Informe 3
cps 322-2024

FUNDACIÓN ECODES

NIT. 900359095-6

22/4/25, 12:43 Sticker web

Alcaldía Local de Mártires
R No. 2025-641-002564-2
2025-04-22 12:43 - Folios: 1 Anexos: 3 C
Destino: Area de Gestion de Desarr
Rem/D: FUNDACION ECODES

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

Bogotá, 21 abril de 2025

Señores
Alcaldía Local de los Mártires.

Bogotá D. C.
Av. Calle 19 #28-80

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

**Asunto:** Informe actividades # 3 CPS 322 - 2024.

La suscrita Leidy Carolina Cristancho Márquez obrando en mi calidad de Representante Legal de Fundación ECODES, en el marco del contrato de referencia cuyo objeto es: "PRESTAR LOS SERVICIOS PARA REALIZAR LA ATENCIÓN DE ANIMALES DE LA LOCALIDAD DE LOS MÁRTIRES", por medio de la presente realizo entrega de informe de actividades correspondiente al mes 3 que reporta el periodo comprendido entre el 18 de febrero de 2025 al 17 de marzo de 2025.

Sin otro particular, agradezco la atención prestada.

Atentamente,

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

Contiene:
Carpetas: ( 3 )
Folios: ( 500)
CDS: ( 3 )

# Factura Electrónica De Venta No

## FUEC No. 702

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

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

## FUNDACION ECODES

**Nit 900359095 6**

| | |
|---|---|
| **CLIENTE** | FDL DE MARTIRES |
| **NIT** | 899999061 9 |

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

**POR CONCEPTO DE**
FACTURA DE VENTA

| FECHA FACTURA | FECHA VENCIMIENTO | VENDEDOR | FORMA DE PAGO |
|---|---|---|---|
| 15/09/2025 | 06/10/2025 | EIDY CAROLINA CRISTANCHO MARQUE | Credito |

| Item | Código | Descripción | Cantidad | U Medida | Valor Unitario | IVA | Valor IVA | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 41359502 | OTROS SERVICIOS19 %<br>Ovariohisterectomía y Orquiectomía para gatos y perros | 79 | Und. | 155.462 | 19% | 29.538 | 12.281.498 |
| 2 | 41359502 | OTROS SERVICIOS19 %<br>Atencion de urgencias medicas veterinarias a animales vulnerables de la localidad, en las que se incluya la estabilización del animal y el tratamiento de recuperacion según sea el caso, basados en el anexo tecnico se contara con un monto agotable | 1 | Und. | 10.444.035 | 19% | 1.984.367 | 10.444.035 |

**Valor en Letras** **Total Items** **2**

VEINTISIETE MILLONES CUARENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

| | |
|---|---|
| **SUBTOTAL** | **22.725.533** |
| **IVA** | **4.317.851** |
| **TOTAL DE LA OPERACIÓN** | **27.043.384** |

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

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

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

**Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica**

Fecha y Hora de Generación: 12/09/2025 07:16:09

**CL 43 SUR 82 C 07 Teléfono 7433724 - 3103446272**

**Correo Electrónico ECODESFUNDACION@GMAIL.COM**

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUFE: 80d05293559df1e4d3256c068dc22351520eec2216924b32995c31fd625a3f6b6fcf708bffee6b83e46845967ba8a0c6 --Fecha y Hora de Expedición : 15/09/2025 12:48:45 p. m.

Banco de Bogotá

EL BANCO DE BOGOTA

INFORMA:

Que la empresa FUNDACION ECODES identificado(a) con NIT 9003590956 está vinculada al BANCO DE BOGOTA a través de la CUENTA CORRIENTE No. 274256379 desde el 11 de Octubre de 2022, este producto se encuentra ACTIVO.

Esta información es confidencial, no es una recomendación de negocio y se suministra sin responsabilidad del banco, se expide el 16 de Junio de 2025, a solicitud del interesado, con destino a quien interese.

Atentamente,

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



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

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

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Extranjero | IGE | IRT | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| CC | 1013101472 | CARO FORERO ANDRES FELIPE | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 1.423.500 | 227.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.423.500 | 57.000 | 14-11 | 1.423.500 | 1 | 7.500 | CCF21 | 1.423.500 | 57.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| CC | 1030690110 | HERRERA PALAGIOS LAURA VIVIANA | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 808.650 | 129.100 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS017 | 808.650 | 32.300 | 14-11 | 808.650 | 1 | 4.300 | CCF21 | 808.650 | 32.300 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| CC | 1030690110 | HERRERA PALAGIOS LAURA VIVIANA | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | X | | | | | | | 230201 | 616.850 | 98.700 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS017 | 616.850 | 24.700 | 14-11 | 616.850 | 1 | 0 | CCF21 | 616.850 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| CC | 1031147283 | RODRIGUEZ RODRIGUEZ BRIAN MIGUEL | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 4.000.000 | 640.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 4.000.000 | 160.000 | -14-11 | 4.000.000 | 1 | 20.900 | CCF21 | 4.000.000 | 160.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| CC | 51651571 | PEÑA BERMUDEZ ANA FLAXILA | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 1.423.500 | 227.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS037 | 1.423.500 | 57.000 | 14-11 | 1.423.500 | 1 | 7.500 | CCF21 | 1.423.500 | 57.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| CC | 79509034 | FORERO SANTANA WILLIAM HERNAN | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 1.233.700 | 197.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS017 | 1.233.700 | 49.400 | 14-11 | 1.233.700 | 1 | 6.500 | CCF21 | 1.233.700 | 49.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| CC | 79509034 | FORERO SANTANA WILLIAM HERNAN | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | X | | | | | | | 25-14 | 189.800 | 30.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS017 | 189.800 | 7.600 | 14-11 | 189.800 | 1 | 0 | CCF21 | 189.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| CC | 80832080 | CARO PEÑA WILMER FABIAN | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 10.000.000 | 1.600.000 | 0 | 0 | 50.000 | 50.000 | EPS008 | 10.000.000 | 400.000 | 14-11 | 10.000.000 | 1 | 52.200 | CCF21 | 10.000.000 | 400.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



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

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

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

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

**TOTALES PENSIÓN**

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

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 860903790-5 | 98.900 | | | | 98.900 | 1 | 100 | 99.000 | | | 999 | 99.000 | 6 |

**TOTALES CAJAS**

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

**TOTALES PARAFISCALES**

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

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

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

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTO IDACION DE APORTES



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

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

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | INL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| CC | 1013101472 | CARO FORERO ANDRES FELIPE | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 1.423.500 | 227.800 | 8 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.423.500 | 57.000 | 14-11 | 1.423.500 | 1 | 7.500 | CCF21 | 1.423.500 | 57.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| CC | 1030541031 | CARO PEÑA YARLY YOLIMA | 1 | 0 | | | S | | X | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 996.450 | 159.500 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 996.450 | 39.900 | 14-11 | 996.450 | 1 | 5.300 | CCF21 | 2.317.142 | 92.700 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| CC | 1030690110 | HERRERA PALACIOS LAURA VIVIANA | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 664.300 | 106.300 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS017 | 664.300 | 26.600 | 14-11 | 664.300 | 1 | 3.500 | CCF21 | 664.300 | 26.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| CC | 1030690110 | HERRERA PALACIOS LAURA VIVIANA | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | | | X | | | | 230201 | 759.200 | 121.500 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS017 | 759.200 | 30.400 | 14-11 | 759.200 | 1 | 0 | CCF21 | 759.200 | 30.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| CC | 1031147283 | RODRIGUEZ RODRIGUEZ BRIAN MIGUEL | 1 | 0 | | | S | X | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 1.466.667 | 234.700 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.466.667 | 58.700 | 14-11 | 1.466.667 | 1 | 7.700 | CCF21 | 1.466.667 | 58.700 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| CC | 51651571 | PEÑA BERMUDEZ ANA FLAXILA | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 1.423.500 | 227.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS037 | 1.423.500 | 57.000 | 14-11 | 1.423.500 | 1 | 7.500 | CCF21 | 1.423.500 | 57.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| CC | 79509034 | FORERO SANTANA WILLIAM HERNAN | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | | | | X | | | 25-14 | 1.423.500 | 227.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS017 | 1.423.500 | 57.000 | 14-11 | 1.423.500 | 1 | 0 | CCF21 | 1.423.500 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| CC | 80832080 | CARO PEÑA WILMER FABIAN | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 10.000.000 | 1.600.000 | 0 | 0 | 50.000 | 50.000 | EPS008 | 10.000.000 | 400.000 | 14-11 | 10.000.000 | 3 | 52.200 | CCF21 | 10.000.000 | 400.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



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

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

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

### TOTALES SALUD

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

### TOTALES PENSIÓN

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 462.500 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 462.500 | 2 |
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 159.500 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 159.500 | 1 |
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 2.283.400 | 0 | 0 | 50.000 | 50.000 | 0 | 0 | | 2.383.400 | 4 |

### TOTALES RIESGOS LABORALES

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

### TOTALES CAJAS

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

### TOTALES PARAFISCALES

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

### TOTALES POR SUBSISTEMA

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

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



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

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 6 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-01 | 2024-12 | E | 15/01/2025 | 83356596 | $4.086.800 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo | No. de identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Sistema | Estrategia | Cotiz. exterior | Suspensión | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| CC | 1013101472 | CARO FORERO ANDRES FELIPE | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 1.300.000 | 208.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.300.000 | 52.000 | 14-11 | 1.300.000 | 1 | 6.800 | CCF21 | 1.300.000 | 52.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| CC | 1030541031 | CARO PEÑA YARLY YOLIMA | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.300.000 | 208.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 1.300.000 | 52.000 | 14-11 | 1.300.000 | 1 | 6.800 | CCF21 | 1.300.000 | 52.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| CC | 1030690110 | HERRERA PALACIOS LAURA VIVIANA | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 1.126.667 | 180.300 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS017 | 1.126.667 | 45.100 | 14-11 | 1.126.667 | 1 | 5.900 | CCF21 | 1.126.667 | 45.100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| CC | 1030690110 | HERRERA PALACIOS LAURA VIVIANA | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | | X | | | | | | 230201 | 173.334 | 27.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS017 | 173.334 | 7.000 | 14-11 | 173.334 | 1 | 0 | CCF21 | 173.334 | 7.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| CC | 51651571 | PEÑA BERMUDEZ ANA FLAVIA | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 1.300.000 | 208.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS037 | 1.300.000 | 52.000 | 14-11 | 1.300.000 | 1 | 6.800 | CCF21 | 1.300.000 | 52.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| CC | 79509034 | FORERO SANTANA WILLIAM HERNAN | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | | X | | | | | | 25-14 | 1.300.000 | 208.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS017 | 1.300.000 | 52.000 | 14-11 | 1.300.000 | 1 | 0 | CCF21 | 1.300.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| CC | 80832080 | CARO PEÑA WILMER FABIAN | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 10.000.000 | 1.400.000 | 0 | 0 | 50.000 | 50.000 | EPS005 | 10.000.000 | 400.000 | 14-11 | 10.000.000 | 1 | 52.200 | CCF21 | 10.000.000 | 400.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



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

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 6 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-01 | 2024-12 | E | 15/01/2025 | 83356596 | $4.086.800 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

### TOTALES SALUD

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 52.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 52.000 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 452.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 452.000 | 2 |
| EPS017 | Famisanar EPS | 830003564-7 | 104.100 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 104.100 | 2 |
| EPS037 | Nueva EPS | 900156264-2 | 52.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 52.000 | 1 |

### TOTALES PENSION

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 208.100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 208.100 | 1 |
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 208.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 208.000 | 1 |
| 25-14 | Colpensiones | 9003360047 | 2.224.000 | 0 | 0 | 50.000 | 50.000 | 0 | 0 | | 2.324.000 | 4 |

### TOTALES RIESGOS LABORALES

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 78.500 | | | | 78.500 | 0 | 0 | 78.500 | | | 785 | 78.500 | 6 |

### TOTALES CAJAS

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF21 | Cafam | 860013570-3 | 608.100 | 0 | 0 | 608.100 | 6 |

### TOTALES PARAFISCALES

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

### TOTALES POR SUBSISTEMA

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 4 | 660.100 | 660.100 |
| Pensión | 3 | 2.740.100 | 2.740.100 |
| Riesgos Laborales | 1 | 78.500 | 78.500 |
| CCF | 1 | 608.100 | 608.100 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 9 | 4.086.800 | 4.086.800 |

PAGADA

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

| INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES No 3<br>PERÍODO: 18/02/2025 AL 17/03/2025 | |
|---|---|
| DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO | |
| **TIPO DE CONTRATO** | Contrato de prestacion de servcios |
| **No. CONTRATO Y FECHA** | CPS 322-2024 del 16 de diciembre de 2024 |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | Fundación Ecodes |
| **TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN** | 900359095-6 |
| **PLAZO DE EJECUCIÓN** | Seis (6) meses |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO** | $ 100.000.000 (cien millones) |
| **VALOR DEL PERIODO DE COBRO** | $ 27.043.384 (veintisiete millones cuarenta y tres mil trecientos ochenta y cuatro pesos M/CTE) |
| **No. DEL PROYECTO (IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL)** | O23011602340000002085 “Cuidado y protección de animales en el territorio” |
| **FECHA ACTA DE INICIO** | 18 de diciembre 2024 |
| **PRÓRROGA** | No Aplica |
| **ADICIÓN** | No Aplica |
| **SUSPENSIÓN** | No Aplica |
| **FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y SUSPENSIONES)** | 17 de junio de 2024 |
| **OBJETO DEL CONTRATO** | “PRESTAR LOS SERVICIOS PARA REALIZAR LA ATENCIÓN DE ANIMALES EN LA LOCALIDAD DE LOS MÁRTIRES”. |

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS | ACTIVIDAD | PRODUCTOS | MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL |
|---|---|---|---|
| 1. Ejecutar el contrato a partir de la suscripción del acta de inicio, ajustándose a los estudios previos, anexo técnico, pliego de condiciones y propuesta presentada, en los lugares definidos y dentro del plazo estipulado. | **Generalidades:**<br>• Se realiza visita de verificación en clínica veterinaria Zoovet el día 28 de febrero de 2025.<br>• El día 28 de febrero de 2025, se envía oficio sobre cambio de clínica veterinaria que presta el servicio para el componente de urgencias. | • Acta visita a clínica.<br>• Oficio cambio clínica. | **Informe 3, Anexo 5** Acta visita a clínica 28 de febrero 2025. **Informe 3, Anexo 1** Oficio cambio clínica veterinaria urgencias. |
| | **Componente I, Programa Esterilizaciones caninas y felinas**: Para el periodo de ejecución informado, se realiza la 3ª jornada de esterilización, esta jornada se realizó el día 3 de marzo de 2025.<br>• El día 3 de marzo de 2025 se llevó a cabo la tercera jornada de esterilización quirúrgica, con la intervención de 79 esterilizaciones felinas y caninas. | • Historias clínicas físicas y digitales componente esterilización del 3 marzo 2025. | **Informe 3, Anexo 2.** Historias clínicas pacientes, componente de esterilización 3 marzo 2025. |
| | **Componente II, Programa Brigadas médico-veterinarias:** para el periodo ejecutado no se realizan actividades relacionadas con este componente. | • N/A | **N/A** |
| | **Componente III, Programa Atención de urgencias veterinarias:** Durante el mes de ejecución se realizó la atención de 10 pacientes remitidos por el apoyo a la supervisión del contrato a la clínica veterinaria Zoovet. | • Historia clínica físicas y digital del componente atención de urgencias. | **Informe 3, Anexo 3.** Historias Clínicas pacientes, componente atención de urgencias. |
| 2. Previo a la firma del presente contrato, el contratista deberá presentar Resolución de habilitación del servicio de funcionamiento expedido por la Secretaría Distrital de Salud, así mismo, que cumpla con los lineamientos establecidos en la Resolución 482 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social "Por la cual se reglamenta el uso de equipos generadores de radiación ionizante, su control de calidad, la prestación de protección radiológica y se dictan | Se presenta por parte de Fundación ECODES, acta de secretaria de salud y resolución de equipo de radiografía usado para el componente de urgencias veterinarias. | • Acta de secretaria de salud.<br>• Resolución de equipo de Rx. | **Informe 1, Anexo 4.** Acta de secretaria de salud. **Informe 3, Anexo 4.** Resolución de equipo RX. |

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS | ACTIVIDAD | PRODUCTOS | MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL |
|---|---|---|---|
| otras disposiciones", para el equipo de Radiología a utilizar. | | | |
| 3. Conformar un comité técnico el cual estará compuesto por un delegado de la comunidad, con voz y voto, puede ser Representante del Consejo Local de Protección y Bienestar Animal - CLPYBA o instancia que haga sus veces ó Representante de la mesa / red local de protección y bienestar animal o de organizaciones, hogares de paso, proteccionistas, rescatistas, animalistas; esto de acuerdo a la dinámica local, un representante de la Alcaldía Local de Los Mártires y un representante del operador del contrato en ejecución. PARAGRAFO: Se invitará al Instituto de Protección y Bienestar Animal-IDPYBA cuando se amerite de conformidad al anexo técnico. | | | |
| | • El día 9 de enero de 2025, se realiza comité en donde se realiza cambio del integrante de consejo local de protección y bienestar animal. Y posterior a esto se realiza la conformación del comité técnico. | • Integrantes de comité técnico. | **Informe 1, Anexo 2.** Acta comité 9 de enero |
| 4. Realizar mínimo dos o tres Presentaciones Públicas conforme lo establecido en el anexo técnico. Ingresar al Almacén del Fondo de Desarrollo Local, previa aprobación del apoyo a la supervisión, los elementos o materiales que sean adquiridos con cargo a recursos del proyecto. siguiendo el respectivo procedimiento impartido por dicha oficina. | • El día 13 de enero de 2025 se radica solicitud de espacio a la Junta Administradora Local para realizar la socialización del contrato, Se envía por parte de la JAL la fecha en la cual queda programada la socialización para el día 18 de enero 2025. | • Presentación ante la JAL | **Informe 1, Anexo 6.** Radicado espacio de socialización ante la JAL. |
| | • El día 18 de enero se realiza la presentación pública ante la JAL, esta se realizó de manera virtual en donde se socializaron las metas, actividades y presupuesto del contrato.<br>• El día 15 de enero de 2025, se realiza presentación ante la MLPYBA (mesa local PYBA) y con la mesa local de protección y bienestar animal. | • Acta presentación pública JAL.<br>• Acta presentación MLPYBA, desarrollada por funcionaria de protección y b bienestar animal. | **Informe 1, Anexo 7** Acta presentación pública JAL.<br><br>**Informe 1, Anexo 8** Acta presentación ante la MLPYBA. |

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS | ACTIVIDAD | PRODUCTOS | MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL |
|---|---|---|---|
| 5. Asistir al Comité Técnico de Seguimiento del Contrato, las veces que sea convocado, así como a las reuniones de trabajo, sensibilizaciones o capacitaciones que programe la entidad o que convoquen la Junta Administradora Local o la comunidad durante la ejecución del contrato. | • El día 28 de enero de 2025, se realiza visita a la clínica veterinaria Zoovet con el fin de hacer la verificación de las instalaciones, y que cumplan con los requerimientos del anexo técnico.<br>• El día 6 de marzo se realiza reunión virtual con tema abordar sobre cirugías de ortopedias requeridas por dos pacientes, y definición de lugar próxima jornada de esterilización. | • Acta visita a clínica<br>• Acta reunión virtual 6 marzo 2025. | **Informe 3, Anexo 5** Acta visita a clínica 28 de febrero 2025. **Informe 3, Anexo 6** Acta comité reunión 6 de marzo. |
| 6. Presentar un cronograma de ejecución de actividades al apoyo a la supervisión del contrato, con la proyección de las fechas para cada uno de los componentes del proyecto de acuerdo con el documento de Anexo Técnico. | Se presenta por parte de Fundación ECODES el plan de trabajo, y cronograma de actividades, teniendo en cuenta las actividades descritas en el anexo técnico y los (6) cinco meses programados para su ejecución, en el informe de actividades del mes 1 de ejecución. | • Cronograma de actividades aprobado.<br>• Plan de trabajo aprobado. | **Informe 1, Anexo 11.** Cronograma de actividades aprobado. **Informe 1, Anexo 12.** Plan de trabajo aprobado. |
| 7. Prestar el servicio de esterilizaciones para animales de compañía (gatos y perros tanto hembras como machos) que requieran de esta intervención quirúrgica siguiendo los parámetros establecidos en el Anexo Técnico del proyecto. | **Componente I, Programa Esterilizaciones caninas y felinas**:<br>• El día 3 de marzo de 2025 se llevó a cabo la primera jornada de esterilización quirúrgica, con la intervención de 79 esterilizaciones felinas y caninas. | • Acta verificación jornada esterilización 3 marzo 2025. | **Informe 3, Anexo 7** Acta jornada esterilización 3 marzo 2025. |

| No | JORNADA | FECHA | LUGAR | CH | CM | FH | FM | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3 | Lafrayette | 3.03.25 | Subred Lafayette | 11 | 17 | 27 | 24 | 79 |

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS | ACTIVIDAD | PRODUCTOS | MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL |
|---|---|---|---|
| 8. Atender las urgencias médicas veterinarias para animales de compañía en condición de calle y vulnerabilidad que requieran de atención médica inmediata por accidentes que afecten su integridad o que pongan en riesgo su vida siguiendo los parámetros establecidos en el Anexo Técnico del proyecto. | **Componente III, Programa Atención de urgencias veterinarias:** Durante el mes de ejecución se hizo la atención de 10 pacientes, remitidos por el apoyo a la supervisión para exámenes y procedimientos que requerían. | • Historia clínica físicas y digital del componente atención de urgencias. | **Informe 3, Anexo 3.** Historias Clínicas pacientes, componente atención de urgencias. |
| 9. Realizar brigadas médico veterinarias que comprendan: valoración clínica integral, diagnóstico presuntivo, curaciones, pruebas diagnósticas y/o tratamientos a afecciones o enfermedades que se puedan tratar, vacunación y desparasitación interna y externa siguiendo los parámetros establecidos en el Anexo Técnico del proyecto. | Para este componente, y el periodo reportado, no se realizó actividades relacionadas con el componente de brigadas medico veterinarias. | • En las obligaciones reportadas se realiza el alcance de todas las actividades ejecutadas periodo establecido. | En las obligaciones reportadas se realiza el alcance de todas las actividades ejecutadas periodo establecido. |
| 10. Implementar estrategias de educación sobre protección y bienestar animal que mejoren la relación de la población martíriense con los animales de acuerdo con las especificaciones del Anexo Técnico, así como con los contenidos y lineamientos del Instituto Distrital para la Protección y Bienestar animal (IDPYBA). | • Con el fin de dar cumplimiento al componente de educación, durante el desarrollo de las jornadas de esterilización, para el presente periodo de ejecución se realizaron sensibilizaciones a las personas que asistieron a cada jornada, llevando a cabo un total de 58 sensibilizaciones. | • Listados sensibilizaciones en jornadas de esterilización | **Informe 3, Anexo 8.** Listado sensibilización. |

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS | ACTIVIDAD | PRODUCTOS | MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL |
|---|---|---|---|
| 11. Contar con el talento humano cualificado e idóneo para el desarrollo de las acciones contempladas en los cinco componentes del proyecto. | El día 28 de febrero de 2025, se hace visita a clínica veterinaria Zoovet por lo tanto se presentan las hojas de vida del personal profesional que estará en la atención de urgencias en la clínica. | • Talento humano urgencias veterinarias. | **Informe 3, Anexo 9** Hojas de vida persona clínica veterinaria, componente urgencias |
| 12. Coordinar mensualmente con el comité técnico, las actividades de trabajo de todo el equipo profesional de acuerdo con los componentes del proyecto, en aras de garantizar la prestación del servicio 24 horas al día, siete días a la semana, con el mínimo de personal requerido de acuerdo con el anexo técnico. | Durante el comité técnico realizado el día 6 de marzo del 2025 se informa de fechas para jornada de esterilización del mes de marzo, en donde se programa para el lunes 31 de marzo de 2025. | • Comité técnico 6 marzo. | **Informe 3, Anexo 6** Acta comité reunión 6 de marzo. |
| 13. Disponer de la capacidad operativa de un punto fijo, una Unidad Móvil Quirúrgica, un vehículo adecuado para el transporte de animales, equipos médicos, talento humano, insumos, medicamentos y todos los elementos requeridos para el desarrollo de las acciones del contrato cumpliendo con procedimientos establecidos en el anexo técnico. | Fundación ECODES, durante el mes de ejecución ha suministrado todos los insumos, instrumentos, implementos y medicamentos requeridos para la prestación del servicio caninos y/o felinos, se encuentran en óptimas condiciones, dando complimiento al Anexo Técnico y a la normatividad vigente.<br>Para dar cumplimiento según especificaciones del anexo técnico el programa de urgencias veterinarias, se realizan en las instalaciones de la clínica veterinaria ZOOVET, la cual cuenta con concepto favorable en visita realizada por la SDS. | • Concepto favorable de la SDS. | **Informe 1, Anexo 4.** Copia de acta de Concepto favorable de la clínica veterinaria. |
| 14. Tramitar con la oficina de prensa de la Alcaldía Local de Los Mártires, a través del apoyo a la supervisión la aprobación de todas las piezas comunicativas que se elaboren durante la ejecución del contrato. | En el periodo reportado se realiza él envió de las piezas publicitarias para el componente de esterilización. | • Pieza publicitaria. | **Informe 3, Anexo 10.** Pieza publicitaria aprobada. |
| 15. Custodiar, organizar y disponer la información la documentación (bases de datos, historias clínicas, informes ejecutivos, actas) generada | Para el periodo reportado se custodio, organizo la información y documentación correspondiente y soporte de las atenciones en los componentes de, esterilizaciones y urgencias veterinarias. Teniendo en cuenta lo anterior para el periodo reportado se realizó 1 jornada de esterilización, y pacientes atendidos en urgencias veterinarias, por lo tanto, se reporta la atención total de 89 pacientes. | • Base de datos pacientes atendidos en jornadas esterilización y | **Informe 3, Anexo 11.** Base de datos y registro fotográfico pacientes atendidos por el componente de |

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS | ACTIVIDAD | PRODUCTOS | MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL |
|---|---|---|---|
| durante la prestación de los servicios y remitir dicha información al área de Gestión Documental de la Alcaldía Local de Los Mártires. | | urgencias veterinarias. | esterilización y urgencias. (CD). |
| 16. Consolidar y presentar ante la Alcaldía Local de Los Mártires los informes de ejecución, facturas y/o cuentas de cobro y demás documentos solicitados, de acuerdo con la forma de pago establecida para el contrato, que den cuenta de la realización de las acciones del contrato para efectos de verificar las condiciones contractuales sobre el trámite de legalización y desembolso. | Con la presentación del presente informe se reportan las actividades desde el día 19 de febrero de 2025 hasta el día 18 de marzo de 2025. | • Informe mensual de actividades. | el presente informe de actividades N° 3 y sus anexos. |
| 17. Realizar mínimo una visita de caracterización y seguimiento a cada uno de los hogares de paso existentes en la localidad con el fin de validar los aspectos básicos de funcionamiento y articular acciones en el marco de la ejecución del proyecto | Para el periodo reportado se realizó la actividad de caracterización por medio del apoyo a la supervisión, mediante formularios de cada uno de los hogares de paso de la red local de protección de la localidad de los Mártires, los cuales fueron previamente visitados y evaluados para su respectiva verificación. | • Formularios caracterización animales hogares de paso. | **Informe 1, Anexo 17** Formularios hogares de paso. |
| 18. Mantener actualizadas las bases de datos que se generen durante la ejecución del contrato con la información respectiva de los animales de compañía y sus cuidadores/as en caso de tenerlos. | Para el periodo reportado se realizó la construcción de la Base de datos de brigada médica y esterilizaciones donde se soportan las atenciones realizadas. | • Base de datos brigadas médicas.<br>• Bases de datos esterilizaciones 3 marzo y pacientes atendidos por el componente de urgencias. | **Informe 1, Anexo 16.** Base de datos pacientes atendidos por el componente de brigadas médicas.<br>**Informe 3, Anexo 11.** Base de datos pacientes atendidos por el componente de esterilización y urgencias. (CD). |

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS | ACTIVIDAD | PRODUCTOS | MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL |
|---|---|---|---|
| 19. Realizar acciones de educación y sensibilización permanente y continua sobre Tenencia Responsable de Animales de Compañía, dirigida a la comunidad en general queriente y no queriente de los animales, cuidadores, profesionales y/o escolares, procurando que, en las diferentes actividades realizadas se incluya este tema dirigido a la comunidad sobre la debida convivencia y relacionamiento entre el ser humano y los animales. | Durante el periodo reportado se realiza las acciones de educación y sensibilización para las personas asistentes a las jornadas de esterilización del 3 de marzo. | • Listado sensibilizaciones | **Informe 3, Anexo 8.** Listado sensibilización. |
| 20. Garantizar que todos los formatos a utilizar en las diferentes actividades a realizar en el curso del presente contrato sean los establecidos y/o aprobados por la Alcaldía Local de los Mártires, los cuales deben contener campos para recoger información relacionada con el enfoque diferencial. | Esta actividad fue reportada durante el primer mes de ejecución y se realizó la presentación y aprobación de los diferentes formatos a utilizar en los diferentes componentes. | • Formatos aprobados. | **Informe 1, Anexo 18.** Formatos Aprobados. |
| 21. Gestionar ante la aseguradora la actualización de las vigencias de los amparos cuando se produzcan modificaciones por adiciones, prórrogas o suspensiones del contrato. | FUNDACION ECODES, realiza la debida presentación de las pólizas para el desarrollo del proyecto. Durante el desarrollo del contrato no se han realizado modificaciones por adiciones, prórrogas o suspensiones en el contrato. | • pólizas del contrato. | SECOP II |
| 22. Atender con prioridad los reclamos que se presenten durante la ejecución del Contrato que se suscriba, debiendo dar respuesta oportuna y correctiva de las situaciones presentadas e informar por escrito y de manera | Durante el periodo reportado no se requirió a FUNDACION ECODES, para atender reclamos frente a la ejecución del contrato. | • En las obligaciones reportadas se realiza el alcance de todas las actividades ejecutadas periodo establecido. | En las obligaciones reportadas se realiza el alcance de todas las actividades ejecutadas periodo establecido. |

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS | ACTIVIDAD | PRODUCTOS | MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL |
|---|---|---|---|
| inmediata cualquier anomalía que se presente en el desarrollo de la ejecución del contrato. | | | |
| 23. Ajustarse al cumplimiento de la política ambiental de la Alcaldía Local de los Mártires, cumplir con lo establecido en la Guía de Contratación Sostenible y presentar las acciones adelantadas en el informe de ejecución del contrato. | FUNDACION ECODES ha realizado el cumplimiento de la política ambiental de la Alcaldía Local de los Mártires, cumpliendo con lo establecido en la Guía de Contratación Sostenible, de esta manera se ha realizado la disposición de los residuos generados en las jornadas realizadas a través de un gestor de residuos. | • Certificado de disposición de residuos. | **Informe 3, Anexo 12** Certificado de disposición de residuos. |
| 24. Las demás que surjan de naturaleza del contrato. | En las obligaciones reportadas se realiza el alcance de todas las actividades ejecutadas en el periodo establecido. | En las obligaciones reportadas se realiza el alcance de todas las actividades ejecutadas periodo establecido. | En las obligaciones reportadas se realiza el alcance de todas las actividades ejecutadas periodo establecido. |

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

| FIRMAS | |
|---|---|
| | **CONTRATISTA** |
| **DECLARACIÓN DEL CONTRATISTA:** Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las labores efectivamente desarrolladas en el periodo indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato. | Firma:<br>Nombre: LEIDY CAROLINA CRISTANCHO MÁRQUEZ<br>Cédula: 1.022.341.934 DE Bogotá<br>RL Fundación ECODES NIT 900359095-6 |
| **DECLARACIÓN DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR:** Una vez verificado los soportes allegados por el contratista manifiesto que el/la contratista ha cumplido a la fecha con las obligaciones establecidas en el contrato. | **SUPERVISOR/INTERVENTOR**<br>**Nombre: JOHN JADER SUÁREZ DELGADO** |

| | |
|---|---|
| Apoyo a la Supervisión Radicado bajo radicado No. 20256420010203 Fecha: 12-08-2025 | **Cargo: alcalde Local de los Mártires.**<br>**Firma:**<br>**APOYO A LA SUPERVISIÓN (CUANDO APLIQUE)**<br>**Nombre: Liseth Camila Aguilar Galeano**<br>**Apoyo a la Supervisión.**<br>**Firma:** |

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

La suscrita PIEDAD DEL SOCORRO ROMERO MUÑOZ identificada con cédula de ciudadanía No. 50.849.242, de Montería Córdoba, y con Tarjeta Profesional No. 106450-T de la Junta Central de Contadores de Colombia, en mi condición de Revisor Fiscal de **Fundación Ecodes** identificada con Nit 900359095-6, certifico que la fundación se encuentra a Paz y Salvo por concepto del pago de sus obligaciones con los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje de todo el personal que se encuentra laborando dentro de la misma y que así lo requiere, durante el 18 de febrero de 2025, al 17 de abril de 2025.

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

La presente se expide en Bogotá, D.C., a los diez (09) días del mes de julio del año 2025.

