enero 25	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:
168 l/m	31 r/m	38,4 °c	1 seg	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 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 Vc. ázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	MVM
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Yennifer Gutiérrez Nomesque Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358	FIRMA YG

433

	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, ló 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:
	52836549

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:

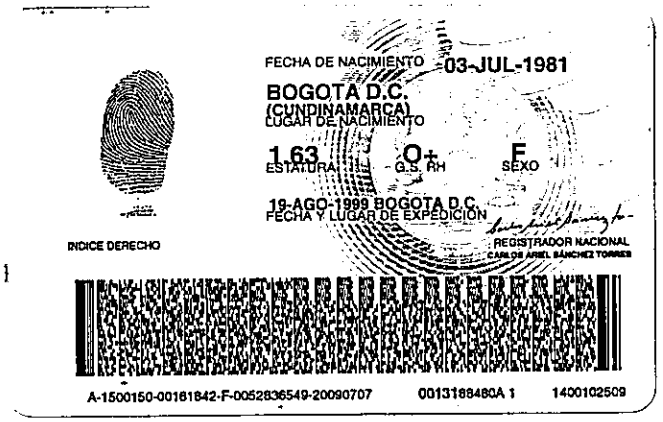
Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación:	

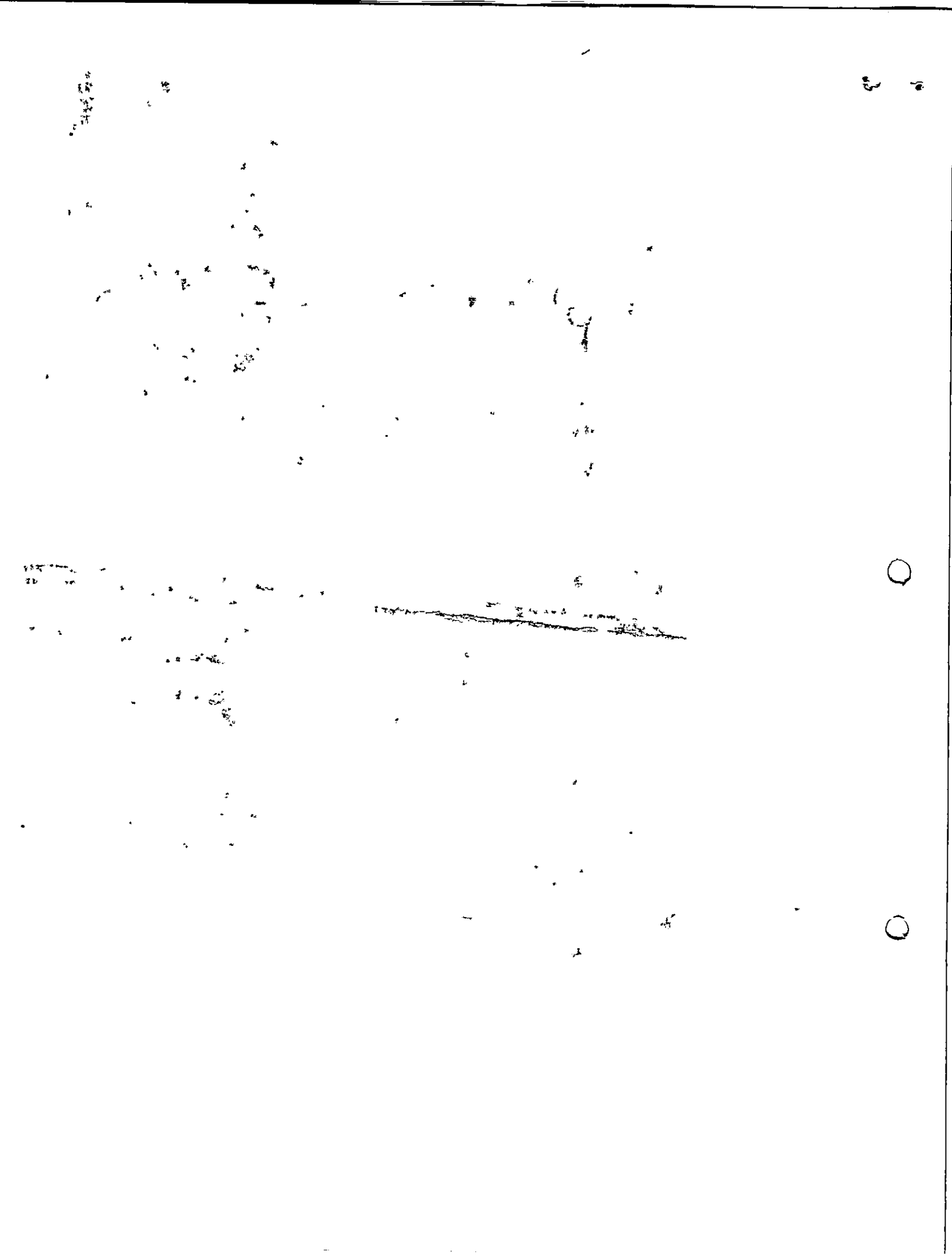
8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Santa Helena	FECHA: 28 Feb/25	HORA: 8 am

OBSERVACIONES:


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 52.836.549
SANCHEZ CHICA
APELLIDOS
CAROLINA
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 03-JUL-1981
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
19-AGO-1999 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-1500150-00161842-F-0052836549-20090707
0013188480A 1
1400102509



enel | Bogotá

PAPEL ECOLÓGICO

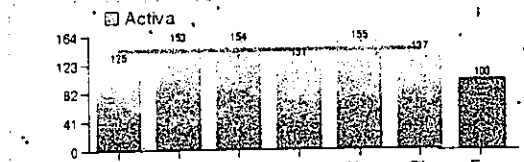
ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT. 860.063.875-6
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

Para pagos y consultas ingrese su número de cliente en: 0351100-0

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 339832098-7

JUAN PEA
CL 1 C NO 24 B 30 AP 200
2 PISO
BOGOTA, D.C. - EL VERGEL

17-221 4337 / 075-233221



VALOR kWh APLICADO: $877,36

CONSUMO DIARIO: 3,13 kWh

VALOR DIARIO: $2.331

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

DÍAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES: 100 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 143 kWh

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



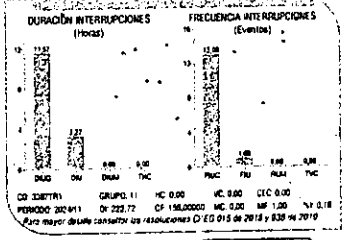
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	0,98
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10002172214337
RUTA LECTURA:	12172230225
MANZANA DE LECTURA:	MS00410629
MEDIDOR NO:	075-233221
MEDIDOR NO:	075-233221

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 2019

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes
Chat de servicio en
318 600 6003 (Llama 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 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, efecti, Red Raval, Supergiros, MOVIRED, Baloto, Efecty

Red Distrital: RED CADE, enel

Centros de Servicio

Almacenes de Cadena: 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: $53,19 D: $280,72 CV: $106,30 PR: $69,75 R: $3,64 CF: $0,00 / $877,36 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: V5L2 2307781 - 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 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 da 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, la 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 servicios, 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: 706e3a851e97c67b3d2800d693c427eed26b344a60c1e4db816c8e88ce712cd2584955834026368aaaaa1132f1e879411

FECHA GENERACIÓN: 23/01/2025 00:42:51
FECHA EXPEDICIÓN: 23/01/2025 17:24:14

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 136 | MICROCHIP: 990000012131803 | FECHA: 13/02/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Mini Li | COLOR: Negro blanco Amarillo

ESPECIE: CANINO __ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO __ | RAZA Mestizo | EDAD 8meses | PESO: 2,7Kg | POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Thissel Andrea Pantoja Orozco | DIRECCION: Cl 1F #18A-29 Pz | TELEFONO: 3014291176

CEDULA: 1 010 198 459 | CORREO ELECTRÓNICO: avejita423@gmail.com

BARRIO: Eduardo Santo | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: NS/NR: __ Tecnico | 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: __ CANINOS PARVO: / TRIPLE: __ PENTAVALENTE: __ HEXAVALENTE: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: __ FELINOS: TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA: / RABIA: Oct 24

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 167 l/m | F. RESPIRATORIA: 32 r/m | TEMPERATURA: 38,5 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,13 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,2 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☒
	PROPOFOL	— ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,9 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,18 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,02 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO: Yennifer Gutiérrez Hornesque
TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario - Zootecnista TP: 33358 | FIRMA: YG

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:
	1010198459

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:

60

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.010.198.459**

PANTOJA OROZCO

APELLIDOS

THISSEL ANDREA

NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-ABR-1991**

EL BANCO
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

13-JUL-2009 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01139060-F-1010198459-20200531 0070710334A 1 9912311576

439

80437

Bogotá

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

ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **0307563-2**

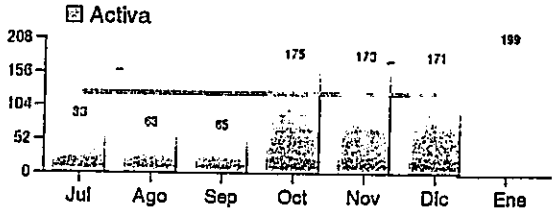
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 340071971-0

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

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

DIÁS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES 199 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 3 MESES: 223 kWh



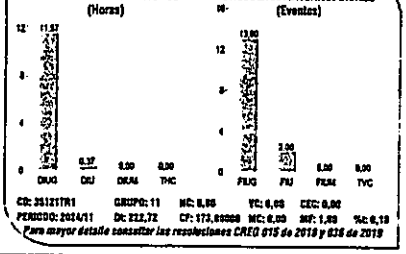
INFORMACION DE LA CUENTA

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 vas a usar, si no se pueden apagar te recomendamos configurarlos en modo ahorro de energía.

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 351217R1 GRUPO: 11 NC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,00
PERIODO: 2024/11 Dc: 212,72 Cf: 173,00000 Mc: 0,00 Inf: 1,00 %c: 0,19
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 038 de 2019

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/radicaciones
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
316 890 6003 (Elena Bot o paso Asesor)
Enel Colombia @EnelClientesCO
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas.	601 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! · Bancolombia · MOVII · NEQUI · tpaga

Corresponsales Bancarios

CONRED · Sefácil · Te Reval · Supergiros · Su Red Efectiva · Su Red Amiga · Su Red Cercana · MOVIRED · Sumipunto · Efecty

Red Distrital

RED CADE

Centros de Servicio

Almacenes de Cadena

Jumbo · Metro

Código QR

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el comprobante 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: C.AV37-35121TR1-- 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 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 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 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: 174ea0dd09bb0460d7ec9cbd16e5c959b8310bf69aab701d5f0a6525363b25849b15245ff0730cead87644a5a4

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

Factura impresa por Consjal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800069812-

Página 1 de 2 - 885

438

1 Total Energía	+	2 Portafolio Enel X	=	Total a Pagar	PAGO OPORTUNO
$157.490		$0		$157.490	05 FEB /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN (1): 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
ENERGÍA ACTIVA FP	10.028		9.829		199		1		199	199		$877,36		$174.595
ENERGÍA 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 ENERGÍA 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 $89.856

Informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones Credito Facil 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)010307563234007197l0(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:
137	990000013802928	17/04/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Mona	COLOR: Amarillo - Atigrado

ESPECIE: CANINO __ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO __	RAZA Mestizo	EDAD 7meses	PESO: 1,7kg	POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION:	TELEFONO
Melania Cuenca Rios	CL 22 A # 16- 65	3028394804

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
41 711 778	melaniacuenca1269@hotmail.com

BARRIO: Santa fe	ESTRATO: 0	LOCALIDAD: LOS MARTIRES

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

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 170 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	0,08 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,17 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☒
	PROPOFOL	— ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,5 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,11 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,01 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Mónica Vc:ázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	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:
[signature]	41711278 Bogotá

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 **41.711.778**

CUENCA RIOS

APELLIDOS

MELANIA

NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-MAY-1957**

NARIÑO
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.59 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

13-ABR-1977 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01131796-F-0041711778-20200212 0070070037A 2 9911744568

enel Bogotá

EL COLOMBIA S.A. E.S.P.
T: 860.063.875-8
lle 93 No. 13 – 45 Piso 3

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **0342422-7**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 336838823-1

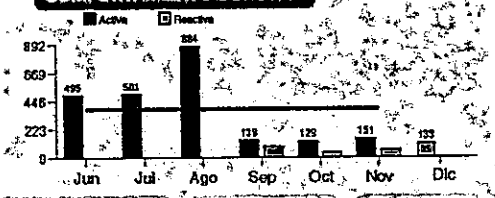
CLIENTE

JOSE PINZON
CL 22 A NO 16 65
BOGOTA, D.C. - SANTA FE

08 401 3452 / 117-23600917

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $964,43

CONSUMO DIARIO: 4,43 kWh

VALOR DIARIO: $4.988

PERÍODO FACTURADO: 07 NOV/2024 A 06 DIC/2024

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES: 133 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 353 kWh

Este mes [illegible] LECTURA DE TU MEDIDOR y su CONSUMO presenta una [illegible] Conoce los cargos y tarifas de consumo en www.enel.com.co



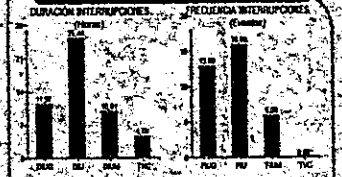
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Comercial
STRATO:	0
CARGA kW:	7,34
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30004084013452
RUTA LECTURA:	34084010530
MANZANA DE LECTURA:	MS00810313
MEDIDOR NO:	117-23600917
MEDIDOR NO:	117-23600917

USO SEGURO DE LA ENERGÍA

Si ves 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



CONTÁCTANOS

Registrate gratis

Zona privada de la página Web

App Enel Clientes Colombia

Chat asistente en [illegible]

Chat asistente en [illegible]

326 800 6000 Elena Bot o pasa Asesor

Enel Colombia @EnelColombia

EXCELENTE SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 6 115 115	115 Opción 4 las 24 horas	601 6140055 denuncias@enel.com

DEFENSOR DEL CLIENTE

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

¿COMO PAGAR TU FACTURA?

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

Billeteras Virtuales: Daviplata, MOVII, Tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, Éxito, El Real, Alkosto, Ara, Movired, Justo & Bueno, Supertiendas Olímpica, Supermercados Jumbo, Metro

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Jumbo, Metro

Código QR



Comparte lo mejor de tu energía a quienes lo necesitan.
Puedes realizar tus donaciones en: www.enelxstore.com/co/es sección "Comparto mi energía."
Aporta sugerido: $14.964

FECHA GENERACIÓN: 27/12/2024 21:49:21
FECHA EXPEDICIÓN: 28/12/2024 20:14:11

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: NOV/2024
$387,79 T) $66,97 D: $369,15 CV: $108,06 PR: $70,63 R: 94,56 CP: 90,00 / $964,43 Costo kWh Mes.

[illegible] TIVIDAD 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 [illegible] DE 1994.

[illegible] re el contenido de la presente factura al Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de dicho[illegible] antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor [illegible] información comunicate al (601) 6 115 115, 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 [illegible] olución No 0061 de 10 de diciembre de 2002.

[illegible] fere 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."

[illegible] a factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994

[illegible] cumplimiento de la resolución CREG 019011 consultar www.enel.com.co

[illegible] PORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, le cual modificó el Código de Medida; es responsabilidad [illegible] [illegible] ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y [illegible] servicios. Para obtener mayor información, [illegible] [illegible] [illegible]

1 Total Energía: $139.240 + 2 Portafolio Enel X: $0 = Total a Pagar: $139.240

PAGO OPORTUNO: 10 ENE /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN: 14 ENE /2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 0342422-7

08 ENE /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	552		419		133		1		133	133		$864,43		$114.989
ENERGIA REACTIVA	504		401		103		1		103	37		$263,15		$9.737
CONTRIBUCION	APORTE DEL 20,00 % DEL VALOR FACTURADO													$24.941
ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $4.998 DIARIOS												SUBTOTAL		$149.647

Otros cobros asociados a energía

SALDO ANTERIOR	$-10
Ajustes a la decena	$3
COMPENSAC CREG SERV.015/18	$-10.400
SUBTOTAL**	$-10.407

Consumos + Otros cobros asociados a energía 1 TOTAL ENERGÍA: $139.240

Otros cobros de productos y servicios

enel x

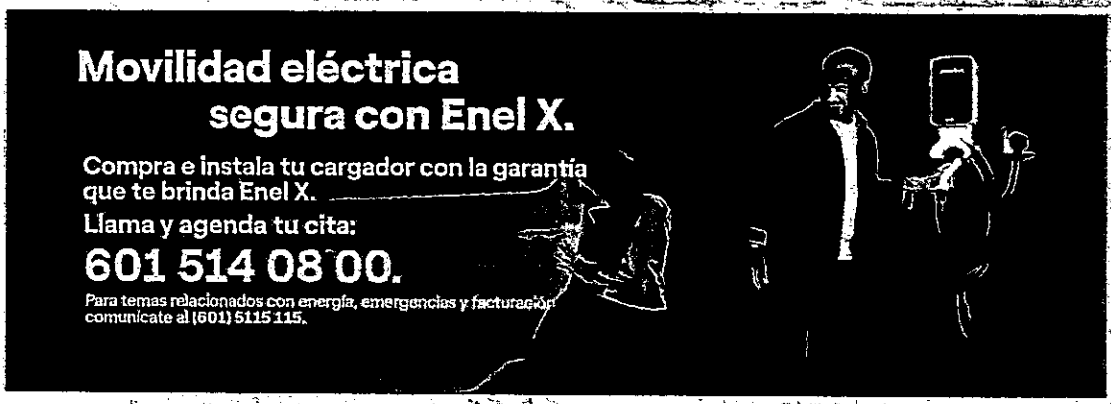
Te invitamos a consultar el detalle de tus productos y servicios a través de la APP, tu Sucursal Online en la página web o inscribiéndote a FACTURA VIRTUAL desde www.enel.com.co en la sección Personas.

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

Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $82.782

Informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones Crédito Fácil CODENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO, éstas entrarán en mora, ante lo cual se realiza reporte negativo a las bases de información Financiera y cobro por gastos de cobranza si la mora supera 15 días y se realiza gestión de cobro.

ESTIMADO CLIENTE: La tarifa final es de: $864,43



NÚMERO DE CLIENTE: 0342422-7

...mento Equivalente Electrónico No. 336838823-1

(415)7707209814253(8020)010342422733683831(3900)000000000139240

PAGO OPORTUNO: 10 ENE /2025

TOTAL A PAGAR: $139.240

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 138 | MICROCHIP: 990000013799188 | FECHA: 17/04/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Negra			COLOR: Negro		
ESPECIE: CANINO __ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO __	RAZA: Mestizo	EDAD: 8meses	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 X COMPRADO __ ADOPTADO __ REGALADO __ PERRO DE CUADRA __ OTRO __

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Melania Cuenca Rias	DIRECCION: CL 22 A # 16 - 65	TELEFONO: 3028394804
CEDULA: 41 711 778	CORREO ELECTRÓNICO: melaniacuenca1269@hotmail.com	
BARRIO: Santa fe	ESTRATO: 0	LOCALIDAD: LOS MARTIRES
ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR: __	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __	

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: __ CANINOS PARVO: X TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA:
Dic 24	NO Reporta	FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA:

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

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

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,15 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,3 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☑
	PROPOFOL	— ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,2 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,03 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y 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 Vc:ázquez Milán Médica Veterinaria TP-11804	FIRMA: MV
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Yennifer Gutiérrez Nomesque Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358	FIRMA: YG

492

	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: 1117117378 Bogotá

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:

62-63

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **41.711.778**

CUENCA RIOS

APELLIDOS

MELANIA

NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-MAY-1957**

NARIÑO
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.59 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

13-ABR-1977 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01131796-F-0041711778-20200212 0070070037A 2 9911744568

493

enel Bogotá

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

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **0342422-7**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 335838823-1

CLIENTE

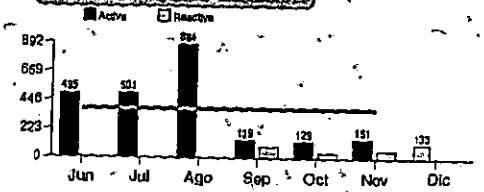
JOSE PINZON
CL 22 A NO 16 65
BOGOTA, D.C. - SANTA FE

08 401 3452 / 117-23600917

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $864,43
CONSUMO DIARIO: 4,43 kWh
VALOR DIARIO: $4.988

PERÍODO FACTURADO: 07 NOV/2024 A 06 DIC/2024
DÍAS FACTURADOS: 30
CONSUMO MES: 133 kWh
CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 383 kWh

Este mes tuvimos acceso a la LECTURA DEL MEDIDOR y tu CONSUMO promedio. Verifica en tu factura los posibles rechazos de consumo. En www.enel.com.co

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Comercial
ESTRATO:	0
CARGA kW:	7,34
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30004084013452
RUTA LECTURA:	34084010530
MANZANA DE LECTURA:	MS00610313
MEDIDOR NO:	117-23600917
MEDIDOR NO:	117-23600917

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: 1.51187811 GRUPO: 11 HC: 6.17 VC: 3.00 CEC: 138.62
PERIODO: 2024-09 DC: 239.63 CF: 139.20000 MC: 1.00 MF: 1.00 %C: 0.13
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 038 de 2018

CONTÁCTANOS

- Trámites y solicitudes: enel.com.co/es/personas/solicitudes.html
- Chat de servicio en: enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion.html
- 316 890 6003 (Elena Bot o paso Asesor)
- Enel Colombia @EnelColombiaCO
- 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 5140065 denuncias@enel.com

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

¿COMO 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, efecty, Red Servi, MOVIRED, Su Red

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Jumbo, Alkosto

Código QR



Comparte lo mejor de tu energía a quienes lo necesitan.
Puedes realizar tus donaciones en:
www.enelxstore.com/co/es sección "Comparte mi energía"
Aporte sugerido: $14.964

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

G: $547,79 T: $58,27 D: $252,78 CV: $103,05 PR: $70,61 R: $4,86 CP: $0,00 / $864,43 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: BRZ7-12041701 - NIVEL DE TENSIÓN 1 RECEPTOR: 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 Comun. 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 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 se cobra previa visita técnica 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, ingresa 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 recaudar a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Energía de Cebranza), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el titular para el uso de la factura como causa 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 21:49:21
FECHA EXPEDICIÓN: 28/12/2024 20:14:11

CUDE: 1806c6c2434709f853a2159361322b0d30a1473559387942f02ae9b67007988b5b5aa2757d32484343d5ac3bb2e1f0c9a2

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFacturaco - NIT 900.321.151-9

Factura Impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 830.059.812-

1 Total Energía	+	2 Portafolio Enel X	=	Total a Pagar	PAGO OPORTUNO	FECHA DE SUSPENSIÓN ⓘ
$139.240		$0		$139.240	10 ENE /2025	14 ENE/2025

ENERGÍA — NÚMERO DE CUENTA: 0342422-7 — 08 ENE /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	552		419		133		1		133	133		$664.43		$114.969
ENERGIA REACTIVA	504		401		103		1		103	37		$263.15		$9.737
CONTRIBUCION	APORTE DEL 20.00 % DEL VALOR FACTURADO													$24.941
ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $4.988 DIARIOS												SUBTOTAL:		$149.647

Otros cobros asociados a energía

SALDO ANTERIOR	$-10
Ajustes a la decena	$3
COMPENSAC CREG SERV.015/18	$-10.400
SUBTOTAL:	$-10.407

Consumos + Otros cobros asociados a energía — 1 TOTAL ENERGÍA: $139.240

Otros cobros de productos y servicios

Te invitamos a consultar el detalle de tus productos y servicios a traves de la APP, tu Sucursal Online en la página web o inscribiendote 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 $92.702

Informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones Crédito Fácil CODENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO, éstas entrarán en mora, ante lo cual se realiza reporte negativo a las bases de información Financiera y cobro por gastos de cobranza si la mora supera 15 días y se realiza gestión de cobro

ESTIMADO CLIENTE: La tarifa final es de: $664,43



NÚMERO DE CLIENTE
0342422-7

Documento Equivalente Electrónico No.
336838823-1

(415)7707209914253(8020)010342422733688231(3900)0000000139240

PAGO OPORTUNO
10 ENE /2025

TOTAL A PAGAR
$139.240

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA	MICROCHIP:	FECHA:
139	990000012131804	12/02/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
Duquesa		Blanco Gris

ESPECIE: CANINO __ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO __	RAZA	EDAD	PESO:	POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X
		Mestizo	2 años	4,1 Kg	

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:	DIRECCION:	TELEFONO
Sharon Vanessa Torres niño	CL 4B # 23 A INT 2 AP 28	3042700136
CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:	
1 000 002 760	salovane2529@outlook.com	
BARRIO: El Progreso / ESTRATO: 3	LOCALIDAD: LOS MARTIRES	
ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA __ APTO X RURAL __	

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: / FELINOS: TRIPLE FELINA: / HEXAVALENTE: / LEUCEMIA: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / RABIA:
Enero 25	No Reporta	

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
166 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	0,4 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		FIRMA
	Mónica Vc.ázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	MV
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Yennifer Gutiérrez Nomesque Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358	FIRMA

445

	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: Vanessa Torres	Nro de Identificación: 1000027760

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:

66

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.000.002.760

TORRES NIÑO

APELLIDOS

SHARON VANESSA

NOMBRES

Vanessa Torres

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 29-MAY-2001

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

07-JUN-2019 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01215165-F-1000002760-20210215 0073434190A 1 9914691056

446

acue AGUA Y ALCANTA.

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:D33123 BIMESTRAL

11007135
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

44040314419
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de
PERCON LTDA PERCON LTDA

Dirección del predio
CL 4B 23A 28 IN 2 AP 105
Barrio: **EL PROGRESO** Localidad: **LOS MARTIRES**

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Período facturado	OCT/20/2024	DIC/18/2024

Pago oportuno **ENE/23/2025** Suspensión **ENE/28/2025**

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
MAR/14/2025	ENE/10/2025 09:20:25	ENE/10/2025 13:46:47

¡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. NIT. 890.930.534-0

2281

38313 18967 1/2

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 140 | MICROCHIP: 990000012131802 | FECHA: 17/02/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Abril | COLOR: Atigrado

ESPECIE: CANINO __ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO __ | RAZA Mestizo | EDAD 1año | PESO: 2,7kg | POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Sharon Vanessa Torres Niño | DIRECCION: cl 4B #23A-28 1N 2 AP 105 | TELEFONO 3042700136

CEDULA: 1 000 002 760 | CORREO ELECTRÓNICO: salovane2529@outlook.com

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

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller | TIPO DE VIVIENDA: CASA __ APTO X 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. 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: 38,1 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,13 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,2 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☒
	PROPOFOL	____ ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,9 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,18 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,02 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Mónica Vc.ázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	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:
Vanessa Torres	1000002760

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 **1.000.002.760**

TORRES NIÑO

APELLIDOS

SHARON VANESSA

NOMBRES

Vanessa Torres

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-MAY-2001**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

07-JUN-2019 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01215165-F-1000002760-20210215 0073434190A 1 9914691056

990

65

acue AGUA Y ALCANTA.

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:D33123 BIMESTRAL

11007135
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

44040314419
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de
PERCON LTDA PERCON LTDA

Dirección del predio
CL 4B 23A 28 IN 2 AP 105
Barrio: **EL PROGRESO** Localidad: **LOS MARTIRES**

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Periodo facturado	OCT/20/2024	DIC/18/2024

Pago oportuno **ENE/23/2025** Suspensión **ENE/28/2025**

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
MAR/14/2025	ENE/10/2025 09:20:25	ENE/10/2025 13:46:47

¡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. NIT. 890.930.534-0

2281

38313 18967 1/2

950

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 141 | MICROCHIP: 990000012131737 | FECHA: 17/02/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Jaki | COLOR: Atigrado - Blanco

ESPECIE: CANINO __ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO __ | RAZA Mestizo | EDAD 5meses | PESO: 2,7kg | POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Sandra Ivonne Vanegas Velasquez | DIRECCION: Kr 24 # 1F-71 | TELEFONO: 3124842097

CEDULA: 51 988 306 | CORREO ELECTRÓNICO: Sandraivonnegas@gmail.com

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

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

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: CANINOS PARVO:	TRIPLE:	PENTAVALENTE:
NO ha tenido	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:
167 l/m	32 r/m	38,5 °c	1 seg	Rosada

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 Velázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	FIRMA: MV
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Yennifer Gutiérrez Nomesque 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:
Sandra Vanegas	51988306 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:
Santa Helena	28 feb 25	8 am

OBSERVACIONES:

67

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 51.988.306
VANEGAS VELASQUEZ
APELLIDOS
SANDRA IVONNE
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-ABR-1970
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

15-JUL-1988 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00017903-F-0051988306-20080627 0000662339A 1 1100004196

Cancelado

enel | Bogotá

PAPEL ECOLÓGICO

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

Para pagos y consultas el número de cliente es: **0357503-0**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 339861046-5

CLIENTE

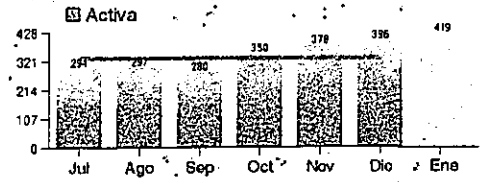
ANA E VELASQUEZ
KR 24 NO 1 F 71
BOGOTA, D.C. - EL VERGEL

17 221 4157 / 074-640123

¿Quiere su factura virtual? Escanee el código



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $877,36

CONSUMO DIARIO: 13,09 kWh

VALOR DIARIO: $10.953

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 333 kWh

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

DÍAS FACTURADOS: 32

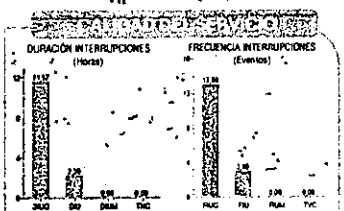
CONSUMO MES: 419 kWh

Recuerde mantener todos los LECTURA DE SU MEDIDOR y su CONSUMO disponible en Mi Portal Enel. Así podrá verificar que las lecturas y los consumos facturados sean los reales.

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10002172214157
RUTA LECTURA:	12172230059
MANZANA DE LECTURA:	MS00410823
MEDIDOR NO:	074-640123
MEDIDOR NO:	074-640123

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 33027R1 GRUPO: 11 HC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,00
PERIODO 1: 222411 CP: 222,72 CP: 378,00000 MC: 0,00 MF: 1,00 %: 0,18
Para ver detalle consultar la resolución: CREG 015 de 2018 y 1036 de 2016

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 enelcolombia.com/personas/solicitudes
Chat de servicio en enelcolombia.com/personas/chat-de-atencion
316 890 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.CO
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115

EMERGENCIAS
115 Gratuito las 24 horas

DENUNCIAS
601 5140066 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, retácil, El Real, Supergiros, Su Red a un Clic, Su Red, MoviRed, Sustrans, efecty

Red Distrital: Red Cade

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Jumbo, Metro

Código QR

Si paga en un corresponsal bancario, exige el desprendible del datáfono. El sello del corresponsal no es un soporte valido en caso de reclamo.



COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: DIC/2024
G: $358,76 T: $58,19 D: $280,72 CV: $108,30 PR: $89,75 R: $3,84 CP: $0,00 / $877,36 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: VEH-13827R1 - 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 peticion previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de estos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comuníquese al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 9081 de 10 de diciembre de 2020.

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

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

En cumplimiento de la resolución CREG 156/11 consultar www.enel.com.co

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

ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Colsanas), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo, ENEL COLOMBIA S.A. ESP no se responsable por el servicio que 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: 23/01/2025 00:43:09
FECHA EXPEDICIÓN: 23/01/2025 17:29:12

CUDE: 270aa8c031f93d0d8cfe5c108d554249311125e519f224848cfeaa2b7e46aaf9ccd079a1e57eee25077f9d22cada06b88

453

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 142

MICROCHIP: 990000012131708

FECHA: 17/04/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA X COMUNIDAD __

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Pacha

COLOR: Amarillo - Blanco

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

RAZA: Mestizo

EDAD: 1 año

PESO: 2.6kg

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: Michael Ferney Ruiz Diaz

DIRECCION: KR 17A #3A 48

TELEFONO: 3103051037

CEDULA: 1 023 022 823

CORREO ELECTRÓNICO: maicolruiz578@gmail.com

BARRIO: El versel

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 Reporta

ULT. DESPARASITACION: NO Reporta

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

FELINOS: TRIPLE FELINA: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA:

LEUCEMIA: RABIA:

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ____ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 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	0,13 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,26 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☒
	PROPOFOL	— ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,9 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,18 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,02 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Mónica Vázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	FIRMA: MV
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Yennifer Gutiérrez Nomesque Médico Veterinário - 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:
Maicol Ruiz	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 125	8 am

OBSERVACIONES:

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



NUIP 1.023.022.823

Apellidos
RUIZ DIAZ

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

Fecha de expiración
11 JUN 2034

.CO

048100502

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL048100502415001<<<<<<<<<<
9707287M3406119COL1023022823<4
RUIZ<DIAZ<<MICHAEL<FERNEY<<<<<

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 193

MICROCHIP: 990000012131813

FECHA: 17/02/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: luna

COLOR: Tigre - Gris

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

RAZA: Mestizo EDAD: 1año

PESO: 2,9kg

POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Alicia Duque Zambrano

DIRECCION: CL 3 # 18-03

TELEFONO: 3117919100

CEDULA: 51 671 775

CORREO ELECTRÓNICO: aliciaduque49@gmail.com

BARRIO: Eduardo Santos ESTRATO: 3

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: Tecnologo NS/NR: __

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO: Dic 24

ULT. DESPARASITACION: No Reporta

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

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

4. 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	0,14 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 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 Vc. Vázquez Milán
Médica Veterinaria
TP. 11804

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO
TARJETA PROFESIONAL

Yennifer Gutiérrez Nomesque
Médico Veterinario - Zootecnista
TP. 33358

FIRMA

450

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: 51 671.719

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.

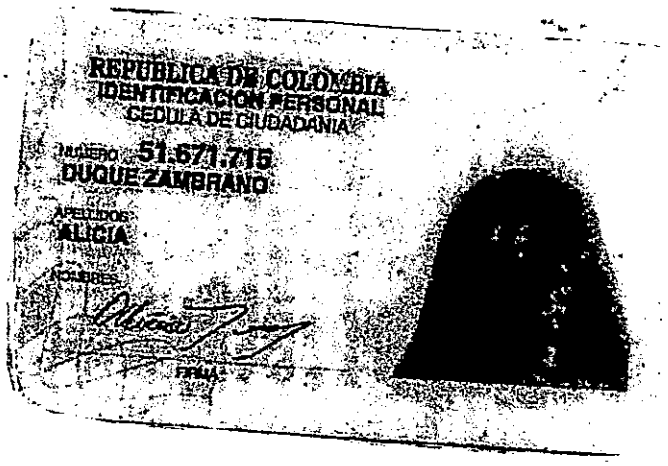
RAZÓN:

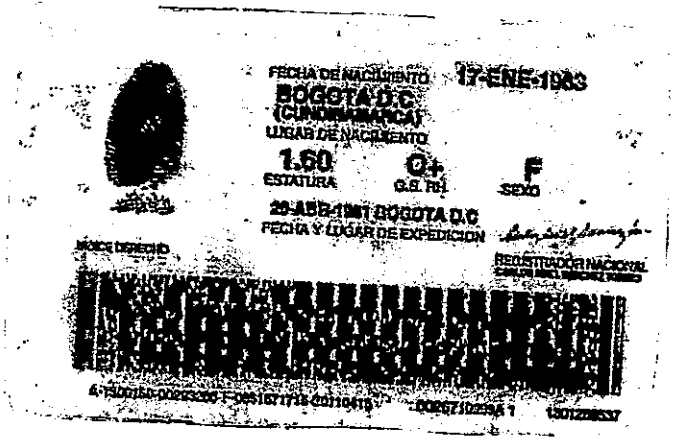
Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación:	

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 51.671.715
DUQUE ZAMBRANO
APELLIDOS
ALICIA
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 17-ENE-1963
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
29-ABR-1981 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

959



aseo

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

Cuenta contrato	Número para pagos
10048069	38687474619
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

Datos del usuario

Tipo de productor: RESIDENCIAL		Estrato	3
Und. Res. Ocupadas:	1	Und. No Res. Ocupadas:	0
Und. Res. Desocupadas:	000	Und. No Res. Desocupadas:	000
Frecuencia Barrido:	06	Frecuencia Recolección:	03

Componentes de tarifas

	Costo Fijo	Costo variable no aprovechable	Valor base aprovechamiento
Costo Fijo Total CFT:	32.735,64	13.179,98	150.736,65

Toneladas por suscriptor mes

Barrido y limpieza	Limpieza urbana	Recibo del aprovechamiento
0,0026	0,0010	0,0000

Electrotratamiento aprovechables	Residuos no aprovechables | Alcanzas - no alcanzas
0,0503	0,0358

Histórico de vigencias cobradas

3	2	1	Días liquidados
$52.196	$52.241	$53.101	61

La tarifa incluye subsidio o aporte*

Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$61.546	Ajuste a la decena -crédito-	$4-
Subsidio	$3.222-		

Saldo anterior	Valor Aseo
Ajustes (+)	Total siguiente período
Pagos	Ingreso que Aseo aporta a la DAU en el período actual

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Responsabilidades fiscales del colaborador: Gran Contribuyente; Autorretenedor

Natasha Aventaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA:3 CICLO: D3 RUTA:D33139

BIMESTRAL

10048069	38687474619
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

¡Hola!

Factura a nombre de
I VILLAVECES

Dirección del predio
CL 3 18 03

Barrio: **EDUARDO** Localidad: **LOS MARTIRES**

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Período facturado	OCT/20/2024	DIC/18/2024
Pago oportuno	ENE/23/2025	Suspensión ENE/28/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
MAR/14/2025	ENE/10/2025 09:19:02	ENE/10/2025 13:42:09

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

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

02 Usuarios 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.

458

Vulnerable.

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 144

MICROCHIP: 990000012131704

FECHA: 17/02/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD __

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Mila

COLOR: Gris

ESPECIE: CANINO __ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO __ RAZA Mestiza EDAD 1año PESO: 2,1Kg 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 X COMPRADO __ ADOPTADO __ REGALADO __ PERRO DE CUADRA __ OTRO __

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Santiago Chaparro Cruz

DIRECCION:

TELEFONO: 3015391203

CEDULA: 1942894 6

CORREO ELECTRÓNICO: santica2020@hotmail.com

BARRIO:

ESTRATO:

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:

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	0,1 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 Velázquez Milán
Médica Veterinaria
TP. 11804

FIRMA: MVM

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO
TARJETA PROFESIONAL

Yennifer Gutiérrez Nomesque
Médico Veterinario - Zootecnista
TP. 33358

FIRMA: YG

459

	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:**
Santiago Arguello	# 1942 8946

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	**HORA:** 8 am

OBSERVACIONES:

Vulnerable

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 145 | MICROCHIP: 990000012131819 | FECHA: 17/02/2025

ORIGEN: CES__ PROTECCIONISTA X COMUNIDAD__

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Morita | COLOR: Blanco Negro

ESPECIE: CANINO__ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO__ | RAZA: Mestizo | EDAD: 6 meses | PESO: 2,2 Kg | POTENCIAL PELIGROSO SI__ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI__ NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI__ NO X | TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR__ CASERO__ CONCENTRADO X MIXTO__ OTRO__

ORIGEN: NS/NR__ RESCATADO__ X COMPRADO__ ADOPTADO__ REGALADO__ PERRO DE CUADRA__ OTRO__

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Karen Begarano Niño | DIRECCION: CK 15bis #6A53 | 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

Buen estado de salud

ULT. CELO: No ha tenido | ULT. DESPARASITACION: Enero 25 | ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: / FELINOS: TRIPLE FELINA: / HEXAVALENTE: / LEUCEMIA: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / RABIA: /

4. 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: 163 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	0,12 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 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 Vc.ázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	FIRMA: MV
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Yennifer Gutiérrez Nomesque Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358	FIRMA: 96

460

	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:
Koren B	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 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:

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 146

MICROCHIP: 990000012131715

FECHA: 17/02/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Toribia

COLOR: Blanco - Negro

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: Sergio Alejandro Mariño Castillo

DIRECCION: Kr 18A Bis #1F 60 AP 360

TELEFONO: 3228508556

CEDULA: 1 000 808 174

CORREO ELECTRÓNICO: 3228508556@sincorreo.com

BARRIO: Eduardo Santos ESTRATO: 3

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: Universidad NS/NR: __

TIPO DE VIVIENDA: CASA __ APTO X RURAL __

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO: No ha Tenido

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 FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 162 l/m

F. RESPIRATORIA: 32 r/m

TEMPERATURA: 38,4 °c

TLLC 1 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,13 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,26 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☒
	PROPOFOL	— ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,9 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,18 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,02 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO
TARJETA PROFESIONAL

Mónica Vázquez Milán
Médica Veterinaria
TP. 11804

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO
TARJETA PROFESIONAL

Yennifer Gutiérrez Nomesque
Médico Veterinario - Zootecnista
TP. 33358

FIRMA

461

	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: 1000808174

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 1.000.808.174
MARIÑO CASTILLO

APELLIDOS
SERGIO ALEJANDRO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 28-MAR-2003
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

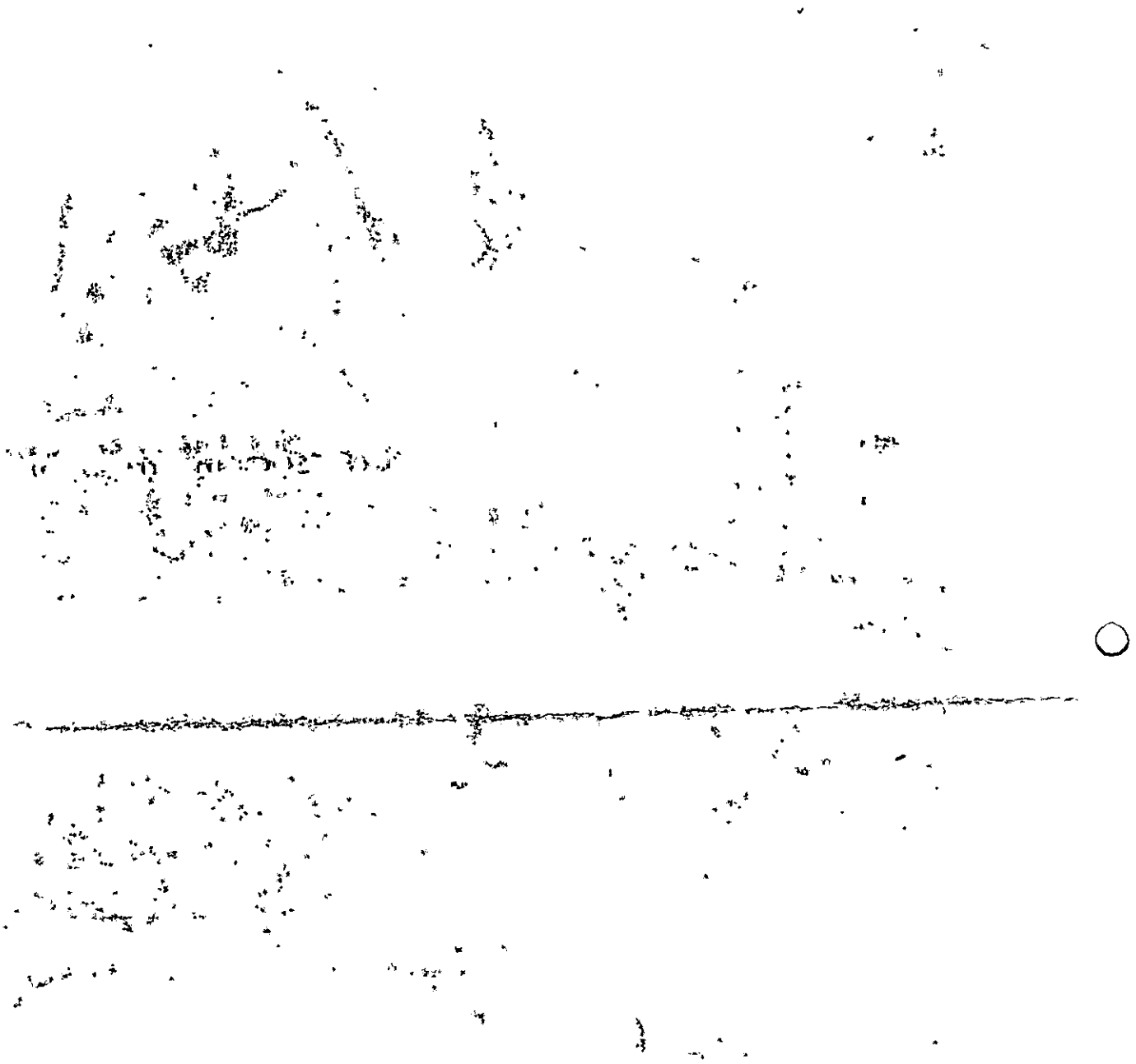
1.90 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

07-ABR-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01228316-M-1000808174-20210419 0074149035A 2 8501845115

462



enel Bogotá

ecológica

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

Factura

MARIO CASTILLO ROMERO
KR 18 A BIS NO 1 F 60 AP 300
BOGOTA, D.C. - EDUARDO SANTOS

19 204 4165 / 075-191330

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

Para pagos en línea tu número de cliente es:

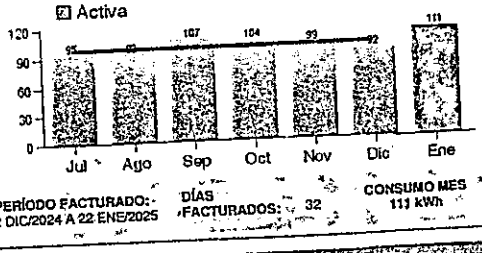
0318018-6

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 340103114-9



COMPORTAMIENTO CONSUMO

Activa



VALOR kWh APLICADO: $877,36

CONSUMO DIARIO: 3,47 kWh

VALOR DIARIO: $2.587

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 5 MESES: 93 kWh

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

DÍAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES: 111 kWh

Es importante que la lectura del medidor de consumo de energía se encuentre dentro de la fachada

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	8,93
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	100021920441S5
RUTA LECTURA:	12192040212
MANZANA DE LECTURA:	MS00410526
MEDIDOR NO:	075-191330
MEDIDOR NO:	075-191330

CALIDAD DEL SERVICIO



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

Zona privada de la página Web

App Enel Clientes Colombia

Bogotá, Sabana y Cundinamarca
601 5 115 115

Resto del país
601 514 00 55

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

APP Banca · Internet · Teléfono Banca · Débito Automático · Cajero Electrónico · APP Enel Clientes Colombia · Botón de Pago Online · Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual

dale! · MOVII · NEQUI · tpaga

Corresponsales Bancarios

CONPED · efecty · Red Baloto · MOVIRED

Red Distrital

RED CADE

Centros de Servicio

enel

Almacenes de Cadena

Código QR

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

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:

Vigencia: DIC/2024

Proveedor Técnico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 890.321.151-0
Resolución DIAN No. 18764012345678 de 2019/01/01 Prefijo: FEEC Rango: 1 - 100000000
Factura de Comercialización SAS NIT 900.048.115-7

3485ae93b0575810383d8306da2d1c5bd5319d1d8aa004d99d01ef1b49644aa311e59c91b1c6d3

463

1		2			PAGO OPORTUNO
$82.780	+	$0	=	$82.780	05 FEB /2025
					FECHA DE SUSPENSIÓN ⓑ 07 FEB/2025

ENERGÍA | CUENTA CONTRATO 0318018-6 | PRÓXIMA FECHA DE LECTURA 20 FEB /2025

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

CALCULO CONSUMO DE ENERGIA	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Diferencia de lecturas	X	Factor	=	Energía Consumida kWh	Energía Facturada kWh	X	Valor Usuario	=	Valor Facturado
ENERGIA ACTIVA FP	9.600		9.489		111		1		111	111		$877,36		$97.387
ENERGÍA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$280,72		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh X				Valor kWh $37',3617		X		Beneficio -15,00 %					-$14.608

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $2.587 DIARIOS — SUBTOTAL: $82.779

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$1
SUBTOTAL	$1

Consumos + Otros cobros asociados a energía — 1 TOTAL ENERGÍA: $82.780

Otros cobros de productos y servicios

enelx

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 estarán 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 %



CUDE: 027a1105a3d6b50dd...