Leidy Carolina Cristancho Márquez
Representante Legal
**Fundación ECODES**

Piedad del Socorro Romero
Revisora Fiscal
**Fundación ECODES**

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **50.894.242**

**ROMERO MUÑOZ**

APELLIDOS

**PIEDAD DEL SOCORRO**

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-DIC-1970**

**MONTERIA**
**(CORDOBA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.54** | **A+** | **F** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**04-AGO-1989 MONTERIA**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00159113-F-0050894242-20090612 **0012**414021A 1 1210101860

República de Colombia
Ministerio de Comercio Industria y Turismo

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

**106450-T**



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

**DIRECTOR GENERAL**

**JULIO CESAR ACUÑA GONZALEZ** I16058

206828

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

www.ideqs.com

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

**LA REPUBLICA DE COLOMBIA**

**MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO**

**UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL**

**JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

**CERTIFICA A:**
A QUIEN LE INTERESE

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

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

Dado en BOGOTA a los 23 días del mes de Mayo de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARROS PULIDO
**DIRECTOR GENERAL**

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.022.341.934

CRISTANCHO MARQUEZ

APELLIDOS

LEIDY CAROLINA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-OCT-1987

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 O+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

08-ENE-2008 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1500150-00200389-F-1022341934-20100118 0020000684A 1

DIAN

# Autorización Numeración de Facturación

1876

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 18764081598505

(415)7707212489984(8020) 001876408159850 5

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

11. Razón social
FUNDACION ECODES

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

Cód. 32

24. Dirección
CR 68 D 18 A 40 P 3

| 25. País | 26.Departamento | 27. Municipio |
|---|---|---|
| Colombia | Bogotá D.C. | Bogotá, D.C. |

La U.A.E. Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, conforme a la facultad discrecional establecida en el artículo 684 - 2 del Estatuto Tributario y en virtud de lo estipulado en la Resolución 000165 del 01/11/2023, por la cual se dictan otras disposiciones en materia de sistemas de facturación; previo estudio y evaluación de la solicitud realizada por el contribuyente, representante legal o apoderado debidamente acreditado; determina autorizar los rangos de numeración de facturación y/o documento equivalente. En los casos en que se agote dicha numeración antes de culminar su vigencia, el interesado tendrá derecho a solicitar una nueva autorización, de acuerdo con el tramite establecido.

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

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

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

El formato oficial 1876 Autorización numeración de facturación es único e intransferible, solo surte efecto durante la vigencia para el titular del mismo, por ende, su custodia y divulgación es exclusiva responsabilidad del facturador. El uso no autorizado del formato o su adulteración puede tener consecuencias de tipo penal.

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

Firma del solicitante

Firma del funcionario autorizado

DIAN
2024-10-16 / 12:37:55 PM
Fecha Acuse de Recibo
- Firmado -

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

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

997. Fecha formalización 2024-10-16/12:37:55

AUTORIZADO

DIAN

# Autorización Numeración de Facturación

1876



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 18764081598505

(415)7707212489984(8020) 001876408159850 5

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

11. Razón social: FUNDACION ECODES

**Rangos de numeración para autorizar, habilitar o inhabilitar**

| | 29. Establecimiento | 30. Modalidad | Cód. | 31. Prefijo | 32. Desde el número | 33. Hasta el número | 38. Vigencia | 34. Tipo solicitud | Cód. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | FUNDACION ECODES 1 CL 48 J 5 D 90 | FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA | 4 | FUEC | 333 | 800 | 12 | HABILITACIÓN | 2 |
| 2 | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | |

AUTORIZADO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141189872549

(415)7707212489984(8020) 000014118987254 9

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

## IDENTIFICACIÓN

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

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

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

35. Razón social
FUNDACION ECODES

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

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

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

42. Correo electrónico ecodesfundacion@gmail.com

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

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

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

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

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

### Usuarios aduaneros

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código | | | | | | | | | |

| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |

### Exportadores

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

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

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

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre CRISTANCHO MARQUEZ LEIDY CAROLINA

985. Cargo Representante legal Certificado

Fecha generación documento PDF: 11-08-2025 03:38:16PM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141189872549

(415)7707212489984(8020) 000014118987254 9

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

## Características y formas de las organizaciones

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

## Constitución, Registro y Última Reforma

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

Vigencia

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

## Composición del Capital

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

## Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: Alcaldía — 1 1

## Estado y Beneficio

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

## Vinculación económica

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

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

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

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

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Página 3 de 6 Hoja 3

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141189872549

(415)7707212489984(8020) 000014118987254 9

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

**Representación**

**1**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| REPRS LEGAL PRIN 1 8 | 2 0 1 0 0 6 2 2 |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadaní 1 3 | 1 0 2 2 3 4 1 9 3 4 | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| CRISTANCHO | MARQUEZ | LEIDY | CAROLINA |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

**2**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| | |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

**3**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| | |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

**4**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| | |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

**5**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| | |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 11-08-2025 03:38:16PM

DIAN

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

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141189872549

(415)7707212489984(8020) 000014118987254 9

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

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

**1**

| 111. Tipo de documento | 112. Número de identificación | 113. DV | 114. Nacionalidad |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudada 1 3 | 9 1 4 8 7 0 2 5 | | COLOMBIA 1 6 9 |

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

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| | | 2 0 1 9 0 4 0 3 | |

**2**

| 111. Tipo de documento | 112. Número de identificación | 113. DV | 114. Nacionalidad |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudada 1 3 | 1 0 2 2 3 4 1 9 3 4 | | COLOMBIA 1 6 9 |

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

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| | | 2 0 1 0 0 3 2 5 | |

**3**

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

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

119. Razón social

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

**4**

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

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

119. Razón social

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

**5**

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

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

119. Razón social

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

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141189872549

(415)7707212489984(8020) 000014118987254 9

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

**Revisor Fiscal y Contador**

**Revisor fiscal principal**

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

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

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

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

**Revisor fiscal suplente**

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

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

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

147. Fecha de nombramiento:

**Contador**

| 148. Tipo de documento | 149. Número de identificación | 150. DV | 151. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 3 1 1 4 7 2 8 3 | 3 | 3 3 8 1 8 7 T |

| 152. Primer apellido | 153. Segundo apellido | 154. Primer nombre | 155. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| RODRIGUEZ | RODRIGUEZ | BRIAN | MIGUEL |

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

159. Fecha de nombramiento: 2 0 2 5 0 4 0 1

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario
## Establecimientos

**001**

Página 6 de 6 **Hoja 6**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141189872549

(415)7707212489984(8020) 000014118987254 9

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

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

**1**

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

162. Nombre del establecimiento: FUNDACION ECODES 1

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

165. Dirección: CL 48 J 5 D 90

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

**2**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| | |

162. Nombre del establecimiento:

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| | |

165. Dirección:

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

**3**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| | |

162. Nombre del establecimiento:

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| | |

165. Dirección:

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

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

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

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

Fecha:12/08/2025

N.I.T. 900359095 | FUNDACION ECODES

### INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CL 43 SUR 82C 07 Teléfonos: 3124526900

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

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

### PERFIL TRIBUTARIO

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

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

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

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

Actividad 3: 7500 - Actividades veterinarias

Actividad 4: 8130 - Actividades de paisajismo y servicios de mantenimiento conexos

Actividad 5:

### ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

### REPRESENTANTES ACTIVOS

| Fecha Inicio | Tipo | Documento | NOMBRE | Tipo Representación |
|---|---|---|---|---|
| 10/12/2012 | C.C. | 1022341934 | LEIDY CAROLINA CRISTANCHO MARQUEZ | REPRESENTANTE LEGAL |
| 01/04/2025 | C.C. | 1031147283 | BRIAN MIGUEL RODRIGUEZ RODRIGUEZ | CONTADOR |
| 02/01/2023 | C.C. | 50894242 | PIEDAD DEL SOCORRO ROMERO MUÑOZ | REVISOR FISCAL PRINCIPAL |

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

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

Fuente: RIT-SHD

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha Expedición: 23 de septiembre de 2025 Hora: 10:15:31**
Recibo No. AB25486616
Valor: $ 11,600

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B254866161D2EC**

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

---

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

## NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

Razón social: FUNDACION ECODES
Nit: 900359095 6 Administración : Direccion Seccional De Impuestos De Bogota, Regimen Comun
Domicilio principal: Bogotá D.C.

## INSCRIPCIÓN

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

## UBICACIÓN

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

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

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



Mario Fernando Avila Cristancho

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha Expedición: 23 de septiembre de 2025 Hora: 10:15:31**
Recibo No. AB25486616
Valor: $ 11,600

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B254866161D2EC**

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

---

## CONSTITUCIÓN

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

## ENTIDAD QUE EJERCE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

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

## TÉRMINO DE DURACIÓN

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

## OBJETO SOCIAL

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

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha Expedición: 23 de septiembre de 2025 Hora: 10:15:31**
Recibo No. AB25486616
Valor: $ 11,600

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B254866161D2EC**

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

---

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

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha Expedición: 23 de septiembre de 2025 Hora: 10:15:31**
Recibo No. AB25486616
Valor: $ 11,600

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B254866161D2EC**

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

---

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

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

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha Expedición: 23 de septiembre de 2025 Hora: 10:15:31**
Recibo No. AB25486616
Valor: $ 11,600

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B254866161D2EC**

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

---

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

## PATRIMONIO

$ 3.379.072.417,00

## REPRESENTACIÓN LEGAL

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

## FACULTADES Y LIMITACIONES DEL REPRESENTANTE LEGAL

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

## NOMBRAMIENTOS

### REPRESENTANTES LEGALES

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

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha Expedición: 23 de septiembre de 2025 Hora: 10:15:31**
Recibo No. AB25486616
Valor: $ 11,600

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B254866161D2EC**

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

---

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

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

## ÓRGANO DE ADMINISTRACIÓN

ÓRGANO DE ADMINISTRACIÓN

PRINCIPALES

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

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

PRINCIPALES

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

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

PRINCIPALES

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

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha Expedición: 23 de septiembre de 2025 Hora: 10:15:31**
Recibo No. AB25486616
Valor: $ 11,600

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B254866161D2EC**

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

---

Directiva

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

## REVISORES FISCALES

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

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

## REFORMAS DE ESTATUTOS

Los estatutos de la Entidad han sido reformados así:

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

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha Expedición: 23 de septiembre de 2025 Hora: 10:15:31**
Recibo No. AB25486616
Valor: $ 11,600

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B254866161D2EC**

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

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

## RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN

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

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

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

## CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

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

## ESTABLECIMIENTO(S) DE COMERCIO

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

Nombre: FUNDACION ECODES 1
Matrícula No.: 02571661

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha Expedición: 23 de septiembre de 2025 Hora: 10:15:31**
Recibo No. AB25486616
Valor: $ 11,600

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B254866161D2EC**

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

---

| | |
|---|---|
| Fecha de matrícula: | 9 de mayo de 2015 |
| Último año renovado: | 2025 |
| Categoría: | Establecimiento de comercio |
| Dirección: | Cl 48 J No. 5 D - 90 |
| Municipio: | Bogotá D.C. |

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

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

## TAMAÑO EMPRESARIAL

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

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

Ingresos por actividad ordinaria $ 7.522.367.576

Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el período - CIIU : 9499

## INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

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

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

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha Expedición: 23 de septiembre de 2025 Hora: 10:15:31**
Recibo No. AB25486616
Valor: $ 11,600

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B254866161D2EC**

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

---

Decreto número 2150 de 1995.

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

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

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

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

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

**********

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

**********

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

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha Expedición: 23 de septiembre de 2025 Hora: 10:15:31**
Recibo No. AB25486616
Valor: $ 11,600

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B254866161D2EC**

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

---

**********

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



# ANEXO 1

# OFICIO CAMBIO CLINICA COMPONENTE URGENCIAS

FUNDACIÓN ECODES

NIT. 900359095-6

Bogotá, 28 febrero de 2025

Señores
ALCALDIA LOCAL DE LOS MÁRTIRES

Bogotá D. C.
Av. Calle 19 #28-80

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

**Asunto:** Solicitud presentación CPS 322 - 2024.

La suscrita Leidy Carolina Cristancho Márquez obrando en mi calidad de Representante Legal de Fundación ECODES, en el marco del contrato de referencia cuyo objeto es: "PRESTAR LOS SERVICIOS PARA REALIZAR LA ATENCIÓN DE ANIMALES DE LA LOCALIDAD DE LOS MÁRTIRES", por medio de la presente informo que se realizara cambio de clínica veterinaria la cual estaba prestando servicios como clínica operadora para el componente de urgencias veterinarias, debido a inconvenientes de índole personal y administrativo, la clínica veterinaria Welfare no continua prestando sus servicios para evitar así retrasos con la alcaldía local. Es por lo que se articula con la clínica veterinaria Zoovet ubicada en Ac 3 # 38 b 29 la cual prestara sus servicios médicos para el desarrollo del componente de urgencias veterinarias.

Sin otro particular, agradezco la atención prestada.

Atentamente,

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

# ANEXO 2

# HISTORIAS CLINICAS ESTERILIZACION 3 MARZO 2025.

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

PLANILLA DE REGISTRO - ESTERILIZACIONES

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CPS-322-2024

LOCALIDAD: LOS MARTIRES | BARRIO: Eduardo Santos | JORNADA: Eduardo Santos

FECHA: 03 - 03 - 2025 | OPERADOR: FUNDACION ECODES

| NÚMERO MICROCHIP | TIPO DE TENEDOR | ESTRATO | NOMBRE | APELLIDO | CC | SEXO | | | LGTBI | IDENTIFICACIÓN ÉTNICA | | | | | | FIJO / CELULAR | e-mail | DIRECCIÓN | NOMBRE PACIENTE | ESPECIE | | SEXO | | OBSERVACIONES | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | MUJER | HOMBRE | INTERSEXUAL | | AFRO | COLOMBIANO | PALENQUERO | INDIGENA | RAIZAL | GITANO | NINGUNO | | | | CANINO | FELINO | MACHO | HEMBRA | | |
| 990000012130853 | | 3 | Lucero | Quintero Galindo | 52 029 060 | X | | | | | | | | | | X | 312 408 9665 | luce.ju7109@gmail.com | AC 6 # 17-65 P3 | Milu | X | | | X | | |
| 990000012130849 | | 3 | Alba Cristina | Degza Bello | 52 323 703 | X | | | | | | | | | | X | 316484 5578 | cristina.degza@gmail.com | CL 7 # 14-54 LC 1-3 | Zafiro | X | | | X | | |
| 990000012130854 | | 3 | Julio Arcesio | Baron Diaz | 79 969 475 | | X | | | | | | | | | X | 310607 0343 | julioarcesiobaronrodriguez8@gmail.com | Kr 19 A # 044-19 P3 | Violeta | X | | | X | | Julio Diaz |
| 990000012130860 | | 3 | Jose Elias | Moyano Bernal | 80766 913 | | X | | | | | | | | | X | 320264 9205 | 320264 9205@sincorreo.com | Kr 19 A # 4A-19 MJ | Tara. | X | | | X | | Jose moyano. |
| 990000013797841 | | 3 | Maria Doris | Soba Gonzalez | 20 501 295 | X | | | | | | | | | | X | 312387 9690 | dorisgaleg@hotmail.com | Kr 18 # 1C-50 AP 301 | molly | X | | | X | | |
| 990000013797849 | | 3 | Maria Ang Yaneth | (Yaneth) Chacon Gonzalez | 52 168 560 | X | | | | | | | | | | X | 313451 6128 | yaneth chacon526@gmail.com | AC 6 # 17-65 P3 | Nala | X | | | X | | |
| 990000012130310 | | 3 | Valentina | Salazar Ortiz | 1002 327 591 | X | | | | | | | | | | X | 321369 5571 | valentinasalazarortiz19@gmail.com | Kr 17 # 4-37 AP 200 | Molly | X | | | X | | |
| 990000012130309 | | 3 | Fabiana Michael | Chacin Ferrer | 8547 31 | X | | | | | | | | | | X | 323806 1346 | fabianachacin98@gmail.com | Kr 18A # 3-14 | Megan | X | | | X | | |
| 990000012130699 | | 3 | Kevin Andres | Rico Salazar | 1001 327 730 | | X | | | | | | | | | X | 314596 2785 | kricol346@gmail.com | CL 6A # 18-33 702 APSOY | Nala. | X | | | X | | |
| 990000012130318 | | 3 | Nasly Adiela | Zuluaga Arutizabal | 52 727 682 | X | | | | | | | | | | X | 322 517 2386 | naslyzuluaga@gmail.com | Kr 18 # 1C-50 AP 302 | luna | X | | | X | | Nasly A. |
| 990000012130695 | | 3 | Crucelida | Lara Puentes | 36 154 342 | X | | | | | | | | | | X | 321333 6793 | 321333 6793@sincorreo.com | CL 15 # 17-29 AP 311 | Tiffany | X | | | X | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

46

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 191 | MICROCHIP: 990000012130853 | FECHA: 03/03/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

**1. DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRE: Milu | COLOR: Negro

ESPECIE: CANINO X FELINO __ | SEXO: HEMBRA X MACHO __ | RAZA: Mestizo | EDAD: 6 meses | PESO: 15,6Kg | 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: Lucero Quintero Galindo | DIRECCION: AC 6 # 17-65 P3 | TELEFONO: 3124089665

CEDULA: 52 029 060 | CORREO ELECTRÓNICO: luce.qu171@gmail.com

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

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

**3. ANAMNESIS**

Buen estado de Salud

| ULT. CELO: | ULT. DESPARASITACION: | ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: / TRIPLE: -- PENTAVALENTE: / 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: Ningno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ningno

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

**5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS**

F. CARDIACA: 120 l/m | F. RESPIRATORIA: 31 r/m | TEMPERATURA: 38,2 °c | TLLC 1 seg | MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ningno

**6. MEDICACION**

| FASE DE PROCEDIMIENTO | MEDICACION | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 0,8 ml. | 1 mg/kg IM |
| | KETAMINA | 1,5 ml. | 5 mg/kg IV X 10 mg/kg IM ☐ |
| | PROPOFOL | 3 ml. | 2 mg/kg IV |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | 5,2 ml. | 2 mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN (S.P.B.) | 1 ml. | 17.000 UI/kg IM |
| | MELOXICAM | 0,15 ml. | 0,2 mg/kg SC |

HALLAZGOS ANORMALES: 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<br>TARJETA PROFESIONAL | Andres Quiroga<br>Médico Veterinario<br>TP. 34839 | FIRMA |
| NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO<br>TARJETA PROFESIONAL | Yennifer Gutiérrez Nomesque<br>Médico Veterinario - Zootecnista<br>TP. 33358 | FIRMA |

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

**7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION**

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

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO _X___ o RECHAZO ____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañia.** 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: 52029060 |

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:

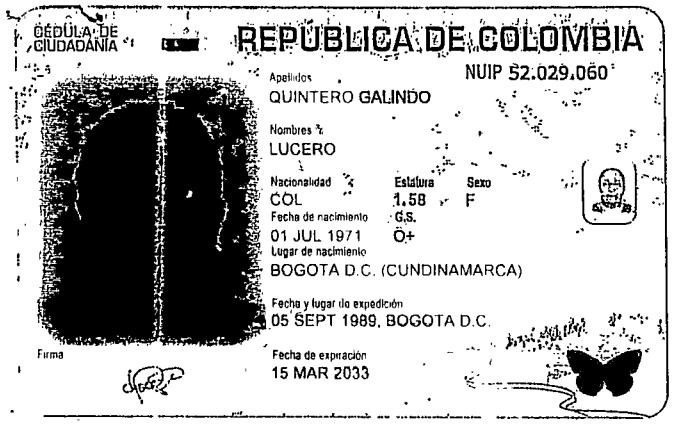
| | |
|---|---|
| Nombre del Responsable/Tenedor: | Firma: |
| Nro. Identificación: | |

**8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS**

| LUGAR: | FECHA: | HORA: |
|---|---|---|
| Eduardo Santos | 17-03-20 | 8 a 4 |

OBSERVACIONES:

2



CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 52.029.060

Apellidos
QUINTERO GALINDO

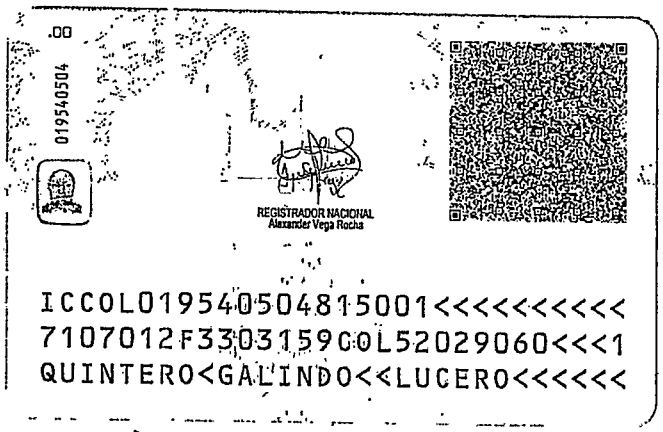
Nombres
LUCERO

Nacionalidad: COL
Estatura: 1.58
Sexo: F
Fecha de nacimiento: 01 JUL 1971
G.S.: O+
Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
05 SEPT 1989, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expiración
15 MAR 2033



.00

0195405O4

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL0195405O4815001<<<<<<<<<<
7107012F3303159COL52029060<<<1
QUINTERO<GALINDO<<LUCERO<<<<<<

98

Febrero 27 2025

enel | Bogotá

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

Negro

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **0313176-5**

**DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 343618672-0**

**CLIENTE**

**LUZ MARINA MONTENEGRO VARGAS**
AC 6 NO 17 65 PI 3
3 PISO
BOGOTA, D.C. - EDUARDO SANTOS

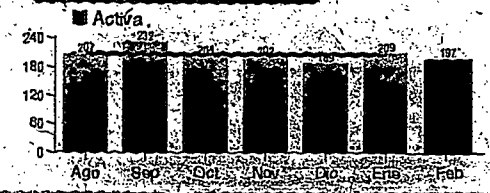
Paola

19 201-4175 / 014-4177126

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código




## COMPORTAMIENTO CONSUMO




VALOR KWH APLICADO $853,92

CONSUMO DIARIO 6,79 kWh

VALOR DIARIO $5.227

PERIODO FACTURADO 29 ENE/2025 A 26 FEB/2025 | DIAS FACTURADOS 29 | CONSUMO MES 197 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 207 kWh

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

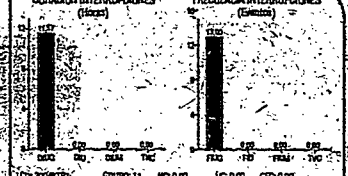
## INFORMACIÓN DE LA CUENTA

| | |
|---|---|
| CLASE DE SERVICIO: | Residencial |
| ESTRATO: | 3 |
| CARGA KW: | 3,00 |
| FACTOR: | 1 |
| RUTA REPARTO: | 1000218201475 |
| RUTA LECTURA: | 12182200309 |
| MANZANA DE LECTURA: | MS0041051 |
| MEDIDOR NO: | 014-4177126 |
| MEDIDOR NO: | 014-4177126 |

## USO SEGURO DE LA ENERGÍA

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

## CALIDAD DEL SERVICIO




Cto. 2024TH | GRUPO: 11 | HC: 0,00 | MC: 0,00 | CED: 0,007
PERIODO: 2024/12 | Ot: 224,07 | CP: 189,00000 | MC: 0,00 | EEI: 1,00 | +C: 0,13

Para saber detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 036 de 2019

## CONTÁCTANOS

Tarifas y solicitudes
Chat de asesores
318 890 6003 (Elena Bot o pasa Asesor)
Red Colombia | @enelcolombia
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. | 601 614 0055 denuncias@enel.com |

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

## ¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

Billetera Virtual: Rappi pay | Daviplata | MOVII | NEQUI | tpaga

Corresponsales Bancarios: CENRED | efecty | Red Servi | Baloto | MOVIRED | Punto Red | Su Red

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Jumbo | Metro

Código QR

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

**COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:** Vigencia: ENE/2025
G: $358,49 T: $58,03 D: $20,91 CV: $7,53 PR: $7,22 R: $12,94 C: $0,00 / $353,92 Costo kWh Mes

Cuotas 11 | ELECTRO CAUCASIA - Nivel de Tensión: Propiedad Terceros
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 1995.
Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de ellos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, 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 puede hacerse efectiva sin conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994
En cumplimiento de la resolución CREG150711 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 los usuarios. Para obtener mayor información, le invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.
ENEL COLOMBIA S.A. ESP prestó el servicio de factura para tenencia 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. 860.063.875-6. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.




FECHA GENERACIÓN: 25/02/2025 00:30:21
FECHA EXPEDICIÓN: 25/02/2025 11:49:19

CUDE: ba1b7e69145307b75e2f03ae1f3c6d211ba345e4f0553a570bd0391da49d1652166a3422ab1a0de4a7e8e01d...

Factura Impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.096.812-

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 890.331.161-0

49

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 192 | MICROCHIP: 990000012130849 | FECHA: 3/3/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

**1. DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRE: Zafiro | COLOR: Blanco Cafe

ESPECIE: CANINO X FELINO __ | SEXO: HEMBRA X MACHO __ | RAZA: Mestizo | EDAD: 1 año | PESO: 21Kg | 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: Alba Cristina Deaza Bello | DIRECCION: CL 7 # 14-54 2C 1-2 | TELEFONO: 3164845578

CEDULA: 52 323 703 | CORREO ELECTRÓNICO: cristina.deaza@gmail.com

BARRIO: La Estanzuela | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: LOS MARTIRES

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

**3. ANAMNESIS**

Buen estado de salud

ULT. CELO: Feb 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: Ningno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ningno

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

**5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS**

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

OBSERVACIONES: Ningno

**6. MEDICACION**

| FASE DE PROCEDIMIENTO | MEDICACION | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 1,1 ml. | 1 mg/kg IM |
| | KETAMINA | 2,1 ml. | 5 mg/kg IV [X] 10 mg/kg IM [ ] |
| | PROPOFOL | 4,2 ml. | 2 mg/kg IV |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | 7,3 ml. | 2 mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN (S.P.B.) | 1,4 ml. | 17.000 UI/kg IM |
| | MELOXICAM | 0,21 ml. | 0,2 mg/kg SC |

HALLAZGOS ANORMALES: Ningno

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

| | | |
|---|---|---|
| NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO<br>TARJETA PROFESIONAL | Médico Veterinario<br>TP. 34839 | FIRMA |
| NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO<br>TARJETA PROFESIONAL | Yennifer Gutiérrez Nomesque<br>Médico Veterinario - Zootecnista<br>TP. 33358 | FIRMA |

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: |
|---|---|
| | 52323703 |

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: |
|---|---|---|
| Eduardo Santos | 17-03-25 | 8 am |

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.323.703

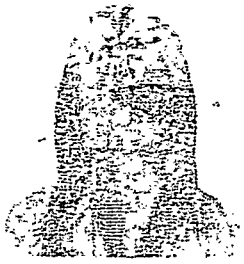
DEAZA BELLO

APELLIDOS

ALBA CRISTINA

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 17-JUN-1976

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

30-NOV-1994 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00384604-F-0052323703-20120628 0030329053A 1 1111901945

2 MESES

G MARTINEZ
CL 7-14-54 LC 1-2

LOS MARTIRES
LA ESTANZUELA

Comercial

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

Escanea y paga tu factura

Datos del medidor
MARCA: ITRON ACUADIS COMPOSITE NÚMERO: 014BA052443 TIPO: VOLU015R160 DIÁMETRO: ½

**CUENTA CONTRATO**
**Número para cualquier consulta** 10004279

**Factura de Servicios Públicos No.**
**Número para pagos** 38590941811

**TOTAL A PAGAR**
Cobro Prepago Oportuno $748.680

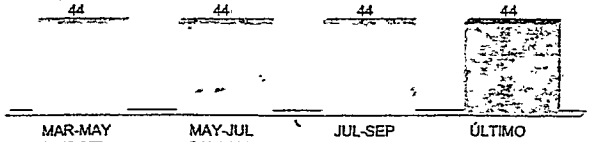
**Fecha de pago oportuno** DIC/22/2023

**Fecha de suspensión** DIC/28/2023

## Datos del consumo

| | | | |
|---|---|---|---|
| ULTIMA LECTURA: | 0 | CONSUMO (m³) | 44 |
| LECTURA ANTERIOR: | 0 | PROMEDIO (m³) | 29 |
| FACTURADO CON: | * Consumo prom histórico | Descargue fuente alterna | 0 |

Últimos consumos m³




**Periodo facturado**
SEP/23/2023 - NOV/21/2023

FECHA DE EXPEDICIÓN DIC/12/2023 FECHA ESPERADA DE LA PRÓXIMA FACTURA FEB/14/2024

## Resumen de su cuenta

Otros cobros, facturación mes actual $2

Ajuste a la decena $2

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Cargo fijo residencial | | | | | | |
| Consumo residencial básico | | | | | | |
| Consumo residencial superior a básico | | | | | | |
| Cargo fijo no residencial | 1 | $17.263,68 | $17.264 | $8.632 | $25.895,52 | $25.896 |
| Consumo no residencial (m3) | 44 | $3.275,04 | $144.102 | $72.051 | $4.912,56 | $216.153 |
| (1) | | | $161.366 | $80.683 | | $242.049 |

Subtotal otros cobros (1) $2

Otros conceptos que adeuda

Alcantarillado

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Cargo fijo residencial | | | | | | |
| Consumo residencial básico | | | | | | |
| Consumo residencial superior a básico | | | | | | |
| Cargo fijo no residencial | 1 | $8.205,60 | $8.206 | $4.103 | $12.308,70 | $12.309 |
| Consumo no residencial (m3) | 44 | $3.490,60 | $153.586 | $76.794 | $5.235,91 | $230.380 |
| (2) | | | $161.792 | $80.897 | | $242.689 |

Total otros conceptos que adeuda

Beneficio Mínimo Vital hasta 12 m³ Periodo actual $0

$484.740 $242.369 $8.079


**Cambia cada gota**

de la EAAB-ESP y obtén para ti y tres acompañantes el [illegible] en el recorrido exploratorio en Mataka!

Inscríbete a la factura virtual en www.acueducto.com.co

Revisa disponibilidad y horarios en www.mataka.org

Recibirás un correo de la EAAB-ESP con la confirmación de tu descuento.

Acércate a la taquilla de Mataka y disfruta de una gran experiencia.

Escanea el código




52

101803 49977 1/2

LIMPIEZA METROPOLITANA S.A. ESP

830123461-1

**CUENTA CONTRATO** 10004279

38590941811

KR 58 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. ESP

**Periodo facturado**
OCT/01/2023 - NOV/30/2023

**DATOS DEL USUARIO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Tipo de Productor: | GRAN PRODUCTOR | | Estrato: | 3 | |
| Und. Res. Ocup: | 0 | Und. No Res. Ocup: | 1 | Densidad: | 0.250 |
| Und. Res. Desocup: | 000 | Und. No Res. Desocup: | 000 | Volumen: | 1.23 |
| Frec. Barrido: | 06 | Frec. Recolección: | 06 | % Participación: | 0.000% |

**COMPONENTES DE TARIFAS**

| Costo Fijo Total CFT | Costo Variable No Aprovechables | Valor Tasa Aprovechamiento |
|---|---|---|
| 27.429,16 | 98.712,40 | 143.585,52 |

**TONELADAS POR SUSCRIPTOR MES**

| Barrido y Limpieza | Limpieza Usuario | Recaudo del Aprovechamiento |
|---|---|---|
| 0.0025 | 0.0009 | -0.0000 |

| Efectivamente Aprovechadas: | Residuos No Aprovechables Aforados - no Aforados |
|---|---|
| 0.0496 | 0.3083 |

**SUBPACTO CONTINGENCIAS COBRADAS**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 3 | $253.287 | $258.574 | $254.667 | DÍAS LIQUIDADOS: 61 |

LA TARIFA INCLUYE SUBSIDIO O APORTE.

**ESTADO DE SU CUENTA**

| CONCEPTO | VALOR | CONCEPTO | VALOR |
|---|---|---|---|
| Aseo grandes productores | $139.170 | Conceptos credito | $1.832 |
| Aporto | $125.253 | Interés mora | $1.396 |
| | | Ajuste a la decena -debito- | $3 |
| Subsidio | 00% | | |
| Aporte | 90% | | |

Si cancela en cheque el servicio de aseo, girar cheque de gerencia a favor de EAB-ESP-ASEO NIT 899.999.094.1

VALOR ASEO $ $263.940

**SU APORTE PARA LA PRESERVACIÓN Y RESTAURACIÓN DE LA RED DE AGUA**

El [illegible] 39 de 993 [illegible]

| | Tarifa por m³ | Tarifa por Suscriptor | Aporte Total |
|---|---|---|---|
| TASA DE USO | $42,85 | $42,85 | $1.885 |
| TASA RETRIBUTIVA | $128,30 | $128,30 | $5.645 |

**CONCEPTO**

| CONCEPTO | VALOR | CONCEPTO | VALOR |
|---|---|---|---|
| | | | |

$0

LIMPIEZA METROPOLITANA S.A. ESP.

**PAGA AQUÍ**

Actualmente la EAAB ESP no tiene convenio de recaudo con los siguientes bancos:
BBVA, Bancolombia, Pichincha, Falabella, Finandina, Bancamía, Credifinanciera, Cooperativo, Bancoldex.

PAGO POR APP, PSE Y BILLETERAS MOVILES

puntopay tpaga DAVIplata

PUNTOS QUE NO REQUIEREN DESPLAZARSE CORRESPONSALES NO BANCARIOS AUTORIZADOS

Punto de Pago

CANALES ELECTRÓNICOS | CENTROS AUTORIZADOS DE PAGOS | CENTRO AMIGO | SUCURSALES BANCARIAS AUTORIZADAS

SUPERCADES | CADES | RAPICADES

Horario:
Lunes a viernes de 7:00 a.m. a 4:00 p.m. en jornada continua.
Sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua.

CANALES 110 Aseo

---

FACTURA DE COBRO No. 38590941811 - 10004279
Si cancela en cheque, favor girar 2 cheques de gerencia separados 1 - Agua y Alcantarillado a favor de EAB-ESP NIT 899.999.094.1
Y 2 - Aseo a favor de EAB-ESP-ASEO NIT 899.999.094.1

aseo

| PERÍODO FACTURACIÓN | G MARTINEZ |
|---|---|
| OCT/01/2023 - NOV/30/2023 | CL 7 14 54 LC 1-2 |

(415)7707200489996(8020)385909418117(3900)000000263940

TOTAL ASEO $263.940

ESPACIO PARA TIMBRE Y REGISTRO BANCO

Copia de suscriptor 12.12.2023

---

FACTURA DE COBRO No. 38590941811 - 10004279
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).

acueducto

| PERÍODO FACTURACIÓN | G MARTINEZ |
|---|---|
| OCT/01/2023 - NOV/30/2023 | CL 7 14 54 LC 1-2 |

TOTAL AGUA Y ALCANTARILLADO $484.740

(415)7707200485271(8020)385909418114(3900)000000484740

ESPACIO PARA TIMBRE Y REGISTRO BANCO

12.12.2023

**ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES**

**HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS**

**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM**

| HISTORIA CLINICA | MICROCHIP: | FECHA: |
|---|---|---|
| 193 | 990000012130854 | 3/3/2025 |

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

**1. DATOS DEL PACIENTE**

| NOMBRE: | Violeta | COLOR: Blanco | |
|---|---|---|---|
| ESPECIE: CANINO X FELINO __ SEXO: HEMBRA X MACHO __ | RAZA Mestizo / EDAD 2 años | PESO: 13,4 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 __ MIXTO X OTRO __ | |

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

**2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE**

| NOMBRES Y APELLIDOS: | DIRECCION: | TELEFONO |
|---|---|---|
| Julio Arcesio Baron Diaz | Kr 19A # 04A-19 P3 | 3106070343 |
| CEDULA: 79969475 | CORREO ELECTRÓNICO: julioarcesiobarondiaz28@gmail.com | |
| BARRIO: El Progreso / ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: LOS MARTIRES | |
| ESCOLARIDAD: NS/NR: __ Primaria | TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __ | |

**3. ANAMNESIS**

Buen estado de salud

| ULT. CELO: | ULT. DESPARASITACION: | ULT. VACUNACION: NS/NR: __ CANINOS PARVO: / HEXAVALENTE: / | TRIPLE: — PENTAVALENTE: Agos 24 |
|---|---|---|---|
| Feb 25 | No Reporta | FELINOS: TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA: / | PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA: Agos 24 |

**4. EXAMÉN CLÍNICO**

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

**5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS**

| F. CARDIACA: | F. RESPIRATORIA: | TEMPERATURA: | TLLC | MUCOSAS: |
|---|---|---|---|---|
| 116 l/m | 31 r/m | 38,4 °c | 1 seg | Rosada |

OBSERVACIONES: Ninguno

**6. MEDICACION**

| FASE DE PROCEDIMIENTO | MEDICACION | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 0,7 ml. | 1 mg/kg IM |
| | KETAMINA | 1,3 ml. | 5 mg/kg IV X 10 mg/kg IM ☐ |
| | PROPOFOL | 2,6 ml. | 2 mg/kg IV |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | 4,5 ml. | 2 mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN (S.P.B.) | 0,9 ml. | 17.000 UI/kg IM |
| | MELOXICAM | 0,13 ml. | 0,2 mg/kg SC |

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

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

| | | |
|---|---|---|
| BOGOTÁ | ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES<br>HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS<br>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 qué pueda sufrir.

| Firma del Responsable/Tenedor: | Nro de Identificación: |
|---|---|
| JULIO DIAZ | 79967475 |

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:<br><br>Nro. Identificación: | Firma: |
|---|---|

**8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS**

| LUGAR: | FECHA: | HORA: |
|---|---|---|
| (ES) Eduardo Santos | 17-03-25 | 8 am |

OBSERVACIONES:

23

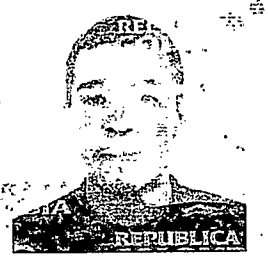
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79969475

BARON DIAZ
APELLIDOS

JULIO ARCESIO
NOMBRES

FIRMA






INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-SEP-1978
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.74 B+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

06-DIC-1996 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-1500117-42103986-M-0079969475-20020717 0368202197B.01 130415913

54

32128

# enel | Bogotá

PAPEL ECOLÓGICO

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-8
Calle 99 No. 13 - 45 Piso 1

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **3877567-9**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 343311852-7

32128

## CLIENTE

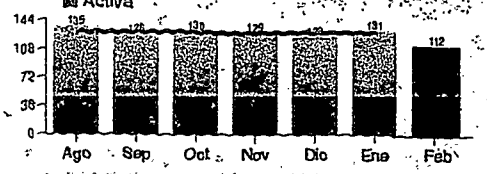
**ROSA ISABEL DIAZ**
KR 19 A NO 04 A 19 PI 3
FACHADA
BOGOTA, D.C. - EL PROGRESO

17 223 2670 / 072-302226

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código




## COMPORTAMIENTO CONSUMO




VALOR kWh APLICADO: $353,92

CONSUMO DIARIO: 3,86 kWh

VALOR DIARIO: $2.603

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES 129 kWh

PERIODO FACTURADO: 21 ENE/2025 A 18 FEB/2025

DIAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES 112 kWh

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

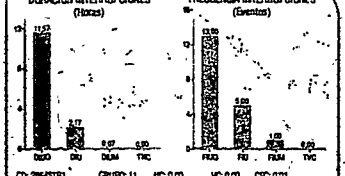
## INFORMACIÓN DE LA CUENTA

| | |
|---|---|
| CLASE DE SERVICIO: | Residencial |
| ESTRATO: | 3 |
| CARGA kW: | 3,00 |
| FACTOR: | 1 |
| RUTA REPARTO: | 100021722326870 |
| RUTA LECTURA: | 12172150253 |
| MANZANA DE LECTURA: | MS00411108 |
| MEDIDOR NO: | 072-302226 |
| MEDIDOR NO: | 072-302226 |

## USO SEGURO DE LA ENERGÍA

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

## CALIDAD DEL SERVICIO




CO: 2864870 | GRUPO: 11 | HC: 0,00 | MC: 0,00 | CEC: 0,01
PERIODO: 2024/12 | DI: 224,07 | CF: 123,00000 | MC: 0,00 | MP: 1,00 | %: 0,18
*Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 038 de 2019*

## CONTÁCTANOS

- Dudas y solicitudes: enel.com.co/es/personas/radicadores
- Chatea con nosotros en: enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
- 316 690 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 6140065 denuncias@enel.com |

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

## ¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago: App Bancolombia, Internet, Teléfono Bancolombia, Débito Automático, Clave Electrónica, APP Enel Clientes Colombia, Botón de Pago Online, Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual: Nequi, Daviplata, MOVII, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, Efecty, Red Servi, MOVIRED, puntoRed

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Jumbo, Metro

Código QR

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

**COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:** Vigencia: ENE/2025
G: $353,49 T: $58,03 D: $250,91 Cv: $75,53 Pm: $70,22 R: $12,94 CF: $0,00 / $353,92 Costo kWh Mes




GRUPO: 11 CREDITO SANPASTEUR - RIVAL DE TRANSPORTE PROMOCIÓN 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 013 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 ésos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comuníquese al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 0061 de 10 de diciembre de 2020.

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

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

En cumplimiento de la resolución 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, 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 comuníquese a las líneas (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 dispuestos por esta Empresa.

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

FECHA GENERACIÓN: 21/02/2025 01:07:31
FECHA EXPEDICIÓN: 21/02/2025 17:20:16

CUDE: 462b3a0802a6c4a041df870d00aa1c4724468d8e4005ae03b4568f81d22051b95bdc04dbb1f8a3f1f9516d92a27bd1f02ca

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.096.612-2 Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 900.321.151-9 4.681 - Página 1 de 2

32128

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 194 | MICROCHIP: 990000012130860 | FECHA: 3/3/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD __

**1. DATOS DEL PACIENTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE: Tara. | | | | COLOR: Canela | |
| ESPECIE: CANINO X FELINO __ SEXO: HEMBRA X MACHO __ | RAZA: mestizo | EDAD: 5 años | PESO: 5.3 kg. | POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X | |
| DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI __ NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X | | TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR __ CASERO __ CONCENTRADO X MIXTO __ OTRO __ | | |

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

**2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS: Jose Elias Moyano Bernal | DIRECCION: Kr 19A #44-19 MJ | TELEFONO: 3202649205 | |
| CEDULA: 80 766 913 | CORREO ELECTRÓNICO: 3202649205@sincorreo.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: __ CANINOS PARVO: | TRIPLE: | PENTAVALENTE: |
|---|---|---|---|---|
| Agosto/24 | NO reporta. | FELINOS: TRIPLE FELINA: / | HEXAVALENTE: Agosto/24. LEUCEMIA: | PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA: / |

**4. EXAMÉN CLÍNICO**

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Estenosis de narina)

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

**5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS**

| F. CARDIACA: | F. RESPIRATORIA: | TEMPERATURA: | TLLC | MUCOSAS: |
|---|---|---|---|---|
| 118 l/m | 31 r/m | 38,4 °c | 1 seg | Rosado |

OBSERVACIONES: Ninguno

**6. MEDICACION**

| FASE DE PROCEDIMIENTO | MEDICACION | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 0,2 ml. | 1 mg/kg IM |
| | KETAMINA | 0,5 ml. | 5 mg/kg IV ☑ 10 mg/kg IM ☐ |
| | PROPOFOL | 1 ml. | 2 mg/kg IV |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | 1,7 ml. | 2 mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN (S.P.B.) | 0,3 ml. | 17.000 UI/kg IM |
| | MELOXICAM | 0,05 ml. | 0,2 mg/kg SC |

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y 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<br>TARJETA PROFESIONAL | Andres Quiroga<br>Médico Veterinario<br>TP. 34839 | FIRMA |
| NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO<br>TARJETA PROFESIONAL | Yennifer Gutiérrez Nomesque<br>Médico Veterinario - Zootecnista<br>TP. 33358 | FIRMA |

| | | |
|---|---|---|
| BOGOTÁ | ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES<br>HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS<br>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 compañia.** 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: |
|---|---|
| JOSE ELIAS MOLANO BLANCO | 80766913 |

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:<br><br>Nro. Identificación: | Firma: |
|---|---|

**8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS**

| LUGAR: | FECHA: | HORA: |
|---|---|---|
| Eduardo Santos | 17-03-25 | 8 am |

OBSERVACIONES:

SE LE INFORMA AL TENEDOR RESPONSABLE SOBRE LOS RIESGOS ANESTÉSICOS Y QUIRÚRGICOS DEL ANIMAL, POR LA CONDICIÓN DE SU RAZA. EL TENEDOR REFIERE ENTENDER

Andres Quiroga
Médico Veterinario
TP. 34839

JOSE ELIAS MOLANO
80766913

25

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 80.766.913

MOYANO BERNAL
APELLIDOS

JOSE ELIAS
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 06-SEP-1983
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO

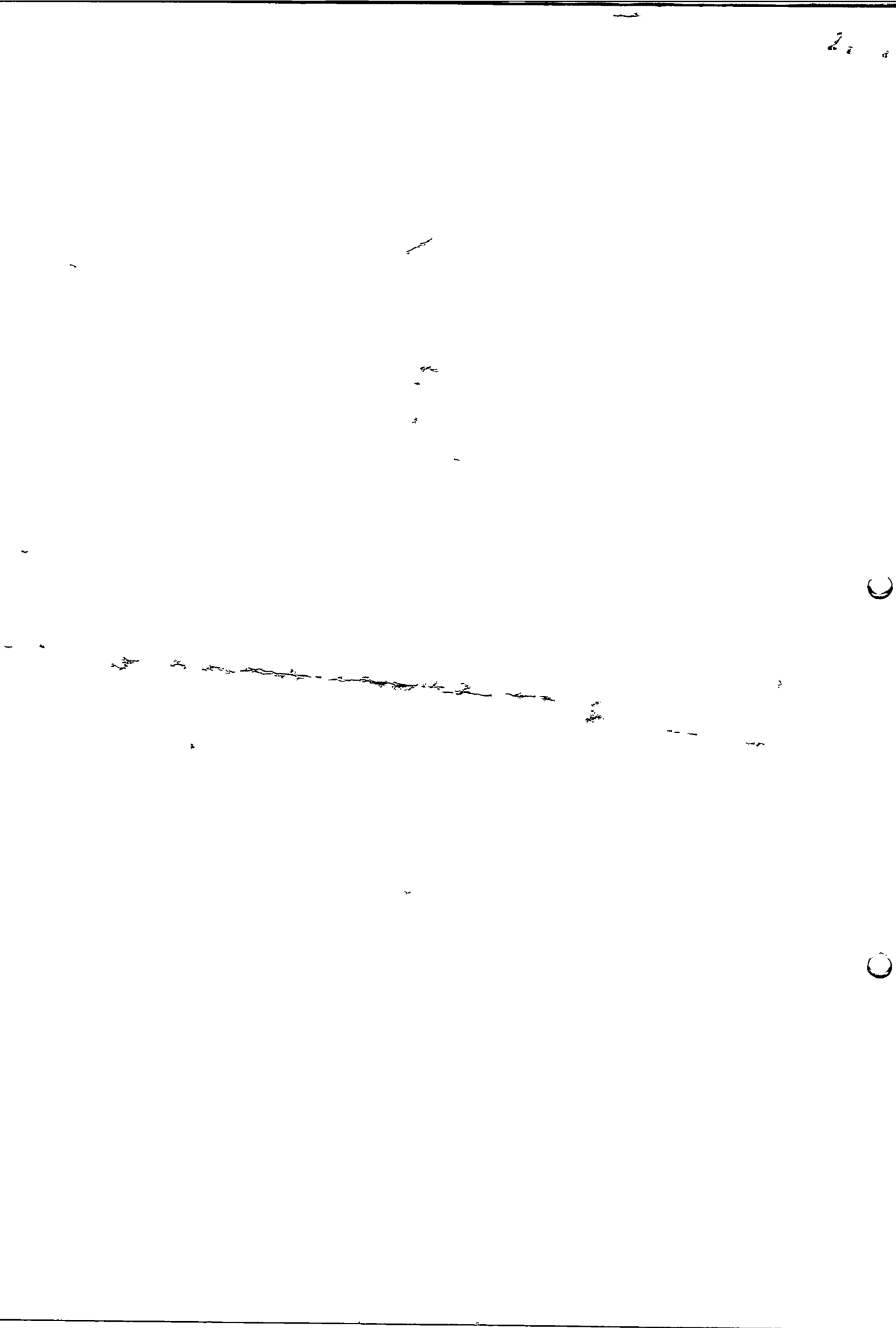
14-JUN-2002 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-01013658-M-0080766913-20180608 0061510069A 1 9904569796

REGISTRO CIVIL

57



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: **1298545-2**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 343327037-4

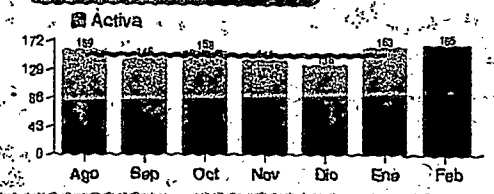
**CLIENTE**

**CLAUDIA ELISA PRADA TORRES YO**
KR 19 A NO 4 A 19 MJ
BARRIO EDUARDO SANTO
BOGOTA, D.C. - EL PROGRESO

17 223 2673 / 110-11047593

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código.

## COMPORTAMIENTO CONSUMO




VALOR kWh APLICADO: $953,92

CONSUMO DIARIO: 5,69 kWh

VALOR DIARIO: $1.284

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 151 kWh

PERIODO FACTURADO: 21 ENE 2025 A 18 FEB 2025

DIAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES: 165 kWh

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


Te lo cuenta Enel.

**Entiende tu factura de energía.**

Revisa siempre los siguientes datos:

- Histórico de consumo
- Periodo facturado
- Consumo kWh
- Cobro de otros servicios

Conoce más en:
www.enel.com.co
o escaneando este QR



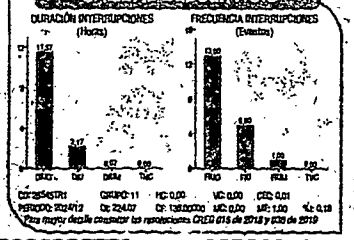

## INFORMACIÓN DE LA CUENTA

| | |
|---|---|
| CLASE DE SERVICIO: | Residencial |
| ESTRATO: | 3 |
| CARGA kW: | 16,28 |
| FACTOR: | 1 |
| RUTA REPARTO: | 10002172232573 |
| RUTA LECTURA: | 12172150286 |
| MANZANA DE LECTURA: | MS00411106 |
| MEDIDOR NO: | 110-11047593 |
| MEDIDOR NO: | 110-11047593 |

## USO SEGURO DE LA ENERGÍA

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

## CALIDAD DEL SERVICIO




CONTRATO: 5115115701 GRUPO: 11 HC: 0,00 MC: 0,00 CEC: 0,01
PERIODO: 2024/12 DC: 224,07 CF: 1.500,0000 MC: 0,00 MR: 1,00 %: 0,19
*Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 030 de 2019*

## CONTÁCTANOS

- Radique su solicitud en centrosdeservicio/personas/solicitudes
- Chat disponible en centrosdeservicio/personas/chat-de-atencion
- 322 890 6000 (Gloria 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, MOVII, Nequi, tpaga

**Corresponsales Bancarios:** CONRED, Efecty, Red Ral, Baloto, Su Red, MOVIRED, Puntored, Supergiros

**Red Distrital:** RED CADE

**Centros de Servicio:** enel

**Almacenes de Cadena:** JUMBO, Olímpica

**Código QR**

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

**COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:** Vigencia: ENE/2025
G: $338,49 T: $58,03 D: $290,91 CV: $75,53 Pr: $70,22 R: $12,94 CF: $0,00 : $833,82 Costo kWh $/kv

Factor: 1 CONTRATO: 5115115701 -- Mrkt. DE TRANSM. PROPIEDAD Empresa
ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica. Tarifa 11,04 por ml. Somos autorretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1998.

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

"Salvo el caso de Suspensión probada 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 CREG150411 consultar 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 los usuarios. Para obtener mayor información, la invitamos a consultarla 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 cobrará el servicio de recaudo por concepto 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 conceptos, por favor dirigirse a los canales de atención dispuestos por cada Empresa.

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


Inscríbete a factura electrónica* y aprovecha los beneficios.

Escanea el código

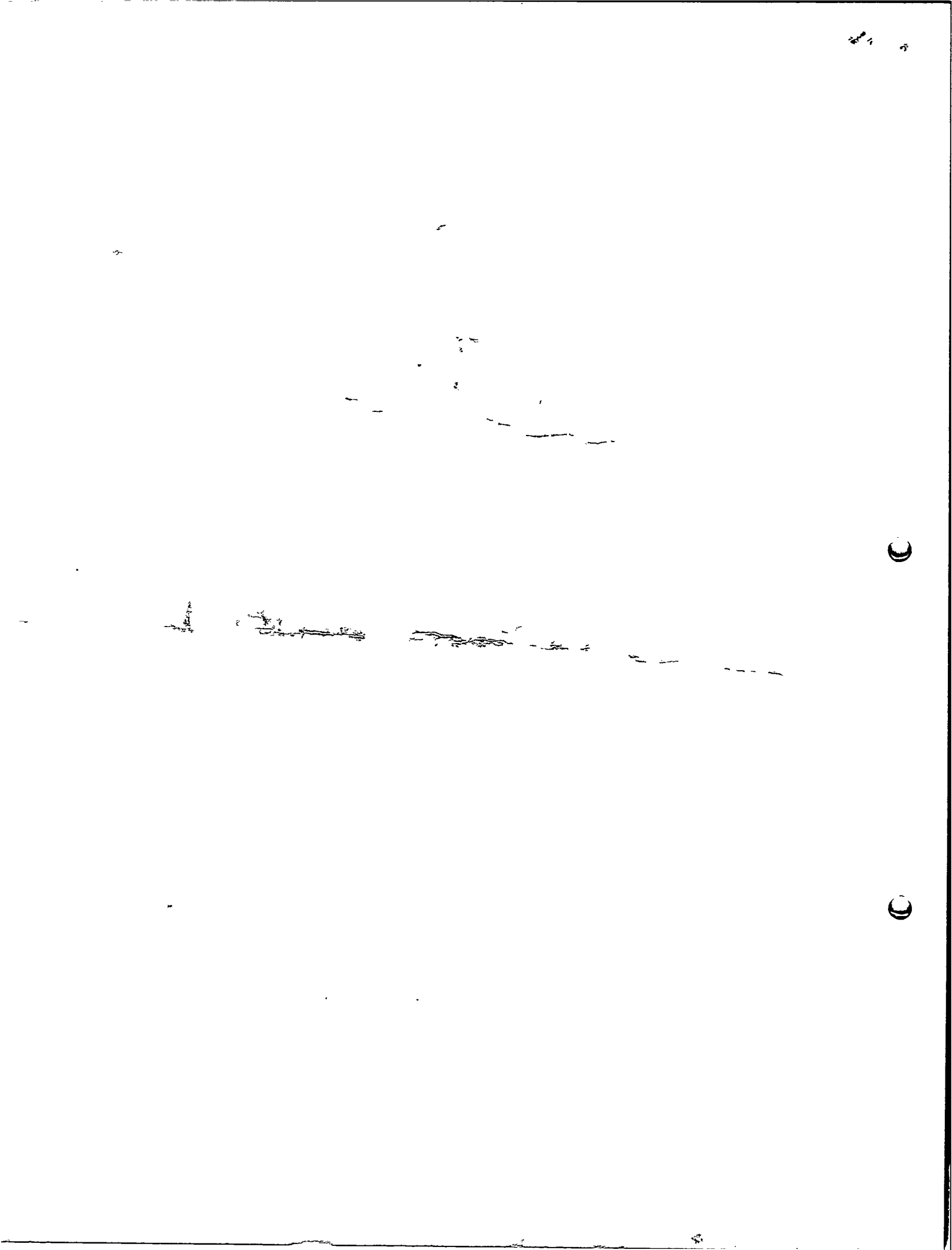



FECHA GENERACIÓN: 21/02/2025 00:54:57
FECHA EXPEDICIÓN: 21/02/2025 16:28:08

Factura Impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.058.812-2

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

CUDE: 1808323ca8033471189e79dd1fa259d15ac5c224ead7f61a3586610_Jda71374ad6e59e95335a5f4deebbab61c2da1ab



ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 195 | MICROCHIP: 990000013797841 | FECHA: 3/3/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD __

**1. DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRE: molly | COLOR: Blanco Negro

ESPECIE: CANINO X FELINO __ | SEXO: HEMBRA X MACHO __ | RAZA: Husky Siberiano | EDAD: 2 años | PESO: 25.5 kg | POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

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

**2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE**

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria Doris Soba Gonzalez | DIRECCION: Kr 18 # 1C-50 AP 301 | TELEFONO: 3123879690

CEDULA: 20 501 295 | CORREO ELECTRÓNICO: Dorisgonzales@Hotmail.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 reporta. | ULT. DESPARASITACION: Febrero 2025 | 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: 116 l/m | F. RESPIRATORIA: 31 r/m | TEMPERATURA: 38,1 °c | TLLC 1 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

**6. MEDICACION**

| FASE DE PROCEDIMIENTO | MEDICACION | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 1,3 ml. | 1 mg/kg IM |
| | KETAMINA | 2,5 ml. | 5 mg/kg IV ☒ 10 mg/kg IM ☐ |
| | PROPOFOL | 5 ml. | 2 mg/kg IV |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | 8,7 ml. | 2 mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN (S.P.B.) | 1,7 ml. | 17.000 UI/kg IM |
| | MELOXICAM | 0,2 ml. | 0,2 mg/kg SC |

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

| | | |
|---|---|---|
| NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO<br>TARJETA PROFESIONAL | Andres Quiroga<br>Médico Veterinario<br>TP. 34839 | FIRMA |
| NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO<br>TARJETA PROFESIONAL | Yennifer Gutiérrez Nomesque<br>Médico Veterinario - Zootecnista<br>TP. 33358 | FIRMA |

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

**7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION**

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

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO _X___ o RECHAZO ____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañia.** 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] | 20501795 |

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: |
|---|---|---|
| Eduardo Santos | 17-03-25 | 8 am |

OBSERVACIONES:

**REPUBLICA DE COLOMBIA**
**IDENTIFICACION PERSONAL**
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **20.501.295**

**SOBA GONZALEZ**

APELLIDOS

**MARIA DORIS**

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **04-JUN-1964**

**EL COLEGIO**
**(CUNDINAMARCA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

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

**12-DIC-1983 EL COLEGIO**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
**CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES**

A-1500150-00029063-F-0020501295-20080724 **0001**391214A 1 1300001922

31

enel Bogotá

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

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagar y consultar tu número de cliente es:

**0317640-2**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 343566395-9

**CLIENTE**

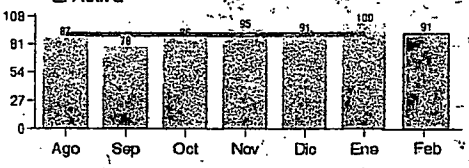
**OLIVERIO ARENAS**
KR 18 NO 1 C 50 AP 301
BOGOTA, D.C. - EDUARDO SANTOS

19 204 5100 / 074-657572

¿Quieres tu factura virtual? Escríbenos al correo

**COMPORTAMIENTO CONSUMO**

Activa




VALOR kWh APLICADO: $853,92

CONSUMO DIARIO: 3,14 kWh

VALOR DIARIO: $2.278

PERÍODO FACTURADO: 23 ENE/2025 A 20 FEB/2025

DÍAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES: 91 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 90 kWh




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

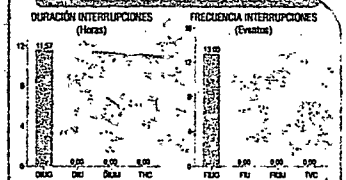
**INFORMACIÓN DE LA CUENTA**

| | |
|---|---|
| CLASE DE SERVICIO: | Residencial |
| ESTRATO: | 3 |
| CARGA kW: | 2,00 |
| FACTOR: | 1 |
| RUTA REPARTO: | 10002192045100 |
| RUTA LECTURA: | 12192050214 |
| MANZANA DE LECTURA: | MS00410520 |
| MEDIDOR NO: | 074-657572 |
| MEDIDOR NO: | 074-657572 |

**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**




CO: 1534TRI GRUPO: 11 HC: 0,00 VC: 0,00 CCC: 0,00
PERIODO: 2024/12 DE: 224,67 CF: 91,00000 MC: 0,00 ? MF: 1,00 %I: 0,18
*Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 038 de 2019*

**CONTÁCTANOS**

- Peticiones y solicitudes: enel.com.co/es/personas/solicitaciones
- Chat de servicio en: enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
- 316 890 6003 (Claro Bot o pasa Asesor)
- Enel Colombia / @enelClientesCO
- Registrate gratis
- Zona privada de la página Web
- App Enel Clientes Colombia

| CENTRAL DE ATENCIÓN AL CLIENTE | REVISIONES TÉCNICAS | DENUNCIOS |
|---|---|---|
| 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 · MOVII · NEQUI · tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED · Efecty · Gana · MOVIRED

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

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: ENE/2025
G: $358,49 T: $56,03 D: $280,91 CV: $75,33 PR: $70,22 R: $12,94 CF: $0,00 / $853,92 Costo kWh Mes




GRUPO: 11 CIRCUITO: C.AYZ7-1534TRI - NIVEL DE TENSIÓN:1 PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autoretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 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 de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994

En cumplimiento de la resolución CREG15011 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, 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 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: 25/02/2025 00:30:19
FECHA EXPEDICIÓN: 25/02/2025 12:46:21

CUDE: 25eb63893b4e12b230661df5aad9d882d7d816869be13a2f97f842fd35b228b00e590962ac5240e60e400ff03312c2bc1

Factura impresa por Convejal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.090.812-2 | Proveedor Tecnológico: Convejal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 890.321.151-0

61

# ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

## HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

## CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 196

MICROCHIP: 990000013797849

FECHA: 3/3/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

### 1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Nala

COLOR: Blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO __ SEXO: HEMBRA X MACHO __ RAZA Mestizo EDAD 7meses PESO: 6,4Kg POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X

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

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

### 2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria Ana Yaneth Chacon Gonzalez

DIRECCION: AC 6 # 17-65 P3

TELEFONO: 3134516128

CEDULA: 52 168 560

CORREO ELECTRÓNICO: yanethchacon526@gmail.com

BARRIO: Eduardo Santos ESTRATO: 3 LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: NS/NR: __ Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __

### 3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO: Febrero 25

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: 116 l/m

F. RESPIRATORIA: 31 r/m

TEMPERATURA: 38 °c

TLLC 1 seg

MUCOSAS: Rosada

OBSERVACIONES: Ninguno

### 6. MEDICACION

| FASE DE PROCEDIMIENTO | MEDICACION | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 0,3 ml. | 1 mg/kg IM |
| | KETAMINA | 0,6 ml. | 5 mg/kg IV ☑ 10 mg/kg IM ☐ |
| | PROPOFOL | 1,2 ml. | 2 mg/kg IV |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | 2,1 ml. | 2 mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN (S.P.B.) | 0,4 ml. | 17.000 UI/kg IM |
| | MELOXICAM | 0,06 ml. | 0,2 mg/kg SC |

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y 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<br>TARJETA PROFESIONAL | Andres Quiroga<br>Médico Veterinario<br>TP. 34839 | FIRMA |
| NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO<br>TARJETA PROFESIONAL | Yennifer Gutiérrez Nomesque<br>Médico Veterinario - Zootecnista<br>TP. 33358 | FIRMA |

| | | |
|---|---|---|
| GOBIERNO DE BOGOTÁ | ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES<br>HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS<br>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: |
|---|---|
| Yaneth Unión G. | 52168560 |

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:

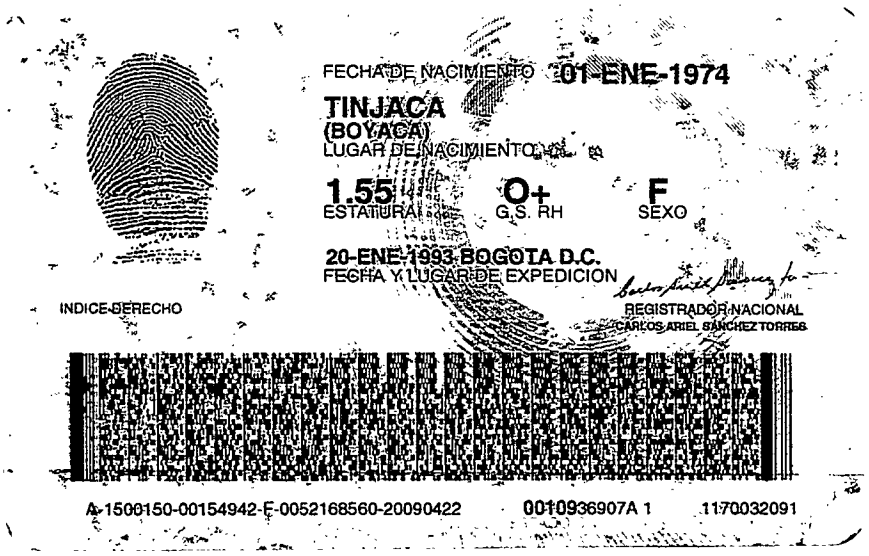
| Nombre del Responsable/Tenedor:<br><br>Nro. Identificación: | Firma: |
|---|---|

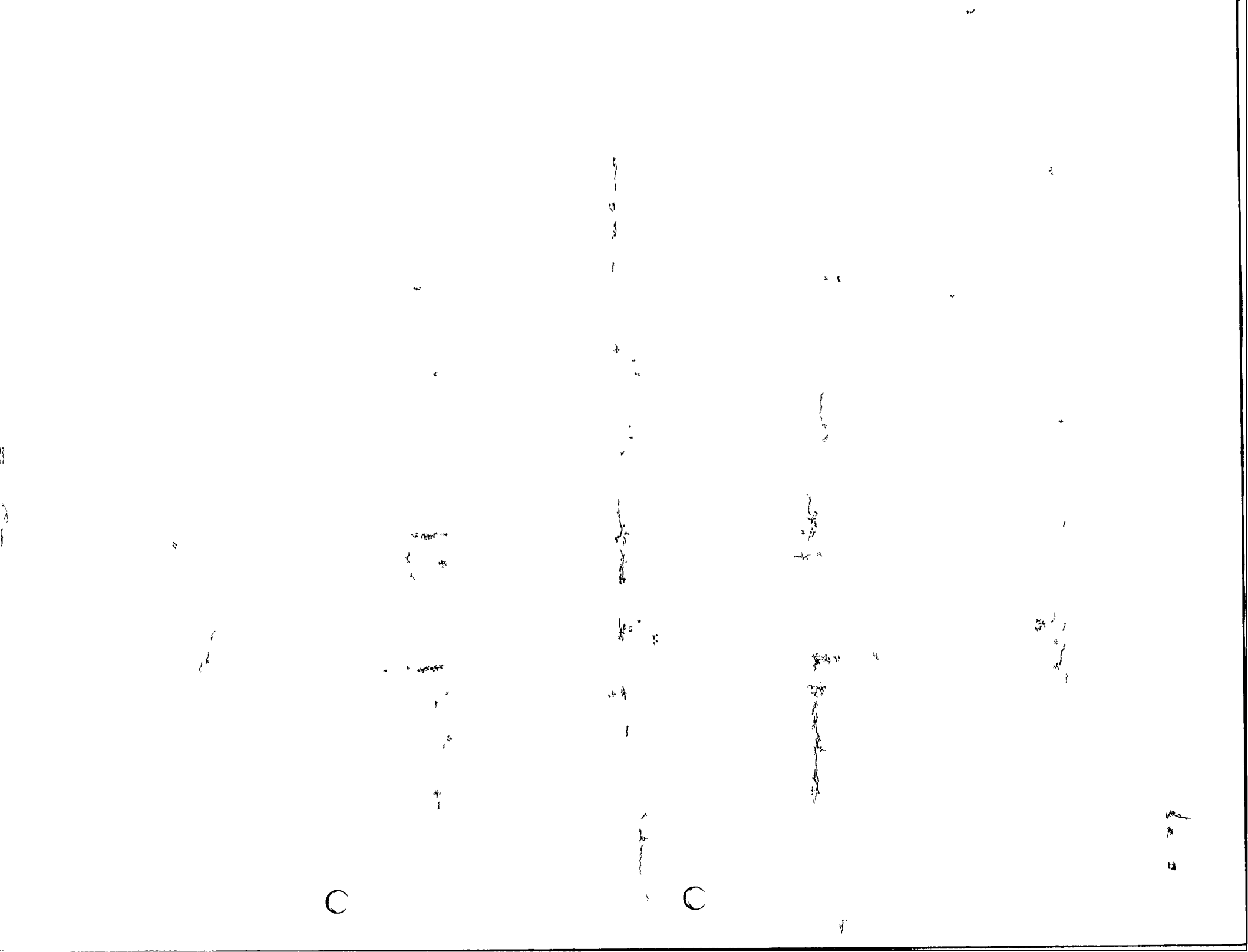
**8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS**

| LUGAR: | FECHA: | HORA: |
|---|---|---|
| Eduardo Santos | 17-03-25 | 8 a.m. |

OBSERVACIONES:


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 52.168.560
CHACON GONZALEZ
APELLIDOS
MARIA ANA YANETH
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 01-ENE-1974
TINJACA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
20-ENE-1993 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
A-1500150-00154942-F-0052168560-20090422 0010936907A 1 1170032091



34.