FECHA GENERACIÓN: 27/01/2025 00:06:37
FECHA EXPEDICIÓN: 27/01/2025 12:25:17

Factura Impresa por Claro Móvil Bank

vulnerable

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA	MICROCHIP:	FECHA:
147	990000012131713	17/04/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA X COMUNIDAD __

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
	Estrellita	Negro-Blanco-Amarrillo

ESPECIE: CANINO __ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO __	RAZA	EDAD	PESO:	POTENCIAL PELIGROSO
		Mestizo	6meses	2,7kg	SI __ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO:	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO	TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR __
SI __ NO X	SI __ NO X	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:	DIRECCION:	TELEFONO
Juan Amaya	cl 1 A # 28 41	3105354436

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
1032498957	juancamiloamaya0717@hotmail.com

BARRIO:	ESTRATO:	LOCALIDAD:
Santa Isabel	3	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: / HEXAVALENTE: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / LEUCEMIA: / RABIA: Nov 24
No Reporta	Oct 24	FELINOS: TRIPLE FELINA:

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
165 l/m	31 r/m	38,4 °c	1 seg	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		FIRMA
	Mónica Vc.ázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	MVÁ
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL		FIRMA
	Yennifer Gutiérrez Nomesque Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358	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: 1032498957

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:

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA	MICROCHIP:	FECHA:
148	990000012131810	17/02/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
	Alaska	Blanco

ESPECIE: CANINO __ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO __	RAZA: Mestizo	EDAD: 6meses	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 X MIXTO __ OTRO __

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION:	TELEFONO
Sebastian Felipe Idarraga Ruiz	Cl 2 H 18C 09 P13	3022623557

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
1 073 669 240	sebas310808@gmail.com

BARRIO: Eduardo	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: LOS MARTIRES

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

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: __ CANINOS PARVO:	TRIPLE:	PENTAVALENTE:
No ha tenido	Enero 24	FELINOS: TRIPLE FELINA: / HEXAVALENTE: / LEUCEMIA: /	PARAINFLUENZA Y BORDETELLA:	RABIA: enero24 /

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: 38,3 °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 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	Yennifer Gutiérrez Nomesque Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358	FIRMA YG

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:
	1013669240

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:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA



NÚMERO **1.013.669.240**

IDARRAGA RUIZ
APELLIDOS

SEBASTIAN FELIPE
NOMBRES

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **31-AGO-1996**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65	**O-**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

05-SEP-2014 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01376470-M-1013669240-20230828 0136290322A 1 9924887447

466

aseo

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

Cuenta contrato 10986647
Núm. de identificación de este predio

Número para pagos 44040311910
Número de esta factura de servicios públicos

LIME
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: RESIDENCIAL		Estrato	3		
Und. Res. Ocupada:	1	Und. No Res. Ocupada:	0	Densidad	0.000
Und. Res. Desocupada:	000	Und. No Res. Desocupada:	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
32.735,64	13.179,98	150.736,65

Estado de cuenta aseo

Concepto :	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$61.546	Ajuste a la decena -crédito-	$-4-
Subsidio	$9.232-		

Toneladas por suscriptor mes

Barrido y Limpieza	Limpieza urbana	Recinto del aprovechamiento
0.0026	0.0010	0.0000
Efectivamente aprovechables	Residuos no aprovechables | Aforadas - no aforadas	
0.0503	0.0368	

Histórico de vigencias cobradas

3	$52.196	2	$52.241	1	$53.101	Días liquidados	61

la tarifa incluye subsidio o aporte*

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Responsabilidades fiscales del emisor: Gran contribuyente; Autorretenedor

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA:3 CICLO: D3 RUTA:D33131

BIMESTRAL

10986647
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

44040311910
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

Período facturado	OCT/20/2024	DIC/18/2024

Pago oportuno ENE/23/2025 Suspensión ENE/28/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
MAR/14/2025	ENE/10/2025 09:20:21	ENE/10/2025 13:44:54

¡Hola!

Factura a nombre de
HUMBERTO ROMERO A

Dirección del predio
CL 2 18C 09 PI 3

Barrio: EDUARDO **Localidad:** LOS MARTIRES

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

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

En este 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.

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA	MICROCHIP:	FECHA:
149	990000013794035	12/02/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Kenia	COLOR: Tigre - Gris

ESPECIE: CANINO __ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO __	RAZA Mestizo	EDAD 6meses	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:	DIRECCION:	TELEFONO
Sebastian Felipe Idagarra Ruiz	Cl 2 H 19-09 Apto	3022623557

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
1 073 669 240	Sebas310808@gmail.com

BARRIO: Eduardo Santos	ESTRATO: 3	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 PARVO: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: / FELINOS: TRIPLE FELINA: / HEXAVALENTE: / LEUCEMIA: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / RABIA: enero24
No ha tenido	Enero 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: 31 r/m	TEMPERATURA: 38,2 °c	TLLC 1 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,1 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 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 MVV
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Yennifer Gutiérrez Nomesque Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358	FIRMA GG

468

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 leido y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención 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: 1013669240

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 m

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.013.669.240**

IDARRAGA RUIZ
APELLIDOS

SEBASTIAN FELIPE
NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **31-AGO-1996**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA | **O-** G.S. RH | **M** SEXO

05-SEP-2014 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01378470-M-1013669240-20230828 0136290322A 1 9924887447

enel | Bogotá

PAPEL 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: **0307957-7**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 339901152-7

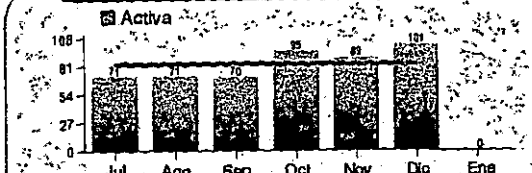
CLIENTE

HUMBERTO ROMERO
CL 2 NO 19 09 AP 300
3 PISO
BOGOTA, D.C. - EDUARDO SANTOS

17 227 4308 / 014-4302575

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $877,36

CONSUMO DIARIO: 0,001 kWh

VALOR DIARIO: $0

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

DÍAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES: 0 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 53 kWh

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



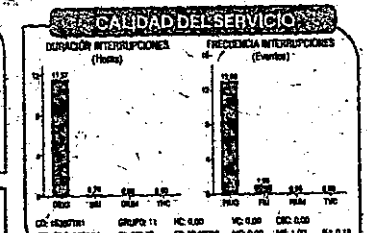
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA KW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10002172274308
RUTA LECTURA:	12172170331
MANZANA DE LECTURA:	MS00410539
MEDIDOR NO:	014-4302575
MEDIDOR NO:	014-4302575

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 2019

CONTÁCTANOS

Escribenos a través de nuestros canales de atención

Chatea con un asesor en nuestros canales de atención

315 800 6000 (Llama Bot o pasa a Agente)

Enel Colombia @enelcolombia

Registrate gratis

Zona privada de la página Web

App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA 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 · Cobro Electrónico · APP Enel Clientes Colombia · Botón de Pago Online · Botón de Pago Remotamente

Billetera Virtual

Daviplata · dale! · Cre · MOVII · nequi · tpaga

Corresponsales Bancarios

CONRED · efecty · Gana · MOVIRED · puntored

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 datafono. El sello del corresponsal no es un soporte valido en caso de reclamo.



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

G: $356,78 T: $58,19 D: ($280,72 CV: $106,20 PR: $69,75 R: $5,64 CP: $0,00 / $877,36 Costo kWh Mes

CARGO: 11 CRÉDITO: CAV21-15MTH - tarifa de telefono PROPIEDAD Empresa

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por mil. Sin retenciones según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1998.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comuníquese al (601) 6 115 115, 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 nro 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 se copia presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994

En cumplimiento de la resolución CREG 015/01 consulte www.enel.com.co

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, le cuidi recuerdo el Código de Medida, es responsabilidad de 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 en Colombia), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como clase 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 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: 23/01/2025 07:57:51
FECHA EXPEDICIÓN: 23/01/2025 17:03:28

CUDE: cb97b3a2b5f2b1c4ac8a2aeab1500d93c7c6c9fc57bdcc6e6eb6935057638276e4131b4881a2a2d24bf0c4d343726

Factura Impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 830.085.832-2 - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 890.321.151-0 - Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC

14332 - Página 1 de 4

36231

470

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 150

MICROCHIP: 990000012131717

FECHA: 17/04/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Milu

COLOR: Blanco - Negro

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

RAZA: Mestizo EDAD: 6 meses PESO: 1,8Kg

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: (N) Luz Mery Acosta Orjuela

DIRECCION: Kr 19c # 1c-77

TELEFONO: 3138320391

CEDULA: 20 749 497

CORREO ELECTRÓNICO: 3138320391@sincorreo.com

BARRIO: Eduardo 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: 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: 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	0,09 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,18 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.)	0,12 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,01 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Mónica Velázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Yennifer Gutiérrez Nomesque Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358	FIRMA

471

	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: 1074194497

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

OBSERVACIONES:

29-30

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 20.749.497
ACOSTA ORJUELA
APELLIDOS
LUZ MERY
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 27-MAY-1968
MEDINA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
30-ABR-1987 MEDINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00017944-F-0020749497-20080627 0000666919A 1 1300016701

472

Muestra tu consumo en litros para que lo comprendas mejor.

Cuenta contrato Núm. de identificación de este predio	Número para pagos Número de esta factura de servicios públicos
10212472	13126243511

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

aseo

Datos del usuario

Tipo de producto: RESIDENCIAL			Estrato		3
Und. Res. Ocupadas:	2	Und. No Res. Ocupadas:	0	Densidad	0.000
Und. Res. Desocupadas:	000	Und. No Res. Desocupadas:	000	Volumen	0.00
Frecuencia Barrido:	06	Frecuencia Recolección:	03	%Participación	0.0000%

Componentes de tarifas

Costo Fijo Total CFT.	Costo variable no aprovechable	Valor base aprovechamiento
65.471,28	26.359,96	150.736,65

A Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$123.091	Interés mora	$343
Subsidio	$18.464-		

Subsidio (-)	15%	Valor Aseo	$104.970
Aporte (+)	0%	Total Ingresos del periodo	$104.970
Interna Ivo - deuda total		Ingreso que Aseo reporta a la DIAN en el periodo actual	

Toneladas por suscriptor mes

Barrido y limpieza	Limpieza urbana	Recháazo del aprovechamiento
0.0026	0.0010	0.0000
Efectivamente aprovechables	Residuos no aprovechables | Aforadas - no aforadas	
0.0503	0.0368	

Histórico de vigencias cobradas

3	2	1	
$104.392	$104.482	$106.202	Días liquidados
			61

La tarifa incluye subsidio o aporte.

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA:3 CICLO: D3 RUTA:D33147 BIMESTRAL

10212472 Cuenta contrato Núm. de identificación de este predio	13126243511 Número para pagos Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

Período facturado	OCT/20/2024	DIC/18/2024

¡Hola!

Factura a nombre de
ADELA SILVA P

Dirección del predio
KR 19C 1C 77

Barrio: EDUARDO **Localidad:** LOS MARTIRES

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso:	**Residencial**
Estrato:	**3**
Unidades Habitacionales:	**2**
Unidades No Habitacionales:	**0**

· 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 09:19:53	ENE/10/2025 13:46:38

¡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.

473

cadena. NIT. 860.950.554-0

Tu consumo en este período

En los períodos anteriores tu promedio de consumo fue 32

33 28 34 33

MAY-JUN	JUN-AGO	AGO-OCT	ÚLTIMO CONSUMO
$220.900	$194.798	$23.132.706	

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
33.000	550

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este periodo 2980
Lectura anterior 2947
Tu consumo este periodo 33

Facturado con Consumo Normal
Base promedio
Descargue fuente alterna 0

Datos de tu medidor

Marca FLODIS DE ACTARIS
Serie A095594034

Tipo VELO015T2
Diámetro pulgadas ½

Para reducir tu consumo, recuerda:

Ducharte en 3 minutos para **reducir tu consumo** | Tener siempre un balde en la ducha para **reusar el agua recogida** | Cerrar la llave mientras enjabonar los platos

Tu cobro en este período

Acueducto	+	Alcantarillado	+	Otros cobros	+	Aseo
$114.145,90		$112.704,21		$540		$104.970
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
Ingresos que la EAAB-ESP reporta a la DIAN en el período actual

= Total a pagar $332.360

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 3093f3535858d6da1dbed3e8d7e1381b9873ec2923b15c897ac9011a21a7e3a6ace11cc9d70ee34a14419ea2851dba

Detalle de tu consumo este bimestre

1 Acueducto

	Cant.	×	Valor unitario	×	% Aporte (+) o Subsidio (-)**	Valor	Tarifa***	=	Total
Cargo fijo residencial (mes)	2,00		$9.189,79		-15	$2.759-	$7.810,42		$15.032,98
Consumo residencial básico (m³)	33,00		$3.512,04		-15	$17.384-	$2.985,24		$98.513,32
Consumo residencial superior básico (m³)									
Cargo fijo no residencial (mes)									
Consumo no residencial (m³)									
Subtotal						$20.143-			$114.145,99

2 Alcantarillado

	Cant.	×	Valor unitario	×	% Aporte (+) o Subsidio (-)**	Valor	Tarifa***	=	Total
Cargo fijo residencial (mes)	2,00		$4.370,95		-15	$1.311-	$3.715,31		$7.430,90
Consumo residencial básico (m³)	33,00		$3.753,07		-15	$18.578-	$3.190,11		$105.273,21
Consumo residencial superior básico (m³)									
Cargo fijo no residencial (mes)									
Consumo no residencial (m³)									
Subtotal						$19.889-			$112.704,21

* 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)	$24,28	$74,77
Tarifa consumo superior a básico ($/m3)	$0,00	$87,97
Total por consumo facturado	$601	$2.467

En Mínimo Vital es un beneficio temporal. Durante dos bimestres (12 m³ por cada período facturado) a los usuarios residenciales de los estratos 1, 2 y 3 [illegible]

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
Intereses de mora	$540
Subtotal	$540

4 Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

5 Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

Deudas en estudio

Concepto	Valor
	$0
	$0
	$0
Subtotal	$0

6 Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	$0

Pagos por la página web, app y billeteras

puntopay tpaga Davivienda Nequi Claro pay Ualá App EAAB FAABMóvil

Para quienes requieran 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 Citi.

Aseo
Valor a pagar
$104.970

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

(415)7707200489998(8020)131262435110(3900)000000104970

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$227.390

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)131262435113(3900)000000227390

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: 151

MICROCHIP: 990000012131706

FECHA: 17/02/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Candy

COLOR: Pardo

ESPECIE: CANINO __ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO __ RAZA Mestizo EDAD 3años PESO: 2,8Kg POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Luz Mery Acosta Orjuela

DIRECCION: Kr 19 c # 1c -77

TELEFONO: 3138320391

CEDULA: 20 749 497

CORREO ELECTRÓNICO: 3138320391@sincorreo.com

BARRIO: Eduardo Santos ESTRATO: 3

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: NS/NR: Primaria

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO: Oct 24

ULT. DESPARASITACION: No Reporta

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

FELINOS: TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA: /

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 167 l/m F. RESPIRATORIA: 31 r/m TEMPERATURA: 38,4 °c TLLC 1 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,14 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,28 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☒
	PROPOFOL	— ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,9 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,19 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,02 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y 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	Yenniffer Gutiérrez Nomesque Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358	FIRMA: YG

474

	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: 1070494497

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 20.749.497
ACOSTA ORJUELA
APELLIDOS
LUZ MERY
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 27-MAY-1968
MEDINA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
30-ABR-1987 MEDINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00017944-F-0020749497-20080627 0000556919A 1 1300016701

30-31

SIMPLIFICAMOS TU FACTURA

Muestra tu consumo en litros para que lo comprendas mejor.

aseo

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

El corte de aseo se factura de forma bimestral

Cuenta contrato	Número para pagos
10212472	13126243511
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

LIME
LIMPIEZA METROPOLITANA S.A. E.S.P.
830123451-1

Datos del usuario

Tipo de productor RESIDENCIAL — Estrato: 3

Und. Res. Ocupadas:	2	Und. No Res. Ocupadas:	0	Densidad	0.000
Und. Res. Desocupadas:	000	Und. No Res. Desocupadas:	000	Volumen	0.00
Frecuencia Barrido:	00	Frecuencia Recolección:	03	%Participación	0.0000%

Componentes de tarifas

Costo Fijo Total CFT.	Costo variable no aprovechable	Valor base aprovechamiento
65.471,28	26.359,96	160.736,65

A Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$123.091	Interés mora	$343
Subsidio	$18.464-		

Toneladas por suscriptor mes

Barrido y limpieza	Limpieza urbana	Rechazo del aprovechamiento
0.0026	0.0010	0.0000
Etecltvamento aprovechables	Residuos no aprovechables | Aforadas - no aforadas	
0.0503	0.0368	

Histórico de vigencias cobradas

3	2	1	Días liquidados
$104.392	$104.482	$106.202	61

La tarifa incluye subsidio o aporte*

Subsidio (-)	15%	Valor Aseo	$104.978
Aporte (+)	60%	Total ingresos del periodo	$104.978
Informativo - deuda total		Ingreso que Aseo reporta a la DIAN en el periodo actual	

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:D33147 BIMESTRAL

10212472	13126243511
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

¡Hola!

Factura a nombre de
ADELA SILVA P

Dirección del predio
KR 19C 1C 77

Barrio: EDUARDO **Localidad:** LOS MARTIRES

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso:	**Residencial**
Estrato:	**3**
Unidades Habitacionales:	**2**
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 09:19:53	ENE/10/2025 13:46:38

¡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. 830.059.553-0

476

Tu consumo en este período

En los períodos anteriores tu promedio de consumo fue 32

33 28 34 33

MAY-JUN	JUN-AGO	AGO-OCT	ÚLTIMO
$220.900	$194.798	$23.132.706	CONSUMO

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
33.000	550

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este periodo 2980
Lectura anterior 2947
Tu consumo este periodo 33

Facturado con Consumo Normal
Base promedio
Descargue fuente alterna 0

Datos de tu medidor

Marca FLODIS DE ACTARIS
Serie A09S594034

Tipo VELO015T2
Diámetro pulgadas ½

Para reducir tu consumo, recuerda:

Ducharte en 3 minutos para **reducir tu consumo**

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

Cerrar la llave al enjabonar los platos

Tu cobro en este período

Acueducto	+	Alcantarillado	+	Otros cobros	+	Aseo
$114.145,90		$112.704,21		$540		$104.970
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
Ingresos que la EAAB-ESP reporta a la DIAN en el período actual

= Total a pagar $332.360

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 30f93f33365b6c0a1dbed3e6a7a1351b8573ec3f93b15c997ac9011a21a7a3a6acc1fcefd70ae3da14f39eb2551dba

Detalle de tu consumo este bimestre

	1 Acueducto						2 Alcantarillado					
	Cant.	× Valor unitario	× %	Aporte (+) o Subsidio (-)** Valor	Tarifa***	Total	Cant.	× Valor unitario	× %	Aporte (+) o Subsidio (-)** = Valor	Tarifa***	= Total
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$9.195,79	-15	$2.759-	$7.818,42	$13.032,58	2,00	$4.370,95	-15	$1.311-	$3.715,51	$7.430,90
Consumo residencial básico (m³)	33,00	$3.512,04	-15	$17.354-	$2.985,24	$98.513,32	33,00	$3.753,07	-15	$18.578-	$3.190,11	$105.273,31
Consumo residencial superior básico (m³)												
Cargo fijo no residencial (mes)												
Consumo no residencial (m³)												
Subtotal				$20.143-		$114.145,90				$19.889-		$112.704,21

* 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)	$24,28	$74,77
Tarifa consumo superior a básico ($/m3)	$0,00	$87,97
Total por consumo facturado	$801	$2.457

(1) El Mínimo Vital es un beneficio contra el Distrito de Bogotá [illegible] estratos residenciales de los estratos 1, 2 y 3.

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
Intereses de mora	$540
Subtotal	540

4 Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

5 Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

Deudas en estudio

Concepto	Valor
	$0
	$0
	$0
Subtotal	$0

6 Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	$0

Pagos por la página web, app y billeteras

puntopay tpaga DAVIplata Nequi Claro PAY ualá App EAAB EAABMóvil

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

Punto de Pago puntored Baloto

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
$104.970

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

(415)7707200489996(8020)131262435110(3900)000000104970

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$227.390

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)131262435113(3900)000000227390

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: 152

MICROCHIP: 990000013799185

FECHA: 12/02/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Lazy

COLOR: Blanco Gris

ESPECIE: CANINO __ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO __ RAZA Mestizo EDAD 1 año PESO: 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: Katherine Yurany Jimenez Tovar

DIRECCION: CL 2A H 18A-33 AP 300

TELEFONO: 3505909074

CEDULA: 1 000 992 702

CORREO ELECTRÓNICO: yuranytobar18@gmail.com

BARRIO: Eduardo Santos. ESTRATO: 3

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: NS/NR: Universitario

TIPO DE VIVIENDA: CASA __ APTO X RURAL __

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO: Enero 25

ULT. DESPARASITACION: No Reporta

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

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,15 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,3 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☒
	PROPOFOL	— ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,21 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,03 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y 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 Vc. Vázquez Milán, Médica Veterinaria, TP. 11804 — FIRMA: MV

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Yennifer Gutiérrez Nomesque, 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: 1000992702

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:

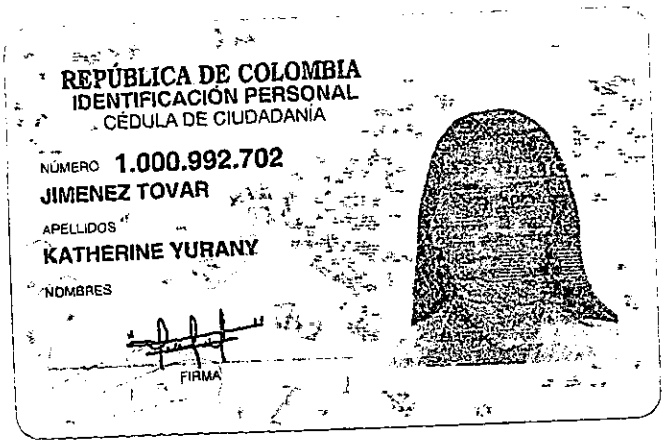
Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación:	

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

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

OBSERVACIONES:

35



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.000.992.702

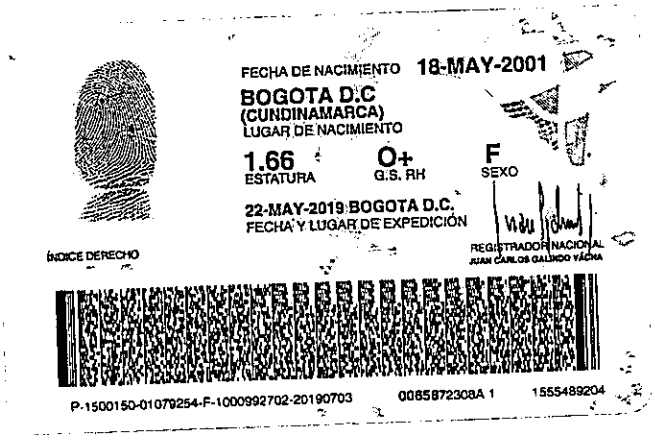
JIMENEZ TOVAR

APELLIDOS

KATHERINE YURANY

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 18-MAY-2001

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

22-MAY-2019 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

ÍNDICE DERECHO

P-1500150-01079254-F-1000992702-20190703 0065872308A 1 1555489204

478

enel Bogotá

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

Número de factura: **0308165-7**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 336803412-3

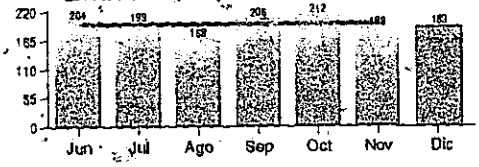
CLIENTE

LEONOR CRUZ DE VERA
CL 2 A NO 18 A 33 AP 300
TERCER PISO
BOGOTA, D.C. - EDUARDO SANTOS

19 204 1952 / 117-22255302

Contrato digital de Venta Virtual (escanea el código)

CONSUMO DE ENERGÍA (kWh)



VALOR kWh APLICADO: $864,43

CONSUMO DIARIO: 6,52 kWh

VALOR DIARIO: $5.052

PERÍODO FACTURADO:	DÍAS FACTURADOS:	CONSUMO MES	CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES:
23 NOV/2024 A 21 DIC/2024	29	189 kWh	159 kWh

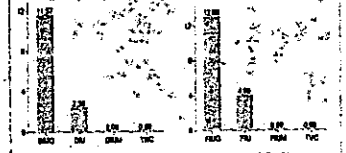


¡Estamos tuvimos acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR Y TU CONSUMO de energía se encuentra dentro de lo habitual!

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	5,22
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10002192041952
RUTA LECTURA:	12192010089
MANZANA DE LECTURA:	MS00410532
MEDIDOR NO:	117-22255302
MEDIDOR NO:	117-22255302

CALIDAD DEL SERVICIO



Cir: 153207R1 GRUPO: 11 HC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,00
PERIODO: 2024/10 DI: 230,03 CF: 212,00000 AIC: 0,00 UF: 1,00 %C: 0,10
*Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 038 de 2014

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes
Chatbot servicios
315 890 8003 (Diana Bot o paso Asesor)
Enel Colombia @EnelColombiaCO
Registrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

CONTACTO 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

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.

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

Billetera Virtual: Daviplata, MOVII, MEDOI, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efecti, El Reval, NOVIRED, Baloto

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Supertiendas Olímpica

Código QR



COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: NOV/2024
G: $367,78 T: $35,37 D: $263,15 CV: $193,03 PR: $78,51 R: $4,56 CP: $0,00 / $884,43 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: CAV21-153207R1 - NIVEL DE TENSIÓN: PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de 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 0091 de 10 de diciembre de 2020.

Sobre el acto de suspensión ejecutó el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa prevo 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.xm.com.co

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modifica el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y 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: 27/12/2024 05:18:56
FECHA EXPEDICIÓN: 27/12/2024 19:12:27

CUDE: 9f8559f5ed837715f8bb7154aa84a51dbd5d965c221f8c1ab503786d00a9c8ff7c03d003c802e96ec19bb5587e8330f75

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.050.632

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFacturero - NIT 830.321.151-0

PAGO OPORTUNO
09 ENE /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN ⓘ
13 ENE/2025

$161.420

0308165-7

22 ENE /2025

Situación encontrada: Normal

			Factor	=	Energía Consumida kWh	Energía Facturada kWh	x	Valor Unitario	=	Valor Facturado
ENERGIA AC			1		189	189		$864,43		$163.378
ENERGIA RE			1		12	0		$263,15		$0
SUBSIDIO			Vm $864,4259	X	Beneficio -15,00 %					-$16.858
ESTE MES								SUBTOTAL:		$146.520

Otros cargos de productos y servicios

COBRO SEGUROS	$14.900

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	$14.900

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: ... descuento de subsistencia (0 – 130 kWh/mes) es de -15,00 %

Scotiabank Colpatria

Punto de pago

RECIBO DE PAGO

Fecha de venta: 10/01/25 Hora: 10:13:28 a.m.
Id comercio: 23987 No. Terminal: 15235
Id Trx: 52431420 Id Aut: 592929
Comercio: PLATIK - PAGOS EDUARDO SANTOS
Dirección: DG JA 18A 04

RECAUDO PSP

TRANSACCIÓN EXITOSA

Convenio: ENEL-CODENSA
Referencia: 03081857
Valor: $ 161.420

ORIGINAL

Para cualquier reclamo es indispensable presentar este recibo o comuníquese a los Tel. en Bogotá 7561[illegible] gratis en el resto del país 018000-522[illegible]



NÚMERO DE CLIENTE
0308165-7

Documento Equivalente Electrónico No.
336803412-3

(415)7707209914253(8020)0103081657336803412 3(3900)00000000161420

PAGO OPORTUNO
09 ENE /2025

TOTAL A PAGAR
$161.420

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 153

MICROCHIP: 990000012131719

FECHA: 8/04/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Luna

COLOR: Tigre Anaranjado

ESPECIE: CANINO __ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO __ RAZA Mestizo EDAD 6 meses PESO: 2,7Kg POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Marisol Lopez Contreras

DIRECCION: Cl 1H # 24-27 AP 100

TELEFONO: 3135193997

CEDULA: 51 997 015

CORREO ELECTRÓNICO: ml333244@gmail.com

BARRIO: El Vergel ESTRATO: 3 LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: NS/NR: Primaria

TIPO DE VIVIENDA: CASA __ APTO X RURAL __

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO: No ha tenido

ULT. DESPARASITACION: Enero 25

ULT. VACUNACION: NS/NR: CANINOS PARVO: FELINOS: TRIPLE FELINA: HEXAVALENTE: LEUCEMIA: TRIPLE: PENTAVALENTE: 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: 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	0,13 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,2 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☑
	PROPOFOL	— ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,9 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,18 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,02 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO
TARJETA PROFESIONAL: Mónica Vc.ázquez Milán, Médica Veterinaria, ~~TP. 11804~~

FIRMA: MVS

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

FIRMA: YG

480

	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:
Marisol Lopez	51997015

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 m

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 51.997.015
LOPEZ CONTRERAS

APELLIDOS
MARISOL

NOMBRES

Marisol Lopez

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-JUL-1970
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

12-DIC-1988 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00029861-M-0051997015-20080725 0001425484A 1 1450005222

481

enel | Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P
NIT. 860 063 875-8
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

PAPEL ECOLÓGICO

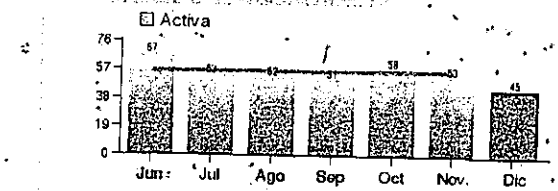
Para pagos y consultas tu número de cliente es: **0351404-6**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 336378673-3

CENON PRIETO
CL 1 H NO 24 27 AP 100
CONT EN EL 24 29
BOGOTA, D.C. - EL VERGEL

17 221 0654 / 019-4307007

Accede a tu factura virtual y descarga el código QR



VALOR kWh APLICADO: $854,43

CONSUMO DIARIO: 1,55 kWh

VALOR DIARIO: $1.140

PERÍODO FACTURADO: 21 NOV/2024 A 19 DIC/2024

DÍAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES 45 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 55 kWh

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

En esta Navidad puedes iluminar y proteger a todos.

Ayuda a prevenir electrocuciones, cortocircuitos, cortes de energía e incendios, protegiendo así a tu familia, a ti y a tu comunidad.

Si ves a alguien sin el uniforme de Enel manipulando transformadores, medidores o cables, **repórtalo.**

Hazlo anónimamente en el **601 514 0000** o en **www.enel.com.co**

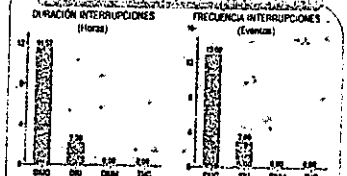
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	1,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10002172210654
RUTA LECTURA:	12172230054
MANZANA DE LECTURA:	MS00410623
MEDIDOR NO:	019-4307007
MEDIDOR NO:	019-4307007

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



¿CONTACTANOS?

Trámites y solicitudes
Chat de servicio en
318 890 6000 (Clara 0)(6 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 5 115 115

EMERGENCIAS: 115 Gratuito las 24 horas

DENUNCIAS: 601 5140055 denuncias@enel.com

https://www.enel.com.co/es/hogares/...

¿COMO PAGARTU FACTURA?

Medios virtuales de Pago: APP Banco, Internet, Teléfono Banca, 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, efecty, Red Dibital, Centros de Servicio: RED CADE, enel

Almacenes de Cadena: Jumbo, Metro

Código QR

Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios

Escanea el código

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: NOV/2024
G: $387,79 T: $33,37 D: $263,15 CV: $183,05 PR: $79,51-R: $4,36 CF: $0,00 / $864,43 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: VE34-33ETRI - NIVEL DE TENSIÓN: I PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por mr Somos autorretenedores según Resolución No 0547 de 25 de enero 2002 IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1996

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 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 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 comunicarse a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

ENEL COLOMBIA S.A. ESP 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 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

FECHA GENERACIÓN: 23/12/2024 01:42:14
FECHA EXPEDICIÓN: 23/12/2024 12:35:22

Factura impresa por Compañía Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.096.812

482

31-32

1 Total Factura	+	2 Para Pronto Pago Enel X	=	Total a Pagar	PAGO OPORTUNO	FECHA DE SUSPENSIÓN
$33.063		$1.092.787		$1.125.850	03 ENE /2025	08 ENE /2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 0351404-6

PERIODO FACTURADO: 20 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	32.151		32.149		45		1		45	45		$564,43		$38.8
ENERGÍA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$283,15		
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh X				Valor kWh $564,4259		X		Beneficio -15,00 %					-$5.8
ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $1.140 DIARIOS												SUBTOTAL:		$33.06

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$-1
SUBTOTAL:	$-1

Consumos + Otros cobros asociados a energía — 1 TOTAL ENERGÍA $33.063

Otros cobros de productos y servicios

Tarj.Créd. Privada – Semilla	$1.092.78

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 $1.092.787

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 $85.638 *

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 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
0351404-6

Documento Equivalente Electrónico No.
336378673-3

(415)7707209914253(8020)010351404633636786733(3900)00000001125850

PAGO OPORTUNO
03 ENE /2025

TOTAL A PAGAR
$1.125.850

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 154

MICROCHIP: 990000013794556

FECHA: 13/02/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Zira

COLOR: Negro blanco Amarillo

ESPECIE: CANINO __ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO __ RAZA Mestizo EDAD 2 años PESO: 2,6Kg POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yuliana katherine Sarmiento Amezquita

DIRECCION: CL 4B #20 IN 4 AP 402 19

TELEFONO: 3115733232

CEDULA: 1 073 675 537

CORREO ELECTRÓNICO: gdsamezquita@gmail.com

BARRIO: El Progreso ESTRATO: 3 LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: NS/NR: Tecnico

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: / 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: 166 l/m F. RESPIRATORIA: 32 r/m TEMPERATURA: 38,2 °c TLLC 1 seg MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,13 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 Vázquez Milán
Médica Veterinaria
TP. 11804

FIRMA: MVM

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO
TARJETA PROFESIONAL

Yennifer Gutiérrez Nomesque
Médico Veterinario - Zootecnista
TP. 33358

FIRMA: YG

483

	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: 1013675527

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:

99

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.013.675.527**

SARMIENTO AMEZQUITA

APELLIDOS

YULIANA KATHERINE

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-AGO-1997**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

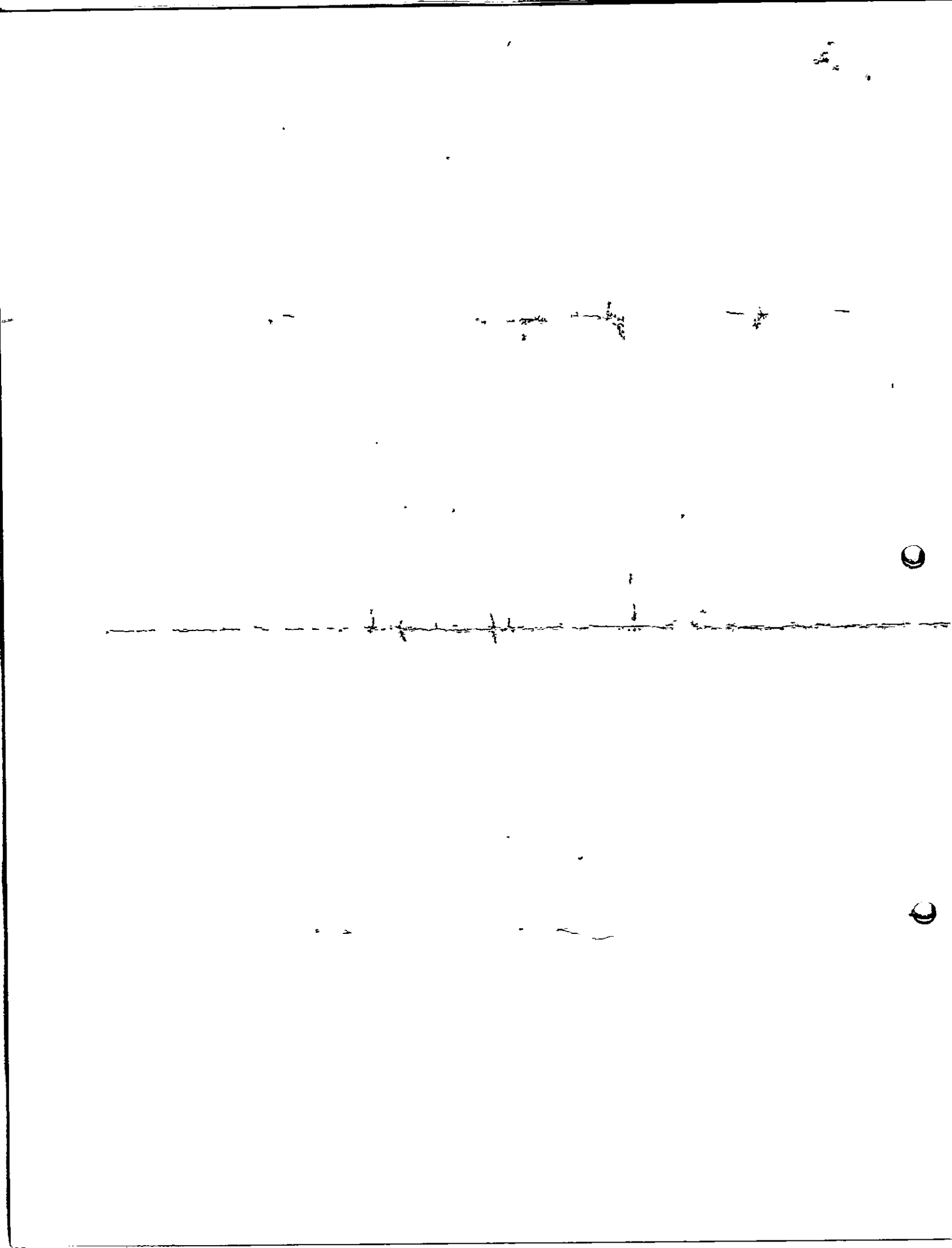
1.73 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **F** SEXO

21-AGO-2015 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00745241-F-1013675527-20150911 0046357071A 1 44332498



aseo

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

El servicio de aseo se factura de forma bimestral

Cuenta contrato	Número para pagos
11220391	42008091912
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

LIMPIEZA METROPOLITANA S.A. E.S.P.
830123461-1

Datos del usuario

Tipo de productor	RESIDENCIAL		Estrato	3	
Und. Res. Ocupada:	1	Und. No Res. Ocupada:	Densidad	0.080	
Und. Res. Desocupada:	000	Und. No Res. Desocupada:	Volumen	0.12	
Frecuencia Barrido:	02	Frecuencia Recolección:	03	%Participación	0.870%

Componentes de tarifas

Costo Fijo Total CFT.	Costo variable no aprovechable	Valor base aprovechamiento
32.735,64	4.367,42	150.736,65

A Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Cargo variab multi res	$62.733	Interés mora	$147
Subsidio	$7.910-		

Subsidio (-)	15%	Valor Aseo	$44.970
Aporte (+)	00%	Total ingresos del periodo	$44.970
Informativo - deuda total		Ingreso que Aseo reporta a la DIAN en el período actual	

Toneladas por suscriptor mes

Barrido y limpieza	Limpieza urbana	Rechazo del aprovechamiento
0.0026	0.0010	0.0000
Efectivamente aprovechables	Residuos no aprovechables | Aforadas - no aforadas	
0.0503	0.0098	

Histórico de vigencias cobradas

3	2	1	Días liquidados
$44.086	$44.662	$45.611	61

La tarifa incluye subsidio o aporte*

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

Responsabilidades fiscales del emisor: Gran contribuyente; Autorretenedor

NA6
Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto **ZONA: 3** **CICLO: D3** **RUTA: D33124** **BIMESTRAL**

11220391	42008091912
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

¡Hola!