Febrero 27 2025

Bogotá

Neqoj

Paola

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

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **0313176-5**

**DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 343618672-0**

**CLIENTE**

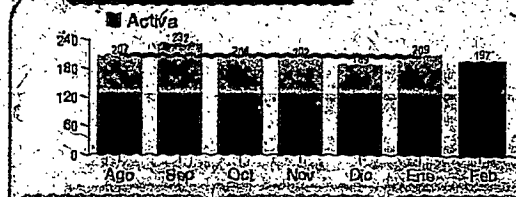
**LUZ MARINA MONTENEGRO VARGAS**
AC 6 NO 17 65 PI 3
3 PISO
BOGOTA, D.C. - EDUARDO SANTOS.

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

19201-4175 / 014-4177126




## COMPORTAMIENTO CONSUMO




VALOR KWH APLICADO $553,92

CONSUMO DIARIO 6,79 kWh

VALOR DIARIO $4.227

PERÍODO FACTURADO: 28 DÍAS
DEL 20-01-2025 AL 20-02-2025

CONSUMO MES FACTURADO: 190 kWh

CONSUMO PROMEDIO ÚLTIMOS 6 MESES: 207 kWh

¡Este mes tuvimos acceso a la LECTURA DE TÚ 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: | 10002182014175 |
| RUTA LECTURA: | 1819220039 |
| MANZANA DE LECTURA: | MS00410511 |
| MEDIDOR NO: | 014-4177126 |
| MEDIDOR NO: | 014-4177126 |

## CALIDAD DEL SERVICIO




## USO SEGURO DE LA ENERGÍA

Es importante que asegures 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

| ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE | EMERGENCIAS | DENUNCIAS |
|---|---|---|
| Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115 | 115 Gratuito las 24 horas | 601 6140065 |

DEFENSOR DEL CLIENTE
https://financiarel.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, exige el desprendible del talonario. El recibo del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.




**COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del Costo:** — Vigencia: ENE/2025
Q: $258,78 T: $56,03 D: $280,91 CV: $75,33 PR: $70,22 R: $12,94 C=: $1,00 / $553,92 Costo kWh Mes

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 019 DE 1995.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de ellos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, 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 proceso el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa, previo a la suspensión del servicio.*

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

En cumplimiento de la resolución CREG 015811 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 del usuario. Para obtener mayor información, le pedimos a consultarnos 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 traslado 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 las oficinas de atención dedicadas 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.

CUFE: ba157a99f483a7f59e2f39ae1f6de2211da345a4e9a953aa570bd3381da45a9b52a156ba3422ab10da4a7a9e01be

FECHA GENERACIÓN: 25/02/2025 00:30:21
FECHA EXPEDICIÓN: 25/02/2025 11:49:19

Factura impresa por Cenyital Soluciones de Comunicación SAS NIT 900.069.812-1

Proveedor Tecnológico: Cenyital Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 900.321.151-0

64

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 197 | MICROCHIP: 990000012130310 | FECHA: 31/3/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

**1. DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRE: Molly | COLOR: Dorado

ESPECIE: CANINO X FELINO __ | SEXO: HEMBRA X MACHO __ | RAZA: Golden Retriever | EDAD: 1año | PESO: 23,4kg | 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: Valentina Salazar Ortiz | DIRECCION: Kr 77 #4-37 AP200 | TELEFONO: 3213695571

CEDULA: 1002 327 591 | CORREO ELECTRÓNICO: valentinasalazarortiz19@gmail.com

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

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

**3. ANAMNESIS**

Buen estado de salud

ULT. CELO: Nov 24 | ULT. DESPARASITACION: No Reporta | ULT. VACUNACION: NS/NR: __ CANINOS PARVO: / TRIPLE: — PENTAVALENTE: — FELINOS: TRIPLE FELINA: / HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: — LEUCEMIA: / RABIA: Ago 24

**4. EXAMÉN CLÍNICO**

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

**5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS**

F. CARDIACA: 117 l/m | F. RESPIRATORIA: 31 r/m | TEMPERATURA: 38,1 ºc | TLLC 1 seg | MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

**6. MEDICACION**

| FASE DE PROCEDIMIENTO | MEDICACION | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 1,2 ml. | 1 mg/kg IM |
| | KETAMINA | 2,3 ml. | 5 mg/kg IV X 10 mg/kg IM ☐ |
| | PROPOFOL | 4,6 ml. | 2 mg/kg IV |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | 8 ml. | 2 mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN (S.P.B.) | 1,6 ml. | 17.000 UI/kg IM |
| | MELOXICAM | 0,2 ml. | 0,2 mg/kg SC |

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO
TARJETA PROFESIONAL
Andres Quiroga
Médico Veterinario
TP. 34839
FIRMA

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

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

**7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION**

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

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO _X___ o RECHAZO ____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañia.** 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] | 1002327591 |

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: |
|---|---|---|
| Eduardo Santos | 17-03-25 | 8 am |

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.002.327.591**

**SALAZAR ORTIZ**

APELLIDOS

**VALENTINA**

NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-DIC-2002**

**SAN MARTIN DE LOBA**
**(BOLIVAR)**
LUGAR DE NACIMIENTO

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

**28-ENE-2021 NORCASIA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-0907800-01213575-F-1002327591-20210210 0073358483A 1 8501403468

34022

# 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: **0317344-2**

**DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 343648298-1**

CUENTE

**JOSE IVAN ARREDONDO**
KR 17 NO 4 -37 AP 200
2 PISO
BOGOTA, D.C. - EDUARDO SANTOS

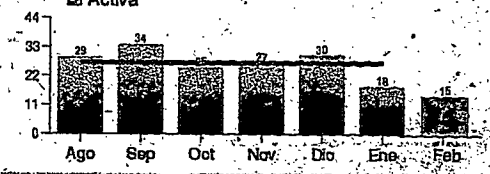
pago Nefti
28-02-25.

19 201 4017 / 031-72032197

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

## COMPORTAMIENTO CONSUMO

Activa




VALOR kWh APLICADO: $853,92

CONSUMO DIARIO: 0,52 kWh

VALOR DIARIO: $775

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 27 kWh

PERIODO FACTURADO: 23 ENE/2025 A 20 FEB/2025

DIAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES: 15 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


Te lo cuenta Enel.

**Entiende tu factura de energía.**

Revisa siempre los siguientes datos:

- Histórico de consumo
- Período facturado
- Consumo kWh
- Cobro de otros servicios

Conoce más en:
www.enel.com.co
o escaneando este QR



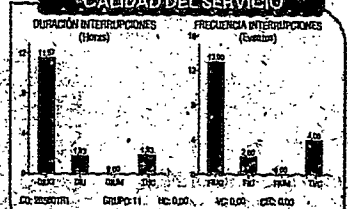

## INFORMACIÓN DE LA CUENTA

| | |
|---|---|
| CLASE DE SERVICIO: | Residencial |
| ESTRATO: | 3 |
| CARGA kW: | 12,00 |
| FACTOR: | 1 |
| RUTA REPARTO: | 10002192014017 |
| RUTA LECTURA: | 12192200153 |
| MANZANA DE LECTURA: | MS004105111 |
| MEDIDOR NO: | 031-72032197 |
| MEDIDOR NO: | 031-72032197 |

## USO SEGURO DE LA ENERGÍA

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

## CALIDAD DEL SERVICIO




Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 038 de 2019

## CONTÁCTANOS

Tarifas y Facturación
Peticiones, Quejas, Reclamos y Solicitudes
Chat en línea
316 560 6003 Línea Bot – Julia Alexa
Redes Sociales
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 5140058 denuncias@enel.com |

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

## ¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

Billetera Virtual: Daviplata, DaviPlata, MOVII, Nequi, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efecty, El Royal, MOVIRED, puntored

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: JUMBO

Código QR

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


Inscríbete a factura electrónica* y aprovecha los beneficios.

Escanea el código




COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: ENE/2025
D: $338,49 T: $56,03 I: $280,81 CV: $75,33 PR: $70,22 R: $12,94 CF: $0,00 / $833,82 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: AV17-3555111 - NIVEL DE TENSIÓN: PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por ciento. 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 establecida 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 gestor contemplado según resolución No 9061 de 10 de diciembre de 2020.

"Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio."
Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994

En cumplimiento de la resolución CREG156/11 consultar www.enel.com.co

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, te invitamos a consultarla 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 presten los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención de bienes prestada 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: 25/02/2025 00:30:27
FECHA EXPEDICIÓN: 25/02/2025 12:56:13

CUDE: 152172c6cbc8d1c657777e612d0043e2c6c2117a227ab5ce523aa218c804e492d06e4da662d5e45008e9c040c1b56a8f

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 830.085.605-2

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Norma del SW: CEN Financiero - NIT 860.221.151-0

8628 - Página 1 de 2

34022

67

| 1 Total Energía | + | 2 Portafolio Enel X | = | Total a Pagar | PAGO OPORTUNO | FECHA DE SUSPENSIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|
| $10.890 | | $0 | | $10.890 | 06 MAR /2025 | 10 MAR /2025 |

## ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 0317344-2

PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 21 MAR /2025

**Tipo de Lectura: Real**

**Situación encontrada: Normal**

| CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA | Lectura Actual | − | Lectura Anterior | = | Diferencia de Lecturas | x | Factor | = | Energía Consumida kWh | Energía Facturada kWh | x | Valor Unitario | = | Valor Facturado |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ENERGIA ACTIVA FP | 54.348 | | 54.333 | | 15 | | 1 | | 15 | 15 | | $833,82 | | $12.509 |
| ENERGIA REACTIVA | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | 0 | | $280,01 | | $0 |
| SUBSIDIO | Consumo a subsidiar 130,00 kWh | | X | | Valor kWh $833,8223 | | X | | Beneficio -15,00 % | | | | | $1.921 |
| ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $375 DIARIOS | | | | | | | | | | | | | SUBTOTAL | $10.888 |

### Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena $2

SUBTOTAL $2

Consumos + Otros cobros asociados a energía — 1 TOTAL ENERGÍA: $10.890

### 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 $28.858

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.

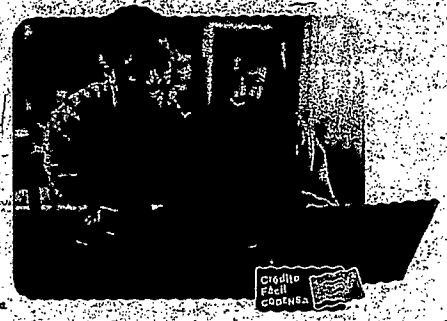
ESTIMADO CLIENTE: El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (0 ~ 130 kWh/mes) es de -15,00 %


LA TARJETA DE LA CIUDAD
Crédito Fácil CODENSA

Solicita ya tu Tarjeta de la ciudad Crédito Fácil CODENSA y accede a un mundo de beneficios y descuentos.

Solicítala ya escaneando este QR

Marcas registradas de The Bank of Nova Scotia, utilizadas bajo licencia. Crédito sujeto a estudio y aprobación. Aplican términos y condiciones. Vigencia 2022. Aplican términos y políticas de la entidad.





NÚMERO DE CLIENTE
0317344-2

Documento Equivalente Electrónico No.
343648298-1

(415)7707209914253(8020)010317344234364829813900)0000000010890

PAGO OPORTUNO
06 MAR /2025

TOTAL A PAGAR
$10.890

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 198 | MICROCHIP: 990000012130309 | FECHA: 3/3/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

## 1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Megan | COLOR: Dorado

ESPECIE: CANINO X FELINO __ | SEXO: HEMBRA X MACHO __ | RAZA: Golden Retriever | EDAD: 2años | PESO: 29Kg | POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

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

## 2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Fabiang Michael Chacon Ferrer | DIRECCION: Kr 18 A # 3 - 14 | TELEFONO: 3238061346

CEDULA: 854731 | CORREO ELECTRÓNICO: Fabianachacin98@gmail.com

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

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

## 3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO: Nov 24 | ULT. DESPARASITACION: Feb 25 | ULT. VACUNACION: NS/NR: CANINOS PARVO: TRIPLE: — PENTAVALENTE: Jun 24 HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: __ FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA: Jun 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: 120 l/m | F. RESPIRATORIA: 31 r/m | TEMPERATURA: 38,2 °c | TLLC 1 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

## 6. MEDICACION

| FASE DE PROCEDIMIENTO | MEDICACION | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 1,5 ml. | 1 mg/kg IM |
| | KETAMINA | 2,9 ml. | 5 mg/kg IV ☒ 10 mg/kg IM ☐ |
| | PROPOFOL | 5,8 ml. | 2 mg/kg IV |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | 10 ml. | 2 mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN (S.P.B.) | 2,03 ml. | 17.000 UI/kg IM |
| | MELOXICAM | 0,29 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<br>TARJETA PROFESIONAL | Andres Quiroga<br>Médico Veterinario<br>TP. 34839 | FIRMA |
| NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO<br>TARJETA PROFESIONAL | Yennifer Gutiérrez Nomesque<br>Médico Veterinario - Zootecnista<br>TP. 33358 | FIRMA 96 |

68

| | | |
|---|---|---|
| MÁRTIRES BOGOTÁ | ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES<br>HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS<br>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 compañia.** 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: |
|---|---|
| | 1054737 |

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:<br><br>Nro. Identificación: | Firma: |
|---|---|

**8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS**

| LUGAR: | FECHA: | HORA: |
|---|---|---|
| Eduardo Santos | 17-03-25 | 8 am |

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

No. 854731

COL

CHACIN FERRER
APELLIDOS

FABIANA MICHAEL
NOMBRES

VEN
NACIONALIDAD

M
SEXO

147761619
DNI N/o.

12-11-1998
FECHA DE NACIMIENTO

21-05-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO



VISIBLES

FIRMA

E1766156

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

IPCOL854731<<<4<<<<<<<<<<<<<<<
9811120M3105308VENE1766156<<<8
CHACIN<FERRER<<FABIANA<MICHAEL

enel | Bogotá

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **0318050-8**

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-8
Calle 93 No. 13 - 46 Piso 1

**DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 343557292-8**

**CLIENTE**

**JULIO BERNAL**
KR 18 A NO 3 14
BOGOTA, D.C. - EDUARDO SANTOS

19 206 3558 / 075-28580

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código


Te lo cuenta Enel.

**Entiende tu factura de energía.**

Revisa siempre los siguientes datos.

- Histórico de consumo
- Periodo facturado
- Consumo kWh
- Cobro de otros servicios

Conoce más en:
www.enel.com.co
o escaneando este QR




## COMPORTAMIENTO CONSUMO




VALOR kWh FACTURADO: $855,9

CONSUMO DIARIO: 16,0 kWh

VALOR DIARIO: $ 13.700

PERIODO FACTURADO: 20 ENE 2025 A 20 FEB 2025

DÍAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES: 467 kWh

CONSUMO PROMEDIO ÚLTIMOS 6 MESES: 459 kWh

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

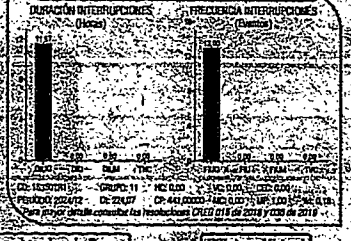
## INFORMACIÓN DE LA CUENTA

| | |
|---|---|
| CLASE DE SERVICIO: | Residencial |
| ESTRATO: | 3 |
| CARGA kW: | 7 |
| FACTOR: | 1 |
| RUTA REPARTO: | 110002192063556 |
| RUTA LECTURA: | 121920300692 |
| MANZANA DE LECTURA: | MS004105051 |
| MEDIDOR NO: | 075-28580 |
| MEDIDOR NO: | 075-28580 |

## USO SEGURO DE LA ENERGÍA

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

## CALIDAD DEL SERVICIO




## CONTÁCTANOS

Registrate gratis
Zona privada de la página Web
018 000 115 115 (Línea Bogotana Amiga)
App Enel Clientes Colombia

| ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE | ¡EMERGENCIAS | DENUNCIAS |
|---|---|---|
| Bogotá, Sabana y Cundinamarca (601) 5 115 115 | 115 Gratuito las 24 horas | 601 6140065 denuncias@enel.com |

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

## ¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago: APP Bancos, Internet Banca, Débito Automático, Cuenta Electrónica, APP Enel Clientes Colombia, Botón de Pago Online, Botón de Pago Recaudadores

Billetera Virtual: Daviplata, MOVII, NEQUI, Tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, ratón!, Éxito, Baloto, MOVIRED, punto red

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Jumbo, Carulla

Código QR

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

**COMPONENTES TARIFARIOS** Componentes del costo - Vigencia: ENE/2025
G: $338,49 T: $59,01 D: $38,91 CU: $75,53 PR: $70,22 R: $12,84 CF: $0,00 / $833,82 Costo kWh Mes


Inscríbete a factura electrónica* y aprovecha los beneficios.

Escanea el código




FECHA GENERACIÓN: 25/02/2025 00:30:30
FECHA EXPEDICIÓN: 25/02/2025 13:15:03


Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.058.612-1 Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 830.321.161-0



CUDE: c707fae8ae00d5504852f29ca0dde7e4295f0a13e3a1344e12248b03d9be451456c0b9b6e9124a9551b01bd5894d9e59cd893


ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por Ind. Somos autorretenedores según Resolución No. 0507 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1998.

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

"Dentro del auto 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 015/11 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, te invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

ENEL COLOMBIA S.A. ESP prestó el servicio de acuerdo hasta máximo el tramo 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 tipo 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.

1 Total Energía $382.130 + 2 Portafolio Enel X $0 = Total a Pagar $382.130

PAGO OPORTUNO 06 MAR /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN 10 MAR /2025

## ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 0318050-8

PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 21 MAR /2025

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

| CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA | Lectura Actual | − | Lectura Anterior | = | Diferencia de lecturas | X | Factor | = | Energía Consumida kWh | Energía Facturada kWh | X | Valor Unitario | = | Valor Facturado |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ENERGÍA ACTIVA FP | 47.919 | | 47.452 | | 467 | | 1 | | 467 | 467 | | $853,92 | | $398.782 |
| ENERGÍA REACTIVA | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | 0 | | $280,91 | | $0 |
| SUBSIDIO | Consumo a subsidiar 130,00 kWh X | | | | Valor kWh $853,9223 X | | | | Beneficio -15,00 % | | | | | -$16.652 |

ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTÓ $13.177 DIARIOS.

SUBTOTAL $382.130

### Otros cobros asociados a energía

Consumos + Otros cobros asociados a energía: 1 TOTAL ENERGÍA: $382.130

### 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

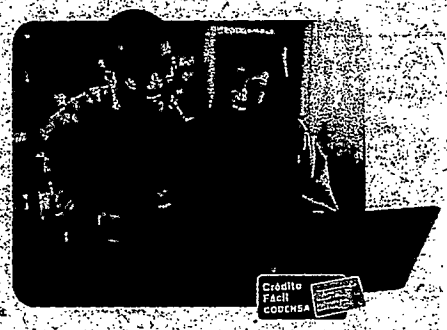
Informamos que, de no realizar el pago de sus obligaciones Crédito Fácil CODENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO, éstas entrarán en mora, ante lo cual se reflejará reporte negativo a las bases de información Financiera y cobro por gastos de cobranza si la mora supera 15 días y se realiza gestión de cobro.

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


LA TARJETA DE LA CIUDAD
Crédito Fácil CODENSA

Solicita ya tu Tarjeta de la ciudad Crédito Fácil CODENSA y accede a un mundo de beneficios y descuentos.

¡Solicítala ya escaneando este QR




Sujeto a aprobación de The Bank of Nova Scotia. Cuenta bajo licencia. Condiciones Comerciales Generales Aplicación sujeta a políticas de la entidad.


NÚMERO DE CLIENTE 0318050-8

Documento Equivalente Electrónico No. 343557292-8

(415)7707209914253(8020)010318050834355729283900)0000000382130

PAGO OPORTUNO 06 MAR /2025

TOTAL A PAGAR $382.130

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 199 | MICROCHIP: 990000012130699 | FECHA: 3/3/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

**1. DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRE: Nala | COLOR: Cafe

ESPECIE: CANINO X FELINO __ | SEXO: HEMBRA X MACHO __ | RAZA: Cocker spaniel ingles | EDAD: 8 meses | PESO: 7.6 kg | POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

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

**2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE**

NOMBRES Y APELLIDOS: Kevin Andres Rico Salazar | DIRECCION: T02 AP 504 Cl 6A # 18-33 | TELEFONO: 3145962785

CEDULA: 1001327730 | CORREO ELECTRÓNICO: krico2346@gmail.com.

BARRIO: La Estanzuela | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: LOS MARTIRES

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

**3. ANAMNESIS**

Buen estado de salud

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

**4. EXAMÉN CLÍNICO**

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ningno

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

**5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS**

F. CARDIACA: 114 l/m | F. RESPIRATORIA: 30 r/m | TEMPERATURA: 38,3 °c | TLLC 1 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ningno

**6. MEDICACION**

| FASE DE PROCEDIMIENTO | MEDICACION | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 0,3 ml. | 1 mg/kg IM |
| | KETAMINA | 0,7 ml. | 5 mg/kg IV X 10 mg/kg IM ☐ |
| | PROPOFOL | 1,4 ml. | 2 mg/kg IV |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | 2,4 ml. | 2 mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN (S.P.B.) | 0,4 ml. | 17.000 UI/kg IM |
| | MELOXICAM | 0,07 ml. | 0,2 mg/kg SC |

HALLAZGOS ANORMALES: Ningno

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

| | | |
|---|---|---|
| NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO<br>TARJETA PROFESIONAL | Andres Quiroga<br>Médico Veterinario<br>TP. 34839 | FIRMA |
| NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO<br>TARJETA PROFESIONAL | Yennifer Gutiérrez Nomesque<br>Médico Veterinario - Zootecnista<br>~~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: 1001327730 |

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: Eduardo Santos | FECHA: 17-03-25 | HORA: 8 am |

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.001.327.730

RICO SALAZAR

APELLIDOS

KEVIN ANDRES

NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-MAY-2003

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.77 ESTATURA

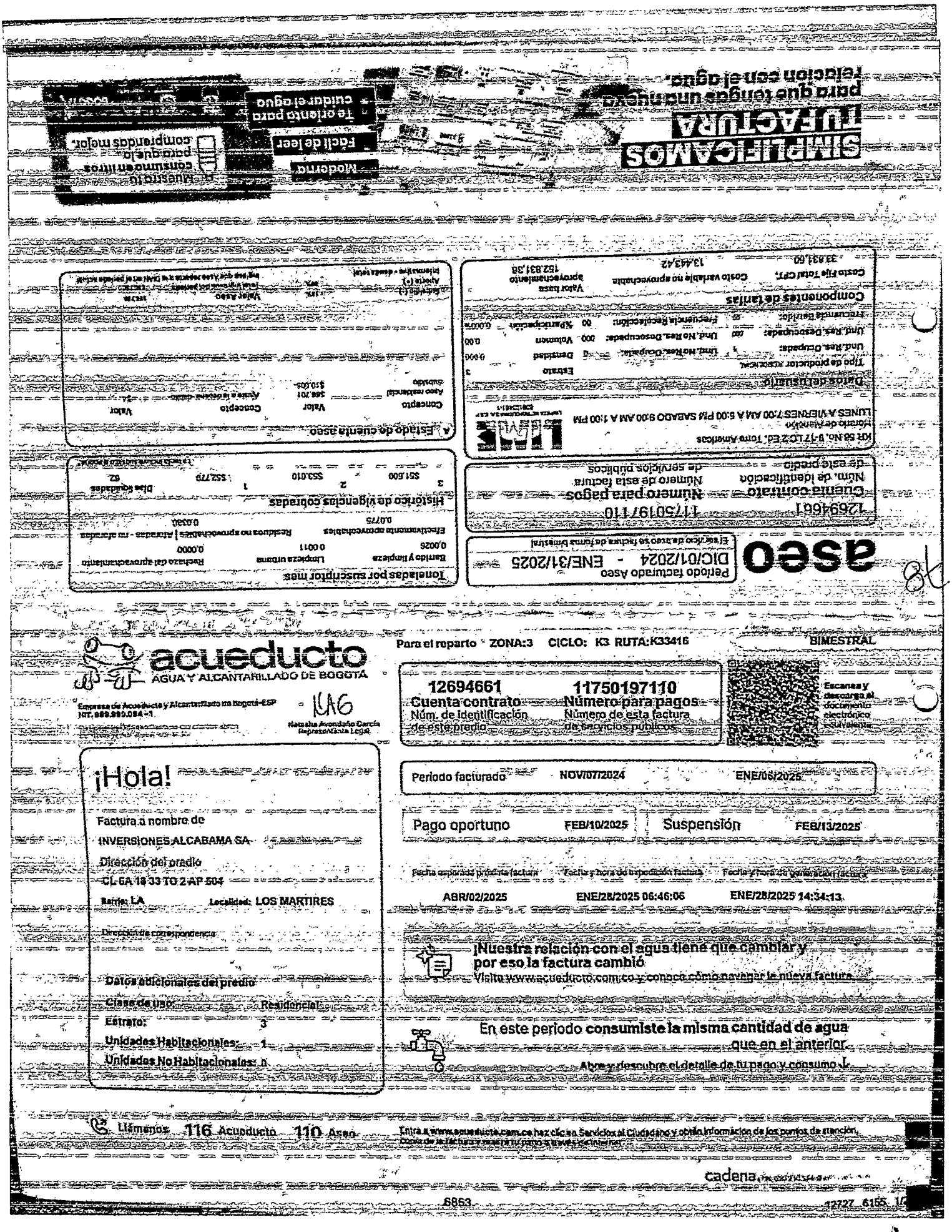
AB+ G.S. RH

M SEXO

04-JUN-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01243835-M-1001327730-20210709 0074899329A 1 8502152602


SIMPLIFICAMOS TU FACTURA
para que tengas una nueva relación con el agua.
Moderna
Fácil de leer
Te orienta para cuidar el agua
Nuestro consumo en litros para que lo comparandas mejor.
aseo
Periodo facturado Aseo
DIC/01/2024 - ENE/31/2025
El valor de aseo se facturó de forma bimestral
Cuenta contrato
12694661
Núm. de identificación de este predio
Número para pagos
11750197110
Número de esta factura de servicios públicos
Para el reparto ZONA:3 CICLO: K3 RUTA:K33416
BIMESTRAL
acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ
Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá-ESP
Nit. 899.999.094 -1
Natalia Avendaño García
Representante Legal
Escanea y descarga el documento electrónico equivalente
¡Hola!
Factura a nombre de
INVERSIONES ALCABAMA SA
Dirección del predio
CL 6A 18 33 TO 2 AP 504
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 NOV/07/2024 ENE/06/2025
Pago oportuno FEB/10/2025
Suspensión FEB/13/2025
Fecha expedición próxima factura
Fecha y hora de expedición factura
Fecha y hora de generación factura
ABR/02/2025
ENE/28/2025 06:46:06
ENE/28/2025 14:34:13
¡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
Llámenos 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 acerca tu pago a través de los siguientes canales:
cadena
6863
12727 6155 1
Tipo de producto: RESIDENCIAL
Und. Res. Ocupadas: 1
Und. Res. Desocupadas: 0
Und. No Res. Ocupadas: 0
Und. No Res. Desocupadas: 0
Estrato 3
Densidad 0.000
Volumen 0.00
% Participación 0.000%
Frecuencia Facturación: 60
Frecuencia Recolección: 60
Frecuencia Barrido: 60
Componentes de tarifas
Costo variable no aprovechable 13.443,42
Valor base aprovechamiento 152.831,38
Costo Fijo Total CFT 33.831,60
Datos del usuario
Calle 58 No. 9-72 LC 2 Ed. Torre Almirkas
Horario de Atención
LUNES A VIERNES 7:00 AM A 5:00 PM SABADO 9:00 AM A 1:00 PM
Cuenta contrato 12694661
Núm. de identificación de este predio
Número para pagos 11750197110
Número de esta factura de servicios públicos
Histórico de vigencias cobradas
Dias facturados 62
1 552,779
2 553,010
3 551,600
Toneladas por suscriptor mes
Barrido y limpieza 0,0026
Limpieza urbana 0,0011
Recicla del aprovechamiento 0,0000
Efectivamente aprovechables 0,0775
Residuos no aprovechables | Aforados - no aforados 0,0340
Estado de cuenta aseo
Concepto Valor
Aseo residencial 248,701
Subsidio $10,000-
Concepto Valor
Ajuste a la decena anter. $4
Valor Base Aseo
Valor Aseo
Tarifa (*)
Alcance (*)
Subsidio - Aporte (*)
Valor Total Aseo
Valor pagado anteriormente
Ajuste a la decena anterior
Valor a pagar
Fecha límite de pago
Interés de mora
Valor pagado después de la fecha límite

# ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

## HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

## CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 200

MICROCHIP: 990000012130318

FECHA: 3/3/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

### 1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: luna.

COLOR: Blanco Negro.

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

RAZA: Mestizo. EDAD: 6 meses 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 X COMPRADO __ ADOPTADO __ REGALADO __ PERRO DE CUADRA __ OTRO __

### 2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Nasly Adiela Zuluaga Aristizabal

DIRECCION: Kr 18 # 1C-50 AP302

TELEFONO: 3225172386.

CEDULA: 52 727 682

CORREO ELECTRÓNICO: Nasly zuluaga@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: X CANINOS PARVO: / HEXAVALENTE: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / RABIA: / FELINOS: TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA: / |
|---|---|---|
| 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: 116 l/m

F. RESPIRATORIA: 31 r/m

TEMPERATURA: 38,4 ºc

TLLC ) seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

### 6. MEDICACION

| FASE DE PROCEDIMIENTO | MEDICACION | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 0,13 ml. | 1 mg/kg IM |
| | KETAMINA | 0,24 ml. | 5 mg/kg IV ☑ 10 mg/kg IM ☐ |
| | PROPOFOL | 0,48 ml. | 2 mg/kg IV |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | 0,8 ml. | 2 mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN (S.P.B.) | 0,16 ml. | 17.000 UI/kg IM |
| | MELOXICAM | 0,02 ml. | 0,2 mg/kg SC |

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

| | | |
|---|---|---|
| NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO<br>TARJETA PROFESIONAL | Andres Quiroga<br>Médico Veterinario<br>TP. 34839 | FIRMA |
| NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO<br>TARJETA PROFESIONAL | Yennifer Gutiérrez Nomesque<br>Médico Veterinario - Zootecnista<br>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: |
|---|---|
| Nasly Adela Zelaya | 52 823 682. |

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: |
|---|---|---|
| Eduardo Santos | 17-03-25 | 8 am |

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.727.682

ZULUAGA ARISTIZABAL
APELLIDOS

NASLY ADIELA
NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 15-JUL-1971

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

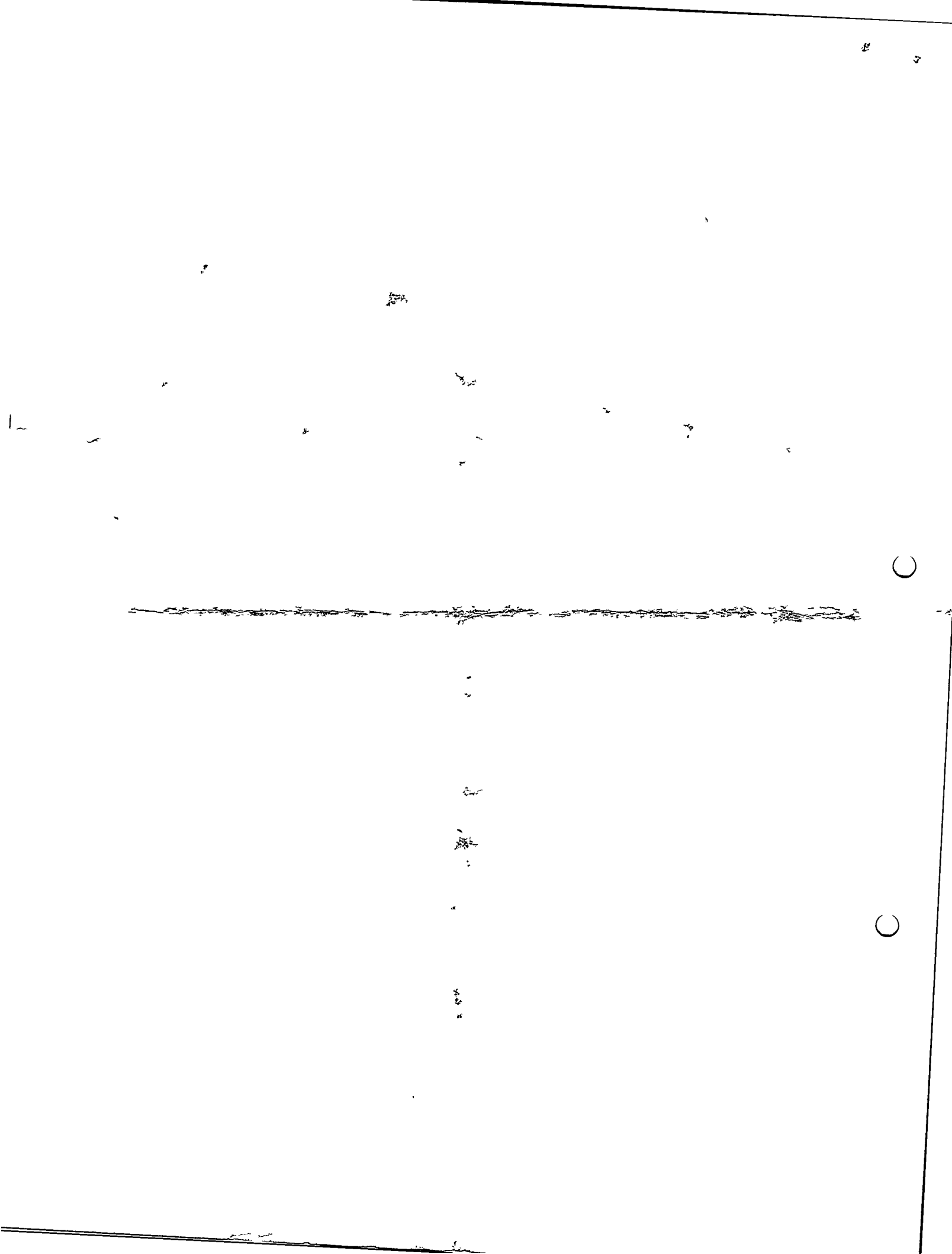
1.63 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

08-NOV-1999 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00174091-F-0052727682-20090830 0015564822A 1 1170106305



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: **0317641-4**

**DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 343566396-6**

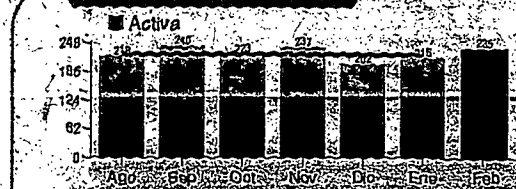
## CLIENTE

**OLIVERIO ARENAS**
KR 18 NO 1 C 50 AP 302
BOGOTA, D.C. - EDUARDO SANTOS

19 204 5102 / 074-655006

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

## COMPORTAMIENTO CONSUMO




VALOR kWh APLICADO $853,92

CONSUMO DIARIO 9,10 kWh

VALOR DIARIO $7.770

PERIODO FACTURADO 29 ENE 2025 - 27 FEB 2025

DÍAS FACTURADOS 29

CONSUMO 264 kWh

CONSUMO PROMEDIO ÚLTIMOS 6 MESES 223 kWh

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


Te lo cuenta Enel.

**Entiende tu factura de energía.**

Revisa siempre los siguientes datos:

- Histórico de consumo
- Periodo facturado
- Consumo kWh
- Cobro de otros servicios

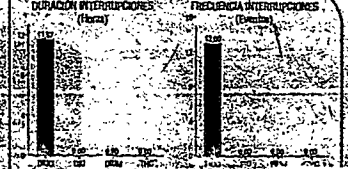
Conoce más en:
www.enel.com.co
o escaneando este QR




## INFORMACIÓN DE LA CUENTA

| | |
|---|---|
| CLASE DE SERVICIO: | Residencial |
| ESTRATO: | 3 |
| CARGA KW: | 2,00 |
| FACTOR: | 1 |
| RUTA REPARTO: | 100021820451021 |
| RUTA LECTURA: | 121820502151 |
| MANZANA DE LECTURA: | M500410520 |
| MEDIDOR NO: | 074-655006 |
| MEDIDOR NO: | 074-655006 |

## CALIDAD DEL SERVICIO




## USA SEGURO Y AHORRA ENERGÍA

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

## CONTÁCTANOS

Registrate gratis

Zona privada de la página Web

App Enel Colombia Colombia

| ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE | EMERGENCIAS | DENUNCIAS |
|---|---|---|
| Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115 | 115 Gratuito las 24 horas | 601 8140059 |

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

## ¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Billeteras Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Efectivo

Centros de Servicio

Código QR

Almacenes de Cadena

El pago en un corresponsal bancario, exige el desprendible del talonario. El sello del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.


Inscríbete a factura electrónica* y aprovecha los beneficios.

Escanea el código




COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: — Vigencia: ENE/2025

G: $58,93 | T: $56,03 | D: $280,81 | CV: $75,33 | PR: $70,72 | R: $12,94 | CF: $0,00 | $853,92 Costo kWh Real

GRUPO 11 CIRCUITO CAZUCA 1 (Nivel de tensión: Primario) (Factor: 1)

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 DE1998.

Señor el consumo de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de ellos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comuníquese al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá, al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP., Somos grandes contribuyentes según resolución No 9001 de 10 de diciembre de 2020.

Señor el cliente tiene derecho a solicitar 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, los consumidores conectados en tensiones superiores a 1 kV, tienen derecho a solicitar la instalación de un medidor que registre y almacene información horaria. Para mayor información relacionada con esta solicitud, por favor dirigirse a los canales de atención establecidos por cada Empresa.

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

FECHA GENERACIÓN: 25/02/2025 00:30:19
FECHA EXPEDICIÓN: 25/02/2025 14:09:01


CUDE: d0b6986dcde1e8584d2880d5a270ecd7850769832d331dac344f4388a03ea7768715e5e5329695fa49d1259fe3f5b38fed705c



Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 830.059.613-1

Prove.idor Tecnológico Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CAVFinanciero - NIT 830.221.181-0

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 201 | MICROCHIP: 990000012130695 | FECHA: 3/3/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

**1. DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRE: Tiffany. | COLOR: Blanco Crema

ESPECIE: CANINO X FELINO __ | SEXO: HEMBRA X MACHO __ | RAZA: Pomerania. | EDAD: 1 año | PESO: 3.4 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 X ADOPTADO __ REGALADO __ PERRO DE CUADRA __ OTRO __

**2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE**

NOMBRES Y APELLIDOS: Crucelida Lara Puentes | DIRECCION: CL 75 # 17-29 AP 311 | TELEFONO: 3213336793.

CEDULA: 36 154 342 | CORREO ELECTRÓNICO: 3213336793@sin correo.com.

BARRIO: San Victorino | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: LOS MARTIRES

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

**3. ANAMNESIS**

Buen estado de salud

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

**4. EXAMÉN CLÍNICO**

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

**5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS**

F. CARDIACA: 115 l/m | F. RESPIRATORIA: 30 r/m | TEMPERATURA: 38,4 °c | TLLC 1 seg | MUCOSAS: Rosada

OBSERVACIONES: Ningno

**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 [X] 10 mg/kg IM [ ] |
| | PROPOFOL | 0,6 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
Andres Quiroga
Médico Veterinario
TP. 34839
FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO
TARJETA PROFESIONAL
Yennifer Gutiérrez Nomesque
Médico Veterinario - Zootecnista
TP. 33358
FIRMA 46

77

| | | |
|---|---|---|
| | 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: |
|---|---|
| Recibido Rua. | 36154342 |

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: |
|---|---|---|
| Eduardo Santos | 17-03-25 | 8 a |

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 36.154.342

APELLIDOS
LARA PUENTES

NOMBRES
CRUCELIDA





FECHA DE NACIMIENTO 03-OCT-1953
NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

28-NOV-1974 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00684398-F-0036154342-20150406 0043703950A 1 40095733

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: **0340228-7**

**DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 341631048-0**

**CLIENTE**

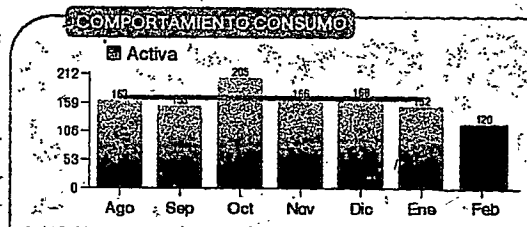
**JESUS ACOSTA CH**
CL 15 NO 17 29 AP 311
TERCER PISO NO 311
BOGOTA, D.C. - SAN VICTORINO

07 402 1861 / 018-5202222

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código.




## COMPORTAMIENTO CONSUMO




VALOR kWh APLICADO: $853,92

CONSUMO DIARIO: 4,23 kWh

VALOR DIARIO: $131

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 158 kWh

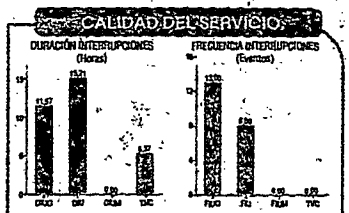
**PERIODO FACTURADO:** 08 ENE/2025 A 04 FEB/2025
**DIAS FACTURADOS:** 28
**CONSUMO MES:** 120 kWh

¡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: | 2,00 |
| FACTOR: | 1 |
| RUTA REPARTO: | 30004074021861 |
| RUTA LECTURA: | 34074050198 |
| MANZANA DE LECTURA: | MS00610512 |
| MEDIDOR NO: | 018-5202222 |
| MEDIDOR NO: | 018-5202222 |

## CALIDAD DEL SERVICIO




CD: 118,6781 | GRUPO: 11 | NC: 0,00 | VC: 0,00 | CCC: 0,00
PERIODO: EDV13 | D: 224,07 | CF: 152,0000 | MC: 0,00 | DF: 1,00 | %C: 0,13
*Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 029 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

Registrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia
Tarifas aplicables
Oficinas, horarios y canales de atención
018 000 50003 (Línea Gratuita)
Redes Sociales

| ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE | EMERGENCIAS | DENUNCIAS |
|---|---|---|
| Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 6 115 115 | 115 Gratuita las 24 Horas | 601 5140065 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, Móvil, El Rival, Todo Incluido, Supergiros, Su Red Amiga, Efectivo, MOVIRED, Sumitodo, Su Efectivo

**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 doctimo. El sello del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.

**COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:** Vigencia: ENE/2025
G: $358,49 T: $58,03 D: $280,91 CV: $75,53 PR: $70,22 R: $12,94 CP: $0,00 / $853,92 Costo kWh Mes




GRUPO: 11 CIRCUITO: SF15-1194ST01 - - NIVEL DE TENSIÓN: 1 PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONÓMICA 0314 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. E.S.P. Somos grandes consumidores según resolución No 9061 de 10 de diciembre de 2020.

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

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

En cumplimiento de la resolución CREG156/11 consultar www.enel.com.co

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

ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la aprobación tarifaria 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 recaudados. 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: 08/02/2025 01:22:54
FECHA EXPEDICIÓN: 09/02/2025 14:20:14

CUDE: c41155e7aa3208177ecc0b8e3fb3b8d0fa37b92e688ad7914f4d3655500d72a58c0922ef6aada28a3e3a107d33007f85a

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

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 804.009.752-7

2 = Total a Pagar $87.100

PAGO OPORTUNO 18 FEB /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN 20 FEB /2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 0340228-7

PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 05 MAR /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 | 46.175 | | 46.055 | | 120 | | 1 | | 120 | 120 | | $853,92 | | $102.471 |
| ENERGÍA REACTIVA | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | 0 | | $250,91 | | $0 |
| SUBSIDIO | Consumo a subsidiar 130,00 kWh X | | | | Valor kWh $853,9223 | | X | | Beneficio -15,00 % | | | | | -$15.371 |
| ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTÓ $3.111 DIARIOS | | | | | | | | | | | | SUBTOTAL | | $87.100 |

## Otros cobros asociados a energía

Consumos + Otros cobros asociados a energía — 1 TOTAL ENERGÍA: $87.100

## 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

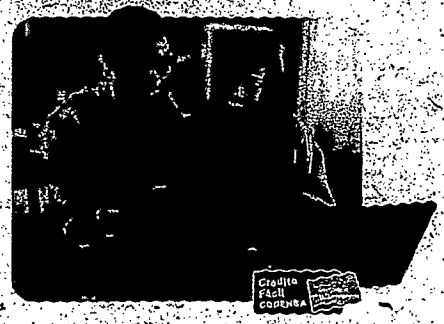
Informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones Crédito Fácil CODENSA en la fecha de PAGO O... OTUNO, estas estarán en mora, ante lo cual se realiza reporte negativo a las bases de información Financiera y cobro por gastos de cobranza si la mora supera 15 días y se realiza gestión de cobro.

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


LA TARJETA DE LA CIUDAD
Crédito Fácil CODENSA

Solicita ya tu Tarjeta de la ciudad Crédito Fácil CODENSA y accede a un mundo de beneficios y descuentos.

Solicítala ya escaneando este QR




Marca registrada de The Bank of Nova Scotia, utilizada bajo licencia. Scotiabank Colpatria Establecimiento Bancario. Aprobación sujeta a políticas de la entidad.


NÚMERO DE CLIENTE 0340228-7

ocumento Equivalente Electrónico No. 341631048-0

(415)7707209914253(8020)010340228734163104 80(3900)000000087100

PAGO OPORTUNO 18 FEB /2025

TOTAL A PAGAR $87.100

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

PLANILLA DE REGISTRO - ESTERILIZACIONES

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CPS-322-2024

LOCALIDAD: LOS MARTIRES | BARRIO: Eduardo Santos | JORNADA: Eduardo Santos

FECHA: 03-03-2025 | OPERADOR: FUNDACION ECODES

| NÚMERO MICROCHIP | TIPO DE TENEDOR | ESTRATO | NOMBRE | APELLIDO | CC | SEXO | | | LGBTI | IDENTIFICACIÓN ÉTNICA | | | | | | FIJO / CELULAR | e-mail | DIRECCIÓN | NOMBRE PACIENTE | ESPECIE | | SEXO | | OBSERVACIONES | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | MUJER | HOMBRE | INTERSEXUAL | | AFROCOLOMBIANO | PALENQUERO | INDIGENA | RAIZAL | GITANO | NINGUNO | | | | | CANINO | FELINO | MACHO | HEMBRA | | |
| 990000012130848 | | 3 | Lucero | Quintero Galindo | 52 029 060 | Y | | | | | | | | | Y | 312408 9665 | luce.ju1710@gmail.com | AC6 # 17-65 P3 | Bigotes | Y | | Y | | | |
| 990000012130858 | | 0 | Jhon Esteban | Riveros Castro | 1233 911 161 | | Y | | | | | | | | Y | 302449 7883 | esteban.riveroscastro@gmail.com | Kr 18B # 4A-30 | Balu | Y | | Y | | | Esteban Riveros |
| 990000012130855 | | 3 | Arianne Magnolia | Sanchez | 51 972 919 | Y | | | | | | | | | Y | 31865 6292 | sanchezariane705@gmail.com | Kr 19A # 2-13 AP1 | Rocko | Y | | Y | | | |
| 990000012130847 | | 3 | Julio Arcesio | Baron Diaz | 79 969 475 | | Y | | | | | | | | Y | 310607 0343 | julioarcesiobaron diaz@gmail.com | Kr 19A # 044-19 P3 | Toby | Y | | Y | | | Julio Diaz |
| 990000013797846 | | 3 | Martha Elena | Acosta Bermudez | 51 943 094 | Y | | | | | | | | | Y | 312440 8988 | 312440 8988@sincorreo.com | AC 6 # 17-65 P3 | Onix. | Y | | P | | | Martha Elena Acosta B |
| 990000013797842 | | 0 | Lorena | Ortiz Gallo | 52 227 429 | Y | | | | | | | | | Y | 314510 1850 | 314510 1850@sincorreo.com | CL 2 Bis # 14-42 | Pancho | Y | | Y | | | LORENA ORTIZ. |
| 990000012130307 | | 3 | Angel Javier | Alvarez Marquez | 80 511 15 | | Y | | | | | | | | Y | 314400 6006 | alvarezangel2520@gmail.com | Kr 14 # 7-67 AP 301 | Vadi | Y | | Y | | | |
| 990000012130301 | | 3 | Flor Elisa | Guerrero Peralta | 24 169 890 | Y | | | | | | | | | Y | 310791 3307 | 310791 3307@sincorreo.com | Kr 19 # 2-14 02 | Milo | Y | | P | | | Flor E Guer |
| 990000012130684 | | 3 | Yenny Alejandra | Rodriguez Guayan | 52 523 097 | Y | | | | | | | | | Y | 319365 2892 | 319365 2892@sincorreo.com | CL 16 # 17-33 AP200 | Titan | P | | P | | | Yenny Alejandra Rodriguez. |
| 990000012130304 | | 3 | Karol Dayana | Palma Rendon | 1028 882 568 | Y | | | | | | | | | Y | 314447 4668 | Dayana palma866@gmail.com | Kr 19C # 7C-47 | Gio | P | | P | | | |
| 990000012130314 | | 3 | Yenny Maria | Torres Bernal | 6 030 1156 | Y | | | | | | | | | Y | 300732 9923 | 300732 9923@sincorreo.com | Kr 18 # 7C-50 AP302 | Romeo | P | | P | | | Yenny Torres |
| 990000012130696 | | 3 | Leonaldo Julio | Redondo | 77 181 364 | | Y | | | | | | | | N | 314159 5280 | mahenq nieto@hotmail.com | Kr 14 # 3-53 BL8 AP22 | Totoy | P | | P | | | |

**ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES**

**PLANILLA DE REGISTRO - ESTERILIZACIONES**

**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CPS-322-2024**

LOCALIDAD: LOS MARTIRES | BARRIO: Eduardo Santos | JORNADA: Eduardo Santos

FECHA: 03/003/2025 | OPERADOR: FUNDACION ECODES

| NÚMERO MICROCHIP | TIPO DE TENEDOR | ESTRATO | NOMBRE | APELLIDO | CC | SEXO | | | LGTBI | IDENTIFICACIÓN ÉTNICA | | | | | | FIJO / CELULAR | e-mail | DIRECCIÓN | NOMBRE PACIENTE | ESPECIE | | SEXO | | OBSERVACIONES | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | MUJER | HOMBRE | INTERSEXUAL | | AFRO COLOMBI | PALENQU | INDIGEN | RAIZAL | GITANO | NINGUNO | | | | | CANINO | FELINO | MACHO | HEMBRA | | |
| 990000012130692 | | 3 | Leonaldo Julio | Redondo | 77 181 364 | | Y | | | | | | | | Y | 314759 5280 | maleng nieto@ hotmail com | Kr 14 # 3-53 BL8 AP 28 | Max | Y | | Y | | | |
| 990000012130688 | | 0 | Natalia Alexandra | Barrera Perez | 1000 624 529 | Y | | | | | | | | | Y | 312404 0413 | alexandra barrera 96@s mail.com | AK 14 # 3-19 IN 107 | Danger | Y | | Y | | | |
| 990000012130312 | | 2 | Thaiz del Valle | Contreras Molina | 8488 28 | Y | | | | | | | | | Y | 322834 7328 | castillo tatiana 85@gma il.com | AK 14 # 22-51 | Angel Samuel | Y | | Y | | | |
| 990000012130698 | | 3 | Miguel Angel | Castellanos Ardila | 1000 064 534 | | Y | | | | | | | | Y | 300637 4472 | m.castellanosardila06@gmail.com | Kr 76 # 2-53 401 | Yuki | 0 | | 0 | | | |
| 990000012130597 | | 3 | Monica Andrea | Numpaque Castillo | 1033 741 685 | Y | | | | | | | | | 0 | 310 628 5682 | monica numpaquecastillo@gmail.com | Kr 14 # 7-67 AP 301 | Rex | 0 | | 0 | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 202

MICROCHIP: 990000012130848

FECHA: 03/03/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

## 1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Bigotes

COLOR: Blanco Gris

ESPECIE: CANINO X FELINO __ SEXO: HEMBRA __ MACHO X RAZA Mestizo EDAD 1 año PESO: 4,5 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: Lucero Quintero Galindo

DIRECCION: AC 6 # 17-65 P3

TELEFONO: 3124089665

CEDULA: 52 029 060

CORREO ELECTRÓNICO: luce.ql71@gmail.com

BARRIO: Eduardo Santos ESTRATO: 3 LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __

## 3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO: No Aplica

ULT. DESPARASITACION: No Reporta

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

HEXAVALENTE: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: /

FELINOS: TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA: / RABIA: /

## 4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ningno

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

## 5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 121 l/m | F. RESPIRATORIA: 32 r/m | TEMPERATURA: 38,3 °c | TLLC 1 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ningno

## 6. MEDICACION

| FASE DE PROCEDIMIENTO | MEDICACION | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 0,24 ml. | 1 mg/kg IM |
| | KETAMINA | 0,4 ml. | 5 mg/kg IV ☑ 10 mg/kg IM ☐ |
| | PROPOFOL | 0,9 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: 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<br>TARJETA PROFESIONAL | Andres Quiroga<br>Médico Veterinario<br>TP. 34839 | FIRMA |
| NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO<br>TARJETA PROFESIONAL | Yennifer Gutiérrez Nomesque<br>Médico Veterinario - Zootecnista<br>TP. 33358 | FIRMA |

82

| | | |
|---|---|---|
| BOGOTÁ | ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES<br>HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS<br>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 52029060 |
|---|---|

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.

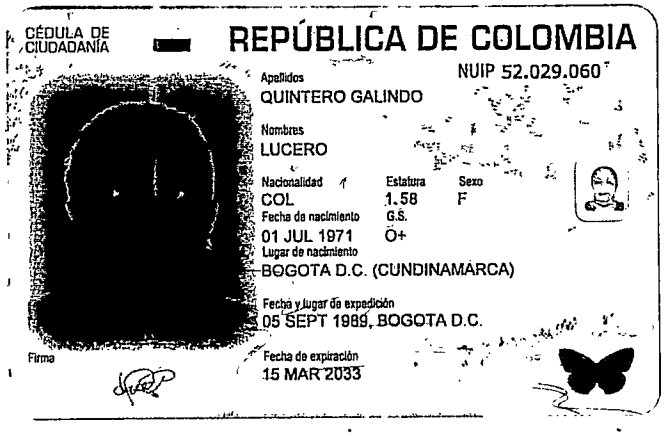
RAZÓN:

| Nombre del Responsable/Tenedor:<br><br>Nro. Identificación: | Firma: |
|---|---|

**8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS**

| LUGAR: | FECHA: | HORA: |
|---|---|---|
| Eduardo Santos | 17-03-25 | 8 am |

OBSERVACIONES:



CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 52.029.060

Apellidos
QUINTERO GALINDO

Nombres
LUCERO

Nacionalidad
COL

Estatura
1.58

Sexo
F

Fecha de nacimiento
01 JUL 1971

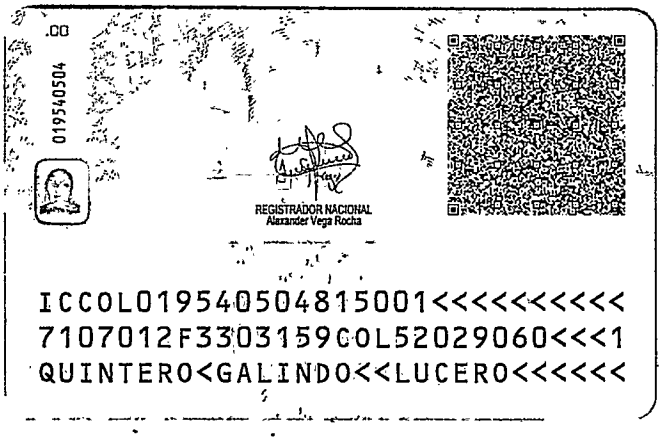
G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
05 SEPT 1989, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expiración
15 MAR 2033



.CO

019540504

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL019540504815001<<<<<<<<<<
7107012F3303159COL52029060<<<1
QUINTERO<GALINDO<<LUCERO<<<<<<

Febrero 27 2025

Negoci

Paola

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: **0313176-5**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 343618672-0

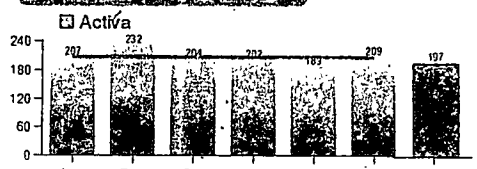
**CLIENTE**

**LUZ MARINA MONTENEGRO VARGAS**
AC 6 NO 17 65 PI 3
3 PISO
BOGOTA, D.C. - EDUARDO SANTOS

19 201 4175 / 014-4177126

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

## COMPORTAMIENTO CONSUMO




VALOR kWh APLICADO: $853,92

CONSUMO DIARIO: 6,79 kWh

VALOR DIARIO: $5.227

PERÍODO FACTURADO: 23 ENE/2025 A 20 FEB/2025

DÍAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES: 197 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 207 kWh

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

Te lo cuenta Enel
**Entiende tu factura de energía.**
Revisa siempre los siguientes datos:
- Histórico de consumo
- Periodo facturado
- Consumo kWh
- Cobro de otros servicios

Conoce más en:
www.enel.com.co
o escaneando este QR



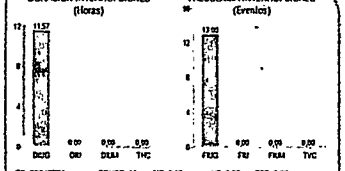
## INFORMACIÓN DE LA CUENTA

| | |
|---|---|
| CLASE DE SERVICIO: | Residencial |
| ESTRATO: | 3 |
| CARGA kW: | 3,00 |
| FACTOR: | 1 |
| RUTA REPARTO: | 10002192014175 |
| RUTA LECTURA: | 12192200309 |
| MANZANA DE LECTURA: | MS00410511 |
| MEDIDOR NO: | 014-4177126 |
| MEDIDOR NO: | 014-4177126 |

## USO SEGURO DE LA ENERGÍA

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

## CALIDAD DEL SERVICIO




CR: 2024ENE01 GRUPO: 11 IND: 0,00 VC: 0,00 EEC: 0,00
PERIODO: 2024/12 DI: 22,67 CF: 189,00000 LIC: 0,00 MR: 1,00 %E: 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/solicitudes
Chat de servicios en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
316 890 5003 (Llama Bot o pasa a 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 5140065 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 · Reval · MOVIRED · puntored · Supergiros

**Red Distrital**
RED CADE

**Centros de Servicio**
enel

**Almacenes de Cadena**
Jumbo · Éxito

**Código QR**

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

**COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:** Vigencia: ENE/2025
G: $358,49 T: $56,03 D: $280,91 CV: $75,33 PR: $70,22 R: $12,94 CF: $0,00 / $853,92 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: CAV27-20048TR1 - - NIVEL DE TENSIONES 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 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. 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. 860.063.875-6. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

**Inscríbete a factura electrónica* y aprovecha los beneficios.**
Escanea el código



FECHA GENERACIÓN: 25/02/2025 00:30:21
FECHA EXPEDICIÓN: 25/02/2025 11:49:19

CUDE: ba1f463c759cc2193ae15dc02110a3469459d053a370bd3381da49df652156e3422ab1c0a4a7a9cc1ba

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 890.321.151-0
Factura emitida por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.096.812-

84

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 203

MICROCHIP: 990000012130858

FECHA: 3/3/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

## 1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Balu

COLOR: Negro

ESPECIE: CANINO X FELINO __ SEXO: HEMBRA __ MACHO X RAZA Mestizo EDAD 2anos PESO: 27,4Kg POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X

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

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

## 2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jhon Esteban Riveros Castro

DIRECCION: Kr 18B # 4A-30

TELEFONO: 3024497883

CEDULA: 1 233 911 161

CORREO ELECTRÓNICO: estebanriveroscastro@gmail.com

BARRIO: La Estanzuela

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. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI __ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3 /5

## 5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 118 l/m

F. RESPIRATORIA: 31 r/m

TEMPERATURA: 38,6 °c

TLLC 1 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

## 6. MEDICACION

| FASE DE PROCEDIMIENTO | MEDICACION | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 1,4 ml. | 1 mg/kg IM |
| | KETAMINA | 2,7 ml. | 5 mg/kg IV [X] 10 mg/kg IM [ ] |
| | PROPOFOL | 5,4 ml. | 2 mg/kg IV |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | 9,4 ml. | 2 mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN (S.P.B.) | 1,8 ml. | 17.000 UI/kg IM |
| | MELOXICAM | 0,27 ml. | 0,2 mg/kg SC |

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la 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<br>TARJETA PROFESIONAL | Andres Quiroga<br>Médico Veterinario<br>TP. 34839 | FIRMA |
| NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO<br>TARJETA PROFESIONAL | Yennifer Gutiérrez Nomesque<br>Médico Veterinario - Zootecnista<br>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: |
|---|---|
| Esteban Riveros | 1239911767 |

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: |
|---|---|---|
| Eduardo Santos | 17-03-25 | 8 |

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.233.911.161**

**RIVEROS CASTRO**
APELLIDOS

**JHON ESTEBAN**
NOMBRES

Esteban Riveros
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **25-JUL-1999**

**BOGOTA D.C**
**(CUNDINAMARCA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.77** ESTATURA | **B+** G.S. RH | **M** SEXO

**06-OCT-2017 BOGOTA D.C.**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-1500150-00949159-M-1233911161-20171025 0058239735A 1 49628901

LECTURA MEDIDOR AGUA



enel Bogotá

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

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

0318216-4

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 343328343-0

CLIENTE

JORGE A ROMERO F
KR 18 B NO 4 A 30
BOGOTA, D.C. - LA ESTANZUELA

17 226 4687 / 049-14581

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO

Activa

| Ago | Sep | Oct | Nov | Dic | Ene | Feb |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 472 | 471 | 473 | 476 | 481 | 481 | 488 |

VALOR kWh APLICADO: $853,92

CONSUMO DIARIO: 16,83 kWh

VALOR DIARIO: $17.243

PERÍODO FACTURADO: 21 ENE/2025 A 18 FEB/2025

DÍAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES: 488 kWh

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

Te lo cuenta Enel

Entiende tu factura de energía.

Revisa siempre los siguientes datos:

- Histórico de consumo
- Periodo facturado
- Consumo kWh
- Cobro de otros servicios

Conoce más en: www.enel.com.co o escaneando este QR

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

| | |
|---|---|
| USE DE SERVICIO: | Industrial |
| TRATO: | 0 |
| RGA kW: | 12,88 |
| TOR: | 1 |
| TA REPARTO: | 100021722684687 |
| TA LECTURA: | 12172180005 |
| NZANA DE LECTURA: | MS00410438 |
| EDIDOR NO: | 049-14581 |
| EDIDOR NO: | 049-14581 |

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

DURACIÓN INTERRUPCIONES (Horas)

FRECUENCIA INTERRUPCIONES (Eventos)

CONTÁCTANOS

Tarifas y subsidios
Chat de servicio en línea
318 890 0003 (Elena Bot o pasa a asesor)
Enel Colombia
@EnelClientesCO
Registrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

| ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE | EMERGENCIAS | DENUNCIAS |
|---|---|---|
| Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115 | 115 Gratuito las 24 horas | 601 5140095 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 Bancos, Internet, Teléfono Banco, Débito Automático, Cajero Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Botón de Pago Online, Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual: Daviplata, MOVII, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efecty, El Ravel, MOVIRED

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Jumbo, Makro

Código QR

Inscríbete a factura electrónica* y aprovecha los beneficios.

Escanea el código

Comparte lo mejor de tu energía a quienes lo necesitan
Puedes realizar tus donaciones en: www.enelxstore.com/co/es sección "Comparto mi energía"
Aporte sugerido: $50.000

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

FECHA GENERACIÓN: 21/02/2025 00:48:15
FECHA EXPEDICIÓN: 21/02/2025 16:19:13

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 830.048.823

Proveedor Tecnológico Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Ayenda (el SW CENTRALIZADO) - NIT 860.121.111-5

87

**ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES**

**HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS**

**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM**

| HISTORIA CLINICA | MICROCHIP: | FECHA: |
|---|---|---|
| 204 | 990000012130855 | 3/3/2025 |

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

**1. DATOS DEL PACIENTE**

| NOMBRE: | | COLOR: | |
|---|---|---|---|
| Rocko | | Amarillo | |

| ESPECIE: CANINO X FELINO __ | SEXO: HEMBRA __ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 1 año | PESO: 22,8 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: | DIRECCION: | TELEFONO |
|---|---|---|
| Arianne Magnolia Sanchez | Kr 19 A # 2 - 13 AP 1 | 3118656292 |
| CEDULA: 51 972 919 | CORREO ELECTRÓNICO: sanchezariane17@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: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / RABIA: / FELINOS: TRIPLE FELINA: / HEXAVALENTE: / LEUCEMIA: / |
|---|---|---|
| No Aplica | No Reporta | |

**4. EXAMÉN CLÍNICO**

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

**5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS**

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

OBSERVACIONES: Ninguno

**6. MEDICACION**

| FASE DE PROCEDIMIENTO | MEDICACION | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 1,2 ml. | 1 mg/kg IM |
| | KETAMINA | 2,2 ml. | 5 mg/kg IV ☑ 10 mg/kg IM ☐ |
| | PROPOFOL | 4,4 ml. | 2 mg/kg IV |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | 7,7 ml. | 2 mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN (S.P.B.) | 1,5 ml. | 17.000 UI/kg IM |
| | MELOXICAM | 0,2 ml. | 0,2 mg/kg SC |

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

| NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL | Andres Quiroga Médico Veterinario TP. 34839 | FIRMA |
|---|---|---|
| NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL | Yennifer Gutiérrez Nomesque Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358 | FIRMA 46 |

88

| | | |
|---|---|---|
| BOGOTÁ | ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES<br>HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS<br>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 51 972.919 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:<br><br>Nro. Identificación: | Firma: |
|---|---|

**8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS**

| LUGAR: | FECHA: | HORA: |
|---|---|---|
| Eduardo Santos | 17-03-25 | 8 am |

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Libertad y Orden

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

# CONTRASEÑA



RECTIFICACION CC
51.972.919

APELLIDOS Y NOMBRES
SANCHEZ
ARIANNE MAGNOLIA

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO
26-OCT-1969
BOGOTA D.C. - CUNDINAMARCA

FECHA DE EXPEDICIÓN
26-OCT-1987

SEXO
FEMENINO

LUGAR DE PREPARACIÓN
BOGOTA D.C. - ANTONIO NARIÑO BOGOTA DC

OFICINA DE ENTREGA
BOGOTA D.C. - ANTONIO NARIÑO BOGOTA DC

- Escanee el código para verificar su autenticidad.
- El titular tendrá un plazo máximo de un (1) año para reclamar el documento a partir de la fecha de producción.