4-402

Factura a nombre de

INGENIERIA Y CAPITALES LTDA IN

Dirección del predio

CL 4B 20 19 IN 4 AP 402

Barrio: EL PROGRESO **Localidad: LOS MARTIRES**

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Período facturado	OCT/20/2024	DIC/18/2024
Pago oportuno	ENE/23/2025	
Suspensión	ENE/28/2025	

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
MAR/14/2025	ENE/10/2025 09:20:34	ENE/10/2025 13:37:54

¡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 ↓

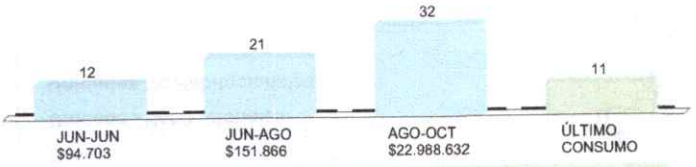
Llámanos **116** Acueducto **110** Aseo

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. 890.930.534-0 485

Tu consumo en este período

En los períodos anteriores **tu promedio de consumo fue** 22



En este periodo consumiste menos agua que en el anterior.

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

En este período 11.000

Promedio al día 183

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período 715
Lectura anterior 704
Tu consumo este período 11

Facturado con Consumo Normal
Base promedio
Descargue fuente alterna 0

Datos de tu medidor

Marca FLODIS DE ACTARIS
Serie A11S230711

Tipo VELO015T2
Diámetro pulgadas ½

Para reducir tu consumo, recuerda:

Ducharte en 3 minutos para **reducir tu consumo**

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

Cerrar la llave al enjabonar los platos

Tu cobro en este período

Acueducto (1)	+	Alcantarillado (2)	+	Otros cobros (3 4 5 6)	+	Aseo (A)
$48.470,02		$42.521,67		$30.697		$44.970

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

= **Total a pagar** $166.660

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 950023e5c33315a2e9966171eba037f134580258522930814c42e89fc898463a3da3ef86aaefbf749c4e990eda5c0e5

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-	$7.816,42		$15.632,58
Consumo residencial básico (m³)	11,00		$3.512,04		-15		$5.795-	$2.985,24		$32.837,44
Consumo residencial superior básico (m³)										
Cargo fijo no residencial (mes)										
Consumo no residencial (m³)										
Subtotal							**$8.554-**			**$48.470,02**

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-	$3.715,31		$7.430,90
Consumo residencial básico (m³)	11,00		$3.753,07		-15		$6.193-	$3.190,11		$35.090,77
Consumo residencial superior básico (m³)										
Cargo fijo no residencial (mes)										
Consumo no residencial (m³)										
Subtotal							**$7.504-**			**$42.521,67**

* 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)	$24,26	$74,77
Tarifa consumo superior a básico ($/m3)	$0,00	$87,97
Total por consumo facturado	$267	$822

El Mínimo Vital es un beneficio donde el Distrito de Bogotá brinda un apoyo económico de hasta 6 m³ mensuales (12 m³ por cada período facturado) a los usuarios residenciales de los estratos 1 y 2. (Acuerdo 927 de 2024)

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
I-ajuste a la decena	$3-
I-intereses de mora	$540
Subtotal	537

4 Saldos anteriores

Concepto	Valor
Deuda anterior	$30.160
Subtotal	$30.160

5 Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

Deudas en estudio

Concepto	Valor
	$0
	$0
	$0
Subtotal	$0

6 Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	$0

Pagos por la página web, app y billeteras
puntopay tpaga daviplata Nequi Claro PAY ualá App EAAB EAABMóvil

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados
Punto de Pago (Especialistas en Recaudo) puntored FARMATODO

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
$44.970

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

(415)7707200489996(8020)420080919121(3900)000000044970

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$121.690

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)420080919121(3900)000000121690

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: 155

MICROCHIP: 990000013794552

FECHA: 12/03/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Celeste

COLOR: Atigrado

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

RAZA: Mestizo

EDAD: 5 meses

PESO: 1,7Kg

POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Carlos Eduardo Carrillo Tibana

DIRECCION: CL 5 B # 17-25 02

TELEFONO: 3107931281

CEDULA: 79 758 042

CORREO ELECTRÓNICO: sofiazz0090@gmail.com

BARRIO: El Progreso

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 ha tenido

ULT. DESPARASITACION: No Reporta

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

FELINOS: TRIPLE FELINA:

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: 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	0,08 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,17 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☑
	PROPOFOL	— ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,5 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,1 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 Vázquez Milán
Médica Veterinaria
TP. 11804

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO
TARJETA PROFESIONAL

Yennifer Gutiérrez Nomesque
Méd. Veterinario - Zootecnista
TP. 33358

FIRMA

486

	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: Carlos Carrillo	Nro de Identificación: 79 758 042

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:

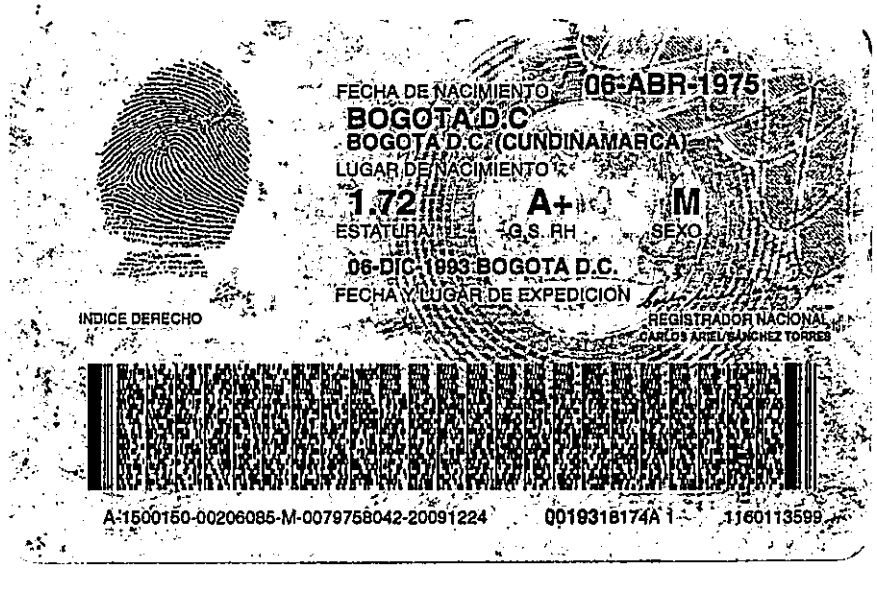
Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación:	

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 79.758.042
CARRILLO TIBANA
APELLIDOS
CARLOS EDUARDO
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 06-ABR-1975
BOGOTA D.C
BOGOTA D.C (CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.72 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
06-DIC-1993 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-1500150-00206085-M-0079758042-20091224 001931B174A 1 1160113599

Febrero 2025

Cuenta o referencia de pago 63778126

BOGOTÁ

Línea 300 00 78 365 · Vanti S.A. E.S.P. · 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	16M3	3.370,88	0,00	53.934,08
FIJO	1UN	4.043,00	0,00	4.043,00
AJUSTE DECENA	1UN	2,04	0,00	2,04
Intereses Moratorios Base Recargo	1UN	20,88	0,00	20,88

1 – Total $58.000,00

Tus financiaciones

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

2 – Total $0,00

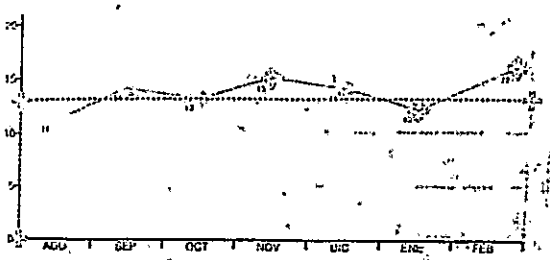
3 – Valor facturas vencidas $0,00

Total a pagar (1+2+3) $58.000,00

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 Ene. 2025	371	REAL
03 Feb. 2025	392	REAL

m³ corregido= 392 - 371 * Factor de corrección = 16

Tu próxima lectura será Entre 01 y el 06 de Marzo

Novedades de tu factura

Date esperanza a una familia colombiana realizando un aporte voluntario en www.grupovanti.com,
valor sugerido $ 5800

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 May. 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 $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
Pr: 90,85 Cvm: 0,0 Cufm: 4043,0 Cuvm: 3370,88
Ccm: 0,0 Fpcm: 42,438 DAUFR: 0,0 DAUVR: 0,0

Mjte³Tu consumo en m³ de gas equivale: 189
kWh y el precio unitario del kWh es $306,757

Factor de corrección

Vm: 21 Kz: 0,76727 Kt: 1,00662 Pz: 0,77235
Vc: 10 Tm: 13,66 Te: 15,53 Pc: 1,01003
Pc: 0,752 Pm: 0,023 P pr: 1,0

Factor de corrección: 0,77235

Indicadores de calidad

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



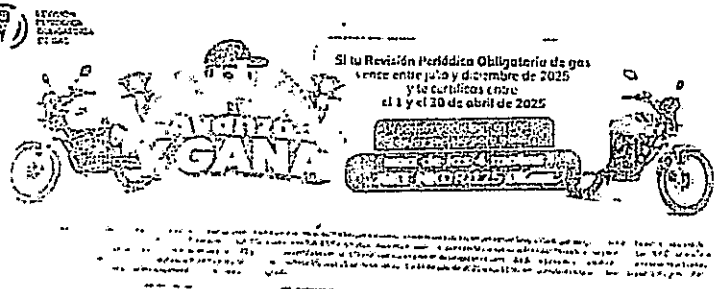
(415)7709998026025(8020)63778126(3900)00000000058000

Factura No: F16BB2B108900

C1

...ista para tener
tu factura
...era digital

...diligencia
el formulario y empieza a recibir
tu factura de manera digital.



vanti

Agenda tu Revisión escaneando el QR

Actividades Coljuegos

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 · Bajío Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Daviplata · Grupo Aval · 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.

CATALINA SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT: 830.090.812-5

¡Hola!

LUZ GOMEZ
CL 5B 17 25 02 - EL PROGRESO
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 007120220003816140

Lote: P02GN Ruta: 0011240101070005000 Código del Sector: 199

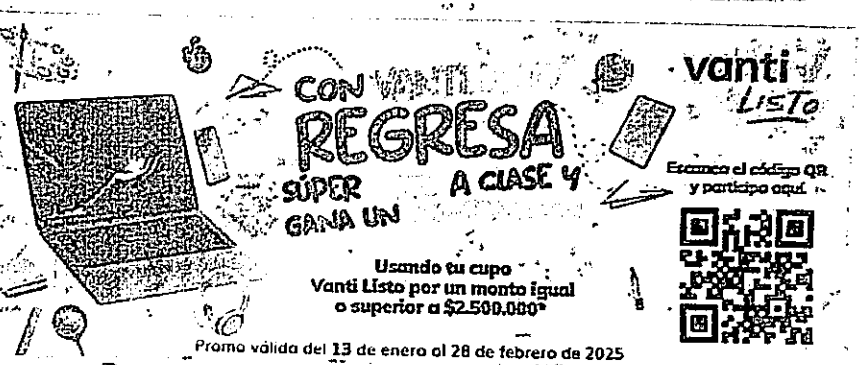
Cuenta o referencia de pago 63778126

199
0011240101070005000
35173
PagoN

vanti Listo

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:

C1



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

Paga a cuotas a través de tu factura de gas natural

Publicidad a cargo de Vanti S.A. E.S.P., Gas Natural del 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/avisos-comerciales/cuotas. Vanti Listo es la marca que identifica el servicio de financiación no bancaria ofrecido por el Grupo Vanti. Aplican condiciones señaladas en la política de financiación, consultala en grupovanti.com/vanti/financiaciones. 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: 156 | MICROCHIP: 990000013794544 | FECHA: 17/02/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Tokio | COLOR: Cafe Beige

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Leidy Johanna Mendez Baquero | DIRECCION: Kr 18 B 1c-68 03 | TELEFONO 3127469724

CEDULA: (Leidy Johanna Mendez) 52 822 011 | CORREO ELECTRÓNICO: leidyjmendez83@hotmail.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: No Reporta | ULT. DESPARASITACION: No Reporta | ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: FELINOS: TRIPLE FELINA: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: LEUCEMIA: RABIA:

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 166 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	0,1 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 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
Yennifer Gutiérrez Nonesque
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 leido y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención 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: Yeidy Perdez	Nro de Identificación: 52822011 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
52822011
NUMERO

MENDEZ BAQUERO
APELLIDOS

LEIDY JOHANNA
NOMBRES

leidy Mendez
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 03-AGO-1983
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 O- F
ESTATURA G.S. RH SEXO

17-AGO-2001 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

INDICE DERECHO

P-1500114-42096814-F-0052822011-20011228 0268901361B 01 111375681

Factura de gas | Febrero 2025

Cuenta o referencia de pago 62515967

BOGOTÁ

NIT 800.007.813-5
Vanti S.A. E.S.P.
www.grupovanti.com

Vanti
Más Gran Avanza

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	45M3	3.370,88	0,00	151.639,60
FIJO	1UN	4.043,00	0,00	4.043,00
AJUSTE DECENA	1UN	-3,09	0,00	-3,09
INTERESES FINANCIAMIENTO - NO GRA	1UN	20.300,00	0,00	20.300,00

1 Total $176.029,51

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota N°	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A
1.9600 % DE Conversión GNV Financiación	1/8	166.310,49	20.300,00	166.310,49

2 Total $166.310,49

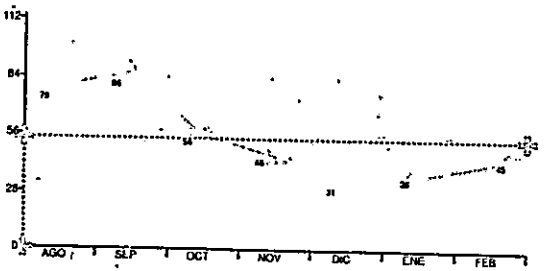
3 Valor facturas vencidas $0,00

Total a pagar 1+2+3 **$342.340,00**

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 Ene. 2025	6120	REAL
03 Feb. 2025	6178	REAL

m³ corregido= 6178 - 6120 * Factor de corrección = 45

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 $ 34234

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

30 Nov. 2028

La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente* *Resoluciones 059 de 2012 y 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
Pr: 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: 530 kWh y el precio unitario del kWh es: $293.835

Factor de corrección

Vm: 58 Kp: 0.76727 Kt: 1.00662 Fz: 0.77235
Vc: 45 Tm: 13.66 Tc: 15.56 Pc: 1.01008
Pa: 0.752 Pm: 0.023 F pv: 1.0

Factor de corrección: 0.77235

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IO: 100.0 IPU: 100.0



(415)7709998026025(8020)62515967(3900)00000000342340

Somos grandes contribuyentes Resolución 000200 Diciembre 27/2024 Retención de IVA. Autorretenedores Resolución No. 4959 del 17 Jul 1998 Autorización de Numeración de Facturación No. Formulario 18764067155808 del 12/03/2024 Facturación electrónica desde N° 62000001 hasta 50000000 con vigencia de 18 meses

Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NUR 2-11001000.8, 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

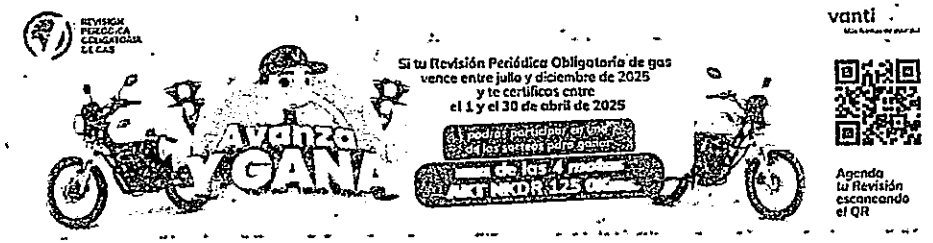
Service - Tomorrow S.A. NIT 900.621.123-9

46

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

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

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



Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón 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 · Bancolombia · Nequi · Davivienda · Daviplata · dale

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

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

*Si cancelas con cheque, 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 o retiro de los instrumentos de medición. Sobre el contenido de la factura, tienes derecho a presentar recurso de reposición ante la empresa y apelar ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los (5) días hábiles siguientes al conocimiento del acto de suspensión. Sobre el contenido de la factura, tienes derecho a presentar recurso de reposición ante la empresa y apelar ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los (5) días hábiles siguientes al conocimiento del acto de suspensión. 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. 830.095.812-8 704823072024

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

¡Hola!

JAIRO CARDENAS
KR 18 1C 68 03 - EDUARDO SANTOS
BOGOTA

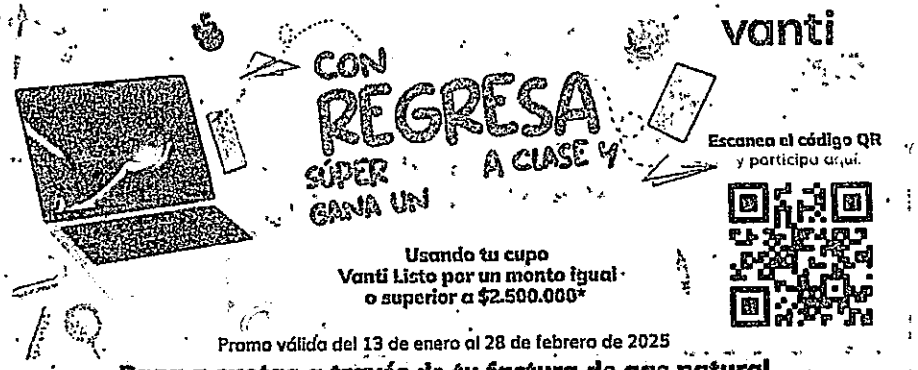
vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5007114-1031733

Lote: P02GN **Ruta:** 0011240206360005400 **Código del Sector:** 200

Cuenta o referencia de pago **62515967**

vanti

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 3.500.000**



- Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gasnacer S.A. ESP. Conoce T&C de la campaña ingresando a grupovanti.com/vantilisto/celebraciones. Vanti Listo es la marca que identifica el servicio de financiación no bancaria ofrecida por el Grupo Vanti. Aplican condiciones 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.

200 0011240206360005400 42793 P02GN C1

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 157 | MICROCHIP: 990000013794559 | FECHA: 12/02/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Zo | COLOR: Tigre Gris

ESPECIE: CANINO __ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO __ | RAZA: Mestizo | EDAD: 12meses | 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 X REGALADO __ PERRO DE CUADRA __ OTRO __

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Carlos Andres Vanegas Castañedas | DIRECCION: CL 2 BIS # 14-42 | TELEFONO: 3204601430

CEDULA: 80 014 330 | CORREO ELECTRÓNICO: Carlosandresvanegascastaneda@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: NOV 24

ULT. VACUNACION: NS/NR: __ CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA: NOV 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: 164 l/m | F. RESPIRATORIA: 32 r/m | TEMPERATURA: 38,6 °c | TLLC 1 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,16 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 Vc.ázquez Milán, Médica Veterinaria, TP. 11804 | FIRMA: MV

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

492

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 Vargas	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:	Firma:
Nro. Identificación:	

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Santa Helena	28 feb/25	8 m

OBSERVACIONES:



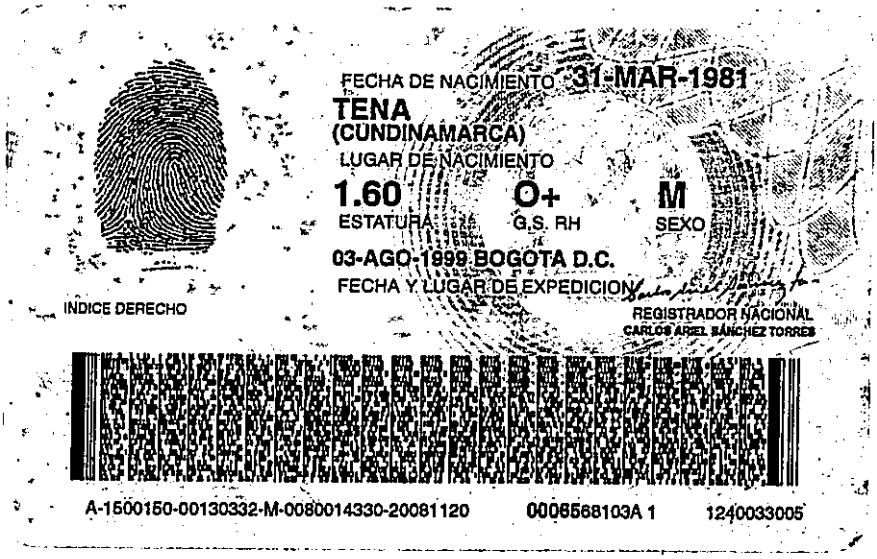
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 80.014.330

VANEGAS CASTANEDA
APELLIDOS

CARLOS ANDRES
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 31-MAR-1981
TENA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

03-AGO-1999 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00130332-M-0080014330-20081120 0006568103A 1 1240033005

enel Bogotá

ESCOLÓGICO

0308075-8

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 340163619-7

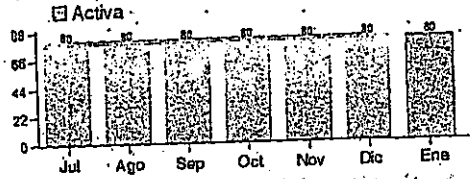
ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-8
Calle 93 No. 13 – 45 Piso 1

CARICIA S A
CL 2 BIS NO 14 42
BOGOTA, D.C. - EDUARDO SANTOS

19 206 3764 / 104-10024553



Activa



VALOR kWh APLICADO: $877,36

CONSUMO DIARIO: 2,50 kWh

VALOR DIARIO: $2.632

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

DÍAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES: 80 kWh

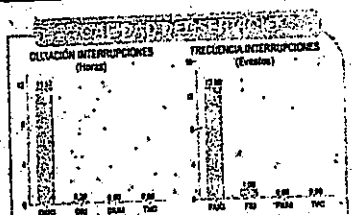
CONSUMO PROMEDIO ÚLTIMOS 6 MESES: 84 kWh

¡Factura electrónica! Recíbela en el correo electrónico que registraste en tu factura anterior

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

SE DE SERVICIO:	Industrial
RATO:	0
RGA kW:	8,34
ACTOR:	40
UTA REPARTO:	10002182063764
UTA LECTURA:	12192030320
ANZANA DE LECTURA:	MS00410508
MEDIDOR NO:	104-10024553
MEDIDOR NO:	104-10024553

CALIDAD DEL SERVICIO



CDI: 13.343781 | CRUPO: 11 | MC: 0,00 | VC: 0,00 | DIC: 0,00
PERIODO: 2024/11 | Di: 222,72 | CPI: 80,00000 | MC: 0,00 | UF: 1,00 | Dic: 0,18

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

¿CÓMO VAMOS EN CONSUMO DE ENERGÍA?

¿USOS SEGUROS 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 PUEDO PAGAR MI FACTURA?

Medios virtuales de Pago

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

Billetera Virtual

Daviplata | Dale! | Nequi | tpaga

Corresponsales Bancarios

Conred | Éxito | Ravel | Movired | Supergiros | Efecty

Red Distrital

Red Cade | enel

Centros de Servicio

Almacenes de Cadena

Jumbo | Éxito

Código QR

Si pagas en un corresponsal bancario, cobra el corresponsal del directorio. El acto del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.

Vigencia: DIC/2024

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: G: $338,78 T: $58,19 D: $280,72 CV: $108,30 PR: $28,75 R: $5,64 CP: $0,00 / $877,38 Costo kWh Mes

¿CÓMO PUEDO CONTACTARNOS?

Datos y solicitudes en enel.com.co/es/personas/radicaciones

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

315 590 6003 (Llama, Bot o paso Asesor)

Enel Colombia | @EnelClientesCO

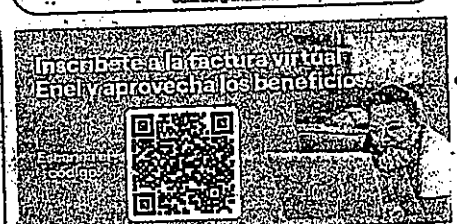
Registrate gratis

Zona privada de la página Web

App Enel Clientes Colombia

PUNTOS DE ATENCIÓN PRESENCIAL	LÍNEAS DE ATENCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas	601 61 40055 denunciaenel@enel.com

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



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

FECHA GENERACIÓN: 27/01/2025 00:07:25
FECHA EXPEDICIÓN: 27/01/2025 13:39:47

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CDN Financiero - NIT 830.121.151-0

Factura Impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación S.A.S NIT 800.050.312-2

CUDE: b2481285-20b6-4c30-87d1-3...

Bajo la gravedad del juramento, quien firma el presente documento declara que los bienes y/o servicios que soportan la presente factura fueron efectivamente entregados o prestados en la cantidad y calidad aquí relacionadas.

RANGO: 11 CREADO: CARVAJAL DATOS - NIVEL DE TENSIONES 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 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 comunicarse 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 proceden 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 cobra presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994

En cumplimiento de la resolución CREG156/11 consultar www.sui.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, la enlaces o 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 esos aspectos, por favor dirígirse a los canales de atención definidos por esas Empresas.

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.

494

$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

Cálculo consumo de energía	Lectura Actual	-	Lectura Anterior	=	Diferencia de lecturas	x	Factor	=	Energía Consumida kWh	Energía Facturada kWh	x	Valor Unitario	=	Valor $ a pagar
ENERGÍA ACTIVA FP	1.510		1.508		2		40		2	80		$877,36		$70.189
ENERGÍA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$280,72		$0
CONTRIBUCION	APORTE DEL 20.00 % DEL VALOR FACTURADO													$14.038
ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $2.632 DIARIOS												SUBTOTAL:		$84.227

Ajustes a la decena

SUBTOTAL: $13

Consumos + Otros cobros asociados a energía (1) TOTAL ENERGÍA $84.230

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.edel.com.co en la sección Personas.

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

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 CODENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO, dadas entrarán en mora, ante lo cual se realiza reporte negativo a las bases de información Financiero cobro por gastos de cobranza si la mora supera 15 días y se realiza gestión de cobro.

ESTIMADO CLIENTE: La tarifa final es de: $377,36



NÚMERO DE CUENTE
0308075-8

Equivalente Electrónico No.
40163619-7

(415)7707209914253(8020)010308075834018381 97(3900)000000000084230

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: 158

MICROCHIP: 990000013794550

FECHA: 17/02/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Pepa

COLOR: Amarillo- Blanco

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

RAZA: Mestizo

EDAD: 5meses

PESO: 1,9kg

POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Alvaro Farfan Sarmiento

DIRECCION: Kr 16 # 6-21 03 301

TELEFONO: 3219667524

CEDULA: 12 138 133

CORREO ELECTRÓNICO: 3219669524@sincorreo.com

BARRIO: Nodo Nacional

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: __

NS/NR: X

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __

3. ANAMNESIS

Bien estado de salud

ULT. CELO: No ha tenido

ULT. DESPARASITACION: NO Reporta

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: 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	0,09 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,19 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☑
	PROPOFOL	— ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,6 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,13 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,01 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

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

FIRMA: MVQ

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Yennifer Gutiérrez Nomesque, Médico Veterinario - Zootecnista, TP. 35358

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: 12 138133

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:

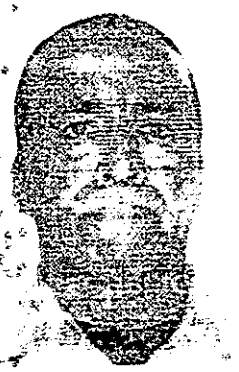
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **12.138.133**
FARFAN SARMIENTO

APELLIDOS
ALVARO

NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-ENE-1966**
VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

27-ABR-1987 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00701789-M-0012138133-20150505 0044042970A 1 1463320496

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 · Baloto · 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 automática.

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 anteactos 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. 800.095.812-9 7048/23072024

¡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

392

Lote: P09GN **Ruta:** 0011310230750005000 **Código del Sector:** 392

Cuenta o referencia de pago: 62592822

0011310230750005000

575647

P09GN

C1

vanti Listo

Compra tu televisor, solenoide, tragas, motor, nacional y paga a cuotas sin tarjeta de crédito

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:



CON LISTO REGRESA A CLASE Y SÚPER GANA UN

vanti Listo

Escanea el código QR y participa aquí.

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

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

Paga a cuotas a través de tu factura de gas natural

Exito · Alkosto · Ktronix

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gasnocer 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.

Factura de gas

Enero 2025

Cuenta o referencia de pago: 62592822

BOGOTÁ

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

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1. Pago oportuno: 29 Ene. 2025
2. Fecha de suspensión: 30 Ene. 2025
3. Periodo facturado: Dic. - Ene. 2024
4. Emisión de tu factura: 16 Ene. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	5M3	2.479,93	0,00	12.399,65
FIJO	1UN	4.029,00	0,00	4.029,00
AJUSTE DECENA	1UN	1,05	0,00	1,05
Intereses Moratorios Base Recargo	1UN	10,30	0,00	10,30

① Total $16.440,00

Tus financiaciones

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

② Total $0,00

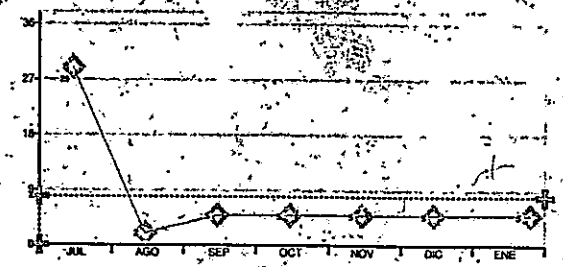
③ Valor facturas vencidas: $0,44

Total a pagar ① + ② + ③: $16.439,56

Paga por: PSE

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 evita 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
Pc: 61.58 Cvm: 0.0 Cuvm: 4029.0 Cuvm: 2479.93
Ccm: 0.0 Fpcm: 42.475 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

Mjm: 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 Fc: 0.77227
Vc: 5 Tm: 13.69 Tc: 15.56 Pc: 1.01008
Pz: 0.752 Pm: 0.023 Ft pvc: 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)62592822(3900)00000000016440

57547 C1

Factura No. F15B24503366

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 159

MICROCHIP: 990000013794549

FECHA: 17/02/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Tokio

COLOR: Atigrado

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

RAZA: Mestizo

EDAD: 10 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 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: Cristian Camilo Acevedo Merchan

DIRECCION: Kr 16 # 6-03 301

TELEFONO: 3227058883

CEDULA: 1 000 158 752

CORREO ELECTRÓNICO: zirxtmaxiz@gmail.com

BARRIO: Voto Nacional

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 25

ULT. DESPARASITACION: No Reporta

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

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: 169 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 Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_x_ RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO
TARJETA PROFESIONAL

Mónica Vázquez Milán
Médica Veterinaria
TP 11804

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO
TARJETA PROFESIONAL

Yennifer Gutiérrez Nemesque
Médico Veterinario - Especialista
TP 333...

FIRMA

498

	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:
Camilo Acevedo	1000158152

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 m

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.000.158.152

ACEVEDO MERCHAN

APELLIDOS

CRISTIAN CAMILO

NOMBRES

Camilo Acevedo

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 05-FEB-2001

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.73 ESTATURA

A+ G.S. RH

M SEXO

23-SEP-2019 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-1500150-01107151-M-1000158152-20191031 0068622302A 1 52103318

Factura de gas

Enero 2025

Cuenta o referencia de pago: 62592822

BOGOTA

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
CONSUMO GAS	5M3	2.479,93	0,00	12.399,65
FIJO	1UN	4.029,00	0,00	4.029,00
AJUSTE DECENA	1UN	1,05	0,00	1,05
Intereses Moratorios Base Recargo	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

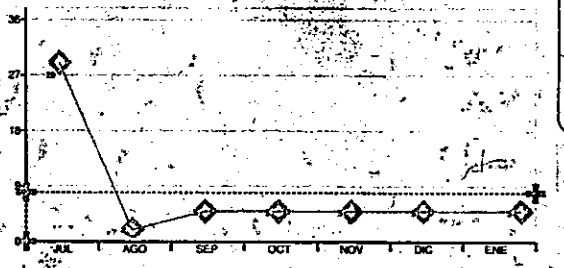
③ Valor facturas vencidas $0,44

Total a pagar ① + ② + ③ $16.439,56

Paga por: PSE

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
Pc: 61.58 Cvmc: 0.0 Cvim: 4029.0 Cvim: 2479.93
Ccm: 0.0 Fpcm: 42.475 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

Mjm³ 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 Pt: 0.77227
Vc: 5 Tm: 13.69 Tc: 15.56 Pz: 1.01009
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 IPT: 100.0



(415)7709998026025(8020)62592822(3900)00000000016440

Sujeta a ajustes contractuales Resolución 000200 Diciembre 27/2024 Retenedor de IVA. Autorretenedores Resolución No. 4559 del 17-JUL-1998 Autorización de Numeración de Facturación No. Formulario 18764007150508 del 12/03/2024. Facturación electrónica desde Nº 00000001 hasta 50000000 con vigencia de 18 meses

Edición hecha por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NMR 2.1101000-8. VANTI S.A. ESP. NIT. 800.007.813-5. Régimen Fiscal Común Y Tarifa S.A. Esta factura presta mérito ejecutivo. Art 130 de la ley 142 de 1994.
Factura Transitoria SA
M 1020331384

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 automática.

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: 800.095.617-3 7048220720240

¡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

392
0011310230750005000
P09GN

vanti LISTO

Compra tele por celular, recargas, moto y mucho más. Y paga tu cuota 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

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 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.

F M

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

LOCALIDAD: LOS MARTIRES San BARRIO: Santa Helena JORNADA: Santa Helena
FECHA: 17 febrero 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
990000013799181		3	Elizabeth	Castillo Romero	52 825 302	Y									Y	322850 8556	3228508556@sincorreo.com	Kr 18 A BU # 17-60 AP 300	Negro		Y	Y			Elizabeth Castillo
990000012131712		3	Elizabeth	Castillo Romero	52 825 302	Y									Y	322850 8556	3228508556@sincorreo.com	Kr 18 A BU # 17-60 AP 300	Felix		Y	P			Elizabeth Castillo
990000012131711		3	Myriam Fernanda	Alejo Rodriguez	52896 435	Y									Y	311444 3898	myfer ch980 @yahoo.com	Kr 19A # 04B-32 P13	Angel		Y	Y			Myriam
990000013799187		3	Myriam fernanda	Alejo Rodriguez	52 896 435	Y									Y	314443 8988	myfer ch98 @yahoo.com	Kr 19A # 04B-32 P13	Tommy		Y	Y			Myriam
990000012131701		0	Ivonet Yohana	Duque Torres	52738 882	Y									Y	305233 5080	mujer03@hotmail.com	P13 CL2 BU #16-08	Lucas		Y	Y			Ivonet Duque
990000013799184		0	Ivonet Yohana	Duque Torres	52738 882	Y									Y	305233 5080	mujer03@hotmail.com	P13 CL2 BU #16-08	Tommy		Y	Y			Ivonet Duque
990000013794033		3	Maria Stella	Millan Lopez	52 223 450	Y									Y	312465 3078	3124653078@sincorreo.com	CL 3 # 17-11 AP 7	Pardo		Y	Y			Maria Stella Millan Lopez
990000013799189		3	Hellen	Valencia Muñoz	1014 476 414	Y									Y	311579 0048	hellenvalencia munoz@gmail.com	Kr 17 # 4-49 AP 402	Motita		Y	Y			Hellen
990000013799183		3	claudia Patricia	Gutierrez Quiroz	51 828 516	Y									Y	313454 2394	claudiagutierrez669@hotmail.es	CL 3 # 17-11 AP 7	Maximilian		Y	Y			Claudia Gutierrez
990000013799197		3	Juan	Bautista Oliveras	5 755 761		Y								Y	316431 7353	3164317353@sincorreo.com	CL 3 # 19 36 AP 301	Mono		Y	Y			Juan Bautista
990000013802930		3	Maribel Esthev	Velasquez Garcia	39 093 024	Y									Y	310208 1042	3102081042@sincorreo.com	Kr 19C # 7C-05	Tommy		Y	Y			Maribel
990000012131720		3	Yolanda	Castro Bello	39 74 378	Y									Y	315710 7554	40cs1v049@gmail.com	CL 4A BU # 78 B-30	Enzo		Y	Y			Yolanda Castro

101

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 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 ETNICA: AFROCOLOMBIANO	IDENTIFICACIÓN ETNICA: PALENQUERO	IDENTIFICACIÓN ETNICA: INDÍGENA	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
990000012131714		3	Marisol	Lopez Contreras	51 997 015		Y								Y	313519397	m1333244@gmail.com	CL 71 # 24-22 AP 100	Plutón		Y	Y			MARISOL
990000012131705		3	Rafael	Sanchez Mora	79320 327			Y							Y	302868 8414	puntodelarecarga@gmail.com	CL 16 # 17-01	Evelio		Y	Y			
990000013799190		3	Rafael	Sanchez Mora	79320 327			Y							Y	302868 8414	puntodelarecarga@gmail.com	CL 16 # 17-01	Jonas		Y	Y			
990000013799194		2	Candida Rosa	Meza Avila	60 313 840		Y								Y	321940 1438	321940 1438@sincorreo.com	Kr 20 # 11-09 AP 301	mancha		Y	Y			Candida Rosa M.C.Z.
990000012131710		2	Maria Ines	Meza Avila	60 314 432		Y								Y	314325 8246	314325 8246@sincorreo.com	Kr 20 # 11-09 AP 301	Negro		Y	P			
990000013799193		3	Luisa Angelica	Jimenez Sanchez	1022 401 013		Y								Y	320402 0174	luisaangelicajimenez@gmail.com	Kr 78B # 4A-29	orion		Y	Y			Luisa Jimenez
990000012131812		3	Yulieth Yisel	Gamez Chambo	1026 577 585		Y								Y	313238 8868	famyjimenez12@hotmail.com	CL 5C # 25A-23	Mesi		Y	P			
990000012131811		0	Oscar Fernando	Marin Callejas	79617 118			Y							Y	313668 2033	oscarfernandomarincallejas@gmail.com	AK 14 # 01B-30	Michi		Y	P			Oscar Fernando Marin Callejas
990000013802939		3	Maria Stela	Varela Florez	51 967 779		Y								Y	321483 2207	mariastelavarela@gmail.com	CL 1F # 18A-29 P12	Orion		Y	P			Maria Stela Varela
990000012131731		2	Anabel del Carmen	Garcia Partida	55 218 16		Y								Y	350654 2593	anabel-08@hotmail.com	CL 49B Sur # 35-92 AP 102	Tello		Y	P			Anabel Garcia
990000012131807		3	Cindy Paola	Rodriguez	1026 264 825		Y								Y	321222 3492	rodriguezcindy2809@gmail.com	CL 220 # 18-16	Sirius		Y	O			Cindy Rodriguez
990000012131817		3	Marisol	Camacho Acosta	39649 942		Y								Y	312432 0380	marisol260168@gmail.com	CL 2A # 24-83	Ramon		Y	P			Marisol Camacho

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	LESBI	IDENTIFICACIÓN ÉTNICA: COLOMBIAFRO	PALENQUERO	INDIA	RAIZAL	GITANO	NINGUNO	FIJO / CELULAR	e-mail	DIRECCIÓN	NOMBRE PACIENTE	ESPECIE: CANINO	ESPECIE: FELINO	SEXO: MACHO	SEXO: HEMBRA	OBSERVACIONES	FIRMA
990000012131739		2	Yeimi Estefani	Gomez Ballesteros	1001 275 606	Y									Y	320939 7064	yeimyestefani03@gmail.com	CL 49 B sur #35-92 API02	Zeos		Y	Y			Yeimi Gomez
990000012131721		3	Yakellys	Guaimaro Mesa	5792 512	Y									Y	317043 7407	yakelys1983@gmail.com	Kr 17 # 3-15	Bombom		Y	Y			Yakellys
990000013794560		3	Jhan (S.S) Estiben	Valdes Bejarano	1023 934 959		Y								Y	300624 6668	jhanestiben@hotmail.com	Kr 17A #34-04	Junior		Y	Y			JHON V.B.
990000013794555		3	Carlos Eduardo	Carrillo Tibana	79758 042		Y								Y	310793 1281	safl92200990@gmail.com	CL 50 # 17-25 02	Oreo		Y	Y			Carlos Carrillo
990000013794541		3	Leidy Johanna	Mendez Baquero	5282 2011	Y									Y	312746 9724	leidymendez830@hotmail.com	Kr 18 # 1C-68 03	Berlin		Y	Y			Leidy Mendez
Anulado																			20						Carlos Andres Vasquez
990000013794132		3	Yury Carolina	Rivera Gomez	53096 578	Y									Y	318384 7889	carolinarivera9216@gmail.com	CL 5A # 21-43 02	Messi		Y	Y			Carolina Gomez
990000013794551		3	Carmen Raya	Prieto Velandia	52856 645	Y									Y	321286 7685	rayaprieto2005@gmail.com	Kr 16 # 6-21 03 301	Amor		Y	Y			Raya Prieto

83

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 160

MICROCHIP: 990000013799181

FECHA: 17/02/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Negro

ESPECIE: CANINO __ FELINO X SEXO: HEMBRA __ MACHO X RAZA Mestizo EDAD 6meses COLOR: Negro

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI __ NO X EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X PESO: 3,2kg POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

ORIGEN: NS/NR __ RESCATADO X COMPRADO __ ADOPTADO __ REGALADO __ PERRO DE CUADRA __ OTRO __ TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR __ CASERO __ CONCENTRADO X MIXTO __ OTRO __

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Elizabeth Castillo Romero

CEDULA: 52 825 302

DIRECCION: Kr 18A Bis # 1 F 60 Ap 300

TELEFONO: 3228508556

CORREO ELECTRÓNICO: 3228508556@sincorreo.com

BARRIO: Eduardo Santos.