ESTE COMPROBANTE ES VÁLIDO HASTA EL 24-MAR-2025

8512988147
24-SEP-2024

aseo

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

El servicio de aseo se factura de forma bimestral

| Cuenta contrato | Número para pagos |
|---|---|
| 12075697 | 17157053715 |
| Núm. de identificación de este predio | Número de esta factura de servicios públicos |

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: | Densidad: 0.000
Und. Res. Desocupada: 000 | Und. No Res. Desocupada: 000 | Volumen: 0.00
Frecuencia Barrido: 06 | Frecuencia Recolección: 03 | %Participación: 0.000%

**Componentes de tarifas**

| Costo Fijo Total CFT. | Costo variable no aprovechable | Valor base aprovechamiento |
|---|---|---|
| 32.735,64 | 13.179,98 | 150.736,55 |

**A Estado de cuenta aseo**

| Concepto | Valor | Concepto | Valor |
|---|---|---|---|
| Aseo residencial | $61.546 | Interés mora | $94 |
| Subsidio | $9.232- | Ajuste a la decena -debito- | $2 |

| Subsidio (-) | 15% | Valor Aseo | $52.410 |
|---|---|---|---|
| Aporte (+) | 00% | Total ingresos del periodo | $52.410 |
| 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*

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

| 12075697 | 17157053715 |
|---|---|
| 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
**BAUDILIO QUIROZ CRUZ**

Dirección del predio
**KR 19A 2 13 AP 1**

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

Dirección de correspondencia

**Datos adicionales del predio**

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

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

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

| Fecha esperada próxima factura | Fecha y hora de expedición factura | Fecha y hora de generación factura |
|---|---|---|
| MAR/14/2025 | ENE/10/2025 09:20:57 | ENE/10/2025 13:48:31 |

**¡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.

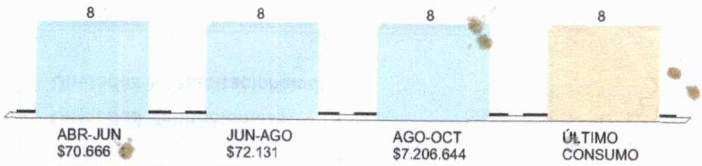
En este periodo **consumiste la misma cantidad de agua** que en el anterior.
Abre y descubre el detalle de tu pago y consumo ↓

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.

# Tu consumo en este período

En los períodos anteriores **tu promedio de consumo fue** 8




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** 8.000

**Promedio al día** 133

### Datos de la lectura de tu medidor

**Lectura este período** 606
**Lectura anterior** 598
**Tu consumo este período** 8

**Facturado con** Consumo Normal
**Base promedio**
**Descargue fuente alterna** 0

### Datos de tu medidor

**Marca** ALTAIR
**Serie** C13LA408449

**Tipo** VOLU015C
**Diámetro pulgadas** ½

### Para reducir tu consumo, recuerda:

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

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

**Cerrar la llave** al enjabonar los platos

# Tu cobro en este período

Acueducto **$39.514,90** (1) + Alcantarillado **$32.951,46** (2) + Otros cobros **$63** (3 4 5 6) + Aseo **$52.410** (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** **$124.940**

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

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 11f8170be49f4f7fa3798bc4fb5bcac5c0c72ca07842f7a43a15d67e8709db11a8406619786ac4e2b5b31e0d3f824bae

## 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) | 8,00 | $3.512,04 | | -15 | $4.214- | $2.986,24 | $23.882,32 |
| Consumo residencial superior básico (m³) | | | | | | | |
| Cargo fijo no residencial (mes) | | | | | | | |
| Consumo no residencial (m³) | | | | | | | |
| **Subtotal** | | | | | **$6.973-** | | **$39.514,90** |

### 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) | 8,00 | $3.753,07 | | -15 | $4.504- | $3.190,11 | $25.520,56 |
| Consumo residencial superior básico (m³) | | | | | | | |
| Cargo fijo no residencial (mes) | | | | | | | |
| Consumo no residencial (m³) | | | | | | | |
| **Subtotal** | | | | | **$5.815-** | | **$32.951,46** |

* 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 | $194 | $598 |

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 |
|---|---|
| Ajuste a la decena | $3 |
| Intereses de mora | $60 |
| **Subtotal** | 63 |

### 4 Saldos anteriores

| Concepto | Valor |
|---|---|
| **Subtotal** | |

### 5 Conceptos financiados

| Concepto | No. Cuota | Valor Cuota | Interés | Total | Saldo |
|---|---|---|---|---|---|
| **Subtotal** | | | | | |

### Deudas en estudio

| Concepto | Valor |
|---|---|
| | $0 |
| | $0 |
| | $0 |
| **Subtotal** | $0 |

### 6 Cobros a terceros

| Concepto | Valor |
|---|---|
| **Subtotal** | $0 |

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

**Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados**
Punto de Pago puntored FARMATODO

**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
$52.410

**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)171570537156(3900)000000052410

**Acueducto y Alcantarillado**
Valor a pagar
$72.530

**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)171570537157(3900)000000072530

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: 209

MICROCHIP: 990000012130847

FECHA: 3/3/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

## 1. DATOS DEL PACIENTE

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE: Toby | | | | | COLOR: Amarillo | |
| ESPECIE: CANINO X FELINO __ | SEXO: HEMBRA __ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 2 años | PESO: 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 X MIXTO __ OTRO __ | | |

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

## 2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS: Julio Arcesio Baron Diaz | DIRECCION: kr 19A #02A-19 P3 | TELEFONO: 3106070343 | |
| CEDULA: 79969475 | CORREO ELECTRÓNICO: julioarcesiobarondiaz@gmail.com | | |
| BARRIO: El Progreso | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: LOS MARTIRES | |
| ESCOLARIDAD: NS/NR: Primaria | 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: Ago 24 |
|---|---|---|---|---|
| No Aplica | No Reporta | FELINOS: TRIPLE FELINA: / | HEXAVALENTE: | PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: |
| | | LEUCEMIA: / | RABIA: Agos 24 | |

## 4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

## 5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

| F. CARDIACA: | F. RESPIRATORIA: | TEMPERATURA: | TLLC | MUCOSAS: |
|---|---|---|---|---|
| 119 l/m | 31 r/m | 38,4 °c | 1 seg | Rosadas |

OBSERVACIONES: Ninguno

## 6. MEDICACION

| FASE DE PROCEDIMIENTO | MEDICACION | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 0,9 ml. | 1 mg/kg IM |
| | KETAMINA | 1,8 ml. | 5 mg/kg IV ☒ 10 mg/kg IM ☐ |
| | PROPOFOL | 3,6 ml. | 2 mg/kg IV |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | 6,3 ml. | 2 mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN (S.P.B.) | 1,2 ml. | 17.000 UI/kg IM |
| | MELOXICAM | 0,18 ml. | 0,2 mg/kg SC |

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y 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<br>TARJETA PROFESIONAL | Andres Quiroga<br>Médico Veterinario<br>TP. 34839 | FIRMA |
| NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO<br>TARJETA PROFESIONAL | Yennifer Gutiérrez Nomesque<br>Médico Veterinario - Zootecnista<br>TP. 33358 | FIRMA 46 |

91

| | | |
|---|---|---|
| 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: |
|---|---|
| Julio DIAZ | 79969475 |

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: |
|---|---|---|
| Eduardo Santos | 17-03-25 | 8 am |

OBSERVACIONES:

52A

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79969475

BARON DIAZ
APELLIDOS

JULIO ARCESIO
NOMBRES

Julio D. Diaz
FIRMA






INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-SEP-1978
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.74 B+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

06-DIC-1996 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-1500117-42103986-M-0079969475-20020717 0368202197B.01 130415913

92

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: **3877567-9**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 343311852-7

**CLIENTE**

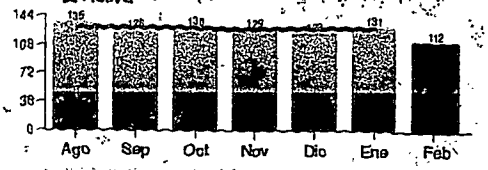
**ROSA ISABEL DIAZ**
KR 19 A NO 04 A 19 PI 3
FACHADA
BOGOTA, D.C. - EL PROGRESO

17 223 2670 / 072-302226

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

## COMPORTAMIENTO CONSUMO

Activa




VALOR kWh FACTURADO: $853,92

CONSUMO DIARIO: 3,86 kWh

VALOR DIARIO: $2.803

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES 129 kWh

PERÍODO FACTURADO: 21 ENE/2025 A 18 FEB/2025

DÍAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES 112 kWh

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



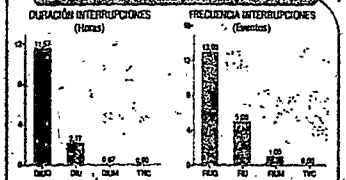

## INFORMACIÓN DE LA CUENTA

| | |
|---|---|
| CLASE DE SERVICIO: | Residencial |
| ESTRATO: | 3 |
| CARGA kW: | 3,00 |
| FACTOR: | 1 |
| RUTA REPARTO: | 10002172232670 |
| RUTA LECTURA: | 12172150283 |
| MANZANA DE LECTURA: | MS00411106 |
| MEDIDOR NO: | 072-302226 |
| MEDIDOR NO: | 072-302226 |

## 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: 2864570 GRUPO: 11 HC 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,01
PERIODO: 2024/12 DI: 224,07 CF: 123,00000 MC: 0,00 MP: 1,00 %E: 0,18
*Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 030 de 2019*

## CONTÁCTANOS

Tarifas y estándares enel.com.co/personas/tarifas-y-estandares
Chatea con un asesor enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
316 690 6003 (Elena Bot o pasa a 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 | 601 514 0055 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, Clave Electrónica, APP Enel Clientes Colombia, Botón de Pago Online, Botón de Pago Bancolombia

**Billetera Virtual:** Daviplata, Nequi, tpaga

**Corresponsales Bancarios:** CONRED, Efecty, Red Su Red, Movired, Punto Red

**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 extracto. El sello del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.




**COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:** Vigencia: ENE/2025
G: $158,49 T: $58,00 D: $260,91 CV: $73,53 PR: $70,22 R: $12,84 CF: $0,00 / $853,92 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: ENEL-SECTOR - NIVEL DE TENSIÓN: PRIMARIO 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 1996.

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

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

Esta factura se cobra previa mora dentro de oportunidad 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. 860.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 21/02/2025 01:07:31
FECHA EXPEDICIÓN: 21/02/2025 17:20:16

CUDE: 462b3a0802a8c4a0141d870c000aa1c472446d8e4005aed0b458181d52051b95bdc04abbb1da3f1d5f6ed82a270d1f02cc

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.050.612-1 Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 890.321.151-0

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 206

MICROCHIP: 990000013797846

FECHA: 3/3/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

## 1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: ONIX

COLOR: Blanco Negro

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

RAZA: Shih Tzu. EDAD: 3 años

PESO: 5.5 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 __ MIXTO X OTRO __

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

## 2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Martha Elena Acosta Bermudez

DIRECCION: Ac 6 # 17-65 P3

TELEFONO: 3124408988.

CEDULA: 51 943 094

CORREO ELECTRÓNICO: 3124408988@simcorred.com.

BARRIO: Eduardo Santos ESTRATO: 3

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: primaria. NS/NR: __

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __

## 3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO: NO Aplica.

ULT. DESPARASITACION: NO reporta

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

## 4. EXAMÉN 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: 116 l/m

F. RESPIRATORIA: 31 r/m

TEMPERATURA: 38,5 °c

TLLC 1 seg

MUCOSAS: Rosada

OBSERVACIONES: Ninguno

## 6. MEDICACION

| FASE DE PROCEDIMIENTO | MEDICACION | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 0,3 ml. | 1 mg/kg IM |
| | KETAMINA | 0,5 ml. | 5 mg/kg IV ☒ 10 mg/kg IM ☐ |
| | PROPOFOL | 1,1 ml. | 2 mg/kg IV |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | 1,9 ml. | 2 mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN (S.P.B.) | 0,3 ml. | 17.000 UI/kg IM |
| | MELOXICAM | 0,05 ml. | 0,2 mg/kg SC |

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

| | | |
|---|---|---|
| NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL | Andres Quiroga Médico Veterinario TP. 34839 | FIRMA |
| NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL | Yennifer Gutiérrez Nomesque Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358 | FIRMA 46 |

| | | |
|---|---|---|
| BOGOTÁ | ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES<br>HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS<br>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 compañia.** 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: |
|---|---|
| martha Elena Acosta | 51943094 |

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:<br><br>Nro. Identificación: | Firma: |
|---|---|

**8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS**

| LUGAR: | FECHA: | HORA: |
|---|---|---|
| Eduardo Santos | 17-03-25 | 8 a |

OBSERVACIONES:

SE LE INFORMA AL TENEDOR RESPONSABLE SOBRE LOS RIESGOS ANESTÉSICO Y QUIRÚRGICOS DEL ANIMAL, DEBIDO A LA CONDICIÓN DE SU RAZA, TENEDOR REFIERE ENTENDER.

Andres Quiroga
Médico Veterinario
TP. 34839

martha Elena Acosta
51943094

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
51.943.094
NUMERO



ACOSTA BERMUDEZ
APELLIDOS

MARTHA ELENA
NOMBRES

Martha Elena Acosta B.
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 29-AGO-1965

MEDELLIN
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60
ESTATURA

B+
G.S. RH

F
SEXO

02-ENE-1989 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-1500113-45136202-F-0051943094-20050928 - 0562505270O 02 178835020

Febrero 27 2025

33

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: **0313176-5**

**DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 343618672-0**

**CLIENTE**

**LUZ MARINA MONTENEGRO VARGAS**
AC 6 NO 17 65 PI 3
3 PISO
BOGOTA, D.C. - EDUARDO SANTOS.

19 201 4175 7014 4177126

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código


Te lo cuenta Enel.

**Entiende tu factura de energía.**

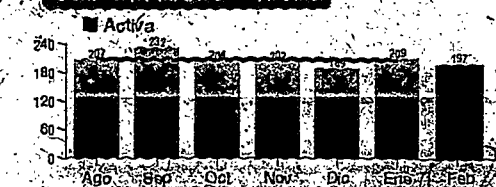
Revisa siempre los siguientes datos.

- Histórico de consumo
- Periodo facturado
- Consumo kWh.
- Cobro de otros servicios

Conoce más en:
www.enel.com.co
o escaneando este QR




**COMPORTAMIENTO CONSUMO**




VALOR KWh APLICADO: $553,92
CONSUMO DIARIO: 6,79 KWh
VALOR DIARIO: $4.272

PERIODO FACTURADO: 31 DIAS (23 ENE 2025 A 23 FEB 2025)
FACTURADOS: 29
CONSUMO MES: 197 KWh
CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 207 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: | [illegible] |
| RUTA REPARTO: | 10002192014175 |
| RUTA LECTURA: | 1192201 |
| MANZANA DE LECTURA: | MS04105 |
| MEDIDOR NO: | 0144177126 |
| MEDIDOR NO: | 0144177126 |

**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**

Tarifas y solicitudes
Chat de servicios
018 000 93003 (Línea Bot o paso Asesor)
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 | 601 514 0055 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, Débito Automático, Débito Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Botón de Pago Online, Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual: Nequi, MOVII, Daviplata

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

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Jumbo, Metro

Código QR

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el desprendible del deudoro. El recibo del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.

**COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del Costo:** Vigencia: ENE/2025

G: $58,43 T: $56,00 D: $280,81 CV: $76,53 PR: $70,22 R: $12,94 Cf: $0,00 / $253,92 Costo kWh Bas


Inscribete a factura electrónica* y aprovecha los beneficios.

Escanea el código




ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0047 de 23 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1998.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994; y podrá hacer uso de ellos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, 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 0001 de 10 de diciembre de 2020.

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

Esta factura da cuenta plena frente asociado de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994.

En cumplimiento de la resolución CREG 015011 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 terceros. Para obtener mayor información, le invitamos a consultarnos en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, línea de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos 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: 25/02/2025 00:30:21
FECHA EXPEDICIÓN: 25/02/2025 11:49:19

CUDE: ba1b7e091493b75ad2f1102a46f45e4053a570bd3381da49df5321563a2422ab1da4e1a9e90d...


Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.058.832-2 - Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 900.321.161-0


96

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 207

MICROCHIP: 990000013797842

FECHA: 3/3/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

**1. DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRE: Pancho

COLOR: Negro

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

RAZA: Mestizo

EDAD: 1 año

PESO: 22.5 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 __ MIXTO X OTRO __

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

**2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE**

NOMBRES Y APELLIDOS: Lorena Ortiz Gallo

DIRECCION: Cl 2 Bis # 14-42

TELEFONO: 3145101850

CEDULA: 52 227 429

CORREO ELECTRÓNICO: 3145101850@sin correo.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 Aplica.

ULT. DESPARASITACION: Febrero 2025

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 | F. RESPIRATORIA | TEMPERATURA | TLLC | MUCOSAS |
|---|---|---|---|---|
| 118 l/m | 30 r/m | 38,1 °c | 1 seg | Rosadas |

OBSERVACIONES: Ninguno

**6. MEDICACION**

| FASE DE PROCEDIMIENTO | MEDICACION | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 1,2 ml. | 1 mg/kg IM |
| | KETAMINA | 2,2 ml. | 5 mg/kg IV X 10 mg/kg IM ☐ |
| | PROPOFOL | 4,4 ml. | 2 mg/kg IV |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | 7,7 ml. | 2 mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN (S.P.B.) | 1,5 ml. | 17.000 UI/kg IM |
| | MELOXICAM | 0,22 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<br>TARJETA PROFESIONAL | Andres Quiroga<br>Médico Veterinario<br>TP. 34839 | FIRMA |
| NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO<br>TARJETA PROFESIONAL | Yennifer Gutiérrez Nomesque<br>Médico Veterinario - Zootecnista<br>TP. 33358 | FIRMA |

| | | |
|---|---|---|
| MÁRTIRES BOGOTÁ | ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES<br>HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS<br>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 compañia.** 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: Lorena ortiz. gallo | Nro de Identificación: 52 727 429. |

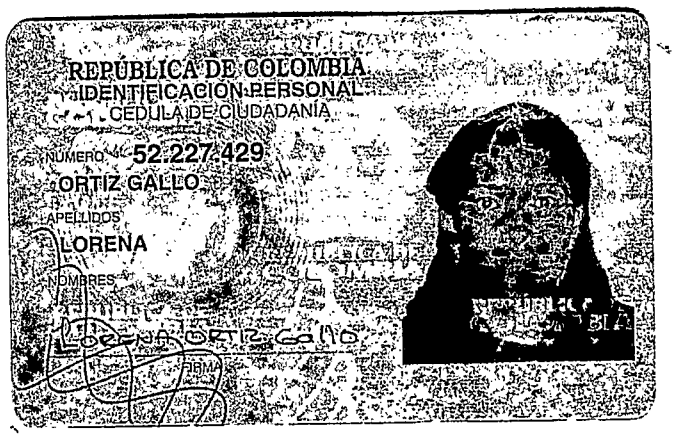
Yo, _____ identificado con CC. No._____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilización y castración) de mi animal de compañía.
RAZÓN:

| | |
|---|---|
| Nombre del Responsable/Tenedor:<br><br>Nro. Identificación: | Firma: |

**8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS**

| LUGAR: | FECHA: | HORA: |
|---|---|---|
| Eduardo Santos | 17-03-25 | 8 am |

OBSERVACIONES:

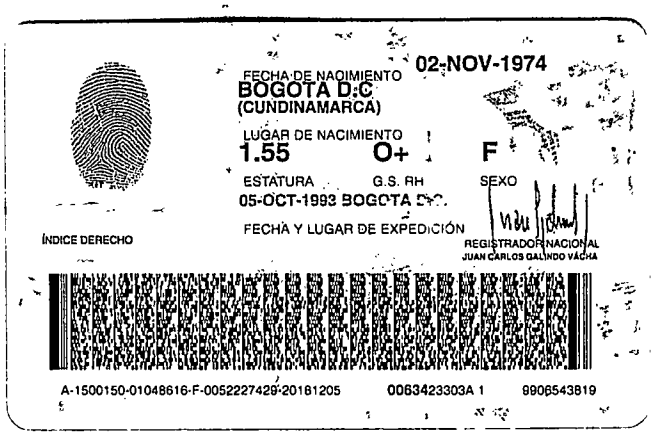


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NUMERO 52.227.429
APELLIDOS ORTIZ GALLO
NOMBRES LORENA
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 02-NOV-1974
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
05-OCT-1993 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
ÍNDICE DERECHO

A-1500150-01048616-F-0052227429-20181205 0063423303A 1 9906543819



FECHA DE NACIMIENTO 02-NOV-1974
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
05-OCT-1993 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA
ÍNDICE DERECHO
A-1500150-01048616-F-0052227429-20161205 0063423303A 1 9906543819

enel Bogotá

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

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

**0308075-8**

**DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 340163619-7**

CLIENTE

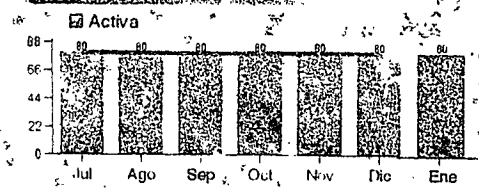
**CARICIA S A**
CL 2 BIS NO 14 42
BOGOTA, D.C. - EDUARDO SANTOS

19 206 3764 / 104-10024553

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código




COMPORTAMIENTO




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

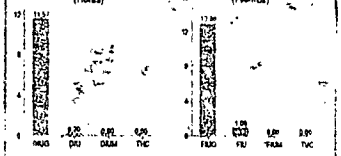
¡Este mes tuvimos acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía se encuentra dentro de lo habitual!

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

| | |
|---|---|
| SE DE SERVICIO: | Industrial |
| RATO: | 0 |
| RGA kW: | 8,34 |
| CTOR: | 40 |
| JTA REPARTO: | 10002192063764 |
| UTA LECTURA: | 12192030320 |
| ANZANA DE LECTURA: | MS00410506 |
| MEDIDOR NO: | 104-10024553 |
| MEDIDOR NO: | 104-10024553 |

DURACIÓN INTERRUPCIONES (Horas)

FRECUENCIA INTERRUPCIONES (Eventos)



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

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enelcomunicaste/personas/solicitudes

Chat de servidores enelcomunicaste/personas/chat-de-atencion

318 890 6003 Elena Bot o paso Asesor

@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-clientes.html defensor@enel.com

USO SEGURO DE LA ENERGÍA

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

Billetera Virtual: dale!, MOVII, NEQUI, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efecty, Red Distrital, Centros de Servicio, RED CADE, enel, Almacenes de Cadena

Código QR

Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios

Comparte lo mejor de tu energía a quienes lo necesitan. Puedes realizar tus donaciones en: www.enelxstore.com/co/es sección "Comparto mi energía" Aporte sugerido. $8 422

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

G. $356,76 T: $50,19 -D. $260,72 CV: $106,30 PR: $69,75 R: $5,64 CF. $0,00 / $877,36 Cosn. KWh Mes

GRUPO 1 CIRCUITO: CAVZT-13347TR1 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 comuníquese al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 0061 de 10 de diciembre de 2020.

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

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

En cumplimiento de la resolución CREG156711 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 Conexión) de acuerdo con la aprobación expresa enviada por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor diríjanse a los canales de atención definidos por cada Empresa.

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

CUDE: b2f481285c2b66e3d3e7a65581606bd29d139cd077d27741111ac7cb6421ba1c3b7403c

Provisión Tecnológico Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC Fuente del SW CENFinanciero NIT 890 321 151-0

Documento

| Total Energía (1) | + | Otros Cobros Factura (2) | = | Total Factura | PAGO OPORTUNO |
|---|---|---|---|---|---|
| $84.230 | | $0 | | $84.230 | 05 FEB /2025 |

FECHA DE SUSPENSIÓN (1): 07-FEB/2025

**ENERGÍA** | 0308075-8 | 20 FEB /2025

Tipo de Lectura: Real — Situación encontrada: Normal

| | Lectura Actual | Lectura Anterior | Diferencia de lecturas | Factor | | Consumo | | Valor Unitario | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ENERGIA ACTIVA FP | 1.510 | 1.468 | 2 | 40 | = | 2 | x | $677,36 | $70.189 |
| ENERGIA REACTIVA | 0 | 0 | 0 | 0 | = | 0 | x | $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

**Otros cobros asociados a energía**

| | |
|---|---|
| Ajustes a la decena | $3 |
| SUBTOTAL: | $3 |

Contribución y Otros cobros asociados a energía — (1) TOTAL ENERGÍA $84.230

**Otros cobros de producto y/o servicios**

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 $232.754

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: La tarifa final es de $477,36






NÚMERO DE CLIENTE: 0308075-8

Equivalente Electrónico No. 240163619-7

(415)7707209914253(8020)010308075834016361 97(3900)00000000084230

PAGO OPORTUNO: 05 FEB /2025

TOTAL A PAGAR: $84.230

**ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES**

**HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS**

**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM**

| HISTORIA CLINICA | MICROCHIP: | FECHA: |
|---|---|---|
| 208 | 990000012130307 | 3/3/2025 |

ORIGEN: CES__ PROTECCIONISTA__ COMUNIDAD__

**1. DATOS DEL PACIENTE**

| NOMBRE: | Vadi | | | COLOR: | Negro | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ESPECIE: CANINO X FELINO__ SEXO: HEMBRA__ MACHO X | RAZA | Pitbull | EDAD | 1 año | PESO: 27.3kg | POTENCIAL PELIGROSO SI X NO__ |
| DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI__ NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI__ NO X | | TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR__ CASERO X CONCENTRADO__ MIXTO__ OTRO__ | | | |

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

**2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE**

| NOMBRES Y APELLIDOS: | DIRECCION: | TELEFONO |
|---|---|---|
| Angel Javier Alvarez Marquez | kr 14 # 7-67 AP 307 | 3144006006 |
| CEDULA: 5051115 | CORREO ELECTRÓNICO: Alvarezangel252@gmail.com | |
| BARRIO: La Estanzuela / ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: LOS MARTIRES | |
| ESCOLARIDAD: Profesional. NS/NR:__ | TIPO DE VIVIENDA: CASA__ APTO X RURAL__ | |

**3. ANAMNESIS**

Buen estado de salud

| ULT. CELO: | ULT. DESPARASITACION: | ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: / FELINOS: TRIPLE FELINA: / HEXAVALENTE: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / 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 |
|---|---|---|---|---|
| 116 l/m | 30 r/m | 38,2 °c | 1 seg | Rosada |

OBSERVACIONES: Ninguno

**6. MEDICACION**

| FASE DE PROCEDIMIENTO | MEDICACION | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 1,4 ml. | 1 mg/kg IM |
| | KETAMINA | 2,7 ml. | 5 mg/kg IV X 10 mg/kg IM ☐ |
| | PROPOFOL | 5,4 ml. | 2 mg/kg IV |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | 9,4 ml. | 2 mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN (S.P.B.) | 1,8 ml. | 17.000 UI/kg IM |
| | MELOXICAM | 0,27 ml. | 0,2 mg/kg SC |

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la 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<br>TARJETA PROFESIONAL | Andres Quiroga<br>Médico Veterinario<br>TP. 34839 | FIRMA |
| NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO<br>TARJETA PROFESIONAL | Yennifer<br>Gutiérrez Nomesque<br>Médico Veterinario - Zootecnista<br>TP. 33358 | FIRMA |

100

| | | |
|---|---|---|
| BOGOTÁ | ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES<br>HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS<br>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: |
|---|---|
| | 5051115 |

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:<br><br>Nro. Identificación: | Firma: |
|---|---|

**8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS**

| LUGAR: | FECHA: | HORA: |
|---|---|---|
| Eduardo Santos | 17-03-25 | 8 am |

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

No. 5051115

COL

ALVAREZ MARQUEZ
APELLIDOS

ANGEL JAVIER
NOMBRES

VEN
NACIONALIDAD

M
SEXO

25213974
DNI Nro.

03-01-1997
FECHA DE NACIMIENTO

04-08-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO

VISTO BUENO



FIRMA

E2228129

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

IPCOL5051115<<6<<<<<<<<<<<<<<<
9701034M3105308VENE2228129<<<8
ALVAREZ<MARQUEZ<<ANGEL<JAVIER<

enel Bogotá

PAPEL ECOLÓGICO

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

Factura válida con código de barras

**0316181-7**

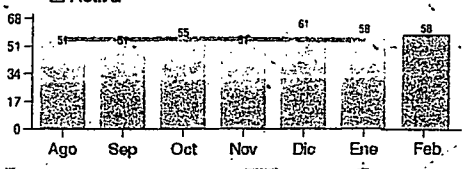
**DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 343403384-1**

**JOSE I CORTES Q**
KR 14 NO 7 67 AP 301
APTO NO 301
BOGOTA, D.C. - LA ESTANZUELA

18 212 1658 / 110-11052225

Paga tu factura fácil y rápido desde tu celular

Activa




**VALOR kWh APLICADO** $853,92

**CONSUMO DIARIO:** 2,00 kWh

**VALOR DIARIO:** $1.452

**PERÍODO FACTURADO:** 22 ENE/2025 A 19 FEB/2025

**DÍAS FACTURADOS:** 29

**CONSUMO MES** 58 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 55 kWh

Entiende tu factura de energía

Revisa cuánto debes pagar

Identifica el consumo del periodo facturado

Consulta tu kWh

Conoce detalles de tu servicio

Sigue consejos para ahorrar energía

Ve más en www.enel.com.co/cuentadecristal.html

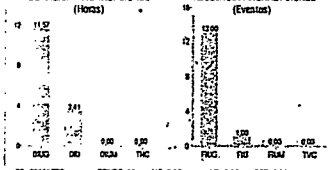
Está más activo/a accesible LECTURA DE TU MEDIDOR y CONSUMO de energía en cuenta de cristal

## INFORMACIÓN DE LA CUENTA

| | |
|---|---|
| CLASE DE SERVICIO: | Residencial |
| ESTRATO: | 3 |
| CARGA kW: | 3,00 |
| FACTOR: | 1 |
| RUTA REPARTO: | 10002182121658 |
| RUTA LECTURA: | 12182120054 |
| MANZANA DE LECTURA: | MS00410457 |
| MEDIDOR NO: | 110-11052225 |
| MEDIDOR NO: | 110-11052225 |

DURACIÓN INTERRUPCIONES (Horas)

FRECUENCIA INTERRUPCIONES (Eventos)




CD: 2918TR2 GRUPO: 11 HC: 0.00 VC: 0.00 CEC: 0.00
PERIODO: 2224/12 CI: 224.07 CF: 61.00000 UC: 0.00 MP: 1.00 %z: 0.18
*Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 038 de 2019*

**USO SEGURO DE LA ENERGÍA**

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

**CONTÁCTANOS**

Trámites y solicitudes: enel.com.co/es/personas/tuCuidame

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

318 690 6003 (Elena Bot o pico Asesor)

Enel Colombia @EnelClientesCO

Regístrate gratis

Zona privada de la página Web

App Enel Clientes Colombia

**LÍNEA DE EMERGENCIAS**

Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115

**LÍNEA GRATUITA**

115 Gratuita las 24 horas

**LÍNEA DE AHORRO Y SEGURIDAD**

601 6140055 denuncia@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 · Cajero Electrónico · APP Enel Clientes Colombia · Botón de Pago Online · Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual

Daviplata · MOVII · NEQUI · tpaga

Corresponsales Bancarios

CONRED · efácil · Reval · Servicio de recaudo de Colsubsidio · Su Red · Servientrega

Red Distrital

RED CADE

Centros de Servicio

enel

Almacenes de Cadena

Jumbo · Alkosto

Código QR

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




**COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:** Vigencia: ENE/2025
G: $338,49 T: $56,03 D: $280,91 CV: $75,33 PR: $70,22 R: $12,94 CF: $0,00 / $853,92 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: SJ21-2918STR2 - NIVEL DE TENSIÓN=1 PROPIEDAD: Empresa

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

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP Somos grandes contribuyentes según resolución No 9061 de 10 de diciembre de 2020.

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

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

En cumplimiento de la resolución CREG156/11 consultar www.enel.com.co

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

ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor 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: 24/02/2025 06:49:18
FECHA EXPEDICIÓN: 24/02/2025 15:38:14

CUDE: 1bb3822bd08e5d80ddf7724fc91b8dc7a9d59c11ad211df4e34a5c302a41a3bf19b88e9d78f41ca888ac8bde8b10a1

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.058.012- Fecha Expedición
Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 830.321.151-0

(1) Total Energía: $42.097

(2) Por todos los demás conceptos: $152.563

(3) Total a Pagar: $194.660

FECHA DE PAGO OPORTUNO
05 MAR /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN
07 MAR/2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CLIENTE: 0316181-7

FECHA DE PAGO
20 MAR /2025

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

| CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA | Lectura Actual | − | Lectura Anterior | = | Diferencia de lecturas | X | Factor | = | Energía Consumida kWh | Energía Facturada kWh | X | Valor kWh | = | Subtotal $ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ENERGÍA ACTIVA FP | 13.613 | | 13.755 | | 58 | | 1 | | 58 | 58 | | $853,92 | | $49.527 |
| ENERGÍA REACTIVA | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | 0 | | $280,91 | | $0 |
| SUBSIDIO | Consumo a subsidiar 130,00 kWh | | | | | X | Valor kWh $853,9223 | X | Beneficio -15,00 % | | | | | -$7.429 |

ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $1.452 DIARIOS

**SUBTOTAL: $42.098**

**Otros cobros asociados a energía**

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

Consumos – Otros cobros asociados a energía

(1) TOTAL ENERGÍA $42.097

**Otros cobros de productos y servicios**

| | |
|---|---|
| Tarj.Créd. Privada– Semilla | $152.563 |

Te invitamos a consultar el detalle de tus productos y servicios a través de la APP, tu Sucursal Online en la página web o suscribiendo 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 $152.563

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 Crecio 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 %


LA TARJETA DE LA CIUDAD
Crédito Fácil CODENSA

Solicita ya tu Tarjeta de la ciudad Crédito Fácil CODENSA y accede a un mundo de beneficios y descuentos.