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: Universidad NS/NR: __

TIPO DE VIVIENDA: CASA __ APTO X RURAL __

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO: No Aplica

ULT. DESPARASITACION: DIC 24

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

FELINOS: TRIPLE FELINA: DIC 24 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: 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	0,16 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
TARJETA PROFESIONAL: Médica Veterinaria TP. 11804
FIRMA: MVM

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

504

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:
Elizabeth Castillo D.	52820302

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 52.825.302
CASTILLO ROMERO
APELLIDOS
ELIZABETH
NOMBRES

Elizabeth Castillo R.
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 27-MAR-1979
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63
ESTATURA

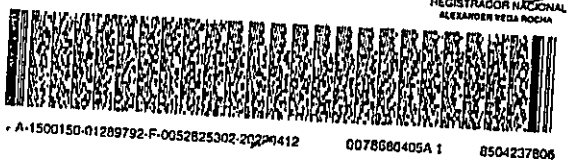
B+
G.S. RH

F
SEXO

19-ENE-1998 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO



A-1500150-01289792-F-0052825302-20200412 0078680405A 1 8504237806

- 73 18

enel Bogotá

ecológico

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

0318018-6

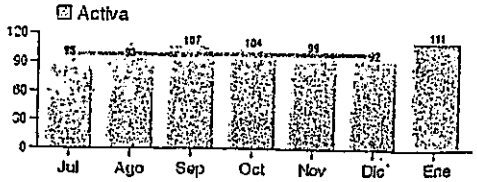
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 340103114-9

MARIO CASTILLO ROMERO
KR 18 A BIS NO 1 F 60 AP 300
BOGOTA, D.C. - EDUARDO SANTOS

19 204 4165 / 075-191330



Activa



VALOR kWh APLICADO: $377,36
CONSUMO DIARIO: 3,47 kWh
VALOR DIARIO: $2.587

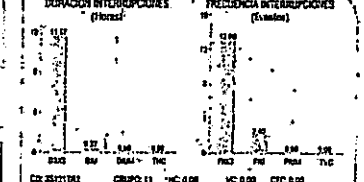
PERÍODO FACTURADO: 22 DIC/2024 A 22 ENE/2025
DÍAS FACTURADOS: 32
CONSUMO MES: 111 kWh

CONSUMO PROMEDIO ÚLTIMOS 3 MESES: 101 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	8,93
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	100021920441165
RUTA LECTURA:	12192040212
MANZANA DE LECTURA:	MS00410526
MEDIDOR NO:	075-191330
MEDIDOR NO:	075-191330

CALIDAD DEL SERVICIO



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.

CONTACTANOS

Registrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115
115 Gratuita las 24 horas
601 5140053 servicios@enel.com
https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enel.com

FORMAS DE PAGAR TU FACTURA

Medios virtuales de Pago
APP Banco
Internet
Teléfono Línea
Débito Automático
Cajero Electrónico
APP Enel Clientes Colombia
Botón de Pago Online
Botón de Pago Sucursalmía

Billetera Virtual
daviplata
NEQUI
Epaga

Corresponsales Bancarios
CONEXRED
efácil
El Royal
MOVIRED
efecty

Red Distrital
RED CADE

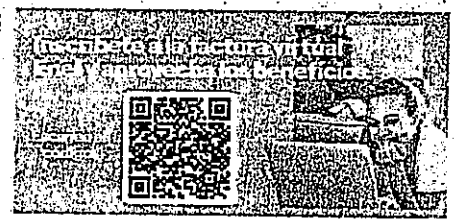
Centros de Servicio
enel

Almacenes de Cadena

Oficina CIT

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

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



Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFacturaco - NIT 890.321.151-0
Cámara de Comunicación SAS NIT 800.096.812-

485ae03b0575810383d0308da2d1c5bd53f94d8aa004d99d01e1b4964aae31e59b19*01c6d3

506

$82.780

$0

$82.780

PAGO OPORTUNO
05 FEB /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN ⓘ
07 FEB/2025

ENERGÍA

0318018-6

20 FEB /2025

Situación encontrada: Normal

Tipo de Lectura: Real

CALCULO CONSUMO DE ENERGIA	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Consumo Facturado	x	Factor	=	Energía Consumida kWh	Energía Facturada kWh	x	Valor Unitario	=	Valor Facturado
							1		111	111		$877,36		$97.387
												$280,72		$0
ENERGÍA ACTIVA FP	9.600		9.489		111				0	0				-$14.608
ENERGÍA REACTIVA	0		0		0		0							
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh X				Valor kWh $877,3617		X		Beneficio -15,00 %					

SUBTOTAL: $82.779

ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $2.587 DIARIOS

Otros Cobros Empresa de Energía

Ajustes a la decena	$1
SUBTOTAL:	$1

DETALLE FACTURA $82.780

Otros Conceptos Facturados

enelx

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

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y aseo

OTROS CARGOS $0

Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSION a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $23.838

Informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones Crezco Facil 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 CUENTE: El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (0 – 130 kWh/mes) es de -15,00 %

Cuida tu celular

Protección Luz 360° y Asistencia celular: toda la cobertura de reparación del equipo en caso de daño accidental.

Plan básico (1 equipo) $28.500

Factura Electrónica de Venta

FECHA GENERACIÓN: 27/01/2025 00:06:37
FECHA EXPEDICIÓN: 27/01/2025 12:25:17

CUDE: 037d1105e84b6050004...

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11 (Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de estos entre en la tarifa 6011 o 113 115, usará se pagará el 01 8003 912 115, o en nuestros Centros de Servicio. Operador de red ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos gruesa contribuyentes según Resolución 0012 de 2020.

Información de Contacto de la Empresa

Para mayor información sobre el Cargo por Confiabilidad, el cual podrá consultar en nuestra página web www.enelcolombia.com o comunicarse a la línea 6011 8 115 115, usará se pagará el 01 8003 912 115, o en nuestros Centros de Servicio. Operador de red ENEL COLOMBIA S.A. ESP. y Comercializador ENEL COLOMBIA S.A. ESP. para la factura de Cobro de Energía, se encuentran disponibles en nuestra página web www.enelcolombia.com o comunicarse a la línea 6011 8 115 115, usará se pagará el 01 8003 912 115, o en nuestros Centros de Servicio. Para mayor información sobre el Cargo por Confiabilidad, la tarifa a la cual podrá consultar en nuestra página web www.enelcolombia.com o comunicarse a la línea 6011 8 115 115, usará se pagará el 01 8003 912 115, o en nuestros Centros de Servicio. Para mayor información relacionada con la aplicación de la tarifa de cobro de energía eléctrica (Energía de Contrato), se encuentra con la aplicación empleada por ENEL COLOMBIA S.A. ESP. para el cálculo de la factura

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 161

MICROCHIP: 990000012131712

FECHA: 12/02/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Felix

COLOR: Blanco - Negro

ESPECIE: CANINO __ FELINO X SEXO: HEMBRA __ MACHO X RAZA Mestizo EDAD 6meses PESO: 3,18 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: Elizabeth Castillo Romero

DIRECCION: Kr 18 Bis # 7F-60 Ap 300

TELEFONO: 3228508556

CEDULA: 52 825 302

CORREO ELECTRÓNICO: 3228508556@sincorreo.com

BARRIO: Eduardo Santos ESTRATO: 3

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: Universidad 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: HEXAVALENTE: TRIPLE: PENTAVALENTE:
NO Aplica	Dic 24	FELINOS: TRIPLE FELINA: Dic 24 LEUCEMIA: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA: /

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

OBSERVACIONES: Ninno

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 ☒
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	—— ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PROPOFOL	1,1 ml.	2 mg/kg IV
	PEN (S.P.B.)	0,2 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 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

Yennifer Gutiérrez Nomesque
Médico Veterinario - Zootecnista
TP. 33358

FIRMA: YG

507

	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES
	HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELÍNAS
	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:
Elizabeth Castillo R.	52825302

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

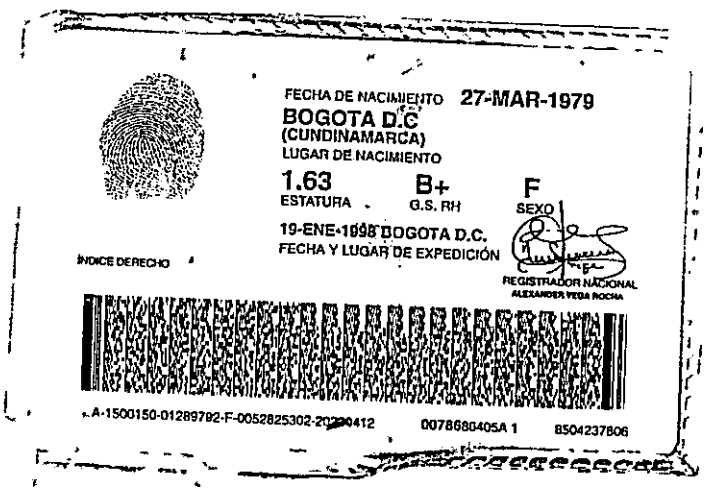
OBSERVACIONES:



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 52.825.302
CASTILLO ROMERO
APELLIDOS
ELIZABETH
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 27-MAR-1979
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

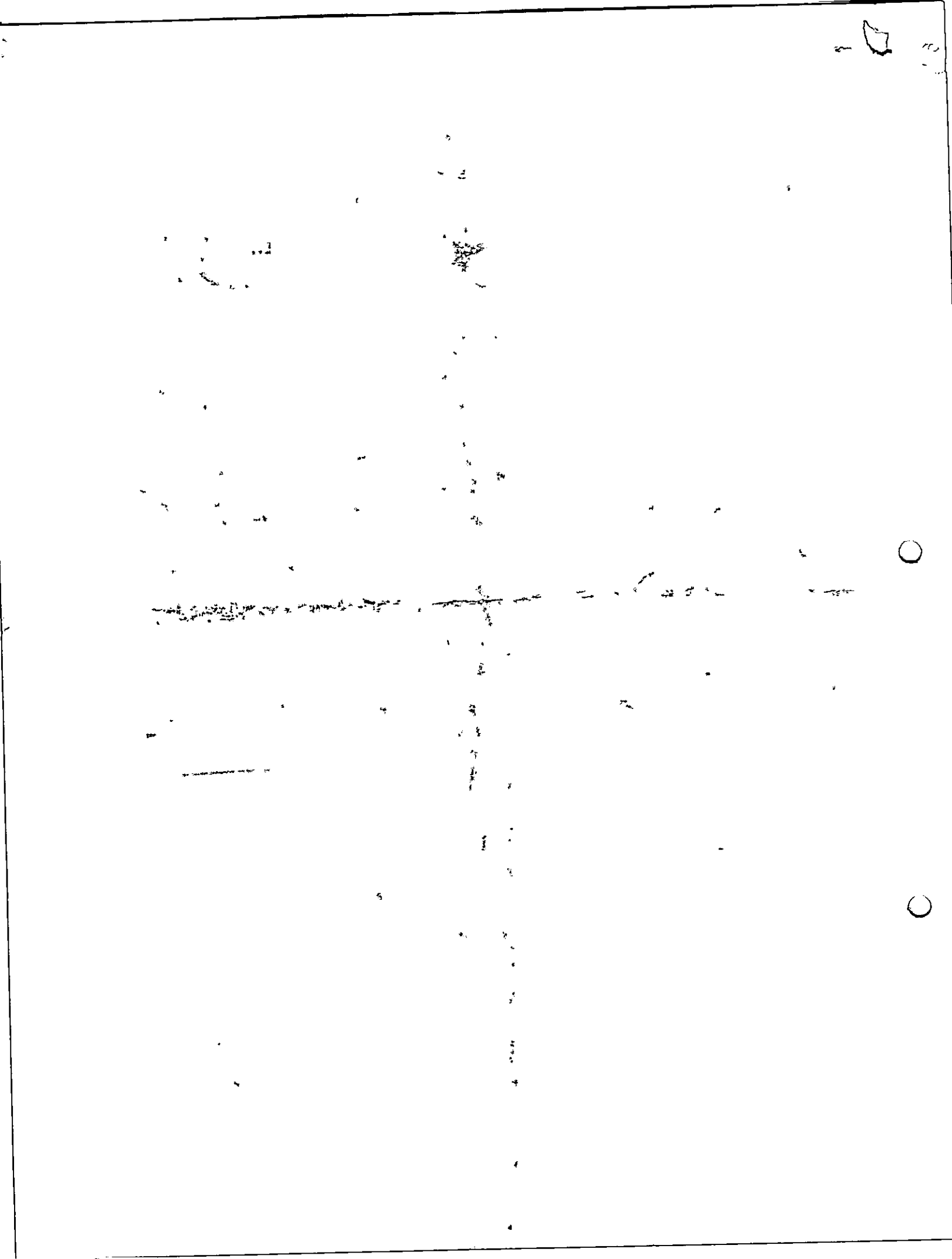
1.63 ESTATURA
B+ G.S. RH
F SEXO

19-ENE-1998 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

A-1500150-01289792-F-0052825302-20190412 0078680405A 1 8504237806



enel Bogotá

ECOLÓGICO

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

Número de cliente: 0318018-6

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 340103114-9

CLIENTE

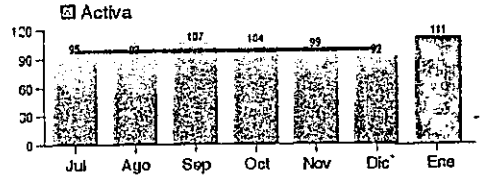
MARIO CASTILLO ROMERO
KR 18 A BIS NO 1 F 60 AP 300
BOGOTA, D.C. - EDUARDO SANTOS

19 204 4165 / 075-191330

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código QR



COMPORTAMIENTO CONSUMOS



VALOR kWh APLICADO: $877,36

CONSUMO DIARIO: 3,47 kWh

VALOR DIARIO: $2.587

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

DÍAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES: 111 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 93 kWh

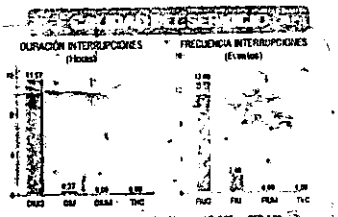
Estas serán las fechas para la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía se encuentra dentro de lo habitual

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	8,93
FACTOR:	
RUTA REPARTO:	1000219[illegible]4165
RUTA LECTURA:	121920[illegible]219
MANZANA DE LECTURA:	MSU0410526
MEDIDOR NO:	075-191330
MEDIDOR NO:	075-191330

CONSEJOS SOBRE EL USO 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, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115
115 Gratuito las 24 horas
601 514 0055
denuncias@enel.com
https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enel.com

¿COMO 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!, MOVIL, NEQUI, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efecty, Baloto, MOVIRED, Su Red, Su Efectivo, Su Punto, Su Red Efectiva, Su Red Amiga, Su Red Extra, Su Red Plus, Su Red Premium, Su Red Preferencial, Su Red Especial, Su Red Total, Su Red Ideal, Su Red Perfecta, Su Red Completa, Su Red Única, Su Red Exclusiva, Su Red Privada, Su Red Personal, Su Red Familiar, Su Red Amiga, Su Red Extra, Su Red Plus, Su Red Premium, Su Red Preferencial, Su Red Especial, Su Red Total, Su Red Ideal, Su Red Perfecta, Su Red Completa, Su Red Única, Su Red Exclusiva, Su Red Privada, Su Red Personal, Su Red Familiar

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Alkosto

Código QR

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



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

3485a603b0575810393d93086a2d1c5bdf53f94fd8aa004d99d01ef1b4964aaa31a59b191b1d6f3

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

Autorización de Comunicación 843 NIT 800.058.812

$82.780 + $0 = $82.780

PAGO OPORTUNO
05 FEB /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN
07 FEB/2025

ENERGÍA

0318018-6

20 FEB /2025

Situación encontrada: Normal

Tipo de Lectura: Real

CALCULO CONSUMO DE ENERGIA	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Diferencia de Lecturas	X	Factor	=	Energía Consumida kWh	Energía Facturada kWh	X	Valor Unitario	=	Valor Facturado
ENERGIA ACTIVA FP	9.800		9.489		111		1		111	111		$877,36		$97.387
ENERGIA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$250,72		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh X				Valor kWh $377,3617	X			Beneficio -15,00 %					-$14.608
												SUBTOTAL:		$82.779

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $2.587 DIARIOS

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena $1

SUBTOTAL $1

Detallamos + ítems cobros asociados a energía

1 TOTAL ENERGÍA $82.780

Otros cobros de productos y servicios

enel X

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

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y aseo

2 TOTAL OTROS $0

Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSION a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $23.856

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 %



FECHA GENERACIÓN: 27/01/2025 00:06:37
FECHA EXPEDICIÓN: 27/01/2025 12:25:17

Factura impresa por Claro/Red Roja

CUDE: 037a1105a34b9500dc...

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 162

MICROCHIP: 990000012131711

FECHA: 17/02/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Angel

COLOR: Tigre Anaranjado

ESPECIE: CANINO __ FELINO X SEXO: HEMBRA __ MACHO X RAZA Mestizo EDAD 11 meses PESO: 4,3Kg 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: Nyriam Fernanda Alejo Rodriguez

DIRECCION: Kr 79 A # 04 B - 32 P13

TELEFONO: 3114443898

CEDULA: 52 896 435

CORREO ELECTRÓNICO: myfercha 8@yahoo.com

BARRIO: El Progreso

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: NS/NR: Profesional

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO: No Aplica

ULT. DESPARASITACION: Nov 24

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI __ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 166 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	0,2 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	1,5 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: MV
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Yennifer Gutiérrez Nomesque Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358	FIRMA: YG

510

	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: 52896435

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 **52.896.435**

ALEJO RODRIGUEZ
APELLIDOS

MYRIAM FERNANDA
NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **10-OCT-1981**

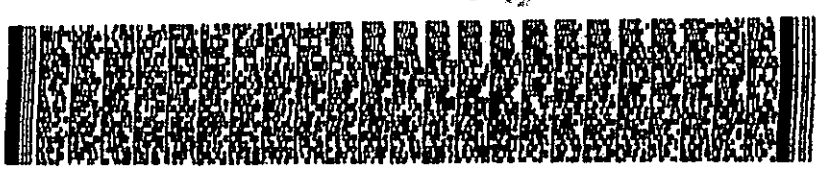
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

14-OCT-1999 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-1500150-00381553-F-0052896435-20120604 0030135676A 1 1441815618

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: 3912

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 3

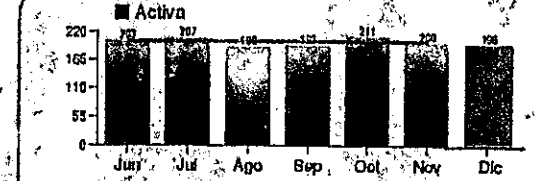
CLIENTE

ANGEL MARIA ALEJO VERGARA MARIA ALEJO VERGARA
KR 19 A NO 04 B 02 PI 3
FACHADA
BOGOTA, D.C. - EL PROGRESO

17 226 3413 / 072-308046

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $864,41
CONSUMO DIARIO: 7,00 kWh
VALOR DIARIO: $5.449
CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 201 kWh

PERÍODO FACTURADO: 22 NOV/2024 A 19 DIC/2024
DÍAS FACTURADOS: 28
CONSUMO MES: 196 kWh

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

En esta Navidad puedes iluminar y proteger a todos.

Ayuda a prevenir electrocuciones cortocircuitos, cortes de energía e incendios, protegiendo así a tu familia y a tu comunidad.

Si ves a alguien sin el uniforme de Enel manipulando transformadores, medidores o cables, repórtalo.

Hazlo anónimamente en el 601 514 0000 o en www.enel.com.co

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	100121722034 13
RUTA LECTURA:	121722603 32
MANZANA DE LECTURA:	MS00411135
MEDIDOR NO:	072-308046
MEDIDOR NO:	072-308046

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



CONTÁCTANOS

Reportar y solicitar
Chat de servicios
316 890 6000 (Elena Bot o pasa Asesor)
Enel Colombia
@EnelColombiaCO
Registrarte en
Zona Pública de la página
App Enel C
ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115
EMERGENC
115
DEFENSOR DEL CLIENTE
https://www.enel.com.co/es/personas/defensor
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, Nequi, Movii, Epaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, Efecty, Gana, Red Tuya, Movired, Supergiros

Red Distrital: Red CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Surtimax, Metro

Código QR

Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios

Escanea el código.

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

G: $367,78 T: $33,37 D: $253,15 CV: $103,05 PR: $78,51 R: $4,86 CF: $0,00 / $864,43 Costo kWh Mes

SUBCIRCUITO: 0216-SUBESTACION - NIVEL DE TENSIÓN: 1 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 1996.

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. Resolución No 9061 de 10 de diciembre de 2020.

"Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio los establecidos por la ley, los cuales 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 de 1994 y 148 de la ley 143 de 1994.

En cumplimiento de la resolución CREG 015 de 1996 consultar www.creg.gov.co

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual establece @ Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. [illegible] 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. 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 servicio por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor diríjanse a los canales de atención definidos por cada Empresa.

*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.

13b5f34985a7e4a23c10decfcc678ddc2ccd1d939e4051029e4d39115c30c22bd5338547764e1088378aac3cd1096

1 Total Energía $152.570 + 2 Portafolio Enel X $0 = Total a Pagar $152.570

PAGO 07 E

FECHA DE 09 E

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 3912781-7

Situación ene

Tipo de Lectura: Real

CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	→	Lectura Anterior	=	Diferencia de lecturas	X	Factor	=	Energía Consumida kWh	Energía Facturada kWh	X	Valor Unitario
ENERGÍA ACTIVA	23.361		23.165		196		1		196	196		$864,43
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 %

SUBTOTAL:

ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $5.449 DIARIOS

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena $-1

SUBTOTAL1: $-1

Consumos > Otros cobros asociados a energía

1 TOTAL ENERGÍA: $152.570

Otros cobros de productos y servicios

enel X

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

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y aseo

2 TOTAL OTROS

Con el cumplimiento de 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 $29.836

Informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones Crédito Fácil CODENSA OPORTUNO, éstas entrarán en mora, ante lo cual se realiza reporte negativo a las bases d cobra por gastos de cobranza si la mora supera 15 días y se realiza gestión de cobro.

ESTIMADO CLIENTE: El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (0 – 130 kWh/mes) es de -15.00 %

Movilidad eléctrica segura con Enel X.

Compra e instala tu cargador con la garantía que te brinda Enel X.

Llama y agenda tu cita:

601 514 08 00.

Para temas relacionados con energía, emergencias y facturación comunícate al (601) 5115 115.



NÚMERO DE CLIENTE 3912781-7

ocumento Equivalente Electrónico No. 3[illegible]3015-1

(415)7707209914253(8020)013912781733638301 51(3900)000000000152570

PAGO 07

TOTA

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 163

MICROCHIP: 990000013799187

FECHA: 17/04/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Tommy

COLOR: Tigre Anaranjado

ESPECIE: CANINO __ FELINO X | SEXO: HEMBRA __ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 4 años | 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: Myriam Fernanda Alejo Rodriguez

DIRECCION: Kr 19A # 04 B-32 P13

TELEFONO: 3144438988

CÉDULA: 52 896 435

CORREO ELECTRÓNICO: myferch98@yahoo.com

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

ESCOLARIDAD: NS/NR: Profesional

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO: No Aplica

ULT. DESPARASITACION: Nov 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: 170 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 ☑
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml.	2 mg/kg IV
	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: MVJ

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO
TARJETA PROFESIONAL

Yennifer Gutiérrez Nomesque
Médico Veterinario - Zootecnista
TP. 33358

FIRMA: YG

313

	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: 52896435

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

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.896.435**

ALEJO RODRIGUEZ
APELLIDOS

MYRIAM FERNANDA
NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **10-OCT-1981**

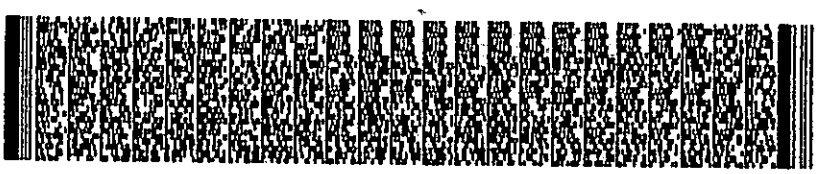
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

14-OCT-1999 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-1500150-00381653-F-0052896435-20120604 0030135676A 1 1441815618

enel | Bogotá

Papel ecológico

Para pagos y consultas tu número de cliente es: 3912

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 3

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

CLIENTE

ANGEL MARIA ALEJO VERGARA MARIA ALEJO VERGARA
KR 19 A NO 04 B 32 PI 3
FACHADA
BOGOTA, D.C. - EL PROGRESO

17 226 3413 / 072-306046

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

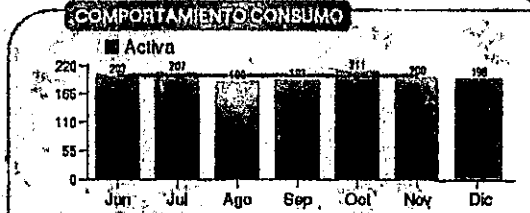
En esta Navidad puedes iluminar y proteger a todos.

Ayuda a prevenir electrocuciones, cortocircuitos, cortes de energía e incendios, protegiendo así a tu familia y a tu comunidad.

Si ves a alguien sin el uniforme de Enel manipulando transformadores, medidores o cables, repórtalo.

Hazlo anónimamente en el 601 514 0000 o en www.enel.com.co

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR KWH APLICADO: $964,43

CONSUMO DIARIO: 7,00 kWh

VALOR DIARIO: $3.449

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 200 kWh

PERÍODO FACTURADO: 22 NOV/2024 A 19 DIC/2024

DÍAS FACTURADOS: 28

CONSUMO MES: 196 kWh

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

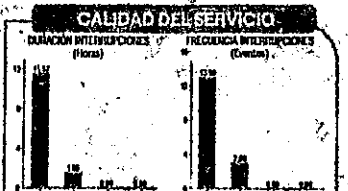
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10092172263413
RUTA LECTURA:	12172260392
MANZANA DE LECTURA:	MS00411135
MEDIDOR NO:	072-306046
MEDIDOR NO:	072-306046

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



Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 030 de 2019

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes

Registrate

Chat de atención

Zonas pagos de la pagina

315 800 6003 (Clara Bot o paso Asesor)

App Enel C

ENERGÍA EN SERVICIO AL CLIENTE

EMERGENC

Bogotá, Sabana y Cundinamarca
601 5 115 115

115 Desde fijo con 57

DEFENSOR DEL CLIENTE

https://www.enel.com.co/es/personas/ta/enel-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 Ordinario, Botón de Pago Recurrente

Billeteras Virtual: Daviplata, MOVII, NEQUI, Ipaga

Corresponsales Bancarios: CENRED, Red Efecty, Gana, Supergiros, Movired, Punto Red, Efecty

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Jumbo, Metro

Código QR

Inscribete a la factura virt Enel y aprovecha los bene

Escanea el código.

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

G: $367,78 T: $55,37 D: $263,18 CV: $103,08 PR: $78,57 R: $4,84 CF: 80,00 / $964,43 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: BJM-34697H1 - 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 018 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 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 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 038/11 consultar www.enel.com.co

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual establece el cobro de multas, los estacionamientos, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P., [illegible] sus recintos. Para obtener mayor información, le invitamos a consultarlos en nuestros puntos 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.

"I 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.

13b5548605a7a4a23c10decdcc5978dcb2cc01d939a4051029e4d39115c00c22bd55535357844e1088378acc2bd1096

FE

F

515

1 Total Energía $152.570 + 2 Portafolio Enel X $0 = Total a Pagar $152.570

PAGO
07 E
FECHA DE
09 E

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 3912781-7

Situación en

Tipo de Lectura: Real

CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	-	Lectura Anterior	=	Diferencia de lecturas	x	Factor	=	Energía Consumida kWh	Energía Facturada kWh	x	Valor Unitario
					198		1		198	198		$864,43
ENERGÍA ACTIVA FP	23.361		23.165		196		1		0	0		$263,18
ENERGÍA REACTIVA	0		0		0		0					
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh X				Valor kWh $864,4259		X		Beneficio -15.00 %			

ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTÓ $5.448 DIARIOS

SUBTOTAL:

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena $-1
SUBTOTAL: $-1

Consumos + Otros cobros asociados a energía 1 TOTAL ENERGÍA: $152.570

Otros cobros de productos y servicios

enel X

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

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y aseo 2 TOTAL OTROS

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 $80.658

Informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones Crédito Fácil CODENSA OPORTUNO, éstas entrarán en mora, ante lo cual se realiza reporte negativo a las bases d cobra por gastos de cobranza si la mora supera 15 días y se realiza gestión de cobro.

ESTIMADO CLIENTE: El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (0 – 130 kWh/mes) es de -15.00 %

Movilidad eléctrica segura con Enel X.

Compra e instala tu cargador con la garantía que te brinda Enel X.

Llama y agenda tu cita:

601 514 08 00.

Para temas relacionados con energía, emergencias y facturación comunícate al (601) 5115 115.



NÚMERO DE CLIENTE
3912781-7

ocumento Equivalente Electrónico No.
3[illegible]1015-1

(415)7707209914253(8020)013912781733638030151(3900)00000000152570

PAGO
07-
TOTA

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 164 | MICROCHIP: 990000012131701 | FECHA: 17/04/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Lucas | COLOR: Blanco Café

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: Ivonet Yohana Duque Torres | DIRECCION: P13 CL 2 Bis # 16-08 | TELEFONO 3052335080

CEDULA: 52 738 882 | CORREO ELECTRÓNICO: mujer-03@hotmail.com

BARRIO: Eduardo Santos | ESTRATO: 0 | LOCALIDAD: LOS MARTIRES

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

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO: No Aplica | ULT. DESPARASITACION: No Reporta | ULT. VACUNACION: NS/NR: CANINOS PARVO: / 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: 33 r/m | TEMPERATURA: 38,6 °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 Velázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	FIRMA MV
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Yennifer Gutiérrez Nomesque Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358	FIRMA YG

516

	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:
Ivonet Duque	52738882

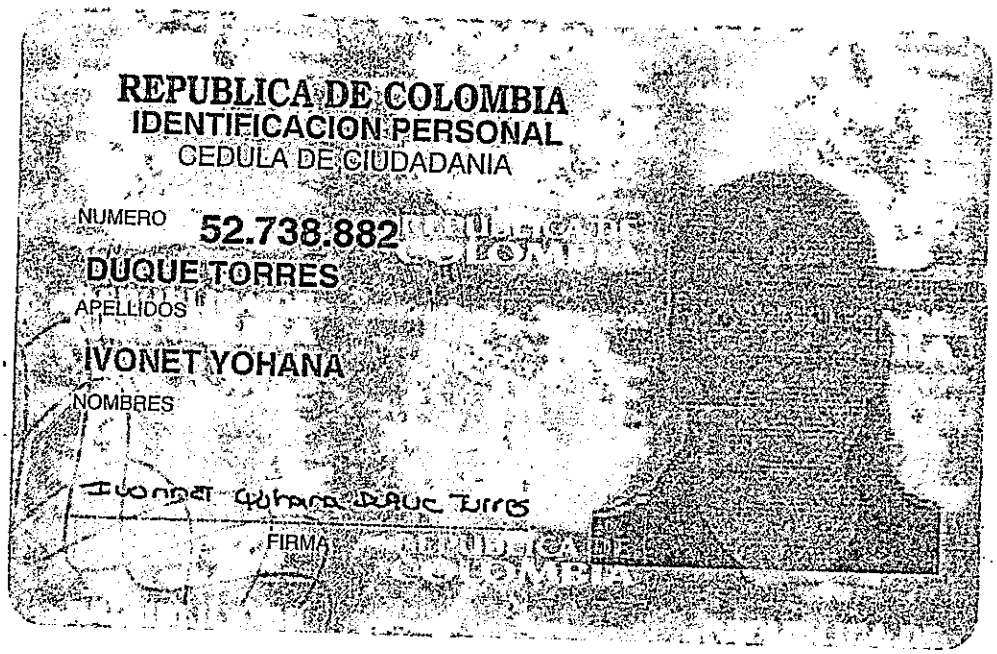
Yo, _____ identificado con CC. No._____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilización y castración) de mi animal de compañía.
RAZÓN:

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

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

OBSERVACIONES:



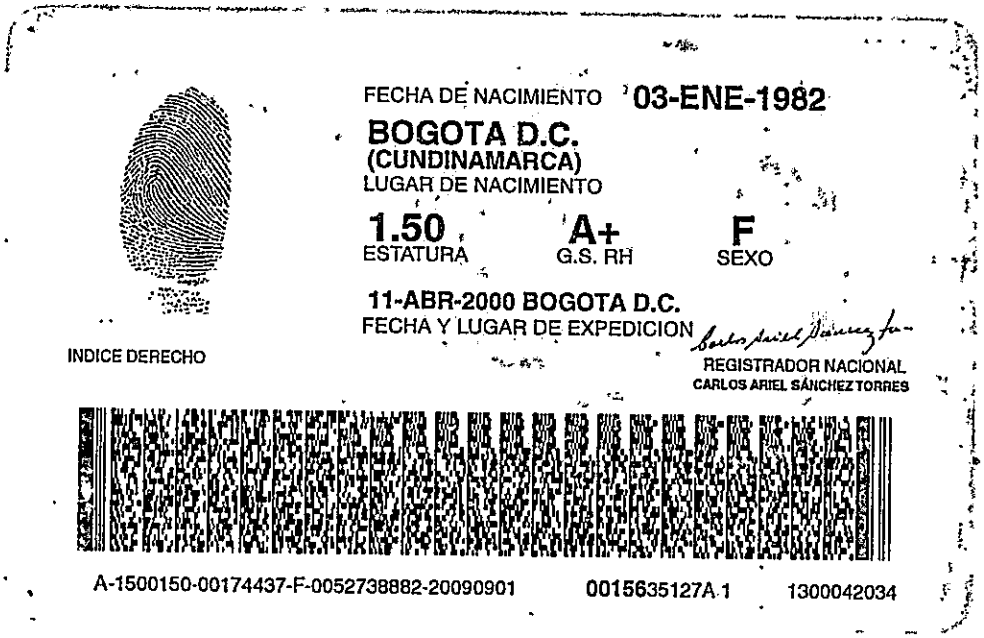
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.738.882

DUQUE TORRES
APELLIDOS

IVONET YOHANA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 03-ENE-1982

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

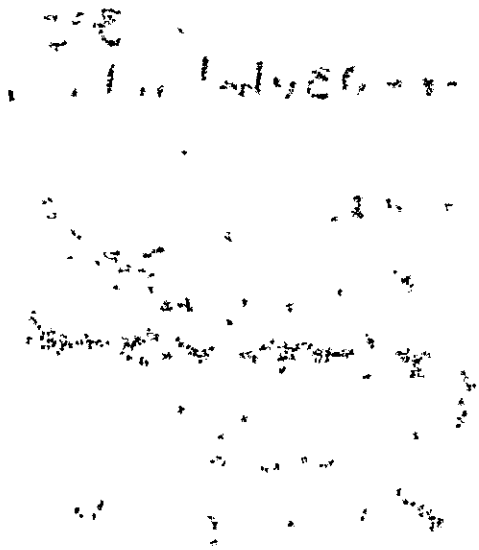
1.50 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

11-ABR-2000 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00174437-F-0052738882-20090901 0015635127A 1 1300042034



23

35924

enel Bogotá

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

PAPEL ECOLÓGICO

8043033-4

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 340220117-5

CLIENTE

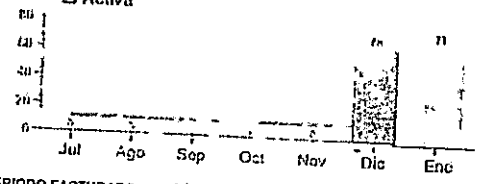
LILIANA GALLEGO
PI3 CL 2 BIS NO 16 - 08
-
BOGOTA, D.C. - 004105

19 206 3778 / 117-22565408



COMPORTAMIENTO CONSUMO

Activa



VALOR kWh APLICADO: $877,36
CONSUMO DIARIO: 2,22 kWh
VALOR DIARIO: $2.336

PERIODO FACTURADO: 22 DIC/2024 A 22 ENE/2025
DÍAS FACTURADOS: 32
CONSUMO MES: 71 kWh
CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 11 kWh

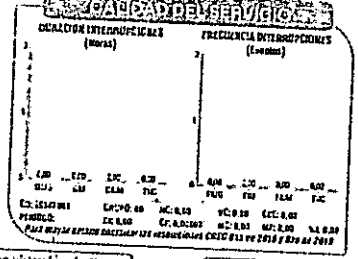
Tu consumo actual varió. No fue promediado por tener menos de 12 meses de historial. Contáctanos.

INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Comercial
ESTRATO:	0
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10002132063778
RUTA LECTURA:	12192030477
MANZANA DE LECTURA:	MS00410508
MEDIDOR NO:	117-22565408
MEDIDOR NO:	117-22565408

CALIDAD DEL SERVICIO

DURACION INTERRUPCIONES (Horas) — FRECUENCIA INTERRUPCIONES (Eventos)



USO RACIONAL 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.

REGÍSTRATE AHORA

Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia
316 800 8000 Bogotá, Barranquilla y resto Acuerdo
Enel Colombia
Enel Colombia

Bogotá, Sabana y Cundinamarca	Nacional	Contáctanos
601 5 115 115	115 Opción 4 en 24 horas	601 5140055 contactenos@enel.com

https://www.enel.com.co/es/personas/t/c/enel-cliente.html
clientes@enel.com

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago
APP Banco
Internet
Teléfono Banco
Débito Automático
Caja en Línea
APP Enel Clientes Colombia
Botón de Pago Online
Botón de Pago Establecimiento

Billetera Virtual
dale!
MOVII
Ipaga

Corresponsales Bancarios
CONRED
efecty
Reval
MOVIRED
Gana
Efecty

Red Distrital
RED CADE

Centros de Servicio
enel

Almacenes de Cadena
Alkosto

Código QR

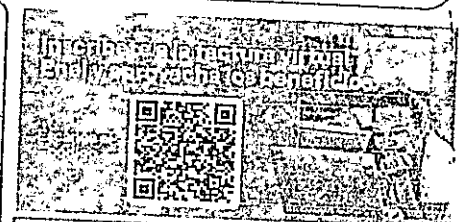
Si pagas en un corresponsal bancario, exige el comprobante de pago. El valor de corresponsal no es un concepto válido en ningún momento.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: DIC/2024
G: $154,79 T: $28,19 D: $280,72 CV: $109,39 PR: $98,73 R: $1,64 CF: $0,00 / $877,36 Costo kWh Mes

GRUPO DE CIRCUITO: CAT2T4 ESTRATO: NIVEL DE TENSION: 1 PROPIEDAD: Enel
ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0047 de 29 de enero 2002. RÉGIMEN COMÚN. CUMPLIMIENTO RESOLUCION CREG 015 DE 1998.

Cobro al comienzo de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos en cuenta previstos en la Ley 142 de 1994, y todos ellos son de cinco días de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información o consulta: al (601) 5 115 115, Bogotá de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador 02 ICC. ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Cuando gestiones correctivos según la resolución No 9041 de 10 de diciembre de 2009.
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.*
Los cargos de costo presta mismo servicio de conformidad con el Artículo 130 de la Ley 142 1994.
La cumplimiento de la resolución CREG 015 de 1998 consulte www.creg.gov.co
IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 024 de 2015, le cual modifica el Código de Medida, se estableció en cinco (5) días calendario el término para reclamar por el cobro de energía no facturada por errores en la medición, contados a partir de la fecha de suspensión del servicio al Cliente.
ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para entregar a sus en la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Generación), de acuerdo con la capacidad expresa asumida por el Cliente para el cobro de la factura como actual 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 diríjase a los canales de atención definidos para 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. Sometido a la vigilancia y control de la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

CUDE: 7cf4152574b2fb165826c0b144a152d56ca128652105551cdbe5fe6c5511cb7f4d6c348f702d9be45740b5492a6e01



Comparte lo mejor de tu energía a quienes lo necesitan.
Puedes realizar tus donaciones en www.enelastore.com/co/es sección "Comparto mi energía"
Aporte sugerido: $7.475

FECHA GENERACIÓN: 27/01/2025 08.07.52
FECHA EXPEDICIÓN: 27/01/2025 12.11.13

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación NIT 830.002.812-2

Pantalla Tecnológica, Canales Tecnológicos y Servicios SAS BIC - Nit: 830.221.16-0

10.376 - Página 1 de 2

35924

518

No. Cuenta 8043033-4 35924

(1) Total Energía $81.550 + (2) Portafolio Enel X $0 = (3) Total a Pagar $81.550

PAGO OPORTUNO
05 FEB /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN ❶
07 FEB/2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 8043033-4

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
ENERGÍA ACTIVA PP	143		72		71		1		71	71		$877,26		$62.293
ENERGÍA REACTIVA	50		23		27		1		27	0		$280,72		$0
														$12.459
CONTRIBUCIÓN	APORTE DEL 20,00 % DEL VALOR FACTURADO											SUBTOTAL:		$74.752

ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTÓ $2.336 DIARIOS

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$-1
Cuota Capital Convenios masivo nuevas co	$5.366
IM NO Residencial	$72
Interés de financiación Convenios masivo	$1.361
Saldo Convenios masivo nuevas conexiones	$210.698
SUBTOTAL:	$8.798

Consumos + Otros cobros asociados a energía (1) TOTAL ENERGÍA $81.550

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 cuotas de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por tu ahorro y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es / esta es $92.702

Informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones Cartão Facil CODENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO, estas entrarán en mora, ante lo cual se podrá reporte negativo a las bases de información Financiera y cobro por gastos de cobranza si la mora supera 15 días y se realiza gestión de cobro.

ESTIMADO CLIENTE. La tarifa final es de: $877,26



NÚMERO DE CUENTE
8043033-4

Documento Equivalente Electrónico No.
340220117-5

(415)7707209914253(8020)018043033434022011 75(3900)000000000081550

PAGO OPORTUNO
05 FEB /2025

TOTAL A PAGAR
$81.550

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 165 | MICROCHIP: 990000013799184 | FECHA: 17/02/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Tommy | COLOR: Blanco 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 __ COMPRADO __ ADOPTADO __ REGALADO X PERRO DE CUADRA __ OTRO __

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ivanet Yohana Duque Torres | DIRECCION: R3CL2Bis #16-08 | TELEFONO: 3052335080

CEDULA: 52 738 882 | CORREO ELECTRÓNICO: muyer-03@hotmail.com

BARRIO: Eduardo Santos | ESTRATO: 0 | LOCALIDAD: LOS MARTIRES

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

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO: No Aplica | ULT. DESPARASITACION: No Reporta | ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: / FELINOS: TRIPLE FELINA: / HEXAVALENTE: / LEUCEMIA: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / 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: 30 r/m | TEMPERATURA: 38,1 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosada

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 ☑
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml.	2 mg/kg IV
	PROPOFOL	1,3 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,2 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,03 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO: Mónica Velázquez Milán | TARJETA PROFESIONAL: Médica Veterinaria TP. 11804 | FIRMA: MV

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

519

	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: Ivon T Duque	Nro de Identificación: 52738882

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.