Solicítala ya escaneando este QR




®Marca registrada de The Bank of Nova Scotia, utilizada bajo licencia. Scotiabank Colpatria Establecimiento Bancario. Aprobación sujeta a políticas de la entidad.


NÚMERO DE CLIENTE
0316181-7

Documento Equivalente Electrónico No.
343403384-1

(415)7707209914253(8020)010316181734340338 41(3900)00000000194660

PAGO OPORTUNO
05 MAR /2025

TOTAL A PAGAR
$194.660

**ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES**

**HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS**

**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM**

| HISTORIA CLINICA | MICROCHIP: | FECHA: |
|---|---|---|
| 209 | 990000012130301 | 3/3/2025 |

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

**1. DATOS DEL PACIENTE**

| NOMBRE: | | COLOR: | |
|---|---|---|---|
| Milo | | Amarillo | |

| ESPECIE: CANINO X FELINO __ | SEXO: HEMBRA __ MACHO X | RAZA | EDAD | PESO: | POTENCIAL PELIGROSO |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Mestizo | 4 años | 6,9Kg | 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 |
|---|---|---|
| Ilar Elisa Guerrero Peralta | Kr 19 # 2-14 02 | 3107913307 |
| CEDULA: 24 169 890 | CORREO ELECTRÓNICO: 3107913307@sincorreo.com | |
| BARRIO: Eduardo Santos | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: LOS MARTIRES |
| ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller | TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __ | |

**3. ANAMNESIS**

Buen estado de salud

| ULT. CELO: | 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: |
|---|---|---|---|---|
| 121 l/m | 30 r/m | 38,2 °c | 1 seg | Rosados |

OBSERVACIONES: Ninguno

**6. MEDICACION**

| FASE DE PROCEDIMIENTO | MEDICACION | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 0,3 ml. | 1 mg/kg IM |
| | KETAMINA | 0,6 ml. | 5 mg/kg IV X 10 mg/kg IM ☐ |
| | PROPOFOL | 1,2 ml. | 2 mg/kg IV |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | 2,1 ml. | 2 mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN (S.P.B.) | 0,4 ml. | 17.000 UI/kg IM |
| | MELOXICAM | 0,06 ml. | 0,2 mg/kg SC |

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la 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<br>TARJETA PROFESIONAL | Andres Quiroga<br>Médico Veterinario<br>TP. 34839 | FIRMA |
|---|---|---|
| NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO<br>TARJETA PROFESIONAL | Yennifer Gutiérrez Nomesque<br>Médico Veterinario - Zootecnista<br>TP. 33358 | FIRMA |

| | | |
|---|---|---|
| BOGOTÁ | ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES<br>HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS<br>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: |
|---|---|
| Flor Esguerra | 24169890 |

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:<br><br>Nro. Identificación: | Firma: |
|---|---|

**8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS**

| LUGAR: | FECHA: | HORA: |
|---|---|---|
| Eduardo Santos | 17-03-25 | 8 am |

OBSERVACIONES:



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 24.169.890
GUERRERO PERALTA

APELLIDOS
FLOR ELISA

NOMBRES

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 13-FEB-1959
TINJACA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

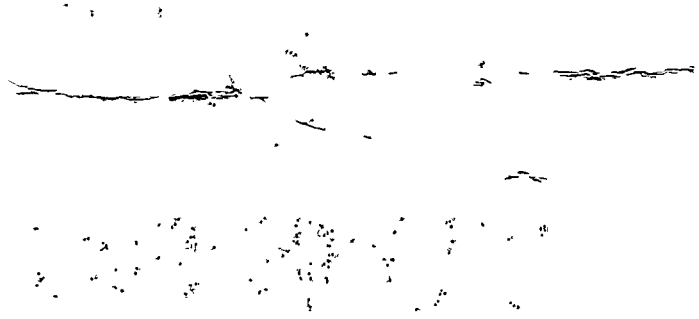
1.43 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

21-MAR-1979 TINJACA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01254342-F-0024169890-20210907 0075557803A 1 9915800630

ESTADO CIVIL



# Factura de gas

Febrero 2025

Cuenta o referencia de pago: 61300581 | 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 | 17M3 | 3.370,88 | 0,00 | 57.304,96 |
| FIJO | 1UN | 4.043,00 | 0,00 | 4.043,00 |
| AJUSTE DECENA | 1UN | 2,04 | 0,00 | 2,04 |
| *Vanti Max* | 1UN | 11.924,37 | 2.265,63 | 14.190,00 |

1 Total $75.540,00

## Tus financiaciones

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

2 Total $0,00

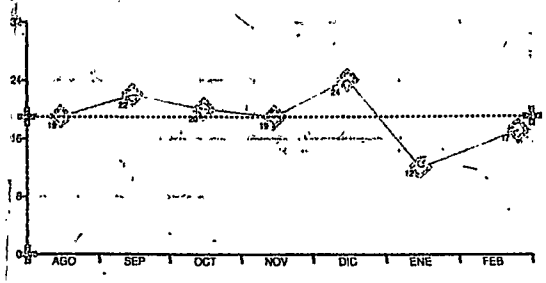
3 **Valor facturas vencidos** $0,00

**Total a pagar** 1+2+3 $75.540,00

Pagos en línea

Escanea el código QR

## Tus últimos consumos




## Datos de medición

Uso Residencial | Estrato/Cat. Tres | Días de consumo 31

| Fecha | Lectura | Tipo |
|---|---|---|
| 04 Ene. 2025 | 434 | REAL |
| 03 Feb. 2025 | 456 | REAL |

m³ corregido= 456 - 434 * Factor de corrección = 17

**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 $ 7554*

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. 2029**

La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente* *Resoluciones 059 de 2012 y 41385 de 2017

**Agenda ya tu RPO aquí**

## Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $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
Jp: 90.85 Cvm: 0.0 Cufm: 4043.0 Cuvm: 3370.88
Ccm: 0.0 Fpcm: 42.438 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

*Mjm³ Tu consumo en m³ de gas equivale:* 200 kWh y el precio unitario del kWh es: $306.74

### Factor de corrección

Vm: 22 Kp: 0.76727 Kt: 1.00662 Ft: 0.77235
Vc: 17 Tm: 13.66 Te: 15.56 Pe: 1.01008
Pa: 0.752 Pm: 0.023 P pv: 1.0

*Factor de corrección: 0.77235*

### Indicadores de calidad

IRST: 100.0 OES: 0.0 IC: 100.0 IPII: 100.0




(415)7709998026025(8020)61300581(3900)0000000007554D

Somos grandes contribuyentes Resolución 000200 Diciembre 27/2024 Retenedor de IVA. Autorretenedores Resolución No. 4959 del 17-Jul-1998 Autorización de Numeración de Facturación No. Formulario 18764067156808 del 12/03/2024 Facturación electrónica desde N° 00000001 hasta 50000000 con vigencia de 18 meses

Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NURE 2-1100100-6, VANTI S.A. ESP. NIT. 800.007.813-5 - Retenedor fiscal Declara Y Tributa Sí A.S. Esta factura presta mérito ejecutivo. Art 130 de la ley 142 de 1994

Impresa Tecnigrafia S.A. NIT 800.218.0...

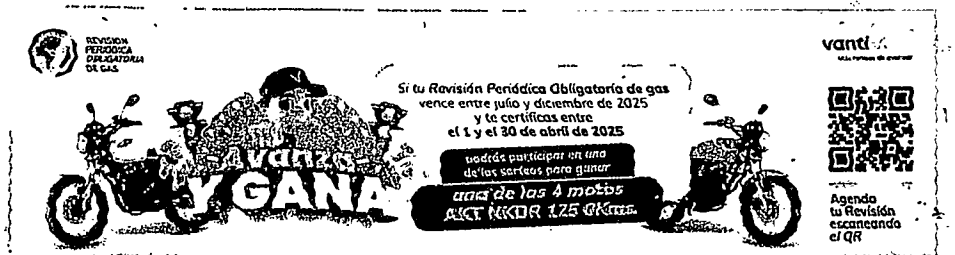
41924

Factura No. F15B25950063

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/**

» Pagos electrónicos en otras entidades

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

Síguenos en 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. 800096.812-3 704823072024

Vanti 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.

# ¡Hola!

**ALCIRA CRUZ**
KR 19 2 14 02 - EDUARDO SANTOS
BOGOTA

vanti
*Más formas de avanzar*
Vanti S.A. ESP.
*Medidor Gas No. 5097197-184733*

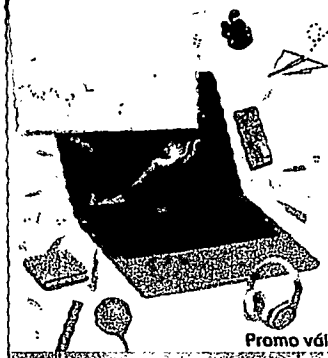
Lote: P02GN Ruta: 0011240195380005100 Código del Sector: 200

**Cuenta o referencia de pago 61300581**

vanti

¡Compra tu revisor, cuéntanos lo que hay mucho más y paga tu factura de gas!

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



CON VANTI LISTO REGRESA SÚPER LISTO A CLASE Y GANA UN COMPUTADOR

vanti Listo

*Escanea el código QR y participa aquí.*

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

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

**Paga a cuotas a través de tu factura de gas natural**

Éxito · Metro · Alkosto · Kronix

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.

200 0011240195380005100 41924 P02GN C1

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 210 | MICROCHIP: 990000012130684 | FECHA: 3/3/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

**1. DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRE: Titan | COLOR: Café-Negro

ESPECIE: CANINO X FELINO __ | SEXO: HEMBRA __ MACHO X | RAZA Pinscher | EDAD 3 años | PESO: 4,1Kg | POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

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

**2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE**

NOMBRES Y APELLIDOS: Yenny Alejandra Rodriguez Burgan | DIRECCION: CL 16 # 17-33 APTO | TELEFONO: 3193652892

CEDULA: 52 523 097 | CORREO ELECTRÓNICO: 3193652892@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: | ULT. DESPARASITACION: | ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: / HEXAVALENTE: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / RABIA: / FELINOS: TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA: / |
|---|---|---|
| No Aplica | Feb 25 | |

**4. EXAMÉN CLÍNICO**

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

**5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS**

| F. CARDIACA: | F. RESPIRATORIA: | TEMPERATURA: | TLLC | MUCOSAS: |
|---|---|---|---|---|
| 118 l/m | 31 r/m | 38,2 °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 X 10 mg/kg IM ☐ |
| | PROPOFOL | 0,8 ml. | 2 mg/kg IV |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | 1,4 ml. | 2 mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN (S.P.B.) | 0,28 ml. | 17.000 UI/kg IM |
| | MELOXICAM | 0,04 ml. | 0,2 mg/kg SC |

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

| | | |
|---|---|---|
| NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO<br>TARJETA PROFESIONAL | Andres Quiroga<br>Médico Veterinario<br>TP. 34839 | FIRMA |
| NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO<br>TARJETA PROFESIONAL | Yennifer Gutiérrez Nomesque<br>Médico Veterinario - Zootecnista<br>TP. 33358 | FIRMA |

106

| | | |
|---|---|---|
| MÁRTIRES BOGOTÁ | **ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES**<br>**HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS**<br>**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: |
|---|---|
| Yenny Alejandra Rodriguez | 52523097 |

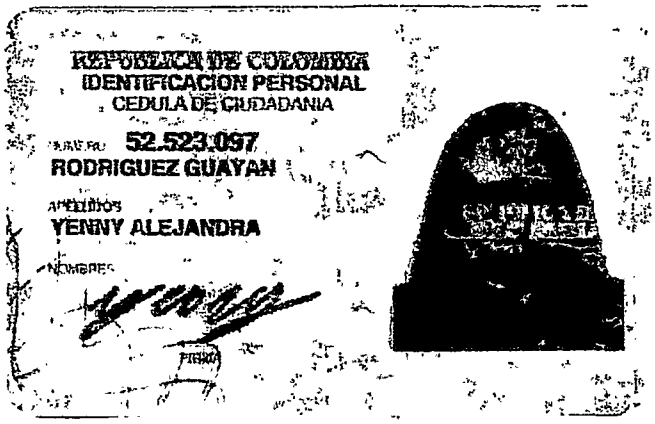
Yo, _____ identificado con CC. No._____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilización y castración) de mi animal de compañía.
RAZÓN:

| Nombre del Responsable/Tenedor:<br><br>Nro. Identificación: | Firma: |
|---|---|

**8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS**

| LUGAR: | FECHA: | HORA: |
|---|---|---|
| Eduardo Santos | 17-03-25 | 8 am |

OBSERVACIONES:



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.523.097
RODRIGUEZ GUAYAN

APELLIDOS
YENNY ALEJANDRA

NOMBRES

FIRMA



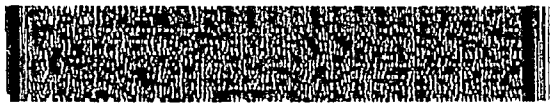


FECHA DE NACIMIENTO 27-AGO-1978
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

25-NOV-1996 [redacted]
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL



A-1500150-00384658-F-0052523097-20120528 0030343518A 1 1151851620

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 **0307653-1**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 343541389-9

**CLIENTE**

**BENJAMIN TOVAR GOMEZ**
CL 1 G NO 17 33 AP 200
BOGOTA, D.C. - EDUARDO SANTOS

19 204 3997 / 074-738282

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código




## COMPORTAMIENTO CONSUMO




VALOR kWh APLICADOS $453,82

CONSUMO DIARIO 20,41 kWh

VALOR DIARIO $16.658

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES 456 kWh

PERIODO FACTURADO: 23 ENE/2025 A 20 FEB/2025

DÍAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES 692 kWh

Tu consumo actual no supera los meses de mayor consumo de los últimos 2 años

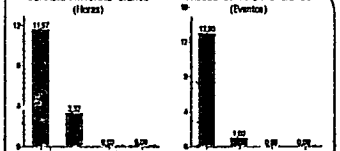
## INFORMACIÓN DE LA CUENTA

| | |
|---|---|
| CLASE DE SERVICIO: | Residencial |
| ESTRATO: | 3 |
| CARGA kW: | 8,00 |
| FACTOR: | 1 |
| RUTA REPARTO: | 10002192043997 |
| RUTA LECTURA: | 12192040039 |
| MANZANA DE LECTURA: | MS00410510 |
| MEDIDOR NO: | 074-738282 |
| MEDIDOR NO: | 074-738282 |

## 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 1536,8711 GRUPO 11 NC 0,01 VC 0,00 CEC 0,00
PERIODO 2024-12 DI 734,07 DF 456,60000 MC 0,00 UF 1,00 %C 0,18

Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 016 de 2018 y 030 de 2019

## CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes
Chatea con Enel
320 8000 8000 (Llama Dist o pasa Asesor)
Enel Colombia @EnelColombiaCO
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

| ENERGÍA AL SERVICIO AL CLIENTE | EMERGENCIAS | DENUNCIAS |
|---|---|---|
| Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 6 115 115 | 115 Gratuito las 24 horas | 601 5140055 denuncias@enel.com |

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

## ¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

**Medios virtuales de Pago**

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

**Billetera Virtual**

Daviplata | MOVII | Tpaga

**Corresponsales Bancarios**

CONRED | efecti | Red | Movired | Su Red

**Red Distrital**

RED CADE

**Centros de Servicio**

enel

**Almacenes de Cadena**

Jumbo | Éxito

**Código QR**

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

**COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:** Vigencia: ENE/2025
G: $358,49 T: $56,05 D: $230,91 CV: $75,33 PR: $70,22 R: $12,94 CF: $0,00 / $853,92 Costo kWh Mes


Inscríbete a factura electrónica* y aprovecha los beneficios.
Escanea el código


GRUPO: 11 CIRCUITO: CAY27H1EXITRI - - NIVEL DE TENSIÓN: 1 PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONOMICA 9514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil Somos autorretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002 IVA Régimen Comun 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 8009 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 9061 de 10 de diciembre de 2020.

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

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

En cumplimiento de la resolución CREG156/11 consultar www.enel.com.co

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

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

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

FECHA GENERACIÓN: 25/02/2025 00:30:27
FECHA EXPEDICIÓN: 25/02/2025 11:38:12

CUDE: f3bd0b5b0e3f6ae595fc949...a3b

e49b35dcc887c440f8bf93bd1648807cb708087441d0807c40b935c3

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación S.A.S. NIT 800.096.812-7 - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 860.321.151-0 - Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios BAS BIC

108

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 211 | MICROCHIP: 990000012130304 | FECHA: 3/3/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

**1. DATOS DEL PACIENTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE: Gio. | | | | COLOR: Cafe Beige | |
| ESPECIE: CANINO X FELINO __ SEXO: HEMBRA __ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 4 años | PESO: 7.5kg | 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 X ADOPTADO __ REGALADO __ PERRO DE CUADRA __ OTRO __

**2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE**

| | | |
|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS: Karol Dayana Palma Rendon | DIRECCION: Kr 79c # 7c-47 | TELEFONO: 3144474668 |
| CEDULA: 1028 882 568 | CORREO ELECTRÓNICO: Dayanapalma866@gmail.com | |
| BARRIO: Eduardo Santos / ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: LOS MARTIRES | |
| ESCOLARIDAD: Bachiller. NS/NR: __ | TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __ | |

**3. ANAMNESIS**

Buen estado de salud

| ULT. CELO: | ULT. DESPARASITACION: | ULT. VACUNACION: NS/NR: __ CANINOS PARVO: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: / HEXAVALENTE: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / FELINOS: TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA: / RABIA: 6 Feb/25 |
|---|---|---|
| NO Aplica | Diciembre 25/24 | |

**4. EXAMÉN CLÍNICO**

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ningno

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

**5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS**

| F. CARDIACA: | F. RESPIRATORIA: | TEMPERATURA: | TLLC | MUCOSAS: |
|---|---|---|---|---|
| 119 l/m | 30 r/m | 38,5 °c | 1 seg | Rosado |

OBSERVACIONES: Ningno

**6. MEDICACION**

| FASE DE PROCEDIMIENTO | MEDICACION | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 0,3 ml. | 1 mg/kg IM |
| | KETAMINA | 0,7 ml. | 5 mg/kg IV [X] 10 mg/kg IM [ ] |
| | PROPOFOL | 1,4 ml. | 2 mg/kg IV |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | 2,4 ml. | 2 mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN (S.P.B.) | 0,4 ml. | 17.000 UI/kg IM |
| | MELOXICAM | 0,07 ml. | 0,2 mg/kg SC |

HALLAZGOS ANORMALES: 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<br>TARJETA PROFESIONAL | Andres Quiroga<br>Médico Veterinario<br>TP. 34839 | FIRMA |
| NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO<br>TARJETA PROFESIONAL | Yennifer Gutiérrez Nomesque<br>Médico Veterinario - Zootecnista<br>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: |
|---|---|
| Karen Burgos. | 1028882568. |

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.

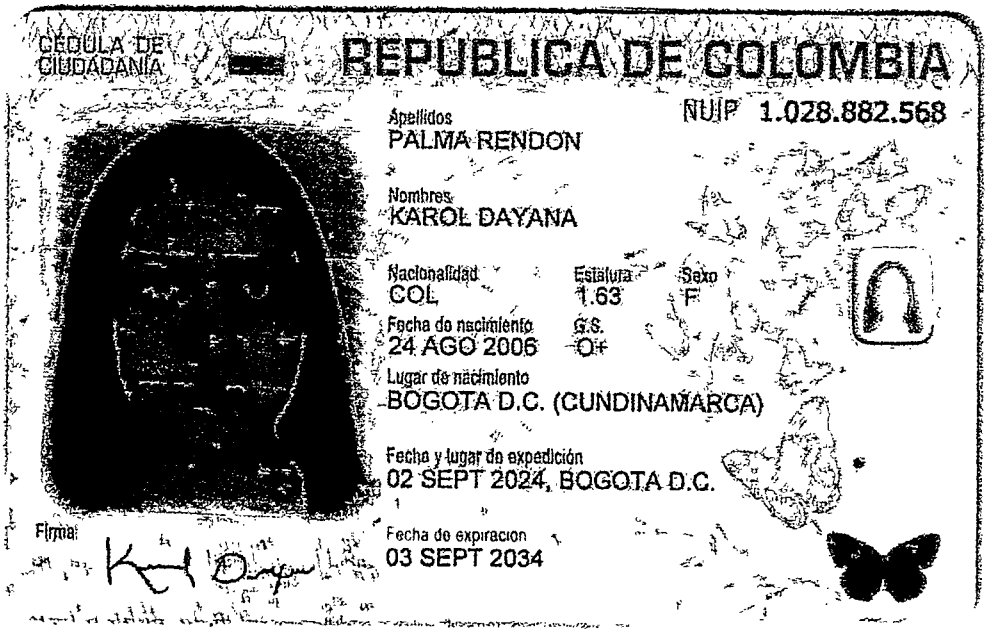
RAZÓN:

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

**8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS**

| LUGAR: | FECHA: | HORA: |
|---|---|---|
| Eduardo Santos | 17-03-25 | 8 am |

OBSERVACIONES:


CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.028.882.568

Apellidos
PALMA RENDON

Nombres
KAROL DAYANA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.63

Sexo
F

Fecha de nacimiento
24 AGO 2006

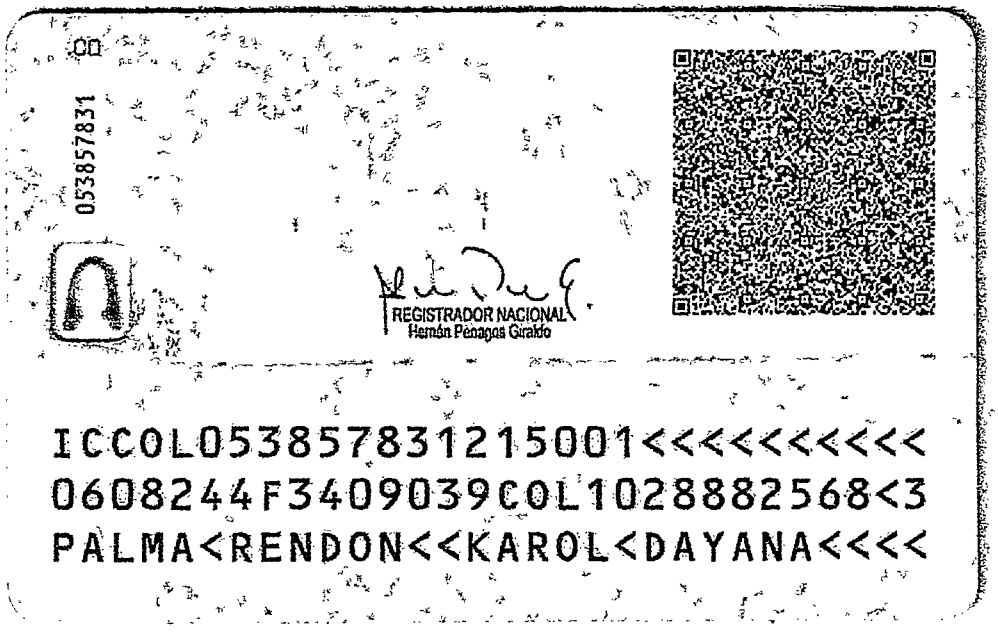
G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
02 SEPT 2024, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expiracion
03 SEPT 2034


CO

053857831

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL053857831215001<<<<<<<<<<<
0608244F3409039COL1028882568<3
PALMA<RENDON<<KAROL<DAYANA<<<<

enel | Bogotá

Papel Ecológico

NEL COLOMBIA S.A. ESP.
IT: 860.063.875-6
alle 93 No. 13 - 45 Piso 1

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

**0319046-8**

**DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 343322401-7**

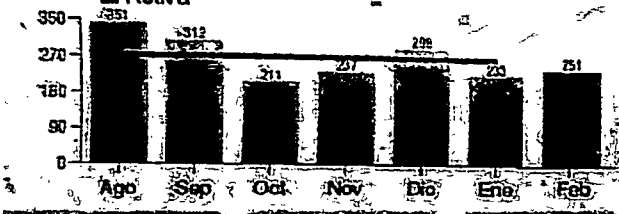
**CLIENTE**

**LUIS A GARCIA**
KR 19 C NO 1 C 47
BOGOTA, D.C. - EDUARDO SANTOS

17 227 4390 / 005-10001840

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

## COMPORTAMIENTO CONSUMO




VALOR kWh APLICADO: $853,92

CONSUMO DIARIO: 8,66 kWh

VALOR DIARIO: $6.617

PERIODO FACTURADO: ENERO/25 A FEBRERO/25

DIAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES: 251 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 274 kWh

...presione la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO
...ajuste su consumo al de su habitual


Tú lo cuentas Enel

**Entiende tu factura de energía.**

Revisa ahí primero los siguientes datos:

- Histórico de consumo
- Periodo facturado
- Consumo kWh
- Cobro de otros servicios

Conoce más en:
www.enel.com.co
o escaneando este QR



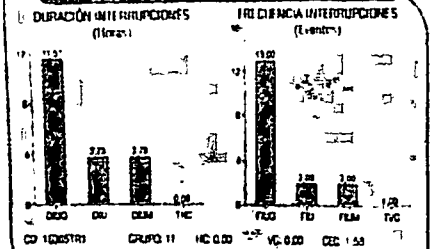

## INFORMACIÓN DE LA CUENTA

| | |
|---|---|
| SE DE SERVICIO: | Residencial |
| RATO: | 3 |
| GA kW: | 9.00 |
| TOR: | 1 |
| A REPARTO: | 10002172274390 |
| 'A LECTURA: | 12172170012 |
| IZANA DE LECTURA: | MS00410560 |
| DIDOR NO: | 005-10001840 |
| DIDOR NO: | 005-10001840 |

## 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 1.00STR1 GRUPO 11 IIC 0.00 VC 0.00 CCC 1.58
PERIODO 202412 DC 224.07 CF 238.00000 UC 0.00 UF 1.00 %E 0.18
*Para mayor detalle consultar los resultados CREG 015 de 2018 y 030 de 2019*

## CONTÁCTANOS

Tramites y solicitudes enel.com.co/es/personas/solicitudes.html
Registrate 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 pasa Asesor)
Enel Colombia
@EnelColombia
App Enel Clientes Colombia

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

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

## ¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

**Medios virtuales de Pago**

APP Enel Clientes Colombia · Botón de Pago Online · Botón de Pago Bancolombia

**Billetera Virtual**

Nequi · tpaga

**Corresponsales Bancarios**

CONRED · Rápicil · Ravel · Movired

**Red Distrital**

RED CADE

**Centros de Servicio**

enel

**Código QR**

**Almacenes de Cadena**

Jumbo · Makro

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el desprendible del talonario. El sello del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo




**COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:** Vigencia: Ene/2025
G: $362,49 T: $96,03 D: $280,91 CV: $71,33 PR: $79,22 R: $12,84 CP: $0,00 / $853,92 Costo kWh Mes*

...RUPO: 11 CIRCUITO EXPRESIVO - NIVEL DE TENSIÓN: PROPIEDAD: Empresa
...TIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil Bienes autogenerados según Resolución No 0547 de 25 de enero 2002 IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 8 DE 1998.

...ose el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de estos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor ...formación comunícate al (601) 5 115 115, llama de Bogotá al 01 8000 918 115, o en nuestros Centros de ...olución No 9061 de 30 de diciembre de 2020.
...obre 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.
...ta factura de cobro prima sobre ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994
...cumplimiento de la resolución CREG 015 de 2018, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y ...s usuarios. Para acceder mayor información y asistencia a consultarla en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, llama de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de ...ención al Cliente.
...NEL 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 ...e el cliente para el cruce 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 ...n estos aspectos, por favor dirigirse 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. 860.063.875-6; Entidad vigilada por la Superintendencia ...Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 21/02/2025 00:43:12
FECHA EXPEDICIÓN: 21/02/2025 18:26:14

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.006.812

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S. NIT 890 321 191-0

Powered by CamScanner

1 Total Energía $197.679 + 2 Portafolio Enel X $281.061 = Total a Pagar $478.740

PAGO OPORTUNO 04 MAR /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN 06 MAR/2025

## ENERGÍA

NÚMERO DE CLIENTE 0319046-8

PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 19 MAR /2025

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

| CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA | Lectura Actual | − | Lectura Anterior | = | Diferencia de lecturas | X | Factor | = | Energía Consumida kWh | Energía Facturada kWh | X | Valor Unitario | = | Valor Facturado |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ENERGÍA ACTIVA FP | 68.083 | | 68.832 | | 251 | | 1 | | 251 | 251 | | $853,02 | | $214.334 |
| ENERGÍA REACTIVA | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | 0 | | $280,91 | | $0 |
| SUBSIDIO | Consumo subsidiable 130,00 kWh | X | Valor kWh ($853,022) | X | Beneficio 15,00 % | | | | | | | | | $16.662 |

ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTÓ $6.817 DIARIOS

SUBTOTAL: $197.662

### Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena $-3

SUBTOTAL $-3

Contiene + Otros cobros asociados a energía (1) TOTAL ENERGÍA: $197.679

### Otros cobros por productos y servicios

Tarj.Créd. Franquicia $281.061

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.

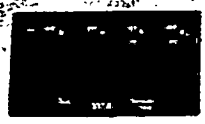
Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y aseo (2) TOTAL OTROS: $281.061

Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $33.856

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 (CS = 130 kWh/mes) es de 15,00 %


LA TARJETA DE LA CIUDAD
Crédito Fácil CODENSA



Solicita ya tu Tarjeta de la ciudad Crédito Fácil CODENSA y accede a un mundo de beneficios y descuentos.

Solicítala ya escaneando este QR




Marca registrada de The Bank of Nova Scotia, utilizada bajo licencia. Establecimiento Crediticio Extrafinanciero de Emisora. Aprobación sujeta a políticas de la entidad.


NÚMERO DE CLIENTE 0319046-8

Documento Equivalente Electrónico No. 343322401-7

(415)7707209914253(8020)010319046834332240 17(3900)00000000478740

PAGO OPORTUNO 04 MAR /2025

TOTAL A PAGAR $478.740

Powered by CamScanner

**ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES**

**HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS**

**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM**

| HISTORIA CLINICA | MICROCHIP: | FECHA: |
|---|---|---|
| 212 | 990000012130314 | 3/3/2025 |

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

**1. DATOS DEL PACIENTE**

| NOMBRE: | | COLOR: |
|---|---|---|
| | Romeo | Negro |

| ESPECIE: CANINO X FELINO __ | SEXO: HEMBRA __ MACHO X | RAZA ShihTzu | EDAD 7 meses | PESO: 5,2Kg | 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: | DIRECCION: | TELEFONO |
|---|---|---|
| Yenny Maria Torres Bernal | Kr 18 # 1C-50 AP 302 | 3007329923 |

| CEDULA: | CORREO ELECTRÓNICO: |
|---|---|
| 60301156 | 3007329923@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: | ULT. DESPARASITACION: | ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / RABIA: / FELINOS: TRIPLE FELINA: / HEXAVALENTE: / LEUCEMIA: / |
|---|---|---|
| No Aplica | Enero 25 | |

**4. EXAMÉN CLÍNICO**

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Estenosis de nariz

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

**5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS**

| F. CARDIACA: 115 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 | 0,5 ml. | 5 mg/kg IV X 10 mg/kg IM ☐ |
| | PROPOFOL | 1 ml. | 2 mg/kg IV |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | 1,7 ml. | 2 mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN (S.P.B.) | 0,3 ml. | 17.000 UI/kg IM |
| | MELOXICAM | 0,05 ml. | 0,2 mg/kg SC |

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

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

| | | |
|---|---|---|
| BOGOTÁ | ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES<br>HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS<br>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: |
|---|---|
| Yenny Torres | 60-301156 |

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:<br>Nro. Identificación: | Firma: |
|---|---|

**8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS**

| LUGAR: | FECHA: | HORA: |
|---|---|---|
| Eduardo Santos | 17-03-25 | 8 am |

OBSERVACIONES:

SE LE INFORMA AL TENEDOR RESPONSABLE SOBRE LOS RIESGOS ANESTESICOS Y QUIRURGICOS DEL ANIMAL, POR LA CONDICIÓN DE SURAZA. TENEDOR PREFIERE ENTENDER.

Yenny Torres
60-301156

Andres Quiroga
Médico Veterinario
TP. 34839

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
60301156
NUMERO

TORRES BERNAL
APELLIDOS

YENNY MARIA
NOMBRES

Yenny Torres
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 10-JUN-1963
AQUITANIA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.59 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO

14-DIC-1981 CUCUTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

INDICE DERECHO

A-1500100-42082561-F-0060301156-20000804 20687 00208A 02 089163513

enel | Bogotá

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

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **0317641-4**

**DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 343566396-6**

**CLIENTE**

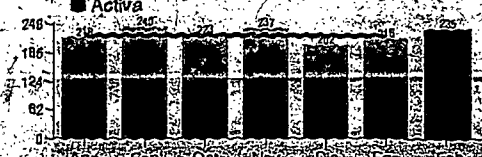
**OLIVERIO ARENAS**
KR 18 NO 1 C 50 AP 302
BOGOTA, D.C. - EDUARDO SANTOS

19 204 5102 / 074-555006

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

## COMPORTAMIENTO CONSUMO

Activa




VALOR kWh APLICADO: $853,92

CONSUMO DIARIO: 7,10 kWh

VALOR DIARIO: $ 6.146

CONSUMO PROMEDIO ÚLTIMOS 6 MESES: 223 kWh

PERIODO FACTURADO: 28 ENE 2025 A 26 FEB 2025

DÍAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES: 215 kWh

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


Te lo cuento Enel.