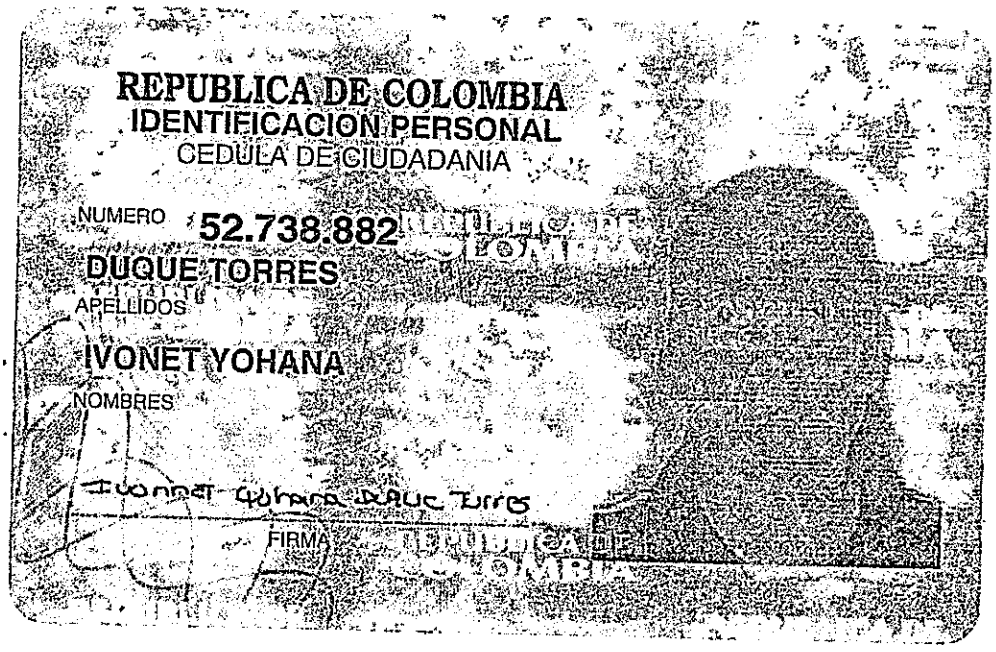
RAZÓN:

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

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

OBSERVACIONES:



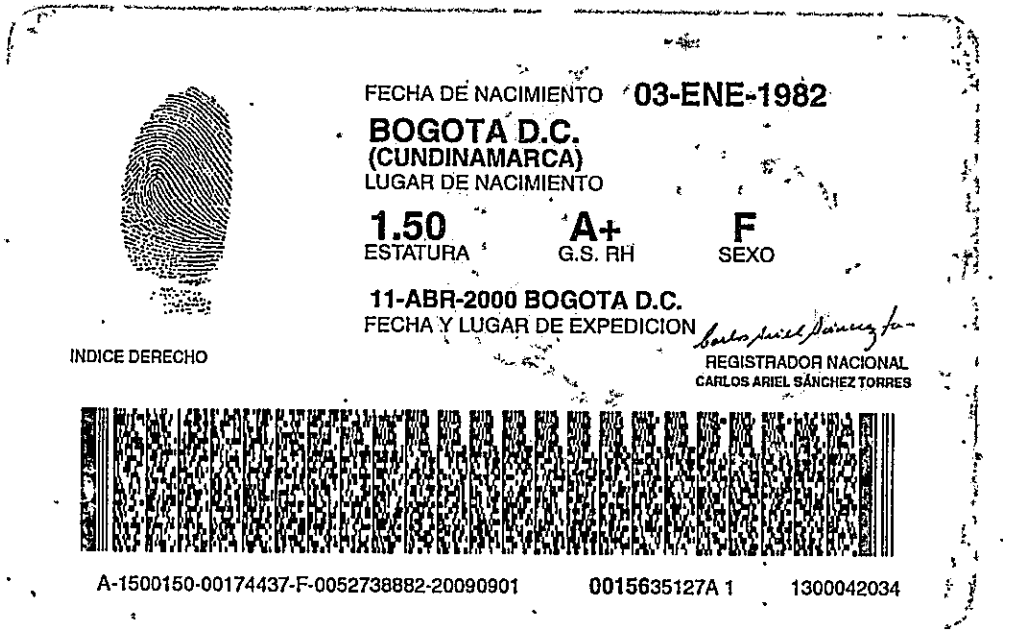
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.738.882

DUQUE TORRES
APELLIDOS

IVONET YOHANA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 03-ENE-1982

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

11-ABR-2000 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00174437-F-0052738882-20090901 0015635127A 1 1300042034

22

35924

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: **8043033-4**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 340220117-5

CLIENTE

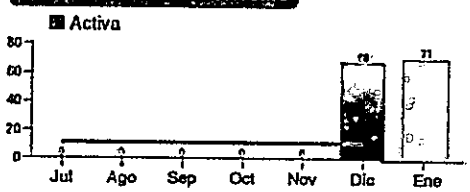
LILIANA GALLEGO
PI3 CL 2 BIS NO 16 - 08
-
BOGOTA, D.C. - 004105

19 206 3778 / 117-22565408

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $877,38

CONSUMO DIARIO: 2,22 kWh

VALOR DIARIO: $2.336

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

DÍAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES: 71 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 71 kWh

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

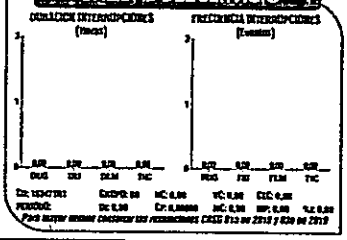
INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Comercial
ESTRATO:	0
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	100021920637?8
RUTA LECTURA:	121020300477
MANZANA DE LECTURA:	MS00410508
MEDIDOR NO:	117-22565408
MEDIDOR NO:	117-22565408

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

Peticiones 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	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 6 115 115	115 Gratuito las 24 horas	601 8140055 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 Sensedatos

Billetera Virtual

dale! · MOVII · NEQUI · tpaga

Corresponsales Bancarios

CONRED · efecty · Reval · MOVIRED · punto red · Sistecrédito

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 cuestionario. 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.enebstore.com/co/es sección "Comparte mi energía"
Aporte sugerido. $7.475

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

G: $334,79 T: $36,18 D: $280,72 CV: $106,30 PR: $68,73 R: $3,84 CF: $0,00 / $877,36 Costo kWh Mes

GRUPO DE CIRCUITO: CAYD-123-07KV - NIVEL DE TENSION: I PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autoretenedores según Resolución No. 0047 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCION CREG 015 DE 1995.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de ellos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 6 115 115, Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. Sonda grandes consumidores según resolución No 0001 de 10 de diciembre de 2001.

"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 015011 consultar www.creg.gov.co

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para conocer mayor información, le invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 6 115 115, 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 mismos, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos asuntos, 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.

CUDE: 7cfc41525274b2b165824cb344a1500f66aa128882105554cdbea86a8d5111c57850d4487f02d9ba45740b54983e6c01

FECHA GENERACIÓN. 27/01/2025 06.07.52
FECHA EXPEDICIÓN. 27/01/2025 12.11.13

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación S.A.S. NIT 800.064.812-1 Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Norma del SIN: CEN/Iranzdoc - NIT 900.221.181-9 10.379 - Página 1 de 2

35924

521

No. Cuenta 8043033-4 35924

1 Total Energía	+	2 Portafolio Enel X	=	Total a Pagar	PAGO OPORTUNO
$81.550		$0		$81.550	05 FEB /2025
					FECHA DE SUSPENSIÓN ❶ 07 FEB/2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 8043033-4

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
ENERGÍA ACTIVA FP	143		72		71		1		71	71		$877,26		$62.293
ENERGÍA ACTIVA	50		23		27		1		27	0		$260,72		$0
ENERGÍA REACTIVA														$12.459
CONTRIBUCION	APORTE DEL 20.00 % DEL VALOR FACTURADO													
ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $2.336 DIARIOS												SUBTOTAL:		$74.752

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$-1
Cuota Capital Convenios masivo nuevas co	$5.366
IM NO Residencial	$72
Interés de financiación Convenios masivo	$1.361
Saldo Convenios masivo nuevas conexiones	$210.898
SUBTOTAL:	$6.798

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.

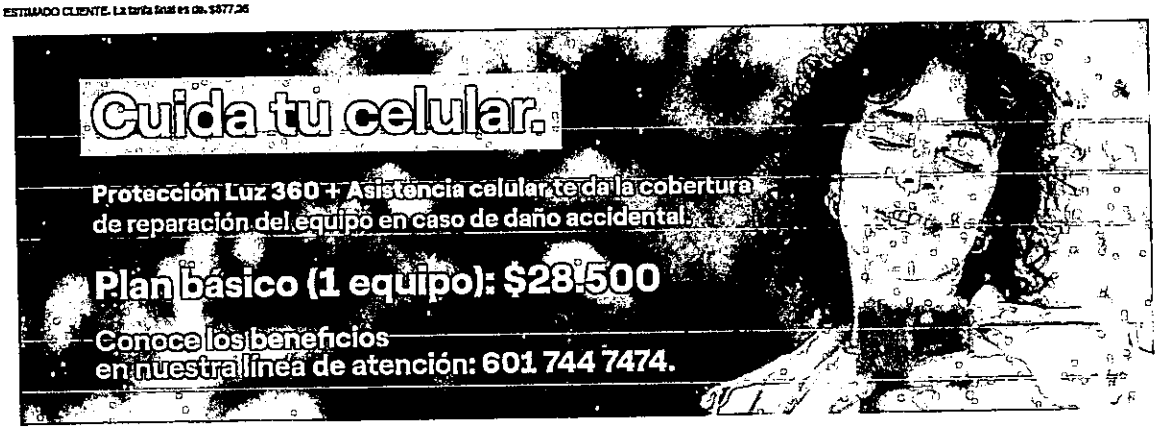
Consumos + Otros cobros asociados a energía 1 TOTAL ENERGÍA: $81.550

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

Tan solo digita la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar cobros 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 Credito Fácil COOENGA 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. La tarifa final es de. $877,26



NÚMERO DE CUENTE
8043033-4

Documento Equivalente Electrónico No.
340220117-5

(415)7707209914253(8020)018043033434022011 75(3900)00000000081550

PAGO OPORTUNO
05 FEB /2025

TOTAL A PAGAR
$81.550

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 166 | MICROCHIP: 990000013794033 | FECHA: 4/02/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Pardo | COLOR: Atigrado

ESPECIE: CANINO __ FELINO X | SEXO: HEMBRA __ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 2años | PESO: 4,9kg | 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: Mana Stella Millan Lopez | DIRECCION: CL 31 # 17-11 AP 1 | TELEFONO: 3124653078

CEDULA: 52723450 | CORREO ELECTRÓNICO: 3124653078@sincorreo.com

BARRIO: Eduardo Santos | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: LOS MARTIRES

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

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO: No 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 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: 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	0,2 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	1,7 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: MVJ

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

522

	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:
Maricastella Millan lopez	52223480.

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.

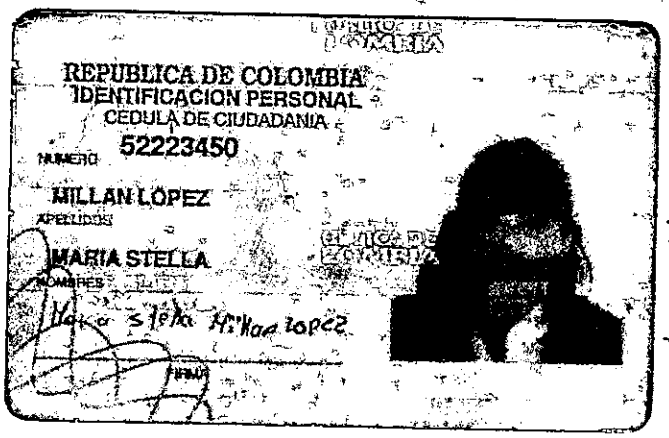
RAZÓN:

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

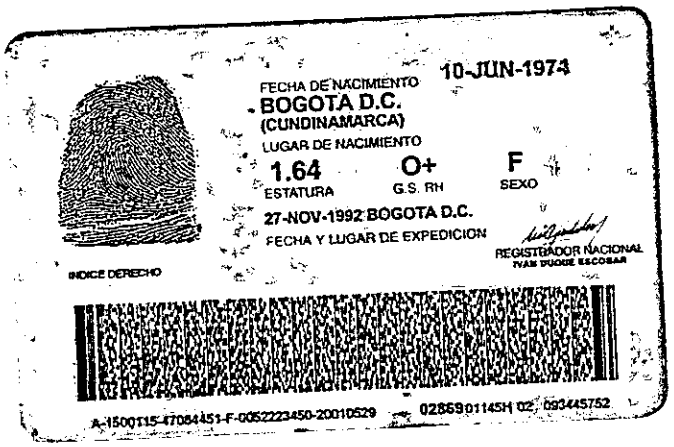
8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Santa Helena	28 feb/ 24	8 am

OBSERVACIONES:



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 52223450
MILLAN LOPEZ
APELLIDOS
MARIA STELLA
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 10-JUN-1974
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.64 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
27-NOV-1992 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR
INDICE DERECHO
A-1500115-47084451-F-0052223450-20010529 02859 01145H 02 093445752

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: **0308352-6**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No: 333307446-8

CLIENTE

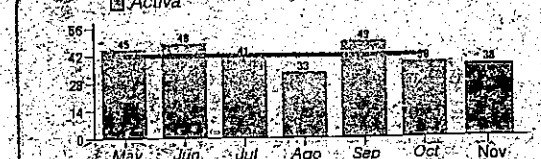
DILIA E CASTRO A
CL 3 NO 17 11 AP 1
BOGOTA, D.C. - EDUARDO SANTOS

19 206 1748 / 065-1058566

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO

CONSUMO DIARIO: 1,27 kWh

VALOR DIARIO: $898

PERIODO FACTURADO: 24 OCT/2024 A 22 NOV/2024

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES: 38 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 42 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:	2,64
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	100021920617481
RUTA LECTURA:	121920301895
MANZANA DE LECTURA:	MS00410515
MEDIDOR NO:	065-1058566
MEDIDOR NO:	065-1058566

CALIDAD DEL SERVICIO



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.

CONTÁCTANOS

Registrate gratis

Zona privada de la página Web

App Enel Clientes Colombia

326 800 8003 Llama Bot o pasa Asesor

Enel Colombia @EnelClientesCO

CENTRO DE 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.co

¿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: Nequi, DaviPlata, MOVII, Efecty, Tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, Gana, Red Efectivo, MOVIRED, Efecty

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Carulla, Éxito

Código QR

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el desprendible del cajetón. El sello del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: OCT/2024
G: $343,93 T: $52,27 D: $384,60 CV: $105,79 PR: $67,31 R: $0,15 CF: $0,00 $833,85 Costo kW/h Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: AV17-35788TR1- NIVEL DE TENSIÓN:1 PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 1 1,04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. N/A 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 dichos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunicate al (601) 5 315 115, bara 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 debera 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 015 de 2018 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, responsabilidades 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 comuníquese a la línea (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 cobrar 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 consulte 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: 26/11/2024 01:30:37
FECHA EXPEDICIÓN 26/11/2024 14:15:20

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFRancisco - NIT 800.221.161-0

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación S.A.S. NIT 800.096.816

524

PAGO OPORTUNO
06 DIC /2024

FECHA DE SUSPENSIÓN
10 DIC/2024

(1) Total Energía $26.930 + (2) Portafolios Enel X $0 = Total a Pagar $26.930

NÚMERO DE CLIENTE 0308352-6

PRÓXIMA FECHA DE LECTURA 21 DIC /2024

ENERGÍA

Situación encontrada: Normal

Tipo de Lectura: Real

	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Diferencia de lecturas	X	Factor	=	Energía Consumida kWh	Energía Facturada kWh	X	Valor Unitario	=	Valor Facturado
CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA	28.797		28.759		38		1		38	38		$833,85		$31.686
ENERGÍA ACTIVA FP	0		0		0		0		0	0		$284,60		$0
ENERGÍA REACTIVA														-$4.753
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh				Valor kWh $833,8509		X		Beneficio -15,00 %			SUBTOTAL:		$26.933

ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTÓ $898 DIARIOS

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$-3
SUBTOTAL:	$-3

Consumos + Otros cobros asociados a energía (1) TOTAL ENERGÍA $26.930

Otros cobros de productos y servicios

enel X

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

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

Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $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
0308352-6

Documento Equivalente Electrónico No.
333307446-8

(415)7707209914253(8020)010308352633330744 68(3900)00000000026930

PAGO OPORTUNO
06 DIC /2024

TOTAL A PAGAR
$26.930

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 167

MICROCHIP: 990000013799189

FECHA: 17/02/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Motita

COLOR: Negro

ESPECIE: CANINO __ FELINO X | SEXO: HEMBRA __ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 5 meses | 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 V MIXTO __ OTRO __

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Hellen Valencia Munoz

DIRECCION: Kr 17 #4-49 AP402

TELEFONO: 3115790048

CEDULA: 1014476414

CORREO ELECTRÓNICO: hellenvalenciamunoz@gmail.com

BARRIO: Eduardo Santos | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: NS/NR: __ Universitario

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: 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: 164 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	0,2 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 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: MV

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO
TARJETA PROFESIONAL

Yennifer Gutiérrez Nomesque
Médico Veterinario - Zootecnista
TP. 33358

FIRMA: YG

525

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:
	1014476414

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:

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

526

enel | Bogotá

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

PAPEL ECOLÓGICO

Factura de servicios públicos domiciliarios

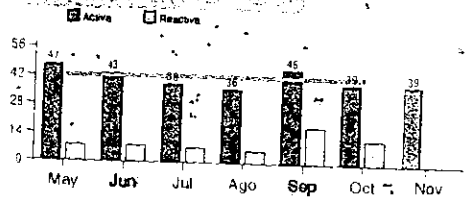
0317352-5

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 333523980-2

NORBERTO PERILLA S
KR 17 NO 4 49 AP 402
AP 402
BOGOTA, D.C. - EDUARDO SANTOS

19 201 0510 / 117-22540508

Estrato: 3 Uso: Residencial Tarifa: Aplica Subsidio



VALOR kWh APLICADO: $833,85

CONSUMO DIARIO: 1,30 kWh

VALOR DIARIO: $1.415

PERÍODO FACTURADO: 24 OCT/2024 A 22 NOV/2024

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES 39 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 42 kWh

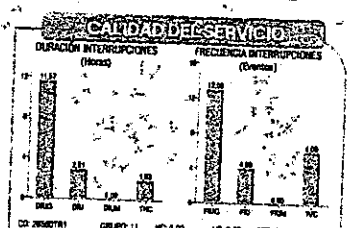
1 este mes tuvimos acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía se encuentra dentro de lo habitual



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	2,85
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	100021920f10510
RUTA LECTURA:	12192200142
MANZANA DE LECTURA:	MS00410511
MEDIDOR NO:	117-22540508
MEDIDOR NO:	117-22540508

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

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

EMERGENCIA A SERVICIO AL CLIENTE: Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115
EMERGENCIAS: 115 Gratuito las 24 horas
DENUNCIA: 601 6140055 denuncias@enel.com

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

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.

¿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 Conciliación

Billetera Virtual: DAVIplata, MOVII, NEQUI, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efecty, Red, NOVARED, Baloto

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Código QR

Almacenes de Cadena: Olímpica, Makro

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



COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:

Vigencia: OCT/2024

G: $343,83 T: $52,27 D: $264,60 CV: $105,70 PR: $87,31 R: $0,15 CF: $0,00 / $833,83 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO AV17-2S1RTR1 - NIVEL DE TENSIÓN: PROPIEDAD: Enel

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3314 Comercialización de Energía Eléctrica, Tarifa 11.04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 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. 0021 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

El cumplimiento de la resolución CREG136/11 consultar www.enel.com.co

IMPORTANTE: En complemento 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 dirígirse 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: 27/11/2024 06:47:58
FECHA EXPEDICIÓN: 27/11/2024 10:32:04

CUDE: 6a2936bce9a1d526a2cbbbc5043a3694e4354f86c4e027498a06a0c20dd4aed570303ff8bb8be63d7f0690e54112e278a2

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 860.321.151-0

527

$42.460 + $0 = $42.460

PAGO OPORTUNO
09 DIC /2024

FECHA DE SUSPENSIÓN
11 DIC/2024

ENERGÍA

0317352-5

21 DIC /2024

Situación encontrada: Proceso analítica datos

Tipo de Lectura: Real

CALCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	-	Lectura Anterior	=	Diferencia Consumo	x	Factor	=	Consumo Facturado	Ajustes	+	Cargo	=	Valor Energía
ENERGIA ACTIVA FP	1.064		1.025		39		1		39	39		$833.85		$32.520
ENERGIA REACTIVA	683		608		75		1		75	56		$264.60		$14.816
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh X				Valor kWh $833.8509	X	Beneficio 15.00 %							$4.878
												SUBTOTAL:		$42.460

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTÓ $1.415 DIARIOS

Otros cobros asociados a energía

Consumos + Otros cobros asociados a energía (1) TOTAL ENERGÍA $42.460

Otros cobros de productos y servicios

Enel X

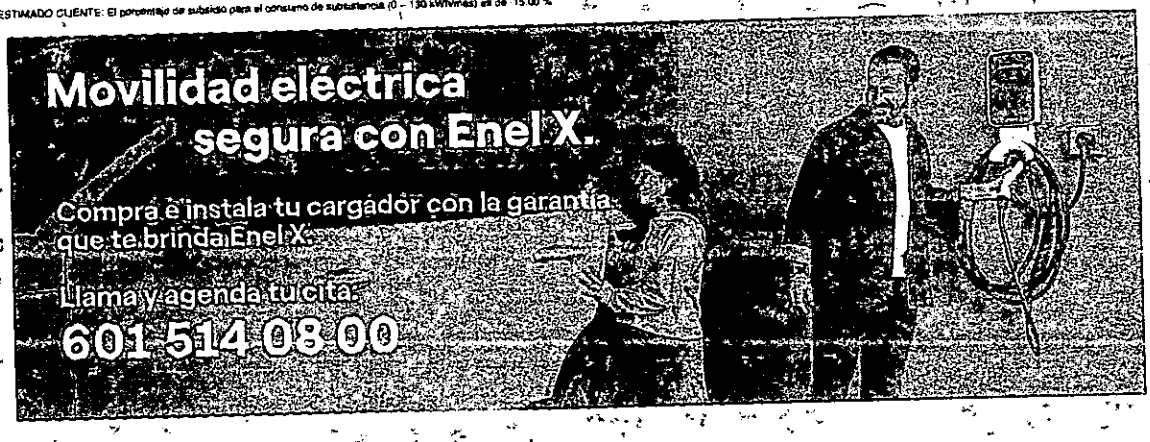
Te invitamos a consultar el detalle de tus productos y servicios a través de la APP, tu Sucursal Online en la página web o inscribiéndote a FACTURA VIRTUAL desde www.enel.com.co en la sección Personas.

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

Ten en cuenta la fecha del 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 $69.656

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
0317352-5

Documento Equivalente Electrónico No.
333523980-2

(415)7707209914253(8020)010317352533352398O2(3900)00000000042460

PAGO OPORTUNO
09 DIC /2024

TOTAL A PAGAR
$42.460

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 168 | MICROCHIP: 990000013799183 | FECHA: 17/04/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Maximilian | COLOR: Blanco -Negro

ESPECIE: CANINO __ FELINO X | SEXO: HEMBRA __ MACHO V | 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 V | 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: Claudia Patricia Gutierrez Quiñones | DIRECCION: CL 3 # 17-11 AP 1 | TELEFONO: 3134542394

CEDULA: 51828516 | CORREO ELECTRÓNICO: Claudiagutier66@yaoo.es

BARRIO: Eduardo Santos | 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: X CANINOS PARVO:	TRIPLE:	PENTAVALENTE:
NO Aplica	NO Reporta	FELINOS: TRIPLE FELINA:	HEXAVALENTE: LEUCEMIA:	PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 168 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	1,4 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
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Yennifer Gutiérrez Nomesque Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358	FIRMA

528

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:
Claudia Gutiérrez	51828516

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/24	HORA: 8 am

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

51828516
NUMERO

GUTIERREZ QUIÑONES
APELLIDOS

CLAUDIA PATRICIA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-JUL-1966
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

29-OCT-1984 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-1500100-42086522-F-0051828516-20010608 03250 01155B 01 098160285

520

enel | Bogotá

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas en el número de Cliente

0308352-6

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 333307446-8

CLIENTE

DILIA E CASTRO A
CL 3 NO 17 11 AP 1
BOGOTA, D.C. - EDUARDO SANTOS

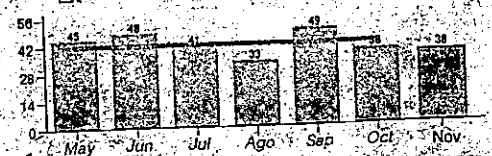
19 205 1748 / 065-1058566

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código



COMPORTAMIENTO CONSUMO

Activa



VALOR kWh APLICADO

CONSUMO DIARIO: 1,27 kWh

VALOR DIARIO: $898

CONSUMO PROMEDIO ÚLTIMOS 6 MESES: 42 kWh

PERÍODO FACTURADO: 21 OCT/2024 A 22 NOV/2024

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES: 38 kWh

¡Estamos tomando especial la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía se encuentra dentro de lo usual!

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	12,64
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	100021920617 48
RUTA LECTURA:	121920301 89
MANZANA DE LECTURA:	MS00410515
MEDIDOR NO:	065-1058568
MEDIDOR NO:	065-1058566

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



CONTÁCTANOS

Registrate gratis
Zona privada de la página Web
318 690 8003 Elena Bot o paso Asesor
App Enel Clientes Colombia
Enel Colombia / @EnelColombiaCO
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115
115 Gratuito las 24 horas
601 6140055 denuncias@enel.com
https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enel.com

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios Virtuales de Pago: App Banco, Internet, Teléfono Banco, Débito Automático, Cajero Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Botón de Pago Online, Botón de Pago Bancolombia

Billeteras Virtuales: Nequi, DaviPlata, MOVII, NEQUI, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, Efecty, D Reval, MOVIRED

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena

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.

Vigencia: OCT/2024

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:
G: $343,83 T: $32,27 D: $264,60 CV: $105,70 PR: $87,31 R: $0,15 CF: $0,00 / $833,85 Costo kWh Mes

Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios

Inscríbete en: enel.com/facturavirtual

FECHA GENERACIÓN: 26/11/2024 01:30:37
FECHA EXPEDICIÓN: 26/11/2024 14:15:20

GRUPO: 11 CIRCUITO: AY17-267887R1 - NIVEL DE TENSIÓN: 1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por mil. Somos autorreenedores 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 ésta 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 30 de diciembre de 2020.
Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa 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 pqrs.enel.com.co
En cumplimiento de la resolución CREG038 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
IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG038 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 autorización expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención habilitados 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.

Factura impresa por Compañía Soluciones de Comunicación SAS NIT 900.059.815-1 Proveedor Tecnológico Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFacedoc - NIT 890.321.151-0

530

1 Total Energía	+	2 Portafolio Enel X	=	Total a Pagar	PAGO OPORTUNO	FECHA DE SUSPENSIÓN
$26.930		$0		$26.930	06 DIC /2024	10 DIC/2024

ENERGÍA — NÚMERO DE CLIENTE: 0308352-6 — PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 21 DIC/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 Facturada kWh	X	Valor Unitario	=	Valor Facturado
ENERGÍA ACTIVA FP	28.797		28.759		38		1		38	38		$853,65		$31.686
ENERGÍA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$264,60		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh		X		Valor kWh $833,8509		X		Beneficio - 15,00 %					-$4.753
ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $998 DIARIOS												SUBTOTAL:		$26.933

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$-3
SUBTOTAL:	$-3

Consumos + Otros cobros asociados a energía — (1) TOTAL ENERGÍA: $26.930

Otros cobros de productos y servicios

enel x

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

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

Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $88.656

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 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 CLIENTE
0308352-6

Documento Equivalente Electrónico No.
333307446-8

(415)7707209914253(8020)010308352633333074468(3900)00000000026930

PAGO OPORTUNO
06 DIC /2024

TOTAL A PAGAR:
$26.930

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 169 | MICROCHIP: 990000013799197 | FECHA: 17/02/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Mono | COLOR: Amarrillo - Atigrado

ESPECIE: CANINO __ FELINO X | SEXO: HEMBRA __ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 7meses | 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 V MIXTO __ OTRO __

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Juan Bautista Benitez Olivera | DIRECCION: Cl 3 #19-36 AP 301 | TELEFONO: 3164317353

CEDULA: 5755761 | CORREO ELECTRÓNICO: 3164317353@sincorreo.com

BARRIO: Eduardo Santos | 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: / 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: 38,5 °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	0,9 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: MVM
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Yennifer Gutiérrez Nomesque Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358	FIRMA: YG

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:
Oman B Benitez	5755761

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 **5.755.761**

BENITEZ OLIVEROS
APELLIDOS

JUAN BAUTISTA
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-SEP-1951**

PINCHOTE
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.69	**O-**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

25-SEP-1973 SAN VICENTE DE CHUCURI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00798758-M-0005755761-20160308 0048850797A 1 1443818627

33

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:

1068216-7

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No: 340156327-2

CLIENTE

MEDARDO HURTADO CORTES
CL 3 NO 19 36 AP 301
APT 301
BOGOTA, D.C. - EDUARDO SANTOS

19 20439047 018 16055397

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO

Activa

VALOR KWH APLICADO $877,36

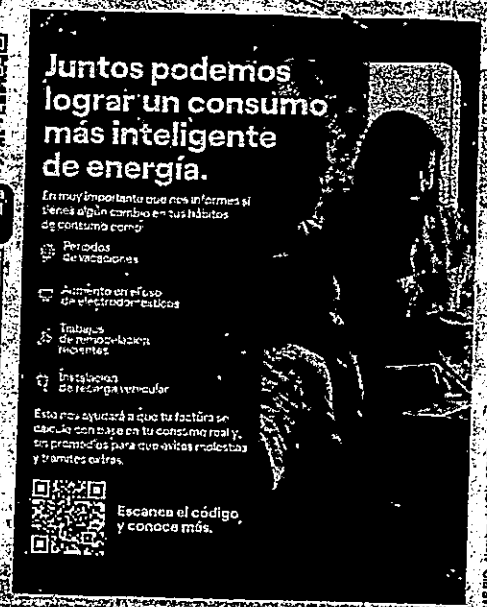
CONSUMO DIARIO 3,6 KWH

VALOR DIARIO $3.160

PERIODO FACTURADO	DÍAS FACTURADOS	CONSUMO MES
2 DIC 2024 A 2 ENE 2025	32	114 KWH

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES 30 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
FACTOR	1
RUTA REPARTO	0002182043904
RUTA LECTURA	2109216394
MANZANA DE LECTURA	AM5004106377
MEDIDOR NO	018160553971
MEDIDOR NO	018160553971

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 con modo ahorro de energía.

CALIDAD DEL SERVICIO

DURACIÓN INTERRUPCIONES (Horas) | FRECUENCIA INTERRUPCIONES (Eventos)

CONTÁCTANOS

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Soacha y Cundinamarca: 601 6 116 116	115 Usuarios los 24	01 8000 915 165

DEFENSOR DEL CLIENTE

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Distrital

Centros de Servicio

Código QR

Almacenes de Cadena

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el desprendible del recibo. El ticket del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.



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

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por ref. Diarios Autoretenciones según Resolución No. 0047 de 05 de enero 2003. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG

Sobre el consumo de la factura: Para efectuar el cobro oportuno de los rendimientos de defensa prestados en la Ley 142 de 1994, y como base para dar aplicación a lo establecido en la información contenida en (SIN) 3 119 112, bueno de Bogotá, al 01 8000 912 115 y en nuestras Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. Somos grandes contribuyentes según resolución No. 0081 de 10 de diciembre de 2020.

Sobre el tope de subsidios: Para efectuar el cobro oportuno de los rendimientos de defensa prestados en la Ley 142 de 1994, y como base para dar aplicación a lo establecido en la información contenida en (SIN) 3 119 112, bueno de Bogotá, al 01 8000 912 115 y en nuestras Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. Somos grandes contribuyentes según resolución No. 0081 de 10 de diciembre de 2020.

Sobre el tope de subsidios: Para efectuar el cobro oportuno de los rendimientos de defensa prestados en la Ley 142 de 1994, y como base para dar aplicación a lo establecido en la información contenida en (SIN) 3 119 112, bueno de Bogotá, al 01 8000 912 115 y en nuestras Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. Somos grandes contribuyentes según resolución No. 0081 de 10 de diciembre de 2020.

IMPORTANTE! En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones para los comercializadores de energía eléctrica. Para conocer mayor información, los invitamos a revisar nuestra página web www.enel.com.co o comunicarse a la línea (601) 6 116 116, desde Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. prestará el servicio de facturación para efectuar el cobro de la energía que el servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Colombia), de acuerdo con la aprobación expresa solicitada por el cliente para el mes de la factura emitida. 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 para Encargos. Encargos (...)

El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y los productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-6. Sujetos vigilados por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 27/01/2025 00:12:58
FECHA EXPEDICIÓN: 27/01/2025 12:40:15

CUDE: c098a7209e4725cdc8dcd54946e881da744128acd1e6b1a6cddcb2b1fdebae49e6ab2e2e2b3ca3ca2ab10

Factura impresa por Cenegel Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.096.XXX-X

Proveedor Tecnológico: Cenegel Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 860.521.191-0

533

Portafolio Enel X $0 = Total a Pagar $19.370

PAGO OPORTUNO INMEDIATO

FECHA DE SUSPENSIÓN SUSPENSION

NÚMERO DE CUENTA: 1068216-7

PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 20 FEB./2025

Situación encontrada: Normal

					24	24		$877,36		$21.057
					0	10		$280,72		$0
										-$3.159
								SUBTOTAL		$17.898

Otros cobros asociados a energía

SALDO ANTERIOR $1.470

Gracias a la gloria

SUBTOTAL $1.470

APRECIADO CLIENTE, USTED SE ENCUENTRA EN MORA

1 TOTAL ENERGÍA: $19.370

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

Usted en cuanto, en fecha de PAGO OPORTUNO, para no generar intereses, cargos moratorios 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 $56.898.

Informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones Crédito Fácil CODENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO, estas aparecerán en mora, 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 consumo de subsistencia para el consumo de subsistencia (0 - 130 kWh/mes) es de $ 0,00 kWh/mes.

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 1068216-7

Documento Equivalente Electrónico No. 340166327-2

(415)7707209914253(8020)011068216734016632722(3900)0000000019370

PAGO OPORTUNO INMEDIATO

TOTAL A PAGAR $19.370

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA	MICROCHIP:	FECHA:
170	990000013802930	17/02/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Tommy			COLOR: Tigre- Gris	
ESPECIE: CANINO __ FELINO X	SEXO: HEMBRA __ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 1 año	PESO: 3,5Kg	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:	DIRECCION:	TELEFONO
Maribel Esthev Velasquez Garcia	Kr 19C # 1C-05	3102081042
CEDULA: 39093024	CORREO ELECTRÓNICO: 3102081042@sincorreo.com	
BARRIO: Edgardo 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:
No Aplica	Enero 24-25	

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:
168 l/m	31 r/m	38,3 °c	1 seg	Rosada

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

534

	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:
Maribel Velasquez García	39093024

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:

34

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **39.093.024**

VELASQUEZ GARCIA

APELLIDOS

MARIBEL ESTHER

NOMBRES

Maribel Esther Velasquez garcia

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-JUN-1966**

PLATO
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

11-DIC-1989 PLATO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01177243-F-0039093024-20201110 0072372966A 1 9913673896

535

$70620 : 607 X 38 = $3.000

enel Bogotá

PAPEL ECOLÓGICO

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

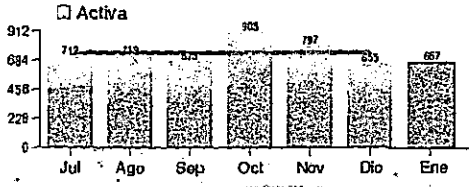
38 X 877.36 = 33.400

Factura de venta en modalidad de servicios públicos domiciliarios **0319041-8**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 339836981-0

ANA SOFIA SANTOS
KR 19 C NO 1 C 05
BOGOTA, D.C. - EDUARDO SANTOS

17 227 4385 / 117-1637



VALOR kWh APLICADO: $877,36

CONSUMO DIARIO: 20,84 kWh

VALOR DIARIO: $17.832

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 744 kWh

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

DÍAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES 667 kWh

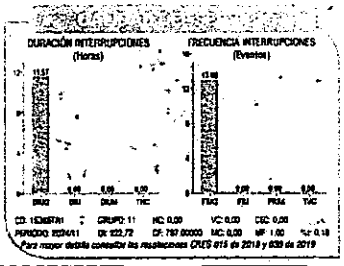


Gracias a nuestra lectura de tu medidor, tu consumo de energía se encuentra dentro de lo habitual

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	12.00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10002172274385
RUTA LECTURA:	12172170007
MANZANA DE LECTURA:	MS00410560
MEDIDOR NO:	117-1637
MEDIDOR NO:	117-1637

CALIDAD



Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 030 de 2019

USO SEGURO DE LA ENERGÍA

Es importante que apagues por completo todos los dispositivos que no vas a usar, si no se pueden apagar te recomendamos configurarlos en modo ahorro de energía.

CONTÁCTANOS

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

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

315 890 6003 (Elena Bot o paso Asesor)

Enel Colombia @EnelColombiaCO

Regístrate gratis

Zona privada de la página Web

App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA EN EMERGENCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca
601 5 115 115

EMERGENCIAS
115 Gratuita 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 Aval, MOVIRED, Su Red

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Jumbo, Olímpica

Código QR

Si paga 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: Vigencias: DIC/2024
G: $358,76 Y: $58,19 D: $280,72 CV: $106,20 PR: $89,75 R: $5,64 CF: $0,00 / $877,36 Costo kWh Mes

CUDE: 43b5079118b652b7117ca3e0b5513807a7d7a30ed1350480548ce6524e5c45f2a1787c698e98745fe8abe5bdd4eda5

FECHA GENERACIÓN: 23/01/2025 00:42:02
FECHA EXPEDICIÓN: 23/01/2025 14:11:16

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 890.221.151-0

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.096.832-

530

1 Total a Pagar $570.620 + 2 Porcentaje Rendix $0 = Total a Pagar $570.620

PAGO OPORTUNO 03 FEB /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN 05 FEB/2025

ENERGÍA | 0319041-8 | 18 FEB /2025

Situación encontrada: Normal

Tipo de Lectura: Real

Concepto	Lectura Actual		Lectura Anterior	Diferencia de lecturas	Factor	Energía Consumida kWh	Energía Facturada kWh	Valor Unitario	Valor Total
ENERGIA ACTIVA FP	56.168	-	55.501	667	1	667	667	$877.36	$585.200
ENERGIA REACTIVA	23.805	-	23.463	342	1	342	9	$280.72	$2.526
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130.00 kWh X			Valor kWh $877.3617	X	Beneficio 15.00 %			$17.109
								SUBTOTAL:	$570.617

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $17.832 DIARIOS

Otros cobros asociados a energía

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 FACTUPA VIRTUAL desde www.enel.com.co en la sección Personas.

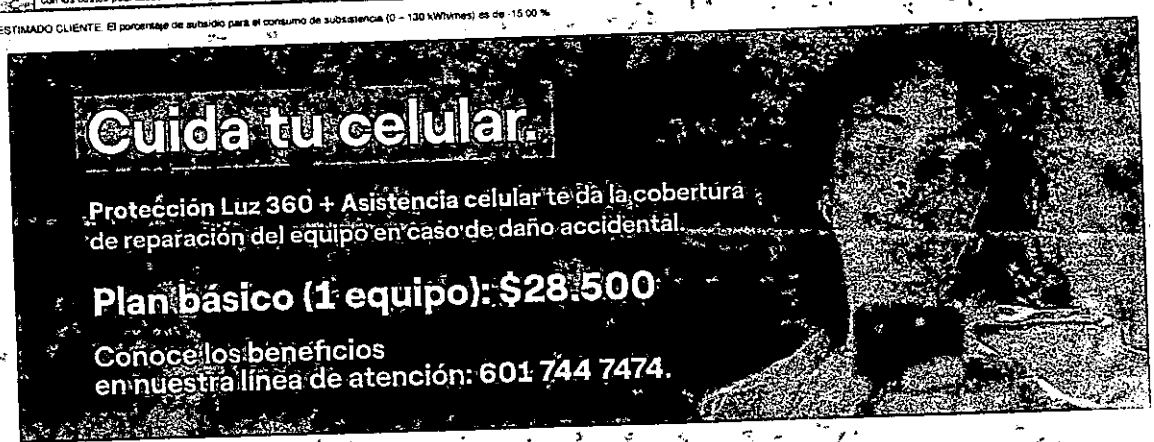
Consumos - Otros cobros asociados a energía 1 TOTAL ENERGÍA $570.620

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

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 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 0319041-8

Documento Equivalente Electrónico No. 339836981-0

(415)7707209914253(8020)010319041833983698 10(3900)00000000570620

PAGO OPORTUNO 03 FEB /2025

TOTAL A PAGAR $570.620

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 171 | MICROCHIP: 990000012131720 | FECHA: 12/02/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Enzo | COLOR: Amarrillo- Atigrado

ESPECIE: CANINO __ FÉLINO X | SEXO: HEMBRA __ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 4 meses | PESO: 3,5kg | POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yolanda Castro Bello | DIRECCION: CL 4A Bis #18 B-30 | TELEFONO: 3157107554

CEDULA: 39 717 378 | CORREO ELECTRÓNICO: 40castro49@gmail.com

BARRIO: La Estancia | 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: X 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: 171 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	0,17 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: MV
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Yennifer Gutiérrez Nomesque Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358	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: 1.39717378

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 39.717.378

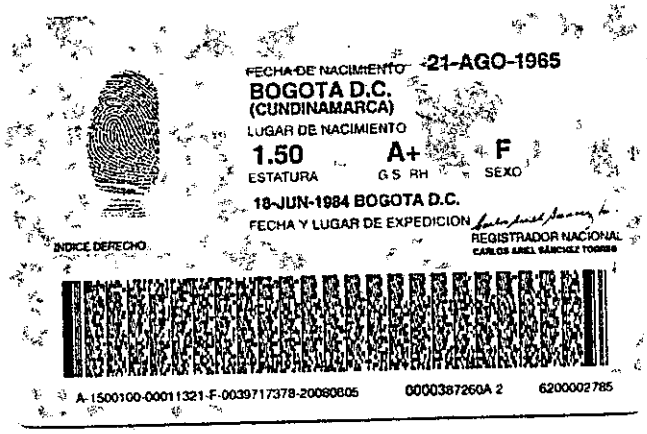
CASTRO BELLO

APELLIDOS

YOLANDA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 21-AGO-1965

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

18-JUN-1984 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500100-00011321-F-0039717378-20080605 0000387260A 2 6200002785

aseo

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

El servicio de aseo se factura de forma bimestral

Cuenta contrato	Número para pagos
12051650	39352287310
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

LIME

Datos del usuario

Tipo de producto: PEQUEÑO PRODUCTOR		Estrato:	2
Und. Res. Ocupadas:	1	Und. No Res. Ocupadas:	1
Und. Res. Desocupadas:	000	Und. No Res. Desocupadas:	000
Frecuencia Barrido:	06	Frecuencia Recolección:	03
		Densidad	0.200
		Volumen	0.00
		%Participación	0.000%

Componentes de tarifas

Costo Fijo Total CFT	Costo variable no aprovechable	Valor base aprovechamiento
65.471,28	46.387,54	150.736,65

Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$61.011	Interés mora	$1.590
Aseo pequeño productor	$82.107	Ajuste a la decena -cadena-	$3
Subsidio	$24.405-		
Aporte	$41.054		

Saldo (-)	40%	Valor Aseo	$164.328
Aporte (+)	60%	Total Impuesto del periodo	$164.328
Redondeo - deuda total		Ingreso que Aseo aporta a la DIAN en el periodo actual	

Toneladas por suscriptor mes

Barrido y limpieza	Limpieza urbana	Lavado de áreas
0,0026	0,0010	0,0000

Reciclaje aprovechables	Residuos no aprovechables	Aforados - no aforados
0,0503	0,0998	

Histórico de vigencias cobradas

2	$161.343	2	$159.946	1 $161.713 61

Días liquidados

(* tarifa incluye subsidio o aporte*)

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

Responsabilidades fiscales del emisor: Gran contribuyente; Autoretenedor

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA:3 CICLO: D3 RUTA:D33125

BIMESTRAL

12051650	39352287310
Cuenta contrato Núm. de Identificación de este predio	Número para pagos Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de

BOGOTA DISTRITO CAPITAL

Dirección del predio

CL 4A BIS 18B 30

Barrio: LA **Localidad:** LOS MARTIRES

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Periodo 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 09:21:00	ENE/10/2025 13:45:06

¡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

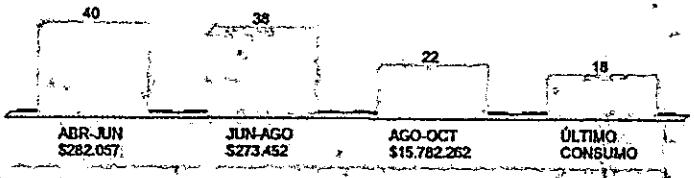
Entra a **www.acueducto.com.co** haz clic en Servicios al Ciudadano y obtén información de los puntos de atención, copia de la factura y realiza tu pago a través de internet.

cadena. NIT. 800.910.534-0

539

Tu consumo en este período

En los períodos anteriores tu promedio de consumo fue 33



En este período consumiste menos agua que en el anterior.

Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

En este período	Promedio al día
18.000	300

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período 151
Lectura anterior 133
Tu consumo este período 18

Facturado con Consumo Normal
Base promedio
Descargue fuente alterna 0

Datos de tu medidor

Marca G2 MISURATORI
Serie 23-620173

Tipo VELO015R200
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
$69.367,30 (1)		$64.853,16 (2)		$240 (3) (4) (5) (6)		$161.360 (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 periodo actual

= Total a pagar $295.820

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

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): a18708c68b3612301 9e4aaaa615eb252f462411c0d78288d332208bd80dc37e831920044e12eaec5c8196c4d00382

Detalle de tu consumo este bimestre

1 Acueducto

	Cant.	%	Valor unitario	%	Aporte (+) o Subsidio (-)**	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00		$8.185,79	-15	$2.739-	$7.815,42	$15.632,58
Consumo residencial básico (m³)	18,00		$3.512,04	-15	$9.443-	$2.985,24	$53.734,72
Consumo residencial superior básico (m³)							
Cargo fijo no residencial (mes)							
Consumo no residencial (m³)							
Subtotal					$12.241-		$69.367,30

2 Alcantarillado

	Cant.	%	Valor unitario	%	Aporte (+) o Subsidio (-)**	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00		$4.370,95	-15	$1.311-	$3.715,31	$7.430,90
Consumo residencial básico (m³)	18,00		$3.703,07	-15	$10.133-	$3.190,11	$57.422,26
Consumo residencial superior básico (m³)							
Cargo fijo no residencial (mes)							
Consumo no residencial (m³)							
Subtotal					$11.444-		$64.853,16

* 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**	$97,97
Total por consumo facturado	$437	$1.346

El Mínimo Vital es un beneficio donde el Distrito de Bogotá brinda un apoyo económico de hasta 6 m³ mensuales (12 m³ por cada período facturado) a los usuarios residenciales de los estratos 1 y 2.
Acuerdo 937 de 2023

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
Intereses de mora	$240
Subtotal	240

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 sólo tiene convenios con los siguientes bancos: Davivienda, Scotiabank Colpatria, Caja Social, Itaú, Occidente, AV Villas, Bogotá, Sudameris y City.

Aseo
Valor a pagar
$161.360

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

(415)7707200489996(8020)393522873100(3900)000000161360

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$134.460

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)393522873102(3900)000000134460

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: 172

MICROCHIP: 990000012131714

FECHA: 12/06/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Pluton

COLOR: Gris

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

RAZA: Mestizo

EDAD: 8 meses

PESO: 3,7Kg

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: Marisol Lopez Contreras

DIRECCION: CL 1H # 24 -27 AP 100

TELEFONO: 3135193997

CEDULA: SI 997 015

CORREO ELECTRÓNICO: m13332440gmail.com

BARRIO: El Vergel

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: NS/NR: Primaria

TIPO DE VIVIENDA: CASA __ APTO X RURAL __

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO: No Aplica

ULT. DESPARASITACION: Enero 25

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: 172 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	0,18 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: MV
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Yenniffer Gutiérrez Nomesque Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358	FIRMA: GG

540

	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: MARISOL LOPEZ	Nro de Identificación: 51997015

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 51.997.015
LOPEZ CONTRERAS

APELLIDOS
MARISOL

NOMBRES

Marisol Lopez

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-JUL-1970
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

12-DIC-1988 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1500150-00029861-M-0051997015-20080725 0001425484A 1 1450005222

enel | Bogotá

earth pact 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 indique el número de cliente

0351404-6

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 336378673-3

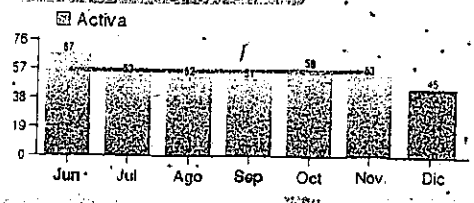
CLIENTE

CENON PRIETO
CL 1 H NO 24 27 AP 100
CONT EN EL 24 29
BOGOTA, D.C. - EL VERGEL

17 221 0654 / 019-4307007

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

CONSUMO Y MEDICIÓN



VALOR kWh APLICADO: $864,43

CONSUMO DIARIO: 1,55 kWh

VALOR DIARIO: $1.140

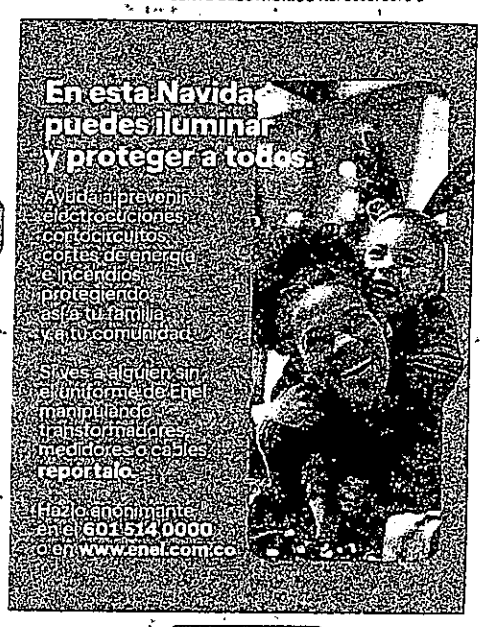
PERÍODO FACTURADO: 21 NOV/2024 A 19 DIC/2024

DÍAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES 45 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 56 kWh

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



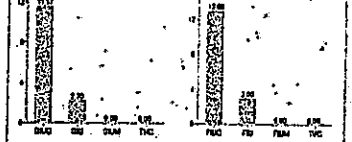
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	1,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10002172210554
RUTA LECTURA:	12172230054
MANZANA DE LECTURA:	MS00410623
MEDIDOR NO:	019-4307007
MEDIDOR NO:	019-4307007

USO SEGURO DE LA ENERGÍA

Si vas a reutilizar luces navideñas de años anteriores, verifica que no tengan cables desgastados, pelados o bombillas rotas. Reemplaza cualquier cable o luz en mal estado.

CALIDAD DEL SERVICIO



CO: 2387781 GRUPO: 11 HC: 6,00 VC: 1 CEC: 0,00
PERIODO: 122AVO DI: 2353,3 CF: 58,00000 HC: 6,00 HF: 1,00 %z: 0,18
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 030 de 2018

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/solicitudes	Regístrate gratis
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion	Zona privada de la página Web
316 890 6003 Elena Bot o paso Asesor	App Enel Clientes Colombia
Enel Colombia @EnelClientesCO	

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

DEFENSORÍA 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, Teléfono Banca, Débito Automático, Cajero Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Botón de Pago OnDe, Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual: Daviplata, MOVII, NEQUI, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efectivi, El Reval, KOVIRED

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Jumbo, Éxito

Código QR



COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: NOV/2024
(D: $587,79 T: $33,37 Di: $263,15 CV: $103,05 PR: $70,51 R: $4,56 CF: $0,00 / $864,43 Costo kWh días

GRUPO: 11 CIRCUITO YES4-33627TH - NIVEL DE TENSIONES PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 2537 de 23 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1992.

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 9081 de 10 de diciembre de 2020.

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

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

En cumplimiento de la resolución CREG 15/11 consultar www.enel.com.co

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

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

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

FECHA GENERACIÓN: 23/12/2024 01:42:14
FECHA EXPEDICIÓN: 23/12/2024 12:35:22

CUDE: 10000224033E0F3C0A0A0000000000

1 Total Energía	+	2 Portafolio Enel X	=	Total Factura	PAGO OPORTUNO
$33.063		$1.092.787		$1.125.850	03 ENE /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN
08 ENE/2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CLIENTE 0351404-6

FECHA DE EXPEDICIÓN 20 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	32.191		32.146		45		1		45	45		$884,43		$38.8
ENERGÍA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$283,15		
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 120,00 kWh X				Valor kWh $884,4259		X		Beneficio -15,00 %					-$5.8

ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $1.140 DIARIOS

SUBTOTAL: $33.06

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$-1
SUBTOTAL:	$-1

Consumos + Otros cobros asociados a energía — 1 TOTAL ENERGÍA $33.063

Otros cobros de productos y servicios

Tarj.Créd. Privada – Semilla	$1.092.78

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 $1.092.787

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 $89.536

Informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones Credito Facil COBENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO, éstas entrarán en mora, ante lo cual se realiza reporte negativo a las bases de información Financiera, 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
0351404-6

Documento Equivalente Electrónico No.
336378673-3

(415)7707209914253(8020)0103514046336786733(3900)00000001125850

PAGO OPORTUNO
03 ENE /2025

TOTAL A PAGAR
$1.125.8

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 173

MICROCHIP: 990000012131705

FECHA: 17/02/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD __

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Evelio

COLOR: Amarillo Atigrado

ESPECIE: CANINO __ FELINO X SEXO: HEMBRA __ MACHO X RAZA: Mestizo 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 X MIXTO __ OTRO __

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Rafael Sanchez Marq

DIRECCION: CL 76 #17-01

TELEFONO: 3028688414

CEDULA: 79 320 327

CORREO ELECTRÓNICO: puntodelarecarga@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: No Aplica

ULT. DESPARASITACION: Nov 24

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

FELINOS: TRIPLE FELINA: /

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI __ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 170 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	0,2 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 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	Yennifer Gutiérrez Nomesque 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:
RAFAEL SANCHEZ MORA	79'320.327

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.

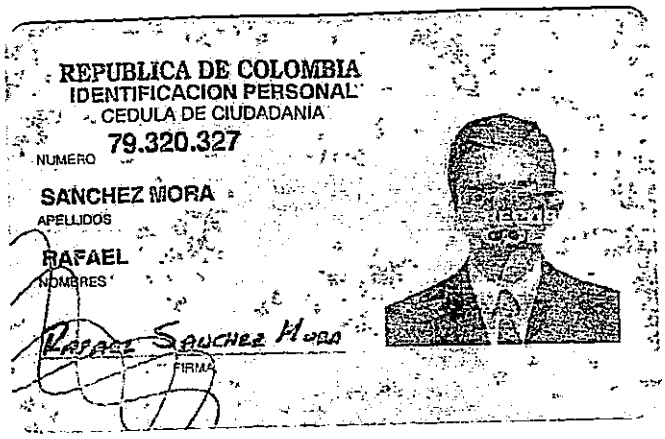
RAZÓN:

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

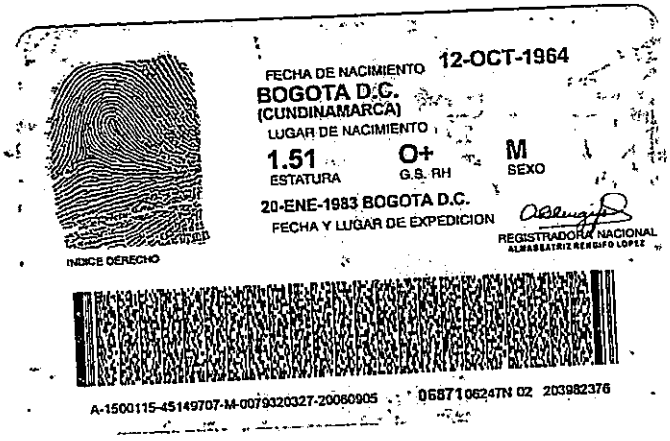
8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

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

OBSERVACIONES:



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 79.320.327
SANCHEZ MORA
APELLIDOS
RAFAEL
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 12-OCT-1964
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.51 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
20-ENE-1983 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENDO LOPEZ
INDICE DERECHO
A-1500115-45149707-M-0079320327-20080905 0687106624TN 02 203982376

aseo

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

El servicio de aseo se factura de forma bimestral

Cuenta contrato
10004225
Núm. de identificación de este predio

Número para pagos
44040258616
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:	RESIDENCIAL			Estrato	3
Und. Res. Ocupada:	3	Und. No Res. Ocupada:	0	Densidad	0,000
Und. Res. Desocupada:	000	Und. No Res. Desocupada:	000	Volumen	0,00
Frecuencia Barrido:	06	Frecuencia Recolección:	02	%Participación	0,000%

Componentes de tarifas

Costo Fijo Total CFT	Costo variable no aprovechable	Valor base aprovechamiento
98.206,92	39.539,94	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 | Afectadas - no afectadas	
0,0503	0,0368	

Histórico de Vigencias cobradas

3	2	1	Días liquidados
$156.589	$133.674	$135.222	61

La tarifa incluye subsidio o aporte*

Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$184.637	Interés mora	$175
Subsidio	$27.695-	Ajuste a la decena -debito-	$3

Subsidio (-)	15%	Valor Aseo	$157.128
Aporte (+)	00%	Total Impuesto del periodo	$157.128
Alumbrado - deuda total		Ingreso que Aseo reporta a la DIAN en el periodo actual	

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:D33128

BIMESTRAL

10004225
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

44040258616
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de
MARIA ISABEL GONZALEZ RINCON

Dirección del predio
CL 1G 17 01

Barrio: EDUARDO **Localidad:** LOS MARTIRES

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Período facturado	OCT/20/2024	DIC/18/2024

Pago oportuno ENE/23/2025 Suspensión ENE/28/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
MAR/14/2025	ENE/10/2025 09:18:47	ENE/10/2025 13:46:39

¡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.

545

Pago recibido
29-enero/25
Ref: M4376819

Tu consumo en este período

En los períodos anteriores tu promedio de consumo fue 21

20 21 21 21

ABR-JUN $142.778 | JUN-AGO $151.866 | AGO-OCT $15.169.725 | ÚLTIMO CONSUMO

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

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

En este período	Promedio al día
21.000	350

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este periodo 793
Lectura anterior 772
Tu consumo este periodo 21

Facturado con Consumo Normal
Base promedio
Descargue fuente alterna 0

Datos de tu medidor

Marca BAYLAN
Serie 13706545

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 $78.322,42 (1) + Alcantarillado $74.423,37 (2) + Otros cobros $110.866 (3 4 5 6) + Aseo $157.120 (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** $420.732

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

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): bb7bab808abe76682547a4d7ec1ee747bbe88c31190e1503c8beda08b0a4efb7b2a2ae2384a833e1103411f7b49570

Detalle de tu consumo este bimestre

1 Acueducto

	Cant.	× Valor unitario	Aporte (+) y Subsidio (-)** %	= Valor	Tarifa*** = Total
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$9.195,79	-15	$2.759-	$7.676,42 $15.632,59
Consumo residencial básico (m³)	21,00	$3.512,04	-15	$11.063-	$2.985,24 $62.689,84
Consumo residencial superior básico (m³)	-				
Cargo fijo no residencial (mes)	-				
Consumo no residencial (m³)	-				
Subtotal				$13.822-	$78.322,42

2 Alcantarillado

	Cant.	× Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	= Valor	Tarifa*** = Total
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$4.370,85	-15	$1.311-	$3.715,31 $7.430,90
Consumo residencial básico (m³)	21,00	$2.783,07	-15	$11.822-	$3.190,11 $66.992,47
Consumo residencial superior básico (m³)	-				
Cargo fijo no residencial (mes)	-				
Consumo no residencial (m³)	-				
Subtotal				$13.133-	$74.423,37

* 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 al básico. (Ley 99 de 1993)

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m3)	$24,28	$74,77
Tarifa consumo superior a básico ($/m3)	$0,00	$87,97
Total por consumo facturado	$509	$1.570

El Aseo Vital es un beneficio donde el Distrito de Bogotá brinda un apoyo económico de hasta 6 m³ mensuales (12 m³ por cada período facturado) a los usuarios residenciales de los estratos 1 y 2.

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajuste crédito	$99.611-
Ajuste a la decena	$4
Intereses financiación	$13.425
Intereses de mora	$20
Subtotal	86.161-

4 Saldos anteriores

Concepto	Valor
Deuda anterior	$97.765
Subtotal	$97.765

5 Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Acuerdo Pago	25/30		0	$9.282	$716.502
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 sólo tiene convenios con los siguientes bancos: Davivienda, Scotiabank Colpatria, Caja Social, Itaú, Occidente, AV Villas, Bogotá, Sudameris y Citi.

Aseo
Valor a pagar
$157.120

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

(415)7707200489996(8020)44040258816 3(3900)000000157120

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$263.612

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)44040258616 0(3900)000000263612

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: 174

MICROCHIP: 990000013799190

FECHA: 17/02/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Jonas

COLOR: Amarillo-Atigrado

ESPECIE: CANINO __ FELINO X SEXO: HEMBRA __ MACHO X RAZA Mestizo EDAD 1 año PESO: 3,5 Kg

POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Rafael Sanchez Marq

DIRECCION: CL 16 # 17-01

TELEFONO: 3028688414

CEDULA: 79320327

CORREO ELECTRÓNICO: puntodelarecarga@gmail.com

BARRIO: Eduardo Santo

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: NS/NR: Profesional

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO: No Aplica

ULT. DESPARASITACION: 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: 38,4 °c

TLLC 1 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,17 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,3 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☑
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PROPOFOL	1,2 ml.	2 mg/kg IV
	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: Mónica Vc. Vázquez Milán
TARJETA PROFESIONAL: Médica Veterinaria · TP. 11804

FIRMA: MV

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

FIRMA: YG

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: Rafael Sanchez Mora	Nro de Identificación: 79'320.327

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/24	HORA: 8am

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.320.327

SANCHEZ MORA
APELLIDOS

RAFAEL
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 12-OCT-1964
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

20-ENE-1983 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-1500115-45149707-M-0079320327-20050905 0687106247N 02 203982376

aseo

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

Cuenta contrato 10004225
Núm. de identificación de este predio

Número para pagos 44040258616
Número de esta factura de servicios públicos

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

Datos del usuario

Tipo de producto: RESIDENCIAL			Estrato	3	
Und. Res. Ocupada:	3	Und. No Res. Ocupada:	0	Densidad	0.000
Und. Res. Desocupada:	000	Und. No Res. Desocupada:	000	Volumen	0.00
Frecuencia Barrido:	06	Frecuencia Recolección:	02	%Participación	0.000%

Componentes de tarifas

Costo Fijo Total CFT:	Costo Variable no aprovechable	Valor base aprovechamiento
98.206,92	39.539,94	150.736,65

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$184.637	Intereses mora	$175
Subsidio	$27.695-	Ajuste a la decena -doble-	$3

A Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$184.637	Intereses mora	$175
Subsidio	$27.695-	Ajuste a la decena -doble-	$3

Subsidio (-) Aporte (+) Interbarrio - deuda total: 15% 00% Valor Aseo Total ingresos del periodo Ingreso que Aseo reporta a la DIAN en el periodo actual: $157.128 $157.128

Toneladas por suscriptor mes

Barrido y limpieza	Limpieza urbana	Rechazo del aprovechamiento
0.0026	0.0010	0.0000

Electivamento aprovechables	Residuos no aprovechables | Aforadas - no aforadas
0.0503	0.0358

Histórico de vigencias cobradas

3	2	1	Días liquidados
$156.589	$133.674	$135.222	61

La tarifa incluye subsidio o aporte.

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA:3 CICLO: D3 RUTA:D33128

BIMESTRAL

10004225
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

44040258616
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de
MARIA ISABEL GONZALEZ RINCON

Dirección del predio
CL 1G 17 01

Barrio: EDUARDO **Localidad:** LOS MARTIRES

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Período facturado	OCT/20/2024	DIC/18/2024

Pago oportuno ENE/23/2025 Suspensión ENE/28/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
MAR/14/2025	ENE/10/2025 09:18:47	ENE/10/2025 13:46:39

¡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 548

Pago recibido
29-enero/25
Ref: M4376819

Tu consumo en este período

En los períodos anteriores tu promedio de consumo fue 21

ABR-JUN	JUN-AGO	AGO-OCT	ÚLTIMO CONSUMO
20	21	21	21
$142.778	$151.866	$15.169.725	

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

Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

En este período	Promedio al día
21.000	350

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período 793
Lectura anterior 772
Tu consumo este período 21

Facturado con Consumo Normal
Base promedio
Descargue fuente alterna 0

Datos de tu medidor

Marca BAYLAN
Serie 13706545

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
$78.322,42		$74.423,37		$110.866		$157.120
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
Ingresos que la EAAB-ESP reporta a la DIAN en el período actual

= Total a pagar $420.732

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): bb7bab80bbe76682547af47ec1e0747bbef8c31190a1503c8bdd0f89a4ab7b2a2ec2344a853e11f3417fb48970

Detalle de tu consumo este bimestre

1 Acueducto

	Cant.	%	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** Valor	Tarifa***	Total	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Valor	Tarifa***	Total
Cargo fijo residencial (mes)	2,00		$9.193,79	-15	$2.759-	$7.816,42	2,00	$4.370,95	-15	$1.311-	$3.715,31	$7.430,90
Consumo residencial básico (m³)	21,00		$3.512,04	-15	$11.063-	$62.889,84	21,00	$2.753,07	-15	$11.622-	$3.190,11	$68.992,47
Consumo residencial superior básico (m³)												
Cargo fijo no residencial (mes)												
Consumo no residencial (m³)												
Subtotal				$13.822-		$78.322,42				$13.133-		$74.423,37

* 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 %.

2 Alcantarillado

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)	$24,26	$74,77
Tarifa consumo superior a básico ($/m3)	$0,00	$87,97
Total por consumo facturado	$508	$1.570

Si tu factura es de un predio donde existe más de una unidad habitacional, el consumo básico se factura hasta 6 m³ mensuales (12 m³ bimestrales) por cada unidad habitacional, para los estratos 1, 2 y 3.

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajuste crédito	$99.011-
Lajuste a la decena	$4
Intereses financiación	$13.428
Intereses de mora	$20
Subtotal	$0.161-

4 Saldos anteriores

Concepto	Valor
Deuda anterior	$97.765
Subtotal	$97.765

5 Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Acuerdo Pago	25/30		0	$9.282	$716.602
Subtotal					

Deudas en estudio

Concepto	Valor
	$0
	$0
	$0
Subtotal	$0

6 Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	$0

Pagos por la página web, app y billeteras

puntopay tpaga DAVIplata Nequi Claro PSE wuala App EAAB FACEFACIL

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 Citi.

Aseo
Valor a pagar
$157.120

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

(415)7707200489996(8020)44040258616 3(3900)000000157120

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$263.612

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)44040258616 0(3900)000000263612

DOMICILIARIOS NRO. ÚNICO DE REGISTRO 1-11001000-10 EAB-ESP

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBL

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 175

MICROCHIP: 990000013799194

FECHA: 17/02/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Mancha

COLOR: Blanco-Negro

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

RAZA: Mestizo EDAD: 2 años

PESO: 3,16kg

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 V MIXTO __ OTRO __

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Candida Rosa Meza Avila

DIRECCION: Kr 20 # 11-09 AP 301

TELEFONO: 3219401438

CEDULA: 60 313 840

CORREO ELECTRÓNICO: 3219401438@sincorreo.com

BARRIO: La Sabana

ESTRATO: 2

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: A 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: 38,4 °c

TLLC 1 seg

MUCOSAS: 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 ☑
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml.	2 mg/kg IV
	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 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: MV

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO
TARJETA PROFESIONAL

Yennifer Gutiérrez Nomesque
Médico Veterinario - Zootecnista
TP. 33358

FIRMA: YG

549

	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:
Cendida Rosa Mesa Avila	60-313940

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

OBSERVACIONES:

40

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 60.313.840

MEZA AVILA

APELLIDOS

CANDIDA ROSA

NOMBRES

Candida Rosa Meza A

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 06-JUL-1965

BUCARAMANGA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA | AB+ G.S. RH | F SEXO

03-AGO-1984 CUCUTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-8881565-00253929-F-0060313840-20100907 0023774023A 1 1670879472

550



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:	06	Frecuencia Recolección:	06	%Participación	0.000%

Componentes de tarifas

Costo Fijo Total CFT.	Costo variable no aprovechable	Valor base aprovechamiento
33.831,60	12.398,38	152.831,36

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

Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$66.156	Intereses mora	$12
Subsidio	$26.462-	Ajuste a la decena -dadito-	$5

Subsidio (-)	40%	Valor Aseo	53271		
Aporte (+)	00%	Total impresos del periodo	53271		
Facturación - deuda total		Soportes que Aseo reporta a la DIAN en el periodo actual			

Toneladas por suscriptor/mes

Barrido y Limpieza	Limpieza urbana	Rechazo del aprovechamiento
0.0026	0.0011	0.0000

Efectivamente aprovechables	Residuos no aprovechables [Aforadas - no aforadas
0.0775	0.0363

Histórico de vigencias cobradas

				Días liquidados
3	$36.088	2	$37.521	1 $36.935 62

La tarifa incluye subsidio o aporte*

aseo Periodo facturado Aseo DIC/01/2024 - ENE/31/2025
El servicio de aseo se factura de forma bimestral

Cuenta contrato 10312541
Núm. de identificación de este predio

Número para pagos 44044285615
Número de esta factura de servicios públicos

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: K3 RUTA:K33411 BIMESTRAL

10312541
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

44044285615
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de
FRANCISCO CALDERON

Dirección del predio
KR 20 11 09 AP 301

Barrio: LA SABANA **Localidad:** LOS MARTIRES

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Período facturado	NOV/07/2024	ENE/06/2025
Pago oportuno	FEB/10/2025	Suspensión FEB/13/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
ABR/02/2025	ENE/28/2025 06:45:16	ENE/28/2025 14:35:55

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

En este período **consumiste 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. NIT. 860.030.534-0

4943

9087 4397 1/2

me://Transaccion:572002025021011
11119
Fecha: 2025-02-10 11:11:01
Numero/Referencia:3143258246|999
6|0|44044285615|ACUEDUCTO DE
BOGOTA|90|1^0448^000037438300^38
^^NA
Valor: $374383.00
Operador:RECAUDO_SERVICIOS
Autorizacion:ON250210.1110.J6451
2|549965
Respuesta: Transaccion Exitosa!
Transaccion:ON250210.1110.J64512
|549965 OK ACUEDUCTO DE
BOGOTA 44044285615
10/2/25, 11:10Tu-Red
https://plataforma.tu-red.com/ho

este período

romedio de consumo fue 42

52 56

SEP-NOV $32.783.272 — ÚLTIMO CONSUMO

ste más agua que en el anterior

lor

turado con Consumo Normal
le promedio
cargue fuente alterna 0

Marca KENT
Serie L5151

Tipo VOLU020B
Diámetro pulgadas ¾

Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

En este período	Promedio al día
56.000	918

Para reducir tu consumo, recuerda:

- Ducharte en 3 minutos para reducir tu consumo
- Tener siempre un balde en la ducha para reusar el agua recogida
- Cerrar la llave al enjabonar los platos

Tu cobro en este período

Acueducto	+	Alcantarillado	+	Otros cobros	+	Aseo		Escanea y paga virtual
$177.132,70		$182.779,26		$25.238-		$39.710		
1		2		3 4 5 6		A		

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

Consulta el detalle atrás

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

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

= Total a pagar $374.383

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): e6071370272a22e1d39583c021196c32a2dd264c440515f09fc90b4807262945572a3025c4e322bec674b572d14e49a97

Detalle de tu consumo

1 Acueducto — 2 Alcantarillado

Bimestre	Acueducto Valor	Alcantarillado Valor
Cargo fijo residencial (mes)	$9.105,79	$11.034,38
Consumo residencial básico (m³)	$3.519,02	$3.761,31
Consumo residencial superior básico (m³)	$3.519,02	
Cargo fijo no residencial (mes)		
Consumo no residencial (m³)		
Subtotal	$177.132,79	

* 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)	$17,12	$92,78
Tarifa consumo superior a básico ($/m3)	$0,00	$97,97
Total por consumo facturado	$377	$4.152

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajuste a la decena	$1-
D-ben. mln. vlr.s total	$25.337-
Intereses de mora	$100
Subtotal	25.238-

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, Itau, Occidente, AV Villas, Bogotá, Sudameris y City.

Aseo
Valor a pagar
$39.710

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

(415)7707200489996(8020)440442856156(3900)000000039710

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$334.673

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.
Señor cajero: Si en el desprendible de aseo aparece sello y stiker 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)440442856158(3900)000000334673

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: 176 | MICROCHIP: 990000012131710 | FECHA: 7/03/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Negro | COLOR: Negro

ESPECIE: CANINO __ FELINO X | SEXO: HEMBRA __ MACHO X | RAZA: Mestiza | EDAD: 3 años | PESO: 3.8 | 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: Maria Ines Meza Avila | DIRECCION: Kr 20 # 11-09 AP 301 | TELEFONO: 3143258246

CEDULA: 60 314 432 | CORREO ELECTRÓNICO: 3143258246@sincorreo.com

BARRIO: La Sabana | 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: 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: 164 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	0,19 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 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 Vclázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	FIRMA MV
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL Yennifer Gutiérrez Nomesque Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358	FIRMA GG

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del Responsable/Tenedor: María Inés Meza Avila	**Nro de Identificación:** 60-314-432

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 60.314.432

MEZA AVILA
APELLIDOS

MARIA INES
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 17-JUL-1963
BUCARAMANGA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

30-SEP-1984 CUCUTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-8881565-70130028-F-0060314432-20041001 05508 04274C 02 159631220

aseo

Periodo facturado Aseo
DIC/01/2024 - ENE/31/2025
El servicio de aseo se factura de forma bimestral

Cuenta contrato	Número para pagos
10312541	44044285615
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: RESIDENCIAL			Estrato		2
Und. Res. Ocupada:	1	Und. No Res. Ocupada:	0	Densidad	0.000
Und. Res. Desocupada:	000	Und. No Res. Desocupada:	000	Volumen	0.00
Frecuencia Barrido:	06	Frecuencia Recolección:	06	%Participación	0.000%

Componentes de tarifas

Costo Fijo Total CFT:	Costo variable no aprovechable	Valor base aprovechamiento
33.831,60	12.358,38	152.831,36

A Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$66.156	Interés mora	$12
Subsidio	$26.462-	Ajuste a la decena -debito-	$5

Subsidio (-)	40%	Valor Aseo	$132.718
Aporte (+)	00%	Total ingresos del periodo	$132.718
Información - deuda total		Ingresó que Aseo reporta a la DIAN en el periodo actual	

Toneladas por suscriptor mes

Barrido y limpieza	Limpieza urbana	Rocheo del aprovechamiento
0,0025	0,0011	0,0000

Efectivamento aprovechables	Residuos no aprovechables | Aforadas - no aforadas
0,0775	0,0363

Histórico de vigencias cobradas

3	2	1	
536.088	537.521	536.935	Días liquidados
			62

La tarifa incluye subsidio o aporte*

acueducto
AGUA 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: K3 RUTA:K33411 BIMESTRAL

10312541	44044285615
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

¡Hola!

Factura a nombre de
FRANCISCO CALDERON

Dirección del predio
KR 20 11 09 AP 301

Barrio: **LA SABANA** Localidad: **LOS MARTIRES**

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Período facturado	NOV/07/2024	ENE/06/2025
Pago oportuno	FEB/10/2025	Suspensión FEB/13/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
ABR/02/2025	ENE/28/2025 06:45:16	ENE/28/2025 14:35:55

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

En este período **consumiste 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. NIT 890.930.534-0 554

me1/1Transaccion:572002025021011
11119
Fecha: 2025-02-10 11:11:01
Numero/Referencia:3143258246|999
6|0|44044285615|ACUEDUCTO DE
BOGOTA|90|1^0448^000037438300^38
^^NA
Valor: $374383.00
Operador:RECAUDO_SERVICIOS
Autorizacion:ON250210.1110.J6451
2|549965
Respuesta: Transaccion Exitosa!
Transaccion:ON250210.1110.J64512
|549965 OK ACUEDUCTO DE
BOGOTA 44044285615
10/2/25, 11:10Tu-Red
https://plataforma.tu-red.com/ho

este período

romedio de consumo fue 42

52 56

SEP-NOV $32.783.272 — ÚLTIMO CONSUMO

ste más agua que en el anterior

lor

iturado con Consumo Normal
ie promedio
icargue fuente alterna 0

Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

En este período 56.000

Promedio al día 918

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

Marca KENT
Serie L5151

Tipo VOLU020B
Diámetro pulgadas ¾

Tu cobro en este período

Escanea y paga virtual

Acueducto	+	Alcantarillado	+	Otros cobros	+	Aseo	=	Total a pagar
$177.132,70		$182.779,26		$25.238-		$39.710		$374.383
1		2		3 4 5 6		A		

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

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

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

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): e607137027a22e1d39863e021f96c62a2dd264c44051589fed0b4507262925725a3125e0a325b1a674b572c14e49a97

Detalle de tu consumo este bimestre

1 Acueducto

	Cant.	Valor unitario	Ajuste Decena	Valor	Tarifa**	= Total	Cant.	Valor unitario	Ajuste Decena	Valor	Tarifa**	= Total
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$9.105,79	-40	$7.357-	$5.317,47	$11.034,33	2,00	$4.370,95	-40	$3.497-	$2.622,57	$5.244,90
Consumo residencial básico (m³)	22,00	$3.519,02	-40	$30.967-	$2.111,41	$49.451,44	22,00	$3.751,31	-40	$33.000-	$2.250,79	$49.649,82
Consumo residencial superior básico (m³)	34,00	$3.519,02		$0	$3.519,02	$119.646,68	34,00	$3.751,31		$0	$3.751,31	$127.544,54
Cargo fijo no residencial (mes)												
Consumo no residencial (m³)												
Subtotal				$38.324-		$177.132,70				$36.497-		$182.779,26

* 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)	$17,12	$52,78
Tarifa consumo superior a básico ($/m3)	$0,00	$57,97
Total por consumo facturado	$377	$4.162

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajuste a la decena	$1-
Deben. mín. vital total	$25.337-
Intereses de mora	$100
Subtotal	25.238-

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, Itau, Occidente, AV Villas, Bogotá, Sudameris y City.

Aseo
Valor a pagar
$39.710

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

(415)7707200489996(8020)44044285615(3900)000000039710

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$334.673

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.
Señor cajero: Si en el desprendible de aseo aparece sello y stiker 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)44044285615(3900)000000334673

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS NRO. UNICO DE REGISTRO 1-11001000-10 EAB-ESP

9088 4397

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA	MICROCHIP:	FECHA:
177	990000013799193	17/02/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
	Orion.	Tigre - Gris

ESPECIE: CANINO __ FELINO X	SEXO: HEMBRA __ MACHO X	RAZA	EDAD	PESO	POTENCIAL PELIGROSO
		Mestizo	6meses	3,7kg	SI __ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO:	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO	TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR __
SI __ NO X	SI __ NO X	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:	DIRECCION:	TELEFONO
Luisa Angelica Jimenez Sanchez	Kr 18 0 # 4A-29	3204020174

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
1022401013	luisaangelicajimenez@gmail.com

BARRIO:	ESTRATO:	LOCALIDAD: LOS MARTIRES
La Estanzuela	3	

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: X CANINOS PARVO: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: / HEXAVALENTE: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / FELINOS: TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA: / RABIA: /
NO Aplica	NO Reporta	

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
168 l/m	32 r/m	38,6 °c	1 seg	Rosado

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 ☑
	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 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 MVJ
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Yennifer Gutiérrez Nomesque Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358	FIRMA YG

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:
Luisa Jimenez	1022401013

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:

96

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.022.401.013**

JIMENEZ SANCHEZ
APELLIDOS

LUISA ANGELICA
NOMBRES



FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **22-DIC-1994**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA | **O-** G.S. RH | **F** SEXO

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

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-01063775-F-1022401013-20190222 0084617769A 1 9907302110

556

enel | Bogotá

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas ingrese su número de cliente es: **0318207-9**

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

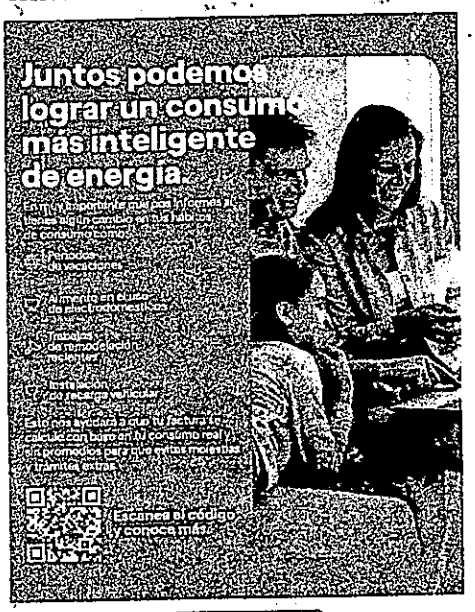
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 339853997-6

CLIENTE

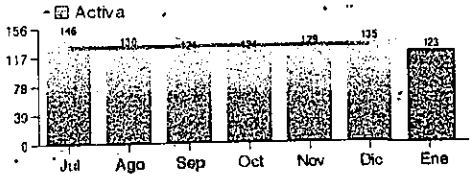
MARIA DEL PILAR SANCHEZ BONILLA
KR 18 B NO 4 A 29
BOGOTA, D.C. - LA ESTANZUELA

17 226 2667 / 074-660972

Todos los días en Virtual y Escanea el código



Activa



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

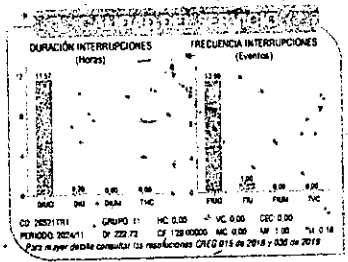
¡Este mes tuvimos acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía se encuentra dentro de lo habitual!

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	4,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	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)
0,17
0,00
0,00
0,00

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 178 | MICROCHIP: 990000012131812 | FECHA: 17/04/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Mesi | COLOR: Blanco Café

ESPECIE: CANINO __ FELINO X | SEXO: HEMBRA __ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 5 meses | 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 __ COMPRADO __ ADOPTADO __ REGALADO X PERRO DE CUADRA __ OTRO __

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yulieth Gisel Gomez Chamba | DIRECCION: Cl 5c # 25A-23 | TELEFONO: 3132388868

CEDULA: 1026577585 | CORREO ELECTRÓNICO: Famyjimenez2012@hotmail.com

BARRIO: El Progreso | 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 ha tenido | ULT. DESPARASITACION: Dic 24 | 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	F. RESPIRATORIA	TEMPERATURA	TLLC	MUCOSAS
166 l/m	32 r/m	38,4 °c	1 seg	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 Vc. Vázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	FIRMA: MVV
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Yennifer Gutiérrez Nomesque Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358	FIRMA: YG

55

	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: 1026577585 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:

49-50

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.026.577.585**
GOMEZ CHAMBO
APELLIDOS
YULIETH GISEL
NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **01-DIC-1993**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.52 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO
21-DIC-2011 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1500150-00356783-F-1026577585-20120120 0028988500A 1 36861160

55

enel Bogotá

PAPEL ECOLÓGICO

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

Para pagos, consulte tu número de cliente

0353452-7

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 339718039-2

CLIENTE

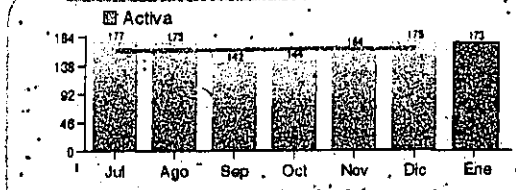
ANDRES E CORTESS
CL 5 C NO 25 A 23
BOGOTA, D.C. - EL PROGRESO

16 205 4181 / 074-1024084

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $877,38
CONSUMO DIARIO: 6,77 kWh
VALOR DIARIO: $4.489

PERÍODO FACTURADO: 19 DIC/2024 A 17 ENE/2025
DÍAS FACTURADOS: 30
CONSUMO MES: 173 kWh
CONSUMO PROMEDIO ÚLTIMOS 6 MESES: 163 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:	5,57
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10002182054181
RUTA LECTURA:	12182300401
MANZANA DE LECTURA:	MS00411148
MEDIDOR NO:	074-1024084
MEDIDOR NO:	074-1024084

USO SEGURO DE LA ENERGÍA

Es importante que apagues por completo todos los dispositivos que no vas a usar, el no se pueden apagar te recomendamos configurarlos en modo ahorro de energía.

CALIDAD DE SERVICIO



CONTÁCTANOS

Registrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia
318 890 8003 (Clara Bot o pasa Asesor)
Enel Colombia
@EnelClientesCO

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE: Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 6 115 115
EMERGENCIAS: 115 Gratuito las 24 horas
DENUNCIAS: 601 6140555 denuncias@enel.com

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

¿COMO PAGAR TU FACTURA?

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

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

Corresponsales Bancarios: CONRED, efecty, Red Servi, Baloto, MOVIRED, Punto Red, Su Red

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Jumbo, Alkosto

Código QR

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el desprendible del datafono. El solo del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.



COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: DIC/2024
Cu: $358,75 T: $33,19 Dc $280,72 CV: $108,30 PR: $93,78 Rc $5,84 CP: $0,00 / $877,38 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: VEGA SANMARTIN - RIVEL DE TENSIÓN: PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por ml. Somos autorretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2022. 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 prefijada para pago oportuno. Para mayor información comuníquese 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. E.S.P. 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 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 (Encargo de Cobranza), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo, ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención dedicados 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: 3a3b1b6259b452a30b5192f59ed144b0d282e8a13d98704d2055a37d51bd97eb1b135a7c6fec6fa875d4beb8b82e4575a

FECHA GENERACIÓN: 22/01/2025 00:29:58
FECHA EXPEDICIÓN: 22/01/2025 15:28:31

56

1 Tu Factura Enel X $134.676 + 2 Portafolio Enel X $187.354 − Total a Pagar $322.030

PAGO 31 ENE /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN 04 FEB /2025

ENERGÍA

Número de cliente 0353452-7

Periodo facturado 17 FEB /2025

Tipo de Lectura: Real — Situación encontrada: Norma

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	9.470		9.297		173		1		173	173		$877,36		$151.78
ENERGIA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$280,72		$
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh X				Valor kWh $877,3617	X	Beneficio -15,00 %							-$17.10

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $4.498 DIARIOS

SUBTOTAL: $134.67

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$1
SUBTOTAL	$1

Consumos > Otros cobros asociados a energía — 1 TOTAL ENERGÍA — $134.676

Otros cobros de productos y servicios

Asistencia Protección Luz 360	$5.371
Tarj.Créd. Privada – Semilla	$181.983

enelx

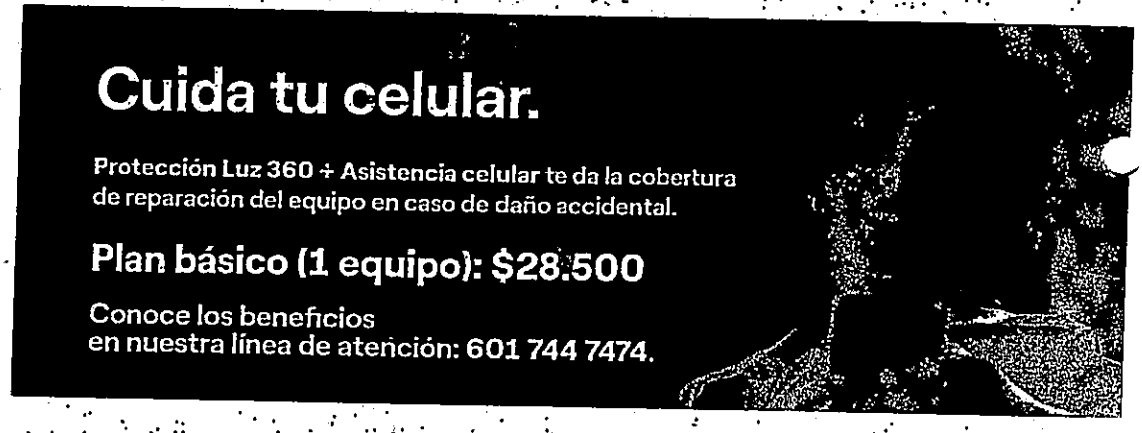
Te invitamos a consultar el detalle de tus productos y servicios a través de la APP, tu Sucursal Online en la página web o inscribiéndote a FACTURA VIRTUAL desde www.enel.com.co en la sección Personas.

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y aseo — 2 TOTAL OTROS — $187.354

Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no pagar 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 $88.835

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 0353452-7

Documento Equivalente Electrónico No. 339718039-2

(415)7707209914253(8020)0103534527339718039 2(3900)00000000322030

PAGO OPORTUNO 31 ENE /2025

TOTAL A PAGAR $322.030

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA	MICROCHIP:	FECHA:
179	990000012131811	17/02/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD __

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
	Michi	Atigrado - Blanco

ESPECIE: CANINO __ FELINO X	SEXO: HEMBRA __ MACHO X	RAZA	EDAD	PESO:	POTENCIAL PELIGROSO
		Mestiza	5meses	2,12kg	SI __ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO:	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO	TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR __
SI __ NO X	SI __ NO X	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
Oscar fernando Marin Calleja.	Ak 14 # 018-30	3136682033

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
79 617 118	oscarfernandomarincalleja@gmail.com

BARRIO:	ESTRATO:	LOCALIDAD: LOS MARTIRES
San Bernardo	0	

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

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
165 l/m	32 r/m	38,4 °c	1 seg	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.)	0,5 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		FIRMA
	Mónica Velázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	MV
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL		FIRMA
	Yennifer Gutiérrez Nomesque Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358	YG

561

	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 Fernando Marin Callejas	79617118 Bogota

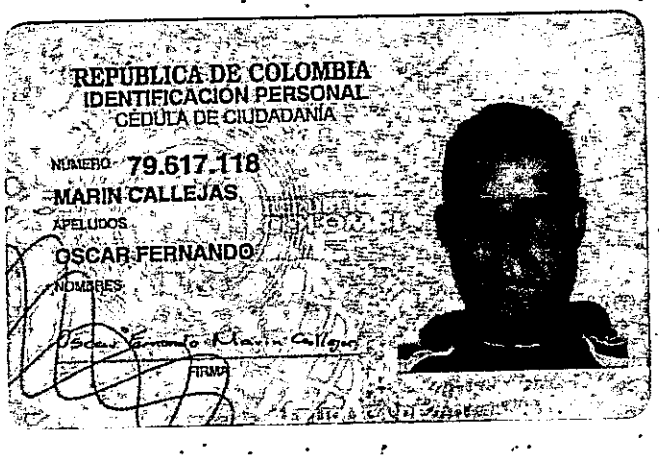
Yo, _____ Identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilización y castración) de mi animal de compañía.
RAZÓN:

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

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

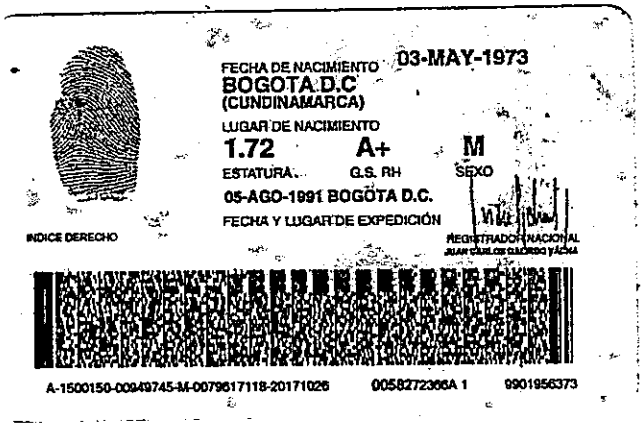
OBSERVACIONES:



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 79.617.118
MARIN CALLEJAS
APELLIDOS
OSCAR FERNANDO
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

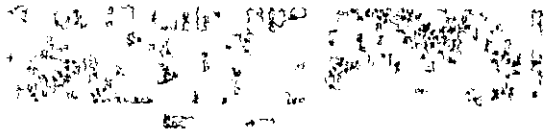
FECHA DE NACIMIENTO 03-MAY-1973
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

05-AGO-1991 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS CLAVIJO VACA

A-1500150-00949745-M-0079617118-20171026 0058272366A 1 9901956373



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: **0315739-9**

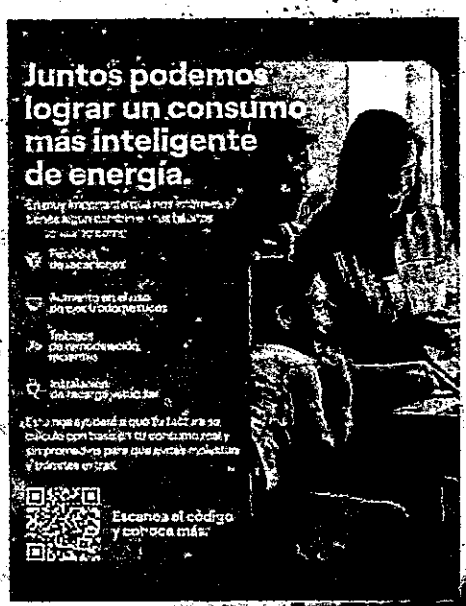
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 340106305-3

CLIENTE

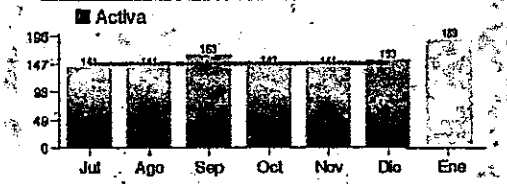
JOSE FERLEY TRIANA BOLIVAR
AK 14 NO 01 B 30
BOGOTA, D.C. - SAN BERNARDO

19 206 4161 / 117-31259

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $877,36

CONSUMO DIARIO: 5,91 kWh

VALOR DIARIO: $5.218

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

DIAS FACTURADOS: 32

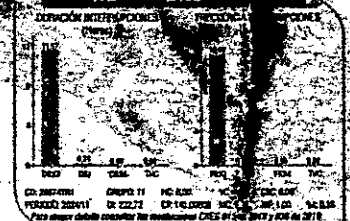
CONSUMO MES: 189 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 161 kWh

Entre los factores que afectan la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO presenta una variación $ entre las posibles causas y tips de consumo en www.enel.com.co

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Comercial
ESTRATO:	0
CARGA KW:	2,79
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	100021920641611
RUTA LECTURA:	12192060271
MANZANA DE LECTURA:	MS00320108
MEDIDOR NO.:	117-31259
MEDIDOR NO.:	117-31259



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.

CONTACTO

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuita las 24 horas	+1 800 0140065 denuncias@enel.com

Zona privada de la página Web

App Enel Clientes Colombia

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 Recordable

Sucursal Virtual: Daviplata, MOVII, Nequi, Efecty

Corresponsales Bancarios: CONEXRED, Baloto, Su Red, MOVIRED, Gana, Punto Red

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio

Código QR...

Almacenes de Cadena: Jumbo, Makro

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el desprendible del depósito. El sello del corresponsal no es un soporte válido de pago de factura.

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P. TV 4 No. 51A-25

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

ÁREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P. Calle 129 # 54-38/40 Local 123-124

Línea de servicio al cliente 110

Comparte lo mejor de tu energía a quienes lo necesitan. Puedes realizar tus donaciones en: www.enelusuario.com/co/es sección "Comparto mi energía" Aporte sugerido: $19.898

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:

Vigencias DIC/2024

G: $386,76 T: $64,99 D: $383,73 CV: $ 106,36 PR: $66,76 R: $1,44 C/P: $0,00 = $877,36 Costo kWh Mes

EMPLEO EL CIRCUITO: APO-MARTIN - NIVEL DE TENSIÓN 1 PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por ant. Somos autorretenedores según Resolución [illegible] 0047 de 25 de enero 2002. RÍA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1996.

Sobre el contenido de la presente factura el Usuario cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994 [illegible] hacer uso de estos 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. Defensor del cliente ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución (s) 0001 de 10 de diciembre de 2020.

Sobre el acta de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa dentro de la oportunidad 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 159/11 consultar www.enel.com.co

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, no autoriza [illegible] Nacional de Medidores entregados a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y a 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 Distribución de energía eléctrica (prestado por Codensa), de acuerdo con la aprobación emitida mediante [illegible] por el cliente para el uso de la factura como medio de recaudo, ENEL COLOMBIA S.A.E.S.P no es responsable por el servicio [illegible] 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 [illegible] COLOMBIA S.A. E.S.P., NIT. 860.063.875-8. Estado vigilado por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 27/01/2025 00:06:25
FECHA EXPEDICIÓN: 27/01/2025 13:18:10

Nombre del ENV: CEN/Pendiente - NIT 860.321.151-0
Proveedor tecnológico: Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 830.008.638
CUDE: b661 7d1 6b43b20cd4571 d0e 1d1 18c68a31 1be89bc0ae4 f5f 1be e236d57ce 49f9227 ff8e8ff4b0d7f7b 197e90c1 f23

563

1 Total Energía	+	2 Portafolio Enel X	+	3 Total Aseo	=	Total a Pagar	PAGO OPORTUNO	FECHA DE SUSPENSIÓN
$198.990		$0		$114.760		$313.750	05 FEB /2025	07 FEB/2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 0315739-9 | 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	18.328		18.139		189				189	189		$877,36		$165.821
ENERGIA REACTIVA	9.105		9.027		78				78	0		$280,72		$0
CONTRIBUCION	APORTE DEL 20,00 % DEL VALOR FACTURADO													$33.164
ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $6.218 DIARIOS												SUBTOTAL:		$198.985

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena $0

SUBTOTAL: $0

Consumos + Otros cobros asociados a energía — 1 TOTAL ENERGÍA: $198.990

Otros cobros de productos y servicios

enel X

Te enviamos a consultar el detalle de tus productos y servicios a través de la APP, tu Sucursal Online en la página web o inscribiéndote a FACTURA VIRTUAL desde www.enelx.com 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 $62.702

Informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones Crédito Fácil CODENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO, éstas entrarán en mora, ante lo cual se realiza reporte negativo a las bases de información Financiera y cobro por gastos de cobranza si la mora supera 15 días y se realiza gestión de cobro.

ESTIMADO CUENTE: La tarifa final es de: $377,36

ASEO

PRESTADOR: PROMOAMBIENTAL DISTRITO SAS ESP | ASE No.: 1 | NIT: 901145808-5

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

		DÍAS LIQUIDADOS
CUENTA CONTRATO	10101337	
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO.	340106305-3	31
PERIODO DE FACTURACIÓN	22.12.2024 a 21.01.2025	

HISTÓRICO DE FACTURACIÓN



ESTADO DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO NO RESIDENCIAL	$78.508
ASEO - CONTRIBUCIÓN NO RESIDEN	$38.253
ASEO - AJUSTE A LA DECENA DEBI	$1

MESES EN MORA: 0 — 3 TOTAL ASEO: $114.760

APORTE NO RESIDENCIAL 50%
APORTE RESIDENCIAL 0%
SUBSIDIO 0%

DATOS DEL USUARIO

TIPO PRODUCTOR: Pequ. Prod. Comercial
VOLUMEN: 0.0000 — ESTRATO: 2
DENSIDAD: 0.20 — FREC. RECOLECCIÓN: 6
% PARTICIPACIÓN: 0% — FREC. BARRIDO: 7

UNIDADES	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	0	0
No residenciales	2	0

COSTOS PARA TARIFAS

COSTO FIJO TOTAL:	COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE:	VALOR BASE APROVECHABLE:
$36.998,98	$24.266,04	$152.831,36

TONELADAS POR SUSCRIPTOR

BARRIDO:	0.00264006
LIMPIEZA URBANA:	0.00105820
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO:	0.00001623
EFECTIVAMENTE APROVECHADAS:	0.05037181
RESIDUOS NO APROVECHABLES:	0.00
AFORO NO APROVECHABLE	0.00

MENSAJES DE INTERÉS

NÚMERO DE CLIENTE: 0315739-9

Documento Equivalente Electrónico No. 340106305-3

(415)7707209914253(8020)010315739934010630633900)0000000313750

PAGO OPORTUNO: 05 FEB /2025

TOTAL A PAGAR: $313.750

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA	MICROCHIP:	FECHA:
180	990000013802939	17/02/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Orion			COLOR: Negro	
ESPECIE: CANINO __ FELINO X	SEXO: HEMBRA __ MACHO X	RAZA Persa	EDAD 1año	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 X MIXTO __ OTRO __	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: María Stela Varela Florez	DIRECCION: Cl 1F # 18A-29 Piz	TELEFONO 3214832209
CEDULA: SI 967 779	CORREO ELECTRÓNICO: mariastelavarela@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:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: HEXAVALENTE: TRIPLE: PENTAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA:
NO Aplica	NO Reporta	

4. EXAMEN CLÍNICO

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:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
168 l/m	32 r/m	38,3 °c	1 seg	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	1,5 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 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	Yennifer Gutiérrez Nomesque Médico Veterinario - Zootecnista	FIRMA YG

56

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:
• María Stela Valle	• 51967779

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:
Sta Helena	28 feb 25	8 am

OBSERVACIONES:

SE LE INFORMA AL TENEDOR RESPONSABLE LOS RIESGOS ANESTESICOS Y QUIRURGICOS DEL ANIMAL, POR LA CONDICIÓN DE SUPLAZA, TENEDOR INDICA QUE ACEPTA EL RIESGO

MVV

Mónica Vázquez Milán
Médica Veterinaria
TP. 11804

• María Stela Valle

51967779

59

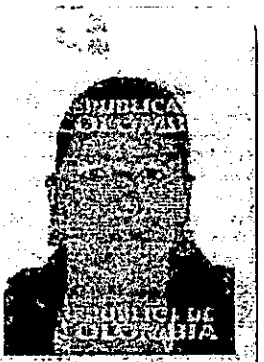
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 51.967.779
VARELA FLOREZ

APELLIDOS
MARIA STELA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 11-JUN-1969
GINEBRA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

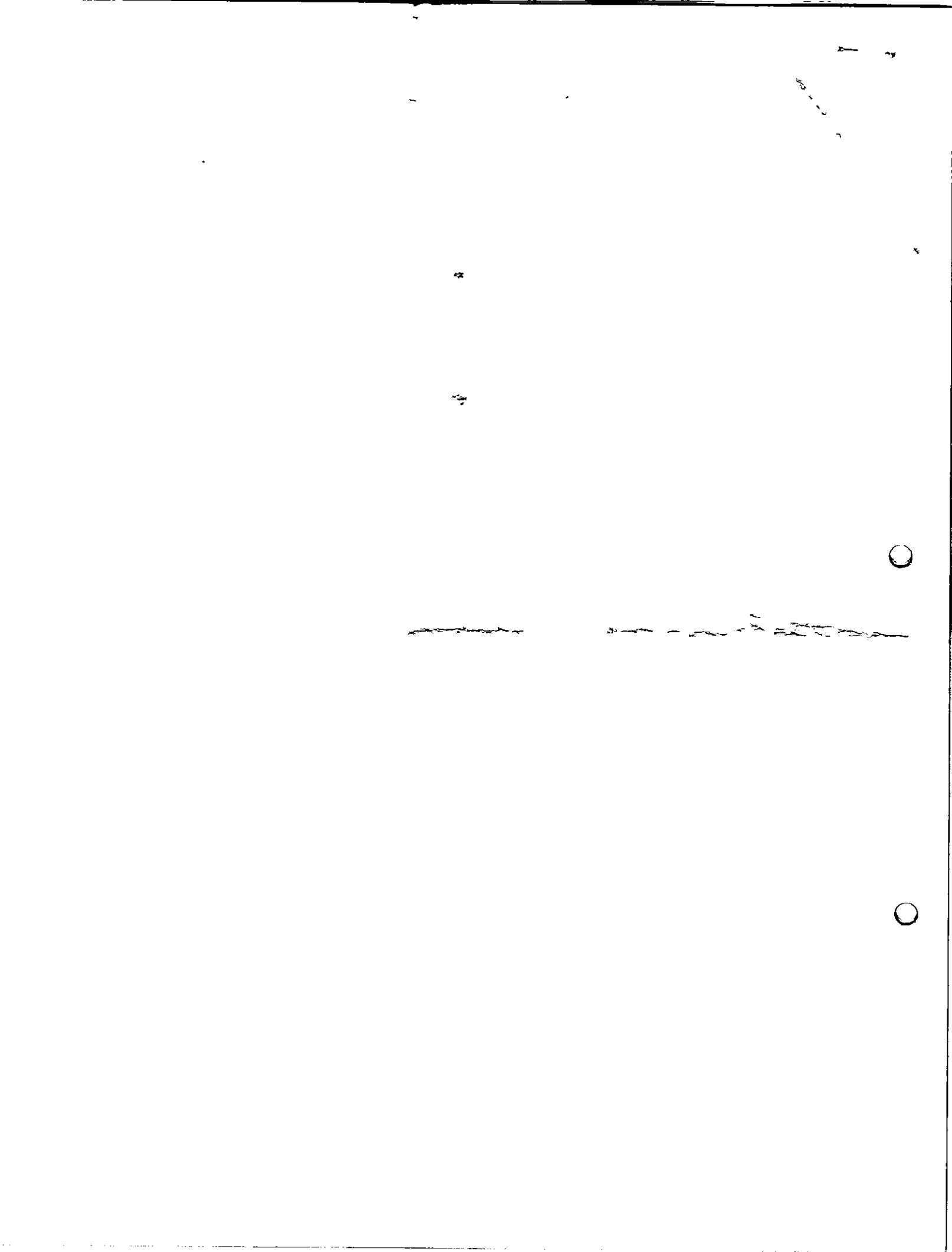
1.55 ESTATURA | B+ G.S. RH | F SEXO

30-SEP-1987 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00456495-F-0051967779-20130815 0034383267A 1 1302472581



80437

Bogotá

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

0307563-2

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 340071971-0

80437

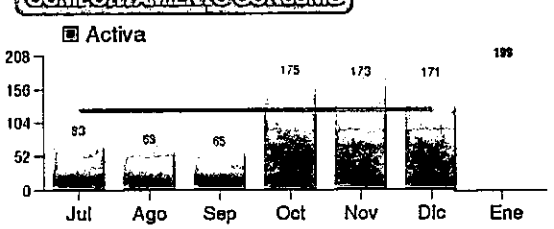
ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-8
Calle 93 No. 13 – 45 Piso 1

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

PERIÒDO FACTURADO: 22 DIC/2024 A 22 ENE/2025
DIÁS FACTURADOS: 32
CONSUMO MES 199 kWh
CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 123 kWh

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



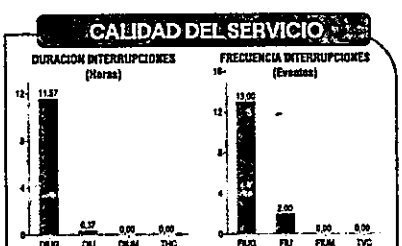
INFORMACION DE LA CUENTA

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



CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/radicaciones
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
316 890 6003 (Elena Bot o paso Asesor)
Enel Colombia
@EnelClientesCO
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas.	601 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
dale! · MOVII · NEQUI · tpaga

Corresponsales Bancarios
CONRED · efácil · Reval · MOVIRED · puntored · Safecty

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 recibo 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: $106,30 PR: $69,75 R: $5,64 CF: $0,00 / $877,36 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: CAV27-38121TR1- - 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 9081 de 10 de diciembre de 2020.

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

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

En cumplimiento de la resolución CREG156/11 consultar www.enel.com.co

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, 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: 174ea0dd09bb046007ec9cbd16e5c959b85488310bf69aab701d510a6525363b25849b15245ff0730cead876d4a5a4

Factura impresa por Canoja Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.098.812-
Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CEN/Financiero - NIT 890.321.151-0

80437

566

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	× Factor	= Energía Consumida kWh	Energía Facturada kWh	× Valor Unitario	= Valor Facturado
ENERGÍA ACTIVA FP	10.028	9.829	199	1	199	199	$877,36	$174.595
ENERGÍA REACTIVA	1.668	1.631	37	1	37	0	$260,72	$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh X		Valor kWh $877,3617	X	Beneficio -15,00 %			-$17.109
ESTE MES LA ENERGÍA 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

Te invitamos a consultar el detalle de tus productos y servicios a través de la APP Tu Sucursal Online en la página web o suscribiéndote a FACTURA 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 $89.656

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)010307563234007197l0(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: 181 | MICROCHIP: 990000012131731 | FECHA: 17/02/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Teils | COLOR: Amarillo blanco

ESPECIE: CANINO __ FELINO X | SEXO: HEMBRA __ MACHO X | RAZA Mestizo | EDAD 8meses | 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: Anabel del Carmen Garcia Partida | DIRECCION: AP 102 CL 49B sur #35-92 | TELEFONO 3506542593

CEDULA: 55z1816 | CORREO ELECTRÓNICO: anabel_080510@hotmail.com

BARRIO: fatima | ESTRATO: 2 | 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: Nov 24 | ULT. VACUNACION: NS/NR: CANINOS PARVO: — TRIPLE: — PENTAVALENTE: — 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: Ningno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ningno

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: 38,4 °c | TLLC 1 seg | MUCOSAS: Rosadas

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 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

36

	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:
Anabel garcia	55218 16

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:

E1871695

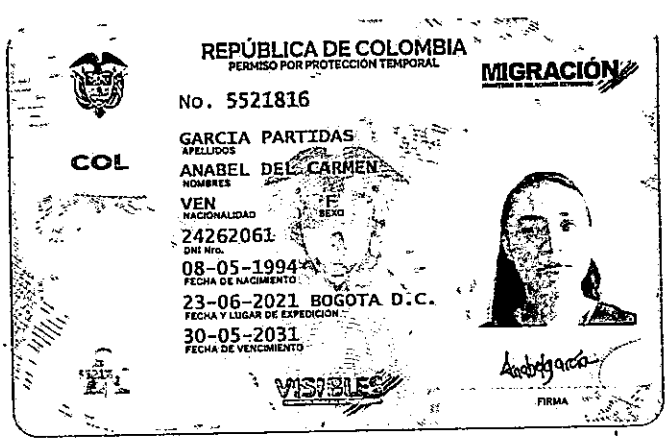
INDICE DERECHO

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

IPCOL5521816<<6<<<<<<<<<<<<<<<
9405088F3105308VENE1871695<<<3
GARCIA<PARTIDAS<<ANABEL<DEL<CA



enel | Bogotá

PAPEL 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: **1873325-1**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 340211367-4

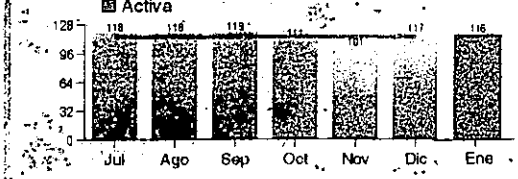
MANUEL GUILLERMO RAMOS G YO
CL 49 B SUR NO 35 92 AP 102
APTO 102
BOGOTA, D.C. - FATIMA

19 105 3875 / 042-6749472

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $877,36

CONSUMO DIARIO: 3,63 kWh

VALOR DIARIO: $1.659

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 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

Es importante que apagues por completo todos los dispositivos que no vas a usar, si no se pueden apagar, ajusta los modos configurables.

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 28935TR1 GRUPO: 11 HC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,00
PERIODO: 2024/11 DC: 322,72 CF: 101,00000 MC: 0,00 MF: 1,00 %C: 0,18

Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 036 de 2019

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes en oficinas de servicio
Chat de servicio en línea
318 620 6003 (Clara Bot o paso Asesor)
Enel Colombia @EnelClientesCO
Registrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA SERVICIO AL CUENTE: 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 Clientes Enel Colombia, Botón de Pago Online, Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual: daviplata, dale!, MOVII, NEQUI, tpaga

Corresponsales Bancarios: CENRED, GANA, Su Red Amiga, Su Red Efectivo, Su Red Galería, MOVIRED, Su Red Confiable, Su Red Efectivo

Red Distrital

Centros de Servicio: RED CADE, enel

Código QR

Almacenes de Cadena: EL JUMBO, ARKITO

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: $58,16 D: $280,72 CV: $106,30 PR: $88,75 R: $5,84 CF: $0,00 / $877,36 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: 4230-28935TR1 - 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 Comun. 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 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 CREG 156/11 consulte: 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. 860.063.875-6. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios



CUDE: 5c8e946ae88ec5c05d41c151c5e3149d43a4509e3f00d826b0f8a7dd78b80cd2811b307c5d0ab78bbf8953072a234e985

FECHA GENERACIÓN: 27/01/2025 00:15:35
FECHA EXPEDICIÓN: 27/01/2025 11:58:11

569

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 182 | MICROCHIP: 990000012131807 | FECHA: 17/02/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Sirius | COLOR: Atigrado blanco

ESPECIE: CANINO __ FELINO X | SEXO: HEMBRA __ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 1año | 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: Cindy Paola Rodriguez | DIRECCION: CL 22 D # 18-16 | TELEFONO: 3212223492

CEDULA: 1026264825 | CORREO ELECTRÓNICO: rodriguezcindy228@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: Nov 24 | ULT. VACUNACION: NS/NR: CANINOS PARVO: HEXAVALENTE: / FELINOS: TRIPLE FELINA: Agost 24 LEUCEMIA: / TRIPLE: — PENTAVALENTE: — 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: 167 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	0,2 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 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: Yennifer Gutiérrez Nomesque, Médico Veterinario - Zootecnista, TP. 33358 | FIRMA: YG

570

	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:
Cindy Paola Rodriguez.	1026269875

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

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.026.264.825

RODRIGUEZ
APELLIDOS

CINDY PAOLA
NOMBRES

Cindy Paola Rodriguez

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 24-ENE-1989

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

30-MAY-2007 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

ÍNDICE DERECHO

A-1500150-01071822-F-1026264825-20190409 0065163313A 2 9907931883

ESTADO CIVIL

57

64

enel Bogotá

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

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **0342831-6**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 338306606-0

CLIENTE

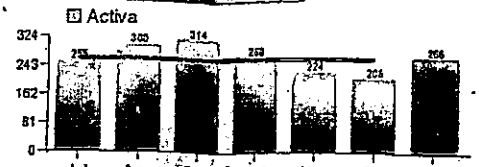
DELASCAR MEDINA
CL 22 D NO 18 16
BOGOTA, D.C. - SANTA FE

08 403 7399 / 065-1114866

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO

Activa



VALOR kWh APLICADO: $877,35

CONSUMO DIARIO: 8,03 kWh

VALOR DIARIO: $6.554

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 261 kWh

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

DIAS FACTURADOS: 33

CONSUMO MES: 266 kWh

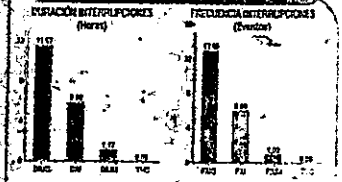
¡Este mes tuvimos acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y su CONSUMO de energía se encuentra dentro de lo habitual!



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	9,04
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30004084037399
RUTA LECTURA:	34084040239
MANZANA DE LECTURA:	MS00610327
MEDIDOR NO:	065-1114866
MEDIDOR NO:	065-1114866

CALIDAD DEL SERVICIO



Para mayor detalle consultar Las resoluciones CREG 015 de 2018 y 030 de 2019

USO SEGURO DE LA ENERGÍA

Es importante que apagues por completo todos los dispositivos que no vas a usar, si no se pueden apagar te recomendamos configurarlos en modo ahorro de energía.

CONTÁCTANOS

- Denuncia irregularidades
- Chat asistente virtual
- 316 890 8003 (Llame 24/7 a nuestro Asistente)
- Redes Enel Colombia: @enelcolombia
- Redes X: @enelcolombia
- Registrate gratis
- Zona privada de la página Web
- App Enel Clientes Colombia

EXPANSIÓN ESPECIALIZADA AL CLIENTE
Bogotá, Soacha y Cundinamarca
601 5 115 115

EMERGENCIAS
115 Gratuito las 24 horas

ECOMERCIAL
601 5140035
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 Avisa, Internet, Teléfono + Servir, Débito Automático, Cajero Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Botón de Pago + Online, Botón de Pago Semiautomático

Billetera Virtual: dale!, MOVII, nequi, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efecty, Red Servir, Baloto, Su Red Efectiva, Su Red Efectiva Corresponsal Bancario, Su Red Efectiva Corresponsal Cambiario, HOY RED, puntoRed, Su Red Efectiva

Red Distrital: RED CADE enel

Centros de Servicio

Almacenes de Cadena: Jumbo, Metro

Código QR

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



COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: DIC/2024
G: $358,73 T: $58,19 D: $260,72 C: $108,30 PR: $33,79 R: $5,84 CF: $3,00 / $577,36 Costo kWh Mes

GRUPO 11 CIRCUITO EP21-12132201 – NIVEL DE TENSIÓN: PRIMARIA Empresa

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 13,04 por est. Somos autorretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1995 C.C. [illegible]

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 ésta antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunicarse 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 9051 de 10 de diciembre de 2020.

"Sobre el acto de suspensión proceden 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 sobre presta salvo ajustes por conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994

Es corrección de la resolución CREG 015/411 consultar www.enel.com.co

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, le 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. Para obtener mayor información, le invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comuníquese a la línea (601) 5 115 115, si usa ca Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de

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 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. E.S.P no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. 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 productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. nit. 860.063.875-6. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 11/01/2025 00:56:27
FECHA EXPEDICIÓN: 11/01/2025 16:58:20

CUDE: 8dbad15b564d28e7b0fb025f43a5ed0d3202882b7c0c5352601f2414e9d22f0310f94e0d31f0945426b1050005f2cbe0c316

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 900.221.151-9

Factura Impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.050.812-2

7.276.36 - Página 1 de 2

572

puntore

Scotiabe

COLPAT

CORRESPONSAL E
SCOTIABANK Col

Puntored no te cobra p

Pago de factu

TRANSACCIÓN EXIT

Fecha
Hora
Terminal
Cod. Convenio
Referencia
Valor
Transacción
Usuario 001
BERNARDO HARE

Línea de atención personaliz
3487881 Resto del País: 01 8

Aquí también puede pagar su t
credito y creditos de consumo
Scotiabank Colpatria

BANCO SCOTIABANK COLPATRIA VIGI
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE

Portafolio Enel X $0

$216.270

PAGO OPORTUNO
21 ENE /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN
23 ENE /2025

NÚMERO DE CUENTA 0342831-6

05 FEB /2025

Situación encontrada: Normal

33.415	265		256	269	$977,53		$233.370	
0	0	0	0	0	$233,72		$0	
Cobrar 120,00 kWh X	Valor kWh $977,3617	X	Beneficio -15,00 %					
COSTO $8.634 DIARIOS						SUBTOTAL:		$216.269

Otros Cobros de productos y servicios

SUBTOTAL: $1

$1

enel x

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

1 TOTAL ENERGÍA: $216.270

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y aseo

2 TOTAL OTROS: $0

...TERO para no generar intereses de mora y la FECHA DE ...rá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo ...el costo por concepto de reconexión es hasta de $32.835

Informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones Crédito Fácil COOENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO, éstas entrarán en mora, ante lo cual se realiza reporte negativo a las bases de información Financiera y cobro por gastos de cobranza si la mora supera 15 días y se realiza gestión de cobro.

ESTIMADO CLIENTE: El promedio de consumo para el periodo no corresponde (0 – 120 kWh/mes) se ha ...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 CUENTE
0342831-6

Documento Equivalente Electrónico No.
338306606-0

(415)7707209914253(8020)010342831633830650 50(3900)000000000216270

PAGO OPORTUNO
21 ENE /2025

TOTAL A PAGAR
$216.270

55923

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA	MICROCHIP:	FECHA:
183	990000012131817	17/02/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Ramon				COLOR: Blanco-Negro	
ESPECIE: CANINO __ FELINO X	SEXO: HEMBRA __ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 2ano	PESO: 4kg	POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI __ NO A	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: Marisol Camacho Acosta	DIRECCION: CL 2A # 24-83		TELEFONO 3124370380
CEDULA: 39 649 942	CORREO ELECTRÓNICO: marisol 260168@gmail.com		
BARRIO: El Vergel	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:
NO Aplica	NO Reporta	FELINOS: TRIPLE FELINA:	HEXAVALENTE: LEUCEMIA:	PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ____ NO X	SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ningno
HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ningno	
CLASIFICACION ASA: (I.) II. III. IV. V. VI. E.	CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	165	l/m	F. RESPIRATORIA:	32	r/m	TEMPERATURA:	38,4	°c	TLLC 1 seg	MUCOSAS: Rosadas

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.)	0,28 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 Vc.ázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	FIRMA MV
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Yennifer Gutiérrez Nomesque 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:
Marisol Camacho	39.649.942

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

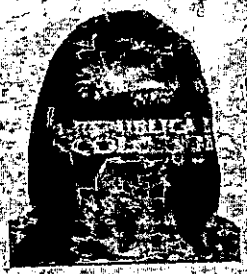
LUGAR:	FECHA:	HORA:
Santa Helena	28 feb/25	8 am

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **39.649.942**
CAMACHO ACOSTA
APELLIDOS

MARISOL
NOMBRES



Marisol Camacho Acosta
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **26-ENE-1968**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

25-MAY-1987 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00393432-F-0039649942-20120815 0030824803A 1 1231976890

374

33733

enel Bogotá

PAPEL ECOLÓGICO

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

JACUNDO MARIN
CL 2 A NO 24 83
BOGOTA, D.C. - EL VERGEL

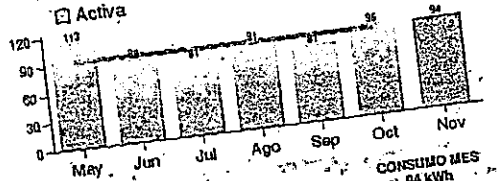
17 221 1004 / 018-19421087

0352145-3

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 332992489-7



Activa



VALOR kWh APLICADO: $833,85
CONSUMO DIARIO: 3,13 kWh
VALOR DIARIO: $2.221
CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 92 kWh

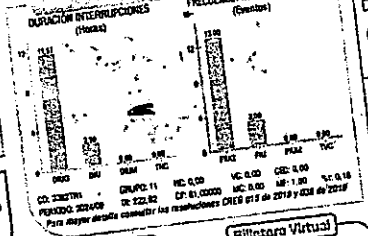
PERÍODO FACTURADO: 22 OCT/2024 A 20 NOV/2024
DÍAS FACTURADOS: 30
CONSUMO MES: 94 kWh

Este es el último proceso de LECTURA DE TU MEDIDOR y CONSUMO que podrás ver en tu factura dentro de la actualización tarifaria.

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10002172211004
RUTA LECTURA:	12172230387
MANZANA DE LECTURA:	MS00410621
MEDIDOR NO:	018-19421087
MEDIDOR NO:	018-19421087

CALIDAD DEL SERVICIO



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.

CONTÁCTANOS

Registrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 6 115 115
115 Gratuito las 24 horas
601 614 0055
https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enel.com

¿COMO PAGAR TU FACTURA?

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

Billetera Virtual
Daviplata · MOVII · NEQUI · tpaga

Código QR

Red Distrital
RED CADE

Centros de Servicio

Corresponsales Bancarios
CONRED · efecty · Red Multiservicios · MULTIRED

Almacenes de Cadena



Si pagas en un corresponsal bancario, exige el pin promotivo del mismo. El sello del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencias: OCT/2024

G: $545,53 T: $52,27 D: $264,60 CV: $103,70 PR: $67,31 R: $0,15 CP: $0,00 / $833,85 Costo kWh $/kw

FECHA GENERACIÓN: 22/11/2024 00:34:28
FECHA EXPEDICIÓN: 22/11/2024 12:39:17

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: DENFinanciero - NIT 890.321.151-9

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.205.812-2

No. Cuenta 0352145-3

57

67

$ $201.335

$267.960

04 DIC /2024

FECHA DE SUSPENSIÓN

06 DIC/2024

0352145-3

19 DIC /2024

Situación encontrada: Normal

Factor		Energía Consumida kWh	Subsidio Facturado kWh		Valor Unitario	=	Valor Facturado
	1	94	94		$833,85		$78.382
	0	0	0		$264,60		$0
Vh $833,8509	X	Beneficio -15.00 %					-$11.757
					SUBTOTAL:		$66.625

$0

COBRO SEGUROS
Tarjeta Credito Amarilla $14.900
$186.435

Te invitamos a consultar el detalle de tus productos y servicios a través de la APP, tu Sucursal Online en la página web o recibiendo a FACTURA VIRTUAL desde

$66.625

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y aseo

$201.335

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.

el consumo de subsistencia (0 – 130 kWh/mes) es de -15.00 %



NÚMERO DE CLIENTE
0352145-3

Documento Equivalente Electrónico No.
332992489-7

(415)7707209914253(8020)010352145333299248 97(3900)000000000267960

Síguenos:
Enel Colombia
@EnelClientesCO
@enelcolombia
www.enel.com.co

Teléfono Banco

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 184 | MICROCHIP: 990000012131739 | FECHA: 17/02/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Zeus			COLOR: Blanco - Gris	
ESPECIE: CANINO __ FELINO X	SEXO: HEMBRA __ MACHO X	RAZA: Mestizo	EDAD: 10 meses	PESO: 3,12 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 V MIXTO __ OTRO __	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yeimi Estefani Gomez Ballesteros	DIRECCION: CL 49 Bis A P102 #35-92		TELEFONO: 3209397064
CEDULA: 1001275606	CORREO ELECTRÓNICO: yeimystefanios@gmail.com		
BARRIO: Fatima	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: LOS MARTIRES	
ESCOLARIDAD: Tecnologo NS/NR: __	TIPO DE VIVIENDA: CASA __ APTO V 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:	PARAINFLUENZA Y BORDETELLA:
			LEUCEMIA:	RABIA: Sept 24

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ____ NO V | 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:
166 l/m	32 r/m	38,3 °c	1 seg	Rosadas

OBSERVACIONES: Ningno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,12 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,32 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: 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 Vc.ázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Yennifer Gutiérrez Nomesque Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358	FIRMA

570

	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:
Yeimi Gomez	1001275606

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:

D
74

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.001.275.606**

GOMEZ BALLESTEROS

APELLIDOS

YEIMI ESTEFANI

NOMBRES

Yeimi Gomez

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **13-FEB-2003**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

23-FEB-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01219416-F-1001275606-20210301 0073610598A 1 8501586544

577

Redeban

Bogotá

PAPEL ECOLÓGICO

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

Factura de venta No. 1873325-1

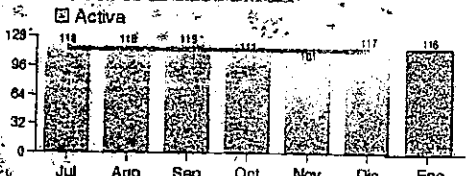
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 340211367-4

MANUEL GUILLERMO RAMOS G Y O
CL 49 B SUR NO 35 92 AP 102
APTO 102
BOGOTA, D.C. - FATIMA

19 105 3875 / 042-6749472



HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)



VALOR kWh APLICADO: $877,36

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

¡Ahora puedes ver el consumo de tu medidor en tiempo real! Descarga la app

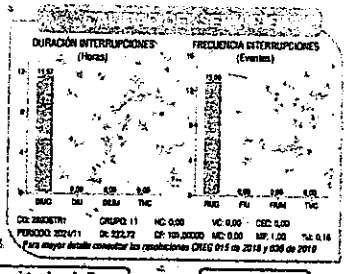
¡Estrenamos nuevo acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía se encuentra dentro de tu hábitat!

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	9,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10001191053875
RUTA LECTURA:	1119105O399
MANZANA DE LECTURA:	MS00240805
MEDIDOR NO:	042-6749472
MEDIDOR NO:	042-6749472

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?

Tramites y solicitudes
Chat de asesores en
318 630 6000 (Elena Bot o pasa Asesor)
Facebook
X
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

¿DÓNDE PAGAR EL SERVICIO A CUENTA?	PQR	EMERGENCIAS
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
Billetera Virtual
Corresponsales Bancarios
Red Distrital
Centros de Servicio
Código QR
Almacenes de Cadena

Si pagas en un corresponsal bancario, cobre el desprendible del contribuyente. El sello del corresponsal no da un soporte valido en caso de reclamo.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: DIC/2024
G: $358,76 T: $58,18 D: $286,72 CV: $108,30 PR: $59,75 R: $5,64 CF: $0,00 / $877,36 Costo kWh Mes

ESTRATO 1 DESCUENTO SUBSIDIO(S) - NIVEL DE TENSIÓN 1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONOMICA 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 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 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 cobra presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994

En cumplimiento de la resolución CREG 155/011 consultar www.enel.com.co

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modifica el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y 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 diríjanse a los canales de atención definidos por cada Empresa.

El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y del 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: 5c8c946a988ec6c0841c151c5a3f49d43a4509a3f00d826dd9a7dd78b560cc2f915b307fcd0ab78bd9f53072a234e985

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

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.086.632-2

Fecha de Venta: 05/02/25 Hora: 02:50:59 p.m.
No. Trx: 5001405B
Comercio: 15510
Id comercio: pl ...
Dire...

RECIBO DE PAGO

(1) $53.410 + (2) $298.240 = $351.650

PAGO OPORTUNO 05 FEB /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN 07 FEB/2025

ENERGÍA | 1873325-1 | 20 FEB /2025

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

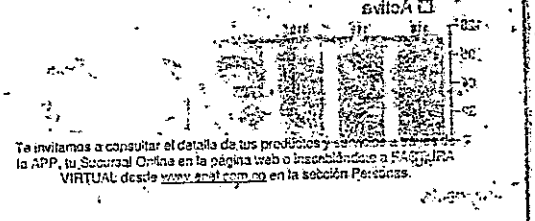
CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Diferencia Selectores	×	Factor	=	Energía Consumida kWh	Energía Facturada kWh	×	Valor Unitario	=	Valor Facturado
ENERGÍA ACTIVA FP	47.821		47.705		116		1		116	116		$877,36		$101.774
ENERGÍA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$280,72		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh X				Valor kWh $877,3617 X				Beneficio 47,52 %					-$48.364
ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $1.669 DIARIOS												SUBTOTAL:		$53.410

Otros cobros asociados a energía

SUBTOTAL: $0

Otros cobros (productos y servicios)

Tarj.Créd. Franquicia $298.240



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

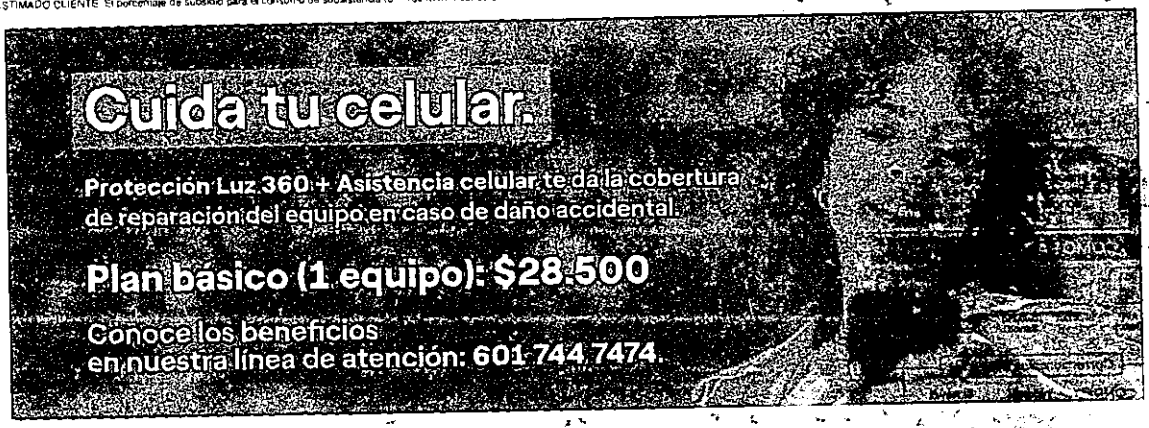
Consumos + Otros cobros asociados a energía (1) TOTAL ENERGÍA $53.410

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y aseo (2) OTROS COBROS $298.240

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 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, 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 %



NÚMERO DE CLIENTE 1873325-1

Documento Equivalente Electrónico No. 340211367-4

(415)7707209914253(8020)011873325134021136 74(3900)000000000351650

PAGO OPORTUNO 05 FEB /2025

TOTAL A PAGAR $351.650

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 185 | MICROCHIP: 990000012131721 | FECHA: 17/04/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Bombom | COLOR: Blanco Gris

ESPECIE: CANINO __ FELINO X | SEXO: HEMBRA __ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 1 año | PESO: 4,3Kg | 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 X REGALADO __ PERRO DE CUADRA __ OTRO __

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yakellys Guaimaro Nessig | DIRECCION: Kr 17 # 3-15 | TELEFONO: 3170437407

CEDULA: 57925I2 | CORREO ELECTRÓNICO: yakellys1983@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: No Aplica | ULT. DESPARASITACION: No Reporta | ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: / HEXAVALENTE: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / FELINOS: TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA: / RABIA: /

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

OBSERVACIONES: Ninno

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: 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 especificamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_x_ RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO
TARJETA PROFESIONAL
Mónica Vázquez Milán
Médica Veterinaria
TP. 11804
FIRMA: MV

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO
TARJETA PROFESIONAL
Yennifer Gutiérrez Nomesque
Médico Veterinario - Zootecnista
TP. 22955
FIRMA: YG

570

	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:
YAKeilys	57925120

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
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN

No. 5792512

COL

GUAIMARO MESSIA
APELLIDOS

YAKEILYS
NOMBRES

VEN
NACIONALIDAD

F
SEXO

16803902
DNI Pers.

19-08-1983
FECHA DE NACIMIENTO

31-03-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO

VISIBLE

FIRMA

E1980244

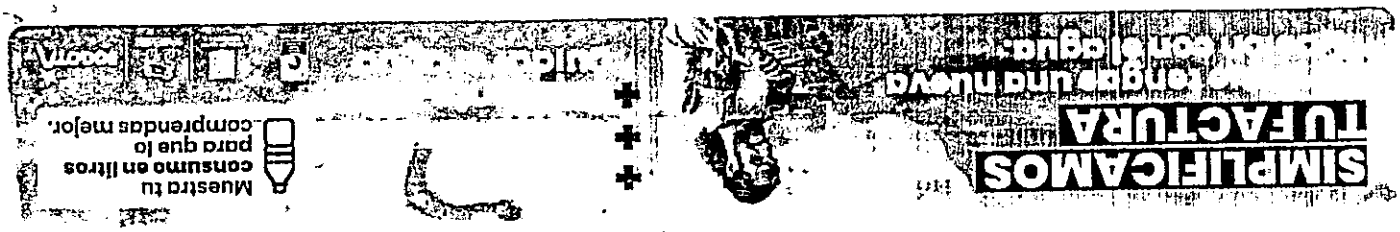
INDICE DERECHO

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<<<<<



aseo

Periodo 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 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:	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

Costo Flo Total CFT:	Costo variable no aprovechable	Valor base aprovechamiento
65.471,28	48.921,62	150.736,65

Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$61.546	Interés mora	$1.280
Aseo pequeño productor	$82.107	Ajuste a la decena -crédito-	$6-
Subsidio	$9.232-		
Aporte	$41.054		

Subsidio (-)	15%	Valor Aseo	$137.730
Aporte (+)	20%	Total ingresos del período	$137.730
Información - deuda total		Ingreso que Aseo reporta a la DIAN en el período actual	

Histórico de vigencias cobradas

3	2	1	Días liquidadas
$177.035	$176.635	$177.652	61

la tarifa incluye subsidio o aporte*

Toneladas por suscriptor mes

Barrido y limpieza	Limpieza urbana	Rechazo del aprovechamiento
0.0026	0.0010	0.0000
Electivamente aprovechables	Residuos no aprovechables | Afectadas - no afectadas	
0.0503	0.0998	

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: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

Periodo 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

¡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**

¡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. 800.930.534-0

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 186 | MICROCHIP: 990000013794560 | FECHA: 17/02/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Junior | COLOR: Tigre Anaranjado

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jhon Estiben Valdes Bejarano | DIRECCION: Kr 17A #3A-4 oy | TELEFONO: 3006146668

CEDULA: 1023934959 | CORREO ELECTRÓNICO: jhoncitovabes@hotmail.com

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

ESCOLARIDAD: NS/NR: Tecnologo | 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: HEXAVALENTE: TRIPLE: PENTAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA:

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACION ASA: (I.) 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: 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 Vc:ázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	FIRMA: MVQ
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Yennifer Gutiérrez Nomesque Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358	FIRMA: YG

582

	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:
JHON E V.R.	1023934959

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 /20	8 am

OBSERVACIONES:

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.023.934.959



Apellidos
VALDES BEJARANO

Nombres
JHON ESTIBEN

Nacionalidad
COL

Estatura
1.73

Sexo
M

Fecha de nacimiento
18 JUL 1994

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
CARMEN DE APICALA (TOLIMA)

Fecha y lugar de expedición
09 AGO 2012, BOGOTA D.C.

Firma
JHON V.B'.

Fecha de expiración
08 ABR 2034

.CO

04139327

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL043139327415001<<<<<<<<<<
94J7185M3404089COL1023934959<6
VALDES<BEJARANO<<JHON<ESTIBEN<

583

Factura de gas

Febrero 2025

Cuenta o referencia de pago 63244687

BOGOTÁ

Vigilado Superservicios

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

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1. Paga 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	145M3	3.370,88	0,00	488.777,60
FIJO	1UN	4.043,00	0,00	4.043,00
AJUSTE DECENA	1UN	0,26	0,00	0,26
INTERESES FINANCIAMIENTO - NO GRA	1UN	25.885,39	0,00	25.885,39
Intereses Moratorios Base Recargo	1UN	706,64	0,00	706,64
Intereses Moratorios Base Recargo	1UN	94,46	0,00	94,46

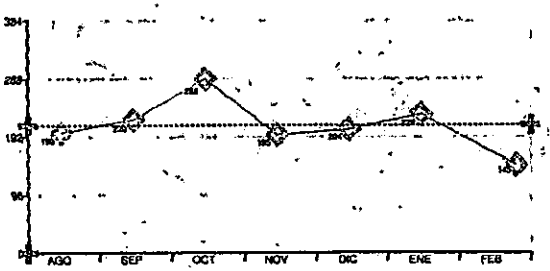
1 Total $519.507,35

Tus financiaciones

Tasa de Interés/Concepto	Cuota N°	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A
1.9600 % Financiación Deuda	19/20	59.756,61	2.682,24	59.756,61
1.9600 % Financiación Deuda	7/20	77.886,04	23.203,15	77.886,04

2 Total $137.642,65

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial Estrato/Cat. Tres Días de consumo 32

Fecha	Lectura	Tipo
03 Ene. 2025	10417	ESTIMADO
03 Feb. 2025	10605	REAL

m³ corregido= 10605 - 10417 * Factor de corrección = 145

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 $ 65715

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Jul. 2028

La revisión de la instalación interna es 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
Pr: 90.85 Cvm: 0.0 Cvfm: 4043.0 Cvvm: 3370.88
Com: 0.0 Fcom: 42.438 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

Mj/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 1709 kWh y el precio unitario del kWh es: $288.368

Factor de corrección

Vm: 188 Kp: 0.76727 Kt: 1.00662 Fc: 0.77235
Vc: 145 Tm: 13.66 Te: 15.56 Pc: 1.01008
Pa: 0.752 Pm: 0.023 P pv: 1.0

Factor de corrección: 0.77235

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IQ: 100.0 IPIL: 100.0



Valor facturas vencidas

$0,35

Total a pagar 1+2+3 $657.149,65

Paga por pse

Escanea el código QR

(415)7709998026025(8020)63244687(3900)00000000657149

Factura electrónica desde N° 0000001 hasta 5000000 con vigencia de 18 meses

Factura No. F15B24099643

Impresión: Tecnigrafic S.A. NIT 830.033.336-4

Ley 142 de 1994 Artículo 150 Numeral 150.4

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.

REVISIÓN PERIÓDICA OBLIGATORIA DE GAS



vanti

Agenda tu Revisión escaneando el QR

Autoriza Coljungas

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 · Tuya · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · Servibanca · GNB Sudameris · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Banco Agrario · 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 sola para emergencias
Atención todos los días las 24 horas
Fijo: **01 8000 919 052** Móvil: **164**

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

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

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

¡Hola!

NATALY ESTRADA
KR 17A 3A 4 04 - EL PROGRESO
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5007112-753264

199

00112401017000052000

Lote: P02GN **Ruta:** 00112401017000052000 **Código del Sector:** 199

P02GN

Cuenta o referencia de pago 63244687

vanti

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

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://m.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: 187 | MICROCHIP: 990000013794555 | FECHA: 12/02/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD __

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Oreo | COLOR: Atigrado

ESPECIE: CANINO __ FELINO X | SEXO: HEMBRA __ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 5 meses | PESO: 1,18Kg | 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 __ ADOPTADO __ REGALADO X PERRO DE CUADRA __ OTRO __

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Carlos Eduardo Carrillo Tibano | DIRECCION: CL 5 B # 17-25 02 | TELEFONO: 3107931281

CEDULA: 79758 042 | CORREO ELECTRÓNICO: safiazt0090@gmail.com

BARRIO: El Progreso | 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: 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: 171 l/m | F. RESPIRATORIA: 32 r/m | TEMPERATURA: 38,6 °c | TLLC 1 seg | MUCOSAS: Rosada

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,09 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,18 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.)	0,12 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,01 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

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

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Mónica Vc.ázquez Milán, Médica Veterinaria, TP. 11804 | FIRMA

585

	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: Carlos Carrillo	Nro de Identificación: 79 758 042

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 79.758.042

CARRILLO TIBANA

APELLIDOS

CARLOS EDUARDO

NOMBRES



Carlos Carrillo

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 06-ABR-1975

BOGOTA D.C

BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 A+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

06-DIC-1993 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00206085-M-0079758042-20091224 0019318174A 1 1160113599

586

Factura de gas

Febrero 2025

Cuenta o referencia de pago 63778126

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	16M3	3.370,88	0,00	53.934,08
FIJO	1UN	4.043,00	0,00	4.043,00
AJUSTE DECENA	1UN	2,04	0,00	2,04
Intereses Moratorios Base Recargo	1UN	20,88	0,00	20,88

① Total $58.000,00

Tus financiaciones

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

② Total $0,00

③ Valor facturas vencidas

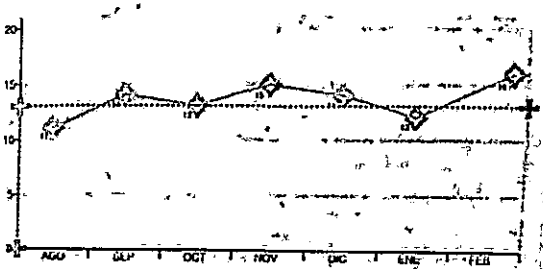
$0,00

Total a pagar ①+②+③ $58.000,00

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	371	REAL
03 Feb. 2025	392	REAL

m³ corregido= 392 - 371 * Factor de corrección = 16 m³

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 $ 5000

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 May. 2027

La revisión de la instalación interna es su responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente* *Resoluciones 059 de 2013 y 41385 de 2017

Agendo ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $3372

Nov: $2362 Dic: $2362 Ene: $2480

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

Componentes tarifarios

Gm: 1844,40 Tm: 817,82 Dm: 617,85 Cm: 3370,88

Pc: 90,85 Cvm: 0,0 Cuec: 0,0 Cuem: 3370,88

Ccm: 0,0 Epcm: 42,436 DALFC: 0,0 DALNR: 0,0

Nota: El consumo en m³ de gas equivale a 180 kWh y el precio unitario del kWh es $306,757

Factor de corrección

Vm: 21 Kp: 0,76727 Kt: 1,00662 Pc: 0,77235

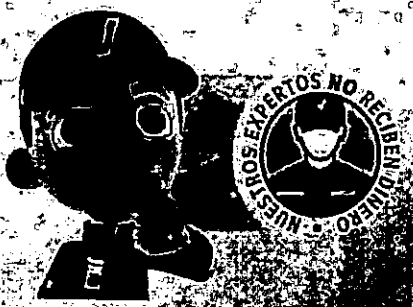
Vc: 16 Tm: 13,66 Tc: 15,56 Pc: 1,01000

Pm: 0,752 Pm: 0,023 Ppv: 1,0

Factor de corrección: 0,77235

Indicadores de calidad

IRST: 100,0 DES: 0,0 IC: 100,0 IPC: 100,0



(415)7709998026025(8020)63778126(3900)00000000058000

C1

Factura No. F168261068900

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 certificas entre el 1 y el 30 de abril de 2025

Agenda tu Revisión escaneando el QR.

Aplican Condiciones.

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

Pagos electrónicos en otras entidades.

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

Escanea para pagar tu factura

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

Línea telefónica solo para emergencias
Atención todos los días las 24 horas
Fijo: 01 8000 919 052 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: 800.066.812-8 7048/2307/2024

¡Hola!

LUZ GOMEZ
CL 5B 17 25 02 - EL PROGRESO
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 007120220003816140

Lote: P02GN Ruta: 0011240101070005000 Código del Sector: 199

Cuenta o referencia de pago: 63778126

vanti Listo

Compra tu televisor, calentador a gas, nevera y mucho más y ¡pagá 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

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 y consultada 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.

35173 0011240101070005000 199 G1

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA	MICROCHIP:	FECHA:
188	990000013794541	17/04/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:	
	Berlin	Cafe Beige	

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 X REGALADO __ PERRO DE CUADRA __ OTRO __

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION:	TELEFONO
Leidy Johanna Mendez Baquero	Kr 18 # 1C-68 03	3127469724
CEDULA: 52822011	CORREO ELECTRÓNICO: leidyjmendez83@hotmail.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: / HEXAVALENTE: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / FELINOS: TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA: / RABIA: /
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 FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
163 l/m	31 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	0,4 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 TARJETA PROFESIONAL	FIRMA
Mónica Vclázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	MV
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	FIRMA
Yennifer Gutiérrez Nomesque Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358	YG

588

	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: Leidy Mendez.	Nro de Identificación: 52822.011

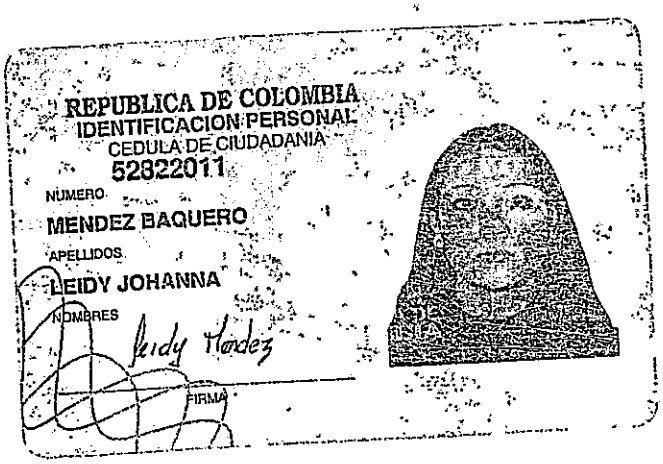
Yo, _____ identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilización y castración) de mi animal de compañía.
RAZÓN:

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

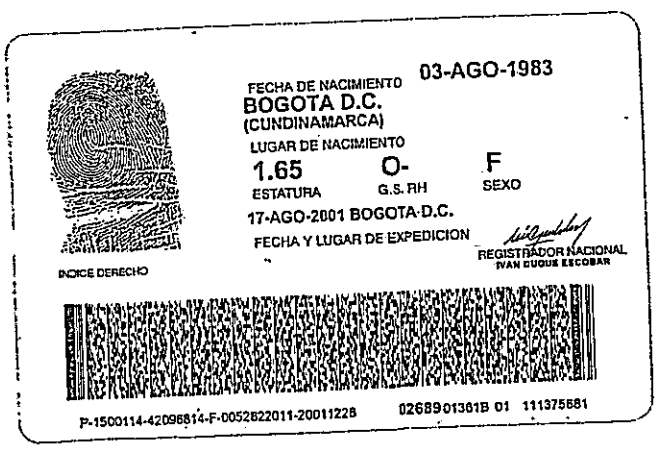
8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

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

OBSERVACIONES:



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
52822011
NUMERO
MENDEZ BAQUERO
APELLIDOS
LEIDY JOHANNA
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 03-AGO-1983
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 ESTATURA
O- G.S. RH
F SEXO
17-AGO-2001 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR
INDICE DERECHO

P-1500114-42096814-F-0052822011-20011228 0268901361B 01 111375681

Mes de facturación: **Febrero 2025**

Cuenta o referencia de pago: **62515967**

BOGOTÁ

NIT 900.007.813-5
VANTI S.A. ESP
www.grupovanti.com

Vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

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

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	45M3	3.370,88	0,00	151.639,60
FIJO	1UN	4.043,00	0,00	4.043,00
AJUSTE DECENA	1UN	-3,09	0,00	-3,09
INTERESES FINANCIAMIENTO - NO GRA	1UN	20.300,00	0,00	20.300,00

1—Total **$176.029,51**

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota N°	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A
1.9600 % DE Conversión GNV Financiación	1/8	166.310,49	20.300,00	166.310,49

2—Total **$166.310,49**

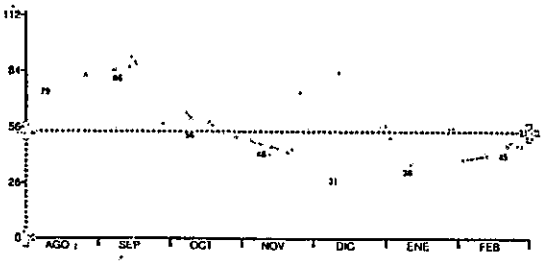
3— Valor facturas vencidas **$0,00**

Total a pagar (1)+(2)+(3) **$342.340,00**

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 Ene. 2025	6120	REAL
03 Feb. 2025	6178	REAL

m³ corregido= 6178 - 6120 * Factor de corrección = 45

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 $ 34234

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

30 Nov. 2028

La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente* *Resoluciones 059 de 2012 y 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
Pr: 90.85 Cvm: 0.0 Cufm: 4043.0 Cuvm: 3370.88
Ccm: 0.0 Fpcm: 42.438 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

Mjh³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 530 kWh y el precio unitario del kWh es: $293.835

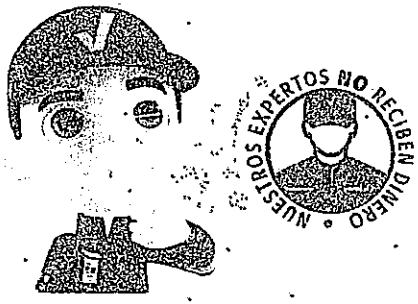
Factor de corrección

Vm: 58 Kp: 0.76727 Kt: 1.00862 Ft: 0.77235
Vc: 45 Tm: 13.66 Te: 15.56 Pe: 1.01008
Pa: 0.752 Pm: 0.023 F pv: 1.0

Factor de corrección: 0.77235

Indicadores de calidad

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



(415)7709998026025(8020)62515967(3900)00000000342340

Somos grandes contribuyentes Resolución 000200 Diciembre 27/2024 Retenedor de IVA. Autorretenedores Resolución No. 4930 del 17-Jul-1998 Autorizada en Numeración de Facturación No. Formulario 18764007150025 del 19/07/2024 Facturación electrónica desde N° 00000001 hasta 50000000 con vigencia de 18 meses

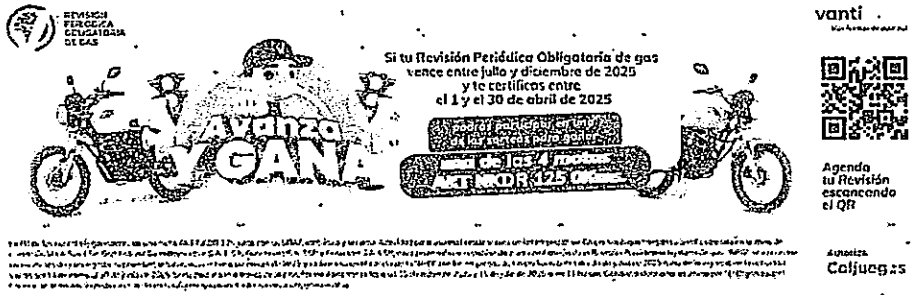
Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NUR 2-1100108-8. VANTI S.A. ESP. NIT. 900.007.813-5. Revisor Fiscal Deloitte Y Touche S.A.S. Esta factura presta mérito ejecutivo Art 130 de la ley 142 de 1994

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

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

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



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 · Nequi · 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
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 inmueble o no se atiendan las visitas técnicas. 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. 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.

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-8 704523072021

¡Hola!

JAIRO CARDENAS
KR 18 1C 68 03 - EDUARDO SANTOS
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5007114-1031733

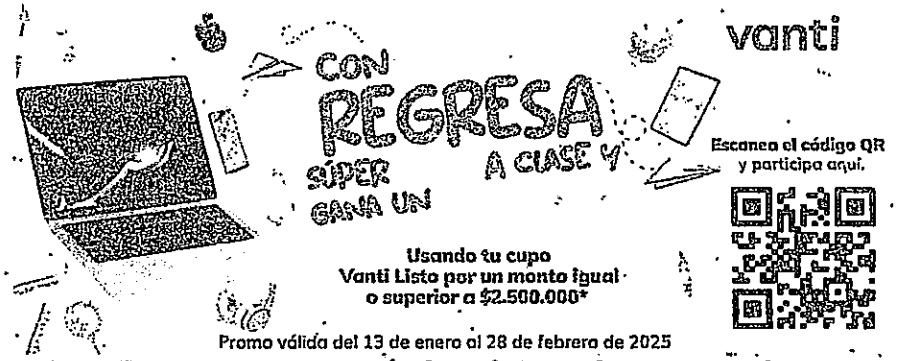
Lote: P02GN **Ruta:** 0011240206360005400 **Código del Sector:** 200

Cuenta o referencia de pago **62515967**

vanti

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 3.500.000**

200
0011240206360005400
42703
P02GN



Paga a cuotas a través de tu factura de gas natural

éxito

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gasnecer S.A. ESP. Conoce T&C de la campaña ingresando a grupovanti.com/vantilisto/celebraciones. Vanti Listo es la marca que identifica el servicio de financiación no bancaria ofrecida 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.

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 189 | MICROCHIP: 990000013794132 | FECHA: 17/09/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Messi | COLOR: Blanco Negro

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: Yury Carolina Rivera Gomez | DIRECCION: CL 3A #21-43 OZ | TELEFONO: 3183847889

CEDULA: 53096578 | 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: Nov. 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: 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	0,24 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: Ninguno

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Mónica Vázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	FIRMA: MV
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Yennifer Gutiérrez Nomesque 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:
Carolina Gomez	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:	FECHA:	HORA:
Santa Helena	28 feb | 25	8 am

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **53.096.578**

RIVERA GOMEZ

APELLIDOS

YURY CAROLINA

NOMBRES

Carolina Gomez

FIRMA





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

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00444724-F-0053096578-20130630 0033765218A 1 1072421937

...AL ESTADO CIVIL

Por favor dobla y rasga

Enero 2025

Cuenta o referencia de pago 60824572

BOGOTÁ

Nit 800007812-1
Vanti S.A. E.S.P.
www.grupovanti.com

vanti
Maestros 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

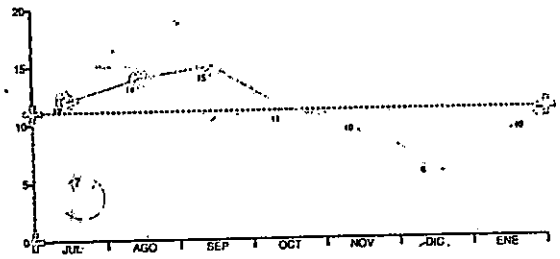
3 Valor facturas vencidas $0,00

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

m^3 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

(415)7709998026025(8020)60824572(3900)000000028830

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 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: 118 kWh y el precio unitario del kWh es: $244.308

Factor de corrección

Vm: 10 Kp: 0.76727 Kt: 1.00641 Fc: 0.77219
Vc: 10 Tm: 13.72 Tc: 15.56 Pe: 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 IPR: 100.0



40552

C1

Factura No. F15B23480586

e9d3d3139f4e37c72ad659e1116d9e1e56a121e94d357b5042d86a4a90ccee25e9fa68205aaaa8a1992a8d0475240

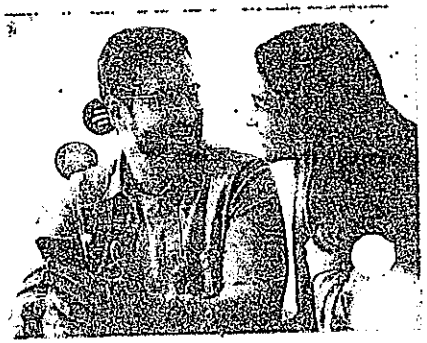
Por favor dobla y rasga para abrir la factura



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

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

Solicita tu factura en línea aquí



Mundo digital Vanti

a través de nuestra página web
w.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 · 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

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: 800.096.812-8 7048230720240

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

Lote: P02GN Ruta: 0011240172270005100 Código del Sector: 199

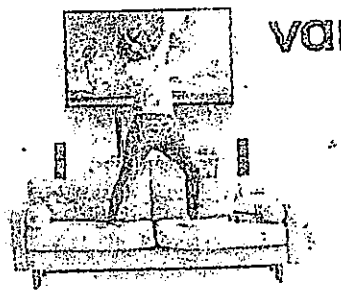
Cuenta o referencia de pago 60824572

vanti listo

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

0011240172270005100 199 40552 P02GN C1

Estás Listo con Vanti Listo para llevarte lo que necesitas a casa



vanti

Usa tu cupo de crédito Vanti Listo ahora mismo en nuestras tiendas aliadas:

Expansión Electrodomésticos · TECH · 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.
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.

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: 190 | MICROCHIP: 990000013794551 | FECHA: 17/02/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Amor | COLOR: Blanco Negro

ESPECIE: CANINO __ FELINO X | SEXO: HEMBRA __ MACHO X | RAZA Mestizo | EDAD 1año | 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 X MIXTO __ OTRO __

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Carmen Raga Prieto Velandia | DIRECCION: Kr 16 # 6-21 03 301 | TELEFONO: 3212867685

CEDULA: 52 856 645 | CORREO ELECTRÓNICO: nagaprieto0012@gmail.com

BARRIO: Voto Nacional | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: LOS MARTIRES

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

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: CANINOS PARVO:	TRIPLE: — PENTAVALENTE: —
No Aplica	No Reporta	HEXAVALENTE:	PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: —
		FELINOS: TRIPLE FELINA: / 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: 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	0,2 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 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	Yennifer Gutiérrez Nomesque 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:
Rosa Prieto	52886645

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

BOGOTÁ

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

Vanti | ¡Más formas de avanzar!

Fechas importantes

1 — Pago oportuno: 29 Ene. 2025

2 — Fecha de suspensión: 30 Ene. 2025

3 — Periodo facturado: Dic. - Ene. 2024

4 — Emisión de tu factura: 16 Ene. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	5M3	2.479,93	0,00	12.399,65
FIJO	1UN	4.029,00	0,00	4.029,00
AJUSTE DECENA	1UN	1,05	0,00	1,05
Intereses Moratorios Base Recargo	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

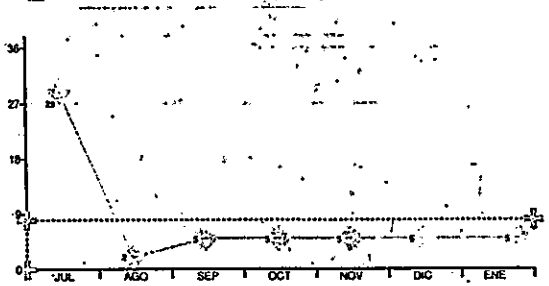
③ Valor facturas vencidas $0,44

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 Cdm: 4029.0 Cmm: 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

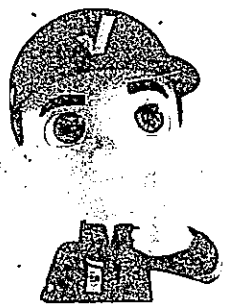
Factor de corrección

Vm: 7 Kp: 0.76727 Kt: 1.00652 Pt: 0.77227
Vc: 5 Tm: 13.69 Tc: 15.56 Pc: 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 IPII: 100.0





(415)7709998026025(8020)62592822(3900)00000000016440

57547

C1

Factura No. F15B24503366

328d2100c7d5ae503b14fa83578a69b743278fe337f407ce4d01919328ec71e4e4b1f9a3f3d4ca106818ec266



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 · Scotiabank Colpatria · Banco AV Villas · Banco GNB Sudameris · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Davivienda · Dale

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies:
Metro, Jumbo, Éxito

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

Eficiencia energética

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. 800.095.813-3 7046/23072024

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 jurgente 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

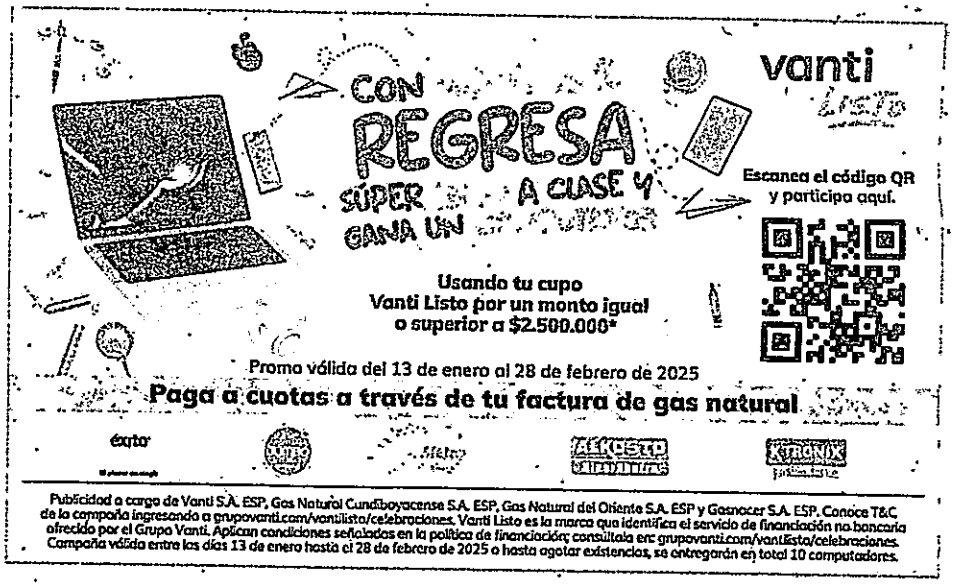
vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5007114-1048721

Lote: P09GN **Ruta:** 0011310230750005000 **Código del Sector:** 392

Cuenta o referencia de pago **62592822**

vanti Listo

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:



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.

392 0011310230750005000 57547 P09GN C1

ANEXO 3

HISTORIAS CLINICAS PACIENTE COMPONENTE URGENCIAS

FUNDACIÓN ECODES

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE LOS MÁRTIRES | BOGOTÁ

HOJA DE COSTOS INDIVIDUAL CPS 322 -2024

NOMBRE MANCHAS — HISTORIA CLÍNICA 01/2025

Canino X — Hembra _ — Raza : MESTIZO

Felino _ — Macho X — Peso:

N	Fecha	Pruebas / Procedimientos	COSTO	Clínica Operadora	Alcaldía Local.
1	30/01/25	LEISHMANIA	302.360	Nathalia Caballero	Camila Aguilar MEDICO VETERINARIA UDCA TP 43597
1	30/01/25	SNAP 4DX	199.950	Nathalia Caballero	Camila Aguilar MEDICO VETERINARIA UDCA TP 43597
TOTAL			502.310		

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE LOS MÁRTIRES | BOGOTÁ

HISTORIA CLINICA
N° URG 01-2025

BASE DE DATOS PERSONAL DE LA ALCALDIA



FECHA: 18 DE ENERO DE 2025		MICROCHIP N°: NO	
NOMBRE PACIENTE: MANCHAS	ESPECIE	RAZA	EDAD:
	CANINO: X	CRIOLLO: X	3 Años
	FELINO:	OTRO:	
COLOR: TRICOLOR	SEXO	CASTRADO/ESTERILIZADA: SI	
	MACHO X	GARRAPATAS: NO	
	HEMBRA	PESO: 13 Kg	
TUTOR: Ana Maria Bohorquez Torres		N° DOCUMENTO: 1032481446	
CORREO ELECTRONICO:anabohorquestorres@gmail.com		CEL: 3204642030	

EXAMEN FÍSICO

VACUNACION: 10/01/2025 PENTAVALENTE 17/03/2022 RABICAN NO VIGENTE	DESPARASITACION: 10/01/2025 Galgocal 600
ALIMENTACION: Ringo croquetas + Sopas	

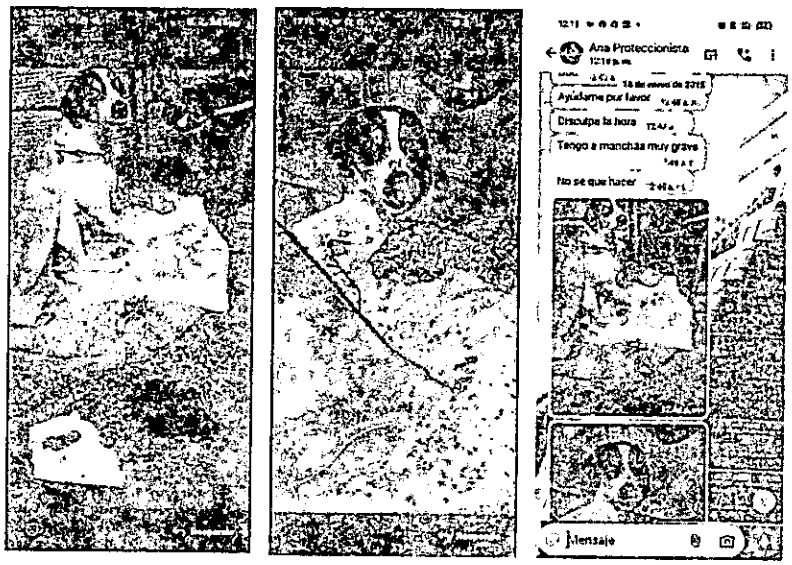
ANTECEDENTES:

Paciente positivo a Dirofilaria immitis y una poliartritis degenerativa en MA´S.

599

MOTIVO DE LA CONSULTA:

18 de enero de 2025: Siendo las 12:49 AM, propietaria refiere sangrado nasal severo desde 2 horas atrás. Se dan recomendaciones telefónicas y se agenda consulta de emergencia en hora de la mañana.



11 AM: Se realiza la visita domiciliar medico veterinaria del paciente, en donde se evidencia epistaxis leve-moderada, decaimiento e inapetencia del paciente.
Se da inicio a la siguiente medicacion:

1. Doxiciclina Tab 100mg: Administrar via oral 1 tab cada 24 horas durante 10 dias inicialmente.
2. Quercetol tab 100mg: Administrar via oral 1 tab cada 8 horas durante 7 dias.
3. Prednisolona tab 5mg:Administrar via oral ½ tab cada 24 horas durante 5 dias.

Los examenes paraclinicos arrojan un proceso de anemia moderada, leucopenia por neutropenia lece, trombocitopenia moderada, hiperproteinemia por hiperglobulinemia e hipoalbuminemia. ALT aumentada.

Se continua con tratamiento ya instaurado.

REVISIÓN POR SISTEMAS

SISTEMA CARDIOVASCULAR. Hallazgos: SI__ NO_X

SISTEMA RESPIRATORIO. Hallazgos: SIX NO____
Reflejo tusígeno aumentado moderadamente/ estertores leves-moderados en lóbulos caudales pulmonares, leve distress respiratorio.

SISTEMA NEUROLÓGICO. Hallazgos: SIX NO__
decaído

SISTEMA GASTROINTESTINAL. Hallazgos: SIX NO__
Inapetencia aguda

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MÁRTIRES | BOGOTÁ

SISTEMA RENAL Y GENITO-URINARIO. Hallazgos: SI___ NOX

PIEL Y MUCOSAS. Hallazgos: SI___ NO__
MM Palidas

SISTEMA OSTEOMUSCULAR. Hallazgos: SIX NO____
Valgus en MA´S en región de carpos, junto a inflamación moderada de la capsula articular carpiana.

ORGANOS DE LOS SENTIDOS. Hallazgos: SIXNO__
Epistaxis leve-moderado

28 de enero de 2025: Paciente presento decaimiento y sangrado moderado nuevamente. Se remiten muestras para pruebas de SNAP 4DX y PCR leishmania.

HISTORIA CLINICA
N° URG 01-2025

HOJA DE MEDICACION

Se realiza medicación intravenosa y toma de exámenes básicos (CH, ALT y creatinina) del paciente con recursos económicos propios de la proteccionista la cual fue:

I. Quercetol 125 mg/ml inyectable: IV 1ml cada 8 horas durante 3 días.
II. Dexametasona 8 mg/2ml inyectable: IV 1ml cada 24 horas durante 3 días.
III. Doxiciclina tabletas 100 mg: Via oral 1 tableta cada 24 horas durante 18 días.

Una vez terminada la medicación inyectable se dará inicio de forma oral:

I. Quercetol tabletas 100 mg: Vía oral 1 tab cada 12 horas durante 5 días.
II. Prednisolona tabletas 5mg: vía oral 1 tab cada 24 horas durante 5 días.

Resultados: Disminución moderada del recuento total de glóbulos rojos, Hto y Hb. Linfopenia moderada por neutropenia moderada. Trombocitopenia moderada. Hiperproteinemia por hiperglobulinemia e hipoalbuminemia. ALT aumentada 62.2 (15-58).

Debido a los hallazgos encontrados en paraclínicos y examen físico junto a evolución se recomienda descartar otros Hemotropicos y leishmania.

28 de enero de 2025: Tutora reporta epistaxis moderada nuevamente por lo que se realizaran exámenes de SNAP 4DX y PCR de Leishmania.

29 de enero de 2025: Se realizan por medio de la clínica operadora del CPS 322- 2025 exámenes ya mencionados.

31 de enero de 2025: Se obtienen resultados de laboratorio en donde se evidencia: POSITIVO a

Dirofilaria immits, NEGATIVO a Ehrlichia, Borrelia y Anaplasma. Paciente positivo por PCR a Leishmania spp. Su CH demuestra nuevamente anemia leve, trombocitopenia moderada, Hiperproteinemia por hiperglobulinemia e hiperalbuminemia.

01 de Febrero de 2024:
Debido al diagnóstico del paciente se implementa:

1. Alopurinol tab 100mg: Administrar vía oral 1 tab cada 12 horas durante 3 meses inicialmente.
2. Stomorgyl 10: Administrar vía oral 1 1/4 tab cada 24 horas durante 10 días
3. Ketoconazol 200mg: Administrar vía oral 1/4 tableta cada 24 horas durante 20 días inicialmente.
4. Aciflux tab: Administrar vía oral 1 tab cada 12 horas durante 20 días.

Suspender doxiciclina.

Observaciones Médico veterinario:

Continuar con tratamiento medico oral.

1032481446

Médico Veterinario/Matricula Profesional

Firma y Cédula Propietario