**Entiende tu factura de energía.**

Revisa siempre los siguientes datos:

- Histórico de consumo
- Periodo facturado
- Consumo kWh
- Cobro de otros servicios

Conoce más en:
www.enel.com.co
o escaneando este QR




## INFORMACIÓN DE LA CUENTA

| | |
|---|---|
| CLASE DE SERVICIO: | Residencial |
| ESTRATO: | 3 |
| CARGA kW: | 12,00 |
| FACTOR: | 0,0417 |
| RUTA REPARTO: | 100021920451021 |
| RUTA LECTURA: | 121920501S |
| MANZANA DE LECTURA: | MS0041050 |
| MEDIDOR NO: | 074-555006 |
| MEDIDOR NO: | 074-555006 |

## CALIDAD DEL SERVICIO




## USO SEGURO DE LA ENERGÍA

Es importante que disfrutes por completo todos los aparatos con los que cuentas en tu casa, si no los puedes apagar te recomendamos configurarlos en modo Ahorro de energía.

## CONTÁCTANOS

Tenemos soluciones para todas tus preguntas y solicitudes

Chatea con un asesor, escríbenos a través de nuestras líneas de atención

018 000 93003 (Línea Gratuita para Asesor)

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 61 400555 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 Pagos, Internet, Teléfono Fijo, Débito Automático, Cajero Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Botón de Pago Online, Botón de Pago Billeteras

**Billetera Virtual:** Nequi, Daviplata, MOVII, Bancolombia, Dale!, Claro

**Corresponsales Bancarios:** CONRED, Baloto, Efecty, MOVIRED, Supergiros

**Red Distrital:** RED CADE

**Centros de Servicio:** enel

**Almacenes de Cadena:** Surtimax, Metro

**Código QR**

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el desprendible del cliente. El sello del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.


Inscríbete a factura electrónica* y aprovecha los beneficios.

Escanea el código




**COMPONENTES TARIFARIOS** (Componentes del costo) - Vigencia: ENE2025

G: $338,49 | T: $30,03 | D: $280,81 | CV: $75,73 | PR: $70,22 | R: $12,94 | Cfp: $0,00 | $853,92 Costo kWh Aloo

GRUPO 11 Decreto 0412/1994 - Enel de Bogotá, Sabana y Cundinamarca S.A. E.S.P.

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por cal. 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 Usuario 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, 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 0051 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, le está mostrando 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 este aspecto, por favor dirigirse a los canales de atención establecidos por cada Empresa.

El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-6. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 25/02/2025 00:30:19
FECHA EXPEDICIÓN: 25/02/2025 14:09:01

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.058.602-6

Proveedor Tecnológico Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del ENV: CENFinanciero - NIT 830.121.151-0


C1/QE: a0006d6da0d1685962860c5a27bed76d7658d3923331dad3441836e03ea7766f1b56c5c0a6f5a49d1259b935c39be470c

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 213 | MICROCHIP: 990000012130696 | FECHA: 3/3/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

**1. DATOS DEL PACIENTE**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE: | Totoy | | | | COLOR: CaFe Negro | |
| ESPECIE: CANINO X FELINO __ | SEXO: HEMBRA __ MACHO X | RAZA Pinscher | EDAD 5años | PESO: 2,8Kg | POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X | |
| DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI __ NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X | | | TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR __ CASERO __ CONCENTRADO X MIXTO __ OTRO __ | | |

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

**2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS: Leonaldo Julio Redondo | DIRECCION: Kr 14 # 3-53 BL8 AP22 | | TELEFONO 3141595280 |
| CEDULA: 77 181 364 | CORREO ELECTRÓNICO: mahenanieto@hotmail.com | | |
| BARRIO: Eduardo Santos | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: LOS MARTIRES | |
| ESCOLARIDAD: NS/NR: Tecnologo | TIPO DE VIVIENDA: CASA __ APTO X RURAL __ | | |

**3. ANAMNESIS**

Buen estado de salud

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

**4. EXAMÉN CLÍNICO**

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI __ NO X | SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: 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: |
|---|---|---|---|---|
| 118 l/m | 30 r/m | 38,3 °c | 1 seg | Rosada |

OBSERVACIONES: Ningno

**6. MEDICACION**

| FASE DE PROCEDIMIENTO | MEDICACION | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 0,15 ml. | 1 mg/kg IM |
| | KETAMINA | 0,2 ml. | 5 mg/kg IV X 10 mg/kg IM ☐ |
| | PROPOFOL | 0,5 ml. | 2 mg/kg IV |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | 0,9 ml. | 2 mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN (S.P.B.) | 0,19 ml. | 17.000 UI/kg IM |
| | MELOXICAM | 0,02 ml. | 0,2 mg/kg SC |

HALLAZGOS ANORMALES: Ningno

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

| | | |
|---|---|---|
| NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO<br>TARJETA PROFESIONAL | Andres Quiroga<br>Médico Veterinario<br>TP. 34839 | FIRMA |
| NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO<br>TARJETA PROFESIONAL | Yennifer Gutiérrez Nomesque<br>Médico Veterinario - Zootecnista<br>TP. 33358 | FIRMA |

| | | |
|---|---|---|
| MÁRTIRES BOGOTÁ | ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES<br>HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS<br>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 compañia.** 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: Jeampablo Julio Estrada | Nro de Identificación: 77.181.364 |

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:<br><br>Nro. Identificación: | Firma: |

**8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS**

| | | |
|---|---|---|
| LUGAR: Eduardo Santos | FECHA: 17-03-25 | HORA: 8 am |

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 77.181.364
JULIO REDONDO

APELLIDOS
LEONALDO

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 24-DIC-1974
VALLEDUPAR
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

28-ABR-1993 VALLEDUPAR
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1200100-00253439-M-0077181364-20100903 0023706470A 1 7780932850

Pagado el 24/2/25 Av villas OK

enel Bogotá

PAPEL ECOLÓGICO

ENEL COLOMBIA S.A.E.S.P.
NIT: 860.063.875-6
Calle 82 No. 13 - 45 Piso 1

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **0315879-3**

**DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 340106386-4**

CLIENTE

**FABIOLA A DE MESA**
KR 14 NO 3 - 53 BQ 8 AP 22
BLOQUE 8 APTO 22
BOGOTA D.C. - EDUARDO SANTOS

19201437870012973848

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código




COMPORTAMIENTO CONSUMO




VALOR kWh APLICADO: $877,98

CONSUMO DIARIO: 53 kWh

VALOR DIARIO: $46.537

CONSUMO PROMEDIO ÚLTIMOS 6 MESES: 94 kWh

| PERIODO FACTURADO | DÍAS FACTURADOS | CONSUMO MES |
|---|---|---|
| 23 DIC 2024 A 23 ENE 2025 | 31 | 110 kWh |

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

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

| | |
|---|---|
| CLASE DE SERVICIO: | Residencial |
| ESTRATO: | 4 |
| CARGA KW: | 7 |
| FACTOR: | 1 |
| RUTA REPARTO: | 10021 8014379 |
| RUTA LECTURA: | 1 2 8590060 |
| MANZANA DE LECTURA: | MS0410505 |
| MEDIDOR NO: | 001 29736 |
| MEDIDOR NO: | 001 29736 |

CALIDAD DEL SERVICIO




CONTÁCTANOS

| ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE | EMERGENCIAS | DENUNCIAS |
|---|---|---|
| Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 5 115 115 | 115 Opción No. 1 | 01 8000 115 115 |

DEFENSOR DEL CLIENTE

USO SEGURO DE LA ENERGÍA

Es importante que asegures por completo todos los dispositivos que vas a usar. Así no se pueden sobrecargar, recomendado por comfaniño en el modo ahorro de energía.

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios y puntos de Pago | Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios | Red Física | Centros de Servicio | Código QR

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

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: DIC2024
G: $158,78 T: $59,19 D: $280,72 CV: $106,50 PR: $69,75 RU: $5,64 CP: $0,00 / $877,98 Costo kWh Mes

Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios.
Escanea el código.


Recibe ingresos por Convenio Solicitudes de Comunicación BAS NIT 800.096.812-
Proveedor Tecnológico: Convenio Tecnología y Servicios 646 BIC - Nombre del SW: OEN Projectplace - NIT 890.321.161-0


ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por ord. Somos autorretenedores según Resolución No. 0047 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1996.

Sobre el contenido de la factura, el usuario cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de ellos dentro de la fecha establecida para pago oportuno. Para mayor información comuníquese al: (601) 5 115 115, bien en 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 octubre de 2002.

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

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, le comunicamos que usted tiene derecho a conectarse al mercado libre de comercialización. Para mayor información, le invitamos a consultar en nuestra página web (www.enel.com.co) o comunícate a la línea (601) 5115 115, bien de Bogotá al 01 8000 912 115 o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, le comunicamos que usted tiene derecho a conectarse al mercado libre de comercialización. Para mayor información, le invitamos a consultar en nuestra página web (www.enel.com.co) o comunícate a la línea (601) 5115 115, bien de Bogotá al 01 8000 912 115 o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de acueducto para la zona a través de la red del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encanto de Comercial) De acuerdo con la información expresa emitida por el Alcalde para el uso de la fuente hídrica Canal de Tocaima, ENEL COLOMBIA S.A.ESP no es responsable por el servicio que presta la Empresa. Para mayor información relacionada con esta Empresa, por favor consulte a esa entidad el operador definido por cada Empresa.

El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-6. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 27/01/2025 00:07:31
FECHA EXPEDICIÓN: 27/01/2025 13:19:08

117

Total Energía $84.270 + Portafolio Enel X $0 = Total a Pagar $84.270

PAGO OPORTUNO 05 FEB /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN 07 FEB /2025

## ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 0315879-3

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 | 27.031 | | 26.918 | | 113 | | 1 | | 113 | 113 | | $877,36 | | $99.142 |
| ENERGÍA REACTIVA | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | 0 | | $260,72 | | $0 |
| SUBSIDIO | Consumo a subsidiar 150,00 kWh X | | | | Valor kWh $877,3617 X | | | | Beneficio -15,00 % | | | | | -$14.871 |
| ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTÓ $2.653 DIARIOS | | | | | | | | | | | | SUBTOTAL: | | $84.271 |

### Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena $-1

SUBTOTAL $-1

Consumos + Otros cobros asociados a energía (1) TOTAL ENERGÍA: $84.270

### 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 $83.658.

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 1500 %.


# 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 0315879-3

Documento Equivalente Electrónico No. 340106386-4

(415)7707209914253(8020)010315879334010638643900)00000000084270

PAGO OPORTUNO 05 FEB /2025

TOTAL A PAGAR $84.270

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 214

MICROCHIP: 990000012130692

FECHA: 3/3/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

## 1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Max

COLOR: Blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO __ SEXO: HEMBRA __ MACHO X RAZA Mestizo EDAD 5años PESO: 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: Leonaldo Julio Redondo

DIRECCION: Kr 14 # 3-53 BL 8 AP 22

TELEFONO: 3141595280

CEDULA: 77 181 364

CORREO ELECTRÓNICO: mahenguieto@hotmail.com

BARRIO: Eduardo Santos ESTRATO: 3 LOCALIDAD: LOS MARTIRES

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

## 3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO: No Aplica

ULT. DESPARASITACION: Feb 25

ULT. VACUNACION: NS/NR: CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA: Feb 25

## 4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

## 5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

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

OBSERVACIONES: Ninguno

## 6. MEDICACION

| FASE DE PROCEDIMIENTO | MEDICACION | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 0,3 ml. | 1 mg/kg IM |
| | KETAMINA | 0,7 ml. | 5 mg/kg IV ☑ 10 mg/kg IM ☐ |
| | PROPOFOL | 1,4 ml. | 2 mg/kg IV |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | 2,4 ml. | 2 mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN (S.P.B.) | 0,4 ml. | 17.000 UI/kg IM |
| | MELOXICAM | 0,07 ml. | 0,2 mg/kg SC |

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y 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<br>TARJETA PROFESIONAL | Andres Quiroga<br>Médico Veterinario<br>TP. 34839 | FIRMA |
| NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO<br>TARJETA PROFESIONAL | Yennifer Gutiérrez Nomesque<br>Médico Veterinario - Zootecnista<br>TP. 33358 | FIRMA |

118

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

**7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION**

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

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO** _X___ o **RECHAZO** ____ **la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañia.** 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: Gonzalo Julio Castro | Nro de Identificación: 79.181 364 |

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: |
|---|---|---|
| Eduardo Santos | 17-03-25 | 8 am |

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 77.181.364
JULIO REDONDO

APELLIDOS
LEONALDO

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 24-DIC-1974
VALLEDUPAR
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

28-ABR-1993 VALLEDUPAR
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1200100-00253439-M-0077181364-20100903 0023706470A 1 7780932850

Pagado el 16/1/25 Av Villas

enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-6
Calle 82 No. 13 - 45 Piso 1

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **0315879-3**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 340106385-4

**CLIENTE**

FABIOLA A DE MESA
KR 14 NO 3 - 53 BQ 8 AP 22
BLOQUE 8 APTO 22
BOGOTA, D.C. - EDUARDO SANTOS

(415)7709998000102(8020)0000315879(3900)0000000000(96)20250127

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código




**COMPORTAMIENTO CONSUMO**




VALOR kWh APLICADO $577,36

CONSUMO DIARIO kWh

VALOR DIARIO

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES 94 kWh

| PERIODO FACTURADO | DIAS FACTURADOS | CONSUMO MES |
|---|---|---|
| DIC/24 A 27/ENE/25 | 32 | 113 kWh |

Este mes vivimos con esa a la LECTURA DE TU MEDIDOR y su CONSUMO presenta una variación. Encuentra las posibles causas y tips de ahorro aquí en www.enel.com.co

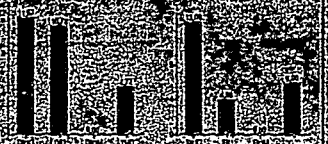
**INFORMACIÓN DE LA CUENTA**

CLASE DE SERVICIO:
ESTRATO:
CARGA KW:
FACTOR:
RUTA REPARTO:
RUTA LECTURA:
MANZANA DE LECTURA:
MEDIDOR NO.:
MEDIDOR NO.:

**USO SEGURO DE LA ENERGÍA**

Es importante que apagues por completo todos los dispositivos que no vas a usar, no se pueden apagar de forma remota por completo de un modo ahorro de energía.

**CALIDAD DEL SERVICIO**



**CONTÁCTANOS**

| ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE | EMERGENCIAS | DENUNCIAS |
|---|---|---|
| Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 5 115 115 | 115 Opción 1 las 24 horas | (601) 6400050 |

DEFENSOR DEL CLIENTE

**¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?**

Medios virtuales de Pago

Efectivo y Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Física

Centros de Servicio

Código QR

Almacenes de Cadena

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

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: DIC2024
G: $258,76 T: $9,19 D: $280,72 CV: $106,30 PR: $69,75 R: $5,64 C: $0,00 / $877,36 Costo kWh Mes

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por cit. 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 usted cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994 y podrá hacer uso de ellos dentro de la fecha establecida para pago oportuno. Para mayor información comuníquese 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 0021 de 10 de diciembre de 2020.

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

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

En cumplimiento de la resolución CREG 015 de 2011, le informamos que el código de medida es de exclusiva responsabilidad del comercializador.

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, le informamos que el código de medida es de exclusiva responsabilidad del comercializador.

Para cualquier mayor información, le invitamos a consultarnos en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115 o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

En cumplimiento de la Resolución CREG 038 de 2014, le informamos que el código de medida es de exclusiva responsabilidad del comercializador.

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 final, a través de la página web oficial de recaudo, ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio prestado por terceros (valores facturados). Para mayor información relacionada con estos recaudos, por favor comuníquese a los canales de atención definidos por cada Empresa.

El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-6. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

**Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios.**

Escánea el código.

FECHA GENERACIÓN: 27/01/2025 00:07:31
FECHA EXPEDICIÓN: 27/01/2025 13:19:08

Factura impresa por Consejo Soluciones de Comunicación SAS NIT 900.095.812-2 Proveedor Tecnológico: Consejo Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENPapelero - NIT 860.321.151-0

120

| Total Energía | | Portafolio Enel X | | Total a Pagar | PAGO OPORTUNO | FECHA DE SUSPENSIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|
| $84.270 | + | $0 | = | $84.270 | 05 FEB /2025 | 07 FEB /2025 |

## ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 0315879-3

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 | 27.031 | | 26.918 | | 113 | | 1 | | 113 | 113 | | $877,36 | | $99.142 |
| ENERGÍA REACTIVA | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | 0 | | $280,72 | | $0 |
| SUBSIDIO | Consumo a subsidiar 150,00 kWh X | | | | Valor kWh $877,3617 X | | | | Beneficio -15,00 % | | | | | -$14.871 |
| ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTÓ $2.653 DIARIOS | | | | | | | | | | | | SUBTOTAL: | | $84.271 |

### Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena $-1

SUBTOTAL $-1

Consumos + Otros cobros asociados a energía (1) TOTAL ENERGÍA: $84.270

### 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 tu ahorro y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $83.558.

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

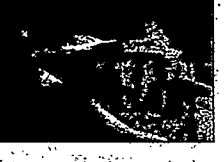
ESTIMADO CLIENTE: El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (0 – 130 kWh/mes) es de -15,00 %


# 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
0315879-3

Documento Equivalente Electrónico No.
940106388-4

(415)7707209914253(8020)010315879334010638643900)000000000084270

PAGO OPORTUNO
05 FEB /2025

TOTAL A PAGAR
$84.270

**ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES**

**HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS**

**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM**

| HISTORIA CLINICA | MICROCHIP: | FECHA: |
|---|---|---|
| 215 | 990000012130688 | 3/3/2025 |

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

**1. DATOS DEL PACIENTE**

| NOMBRE: | Danger | COLOR: Negro | |
|---|---|---|---|
| ESPECIE: CANINO X FELINO __ SEXO: HEMBRA __ MACHO X | RAZA Mestizo | EDAD 8 meses | PESO: 2,8Kg |
| POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X | | | |
| DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI __ NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X | TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR __ CASERO __ CONCENTRADO X MIXTO __ OTRO __ | |

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

**2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE**

| NOMBRES Y APELLIDOS: | DIRECCION: | TELEFONO |
|---|---|---|
| Natalia Alexandra Barrera Perez | AK 14 # 3-19 IN102 | 3124040413 |
| CEDULA: 1000624529 | CORREO ELECTRÓNICO: alexandrabarrera96@gmail.com | |
| BARRIO: Eduardo Santos — ESTRATO: 0 | LOCALIDAD: LOS MARTIRES | |
| ESCOLARIDAD: NS/NR: __ Tecnologo | TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __ | |

**3. ANAMNESIS**

Buen estado de salud

| ULT. CELO: | ULT. DESPARASITACION: | ULT. VACUNACION: NS/NR: CANINOS PARVO: | TRIPLE: — | PENTAVALENTE: Oct 24 |
|---|---|---|---|---|
| No Aplica | Enero 25 | FELINOS: TRIPLE FELINA: / HEXAVALENTE: / LEUCEMIA: / | PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: — RABIA: Oct 24 | |

**4. EXAMÉN CLÍNICO**

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

**5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS**

| F. CARDIACA: | 114 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 | 0,15 ml. | 1 mg/kg IM |
| | KETAMINA | 0,28 ml. | 5 mg/kg IV X 10 mg/kg IM ☐ |
| | PROPOFOL | 0,5 ml. | 2 mg/kg IV |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | 0,9 ml. | 2 mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN (S.P.B.) | 0,19 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 | Andres Quiroga Médico Veterinario TP. 34839 | FIRMA |
|---|---|---|
| NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL | Yennifer Gutiérrez Nomesque Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358 | FIRMA |

| | | |
|---|---|---|
| BOGOTÁ | ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES<br>HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS<br>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 compañia.** 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: |
|---|---|
| Nestor Beltrán | 1000624529 |

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: |
|---|---|---|
| Eduardo Santos | 17-03-25 | 8 am |

OBSERVACIONES:

79

CEDULA DE CIUDADANIA

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.000.624.529



Apellidos
BARRERA PEREZ

Nombres
NATALIA ALEXANDRA

| Nacionalidad | Estatura | Sexo |
|---|---|---|
| COL | 1.51 | F |

Fecha de nacimiento
11 AGO 2002

G.S
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
04 SEPT 2020, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expiración
28 JUL 2032

0028194530

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL0028194536150O1<<<<<<<<<<
0208116F3207280COL1000624529<6
BARRERA<PEREZ<<NATALIA<ALEXAND

122

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:** **0315818-9**

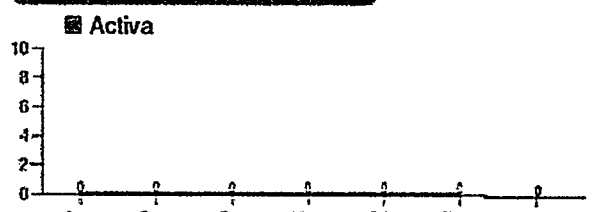
**DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 343668862-8**

## CLIENTE

**JOSE RUEDA MORENO**
AK 14 NO 3 19 IN 102
INT 105
BOGOTA, D.C. - EDUARDO SANTOS

19 201 4325 / 074-655705

## COMPORTAMIENTO CONSUMO




**VALOR kWh APLICADO** $853,92

**CONSUMO DIARIO:** 0,00 kWh

**VALOR DIARIO:** $0

**PERIODO FACTURADO:** 23 ENE/2025 A 20 FEB/2025

**DIAS FACTURADOS:** 29

**CONSUMO MES** 0 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 0 kWh

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


Te lo cuenta Enel.

# Entiende tu factura de energía.

Revisa siempre los siguientes datos:

- Histórico de consumo
- Periodo facturado
- Consumo kWh
- Cobro de otros servicios

Conoce más en:
www.enel.com.co
o escaneando este QR



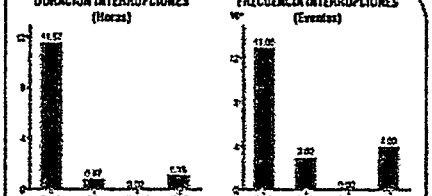

## INFORMACION DE LA CUENTA

| | |
|---|---|
| CLASE DE SERVICIO: | Comercial |
| ESTRATO: | 0 |
| CARGA kW: | 2,00 |
| FACTOR: | 1 |
| RUTA REPARTO: | 10002192014325 |
| RUTA LECTURA: | 12192930208 |
| MANZANA DE LECTURA: | MS00410504 |
| MEDIDOR NO: | 074-655705 |
| MEDIDOR NO: | 074-655705 |

## 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 036 de 2019

## CONTÁCTANOS

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

Regístrate gratis

Zona privada de la página Web

App Enel Clientes Colombia

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

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

## ¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

**Medios virtuales de Pago**

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

**Billetera Virtual**

Apple pay · Daviplata · MOVII · NEQUI · tpaga

**Corresponsales Bancarios**

CONRED · efácil · Reval · TODO · MOVIRED · Su Efecty

**Red Distrital**

RED CADE

**Centros de Servicio**

enel

**Almacenes de Cadena**

Cumbo · Metro

**Código QR**

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


## Regístrate a Conel

Recibe beneficios como puntos, abonos a tu factura, descuentos, bonos y más.

Regístrate aquí:




**COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:** Vigencia: ENE/2025
G: $358,49 T: $56,03 D: $280,91 CV: $75,33 PR: $70,22 R: $12,94 CF: $0,00 / $853,92 Costo kWh Mes

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: $0

GRUPO: 11 CIRCUITO: AV13-2007STR1 - - NIVEL DE TENSION: 1 PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil Somos autoretenedores según Resolución No. 0647 de 25 de enero 2002 IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comuníquese al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 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, 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: 25/02/2025 07:59:46
FECHA EXPEDICIÓN: 25/02/2025 13:36:19

CUDE: 7e27b8a99051cc08a8342b9ca2c676056ca27c3151731c6d0174327ede26248e9c9a2bcd66131f27bc1f6fac06


Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación S.A.S. NIT 800.968.812-2 Proveedor Tecnológico. Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFacturaEnel - NIT 830.321.161-0


123

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 216 | MICROCHIP: 990000012130312 | FECHA: 3/3/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

## 1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Angel Samuel | COLOR: Blanco Gris

ESPECIE: CANINO X FELINO __ | SEXO: HEMBRA __ MACHO X | RAZA Mestizo | EDAD 8 años | PESO: 10 Kg | POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

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

## 2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Thaiz del Valle Contreras Noling | DIRECCION: AK 14 #22-51 | TELEFONO: 3228347328

CEDULA: 848828 | CORREO ELECTRÓNICO: cantillotatiana85@gmail.com

BARRIO: Santa fe | ESTRATO: 2 | 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 Aplica | No Reporta | FELINOS: TRIPLE FELINA: / | HEXAVALENTE: / LEUCEMIA: / | PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA: Oct 24 |

## 4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

## 5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

| F. CARDIACA: | F. RESPIRATORIA: | TEMPERATURA: | TLLC | MUCOSAS: |
|---|---|---|---|---|
| 118 l/m | 31 r/m | 38,4 °c | 1 seg | Rosada |

OBSERVACIONES: Ninguno

## 6. MEDICACION

| FASE DE PROCEDIMIENTO | MEDICACION | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 0,5 ml. | 1 mg/kg IM |
| | KETAMINA | 1 ml. | 5 mg/kg IV ☑ 10 mg/kg IM ☐ |
| | PROPOFOL | 2 ml. | 2 mg/kg IV |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | 3,5 ml. | 2 mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN (S.P.B.) | 0,7 ml. | 17.000 UI/kg IM |
| | MELOXICAM | 0,1 ml. | 0,2 mg/kg SC |

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y 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<br>TARJETA PROFESIONAL | Andres Quiroga<br>Médico Veterinario<br>TP. 34839 | FIRMA |
| NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO<br>TARJETA PROFESIONAL | Yennifer Gutiérrez Nomesque<br>Médico Veterinario - Zootecnista<br>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: |
|---|---|
| Ehaize | 848828 |

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: |
|---|---|---|
| Eduardo Santos | 17-03-25 | 8 am |

OBSERVACIONES:

SE LE INFORMA AL TENEDOR RESPONSABLE SOBRE LOS RIESGOS ANESTESICOS Y QUIRURGICOS DEL ANIMAL, POR LA EDAD, EL TENEDOR REFIERE ENTENDER.

Ehaize

848828

Andres Quiroga
Médico Veterinario
TP. 34839

REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

No. 848828

COL

CONTRERAS MOLINA
APELLIDOS

THAIZ DEL VALLE
NOMBRES

VEN
NACIONALIDAD

F
SEXO

15295251
DNI Nro.

06-12-1981
FECHA DE NACIMIENTO

12-09-2023 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO



V1373LES

Thaizl
FIRMA

E1298658



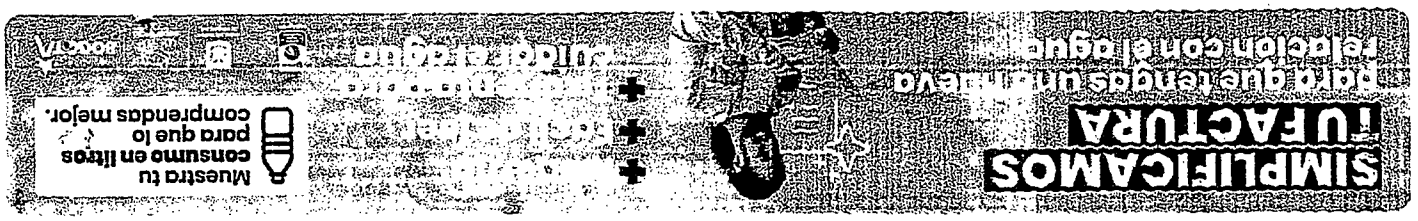
INDICE DERECHO

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

Carlos Fernando García Manosalva
Director General de Migración Colombia

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

IPCOL848828<<<6<<<<<<<<<<<<<<<
8112060F3105308VENE1298658<<<7
CONTRERAS<MOLINA<<THAIZ<DEL<VA




| Costo Fijo Total CFT. | Costo variable no aprovechable | Valor base aprovechamiento |
|---|---|---|
| 101.494,80 | 81.714,94 | 152.831,36 |

**Componentes de tarifas**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Frecuencia Barrido: | 06 | Frecuencia Recolección: | 06 | %Participación | 0.000% |
| Und. Ras. Desocupadas: | 000 | Und. No Res. Desocupadas: | 000 | Volumen | 0.00 |
| Und. Ras. Ocupadas: | 1 | Und. No Res. Ocupadas: | 2 | Densidad | 0.200 |
| Tipo de producto: | PEQUEÑO PRODUCTOR | | | Estrato | 2 |

**Datos del usuario**

KR 58 No. 9-17 LC 2 Ed. Torre Ambrosas
Horario de Atención
LUNES A VIERNES 7:00 AM A 5:00 PM SABADO 9:00 AM A 1:00 PM

LIME

| Cuenta contrato | Número para pagos |
|---|---|
| 11643512 | 40692134618 |
| Núm. de identificación de este predio | Número de esta factura de servicios públicos |

**aseo**

Periodo facturado Aseo: DIC/01/2024 - ENE/31/2025

El saldo de aseo se factura de forma diferida

**Estado de cuenta aseo**

| Concepto | Valor | Concepto | Valor |
|---|---|---|---|
| Aseo residencial | $86.156 | Interés mora | $2.832 |
| Aseo pequeño productor | $173.331 | Ajuste a la decena -crédito- | $2- |
| Subsidio | $26.463- | | |
| Aporte | $87.666 | | |

| Subsidio (-) | 40% | Valor Aseo | $335.520 |
|---|---|---|---|
| Aporte (+) | 50% | Total Egresos del periodo | $335.520 |
| Diferencia - deuda total | | Ingreso que Aseo reporta a la DIAN en el periodo actual | |

**Toneladas por suscriptor mes**

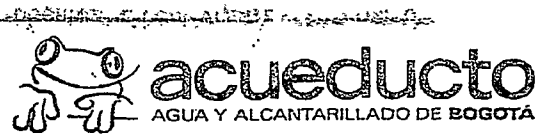
| Barrido y limpieza | Limpieza urbana | Reciclaje del aprovechamiento |
|---|---|---|
| 0.0026 | 0.0011 | 0.0000 |

| Efectivamente aprovechables | Residuos no aprovechables \| Afectadas - no afectadas |
|---|---|
| 0.0775 | 0.1031 |

**Histórico de Vigencias cobradas**

| 3 | 2 | 1 | Días liquidados |
|---|---|---|---|
| $138.640 | $288.555 | $284.898 | 62 |

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA:3 CICLO: N3 RUTA:N33534 BIMESTRAL

**11643512**
**Cuenta contrato**
Núm. de identificación de este predio

**40692134618**
**Número para pagos**
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

# ¡Hola!

Factura a nombre de

**M PARTE BAJA M PARTE BAJA**

Dirección del predio

**AK 14 22 51**

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

Dirección de correspondencia

**Datos adicionales del predio**

| | |
|---|---|
| **Clase de uso:** | **Comercial** |
| **Estrato:** | **2** |
| **Unidades Habitacionales:** | **0** |
| **Unidades No Habitacionales:** | **1** |

| Periodo facturado | NOV/15/2024 | ENE/13/2025 |
|---|---|---|

| Pago oportuno | FEB/17/2025 | Suspensión | FEB/20/2025 |
|---|---|---|---|

| Fecha esperada próxima factura | Fecha y hora de expedición factura | Fecha y hora de generación factura |
|---|---|---|
| ABR/09/2025 | FEB/04/2025 06:49:10 | FEB/04/2025 12:50:32 |

**¡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.

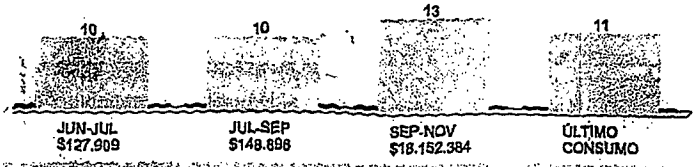
cadena. NIT 860.010.534-0

126

5594

# Tu consumo en este período

En los períodos anteriores **tu promedio de consumo fue** 11




En este período 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** 208
**Lectura anterior** 197
**Tu consumo este período** 11

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

### Datos de tu medidor

**Marca** BAYLAN
**Serie** 13744802

**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 | Escanea y paga virtual |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $85.651,80 (1) | | $75.174,31 (2) | | $1.774 (3 4 5 6) | | $305.520 (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

= **Total a pagar** $468.120

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

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 55dc3bcb497d274b5f4a2f31d4076b8386d7bcb0b49e73616c0651c0855d5a2ce7788dc350599d033937e5bb8cf1

## Detalle de tu consumo este bimestre

### 1 Acueducto

| | Cant. | × Valor unitario | × Aporte (+) o Subsidio (-)** % | = Valor | Tarifa*** | = Total (Tarifa x Cant.) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Cargo fijo residencial (mes) | | | | | | |
| Consumo residencial básico (m³) | | | | | | |
| Consumo residencial superior básico (m³) | | | | | | |
| Cargo fijo no residencial (mes) | 2,00 | $9.195,79 | 50 | $9.196 | $13.793,69 | $27.587,58 |
| Consumo no residencial (m³) | 11,00 | $3.519,02 | 50 | $19.355 | $5.278,53 | $58.064,22 |
| **Subtotal** | | | | $28.551 | | $85.651,80 |

### 2 Alcantarillado

| | Cant. | × Valor unitario | × Aporte (+) o Subsidio (-)** % | = Valor | Tarifa*** | = Total (Tarifa x Cant.) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Cargo fijo residencial (mes) | | | | | | |
| Consumo residencial básico (m³) | | | | | | |
| Consumo residencial superior básico (m³) | | | | | | |
| Cargo fijo no residencial (mes) | 2,00 | $4.370,95 | 50 | $4.371 | $8.555,43 | $13.112,90 |
| Consumo no residencial (m³) | 11,00 | $3.761,31 | 50 | $20.687 | $5.641,97 | $62.061,41 |
| **Subtotal** | | | | $25.058 | | $75.174,31 |

* 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) | $427,51 | $1.319,96 |
| Tarifa consumo superior a básico ($/m3) | $0,00 | $0,00 |
| Total por consumo facturado | $471 | $1.452 |

**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 2024)

### 3 Otros conceptos

| Concepto | Valor |
|---|---|
| Ajuste a la decena | $4 |
| Intereses de mora | $1.770 |
| Subtotal | 1.774 |

### 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**
PSE, punto pay, tpaga, Daviplata, Nequi, Claro Pay, ualá, App EAAB, EAABMóvil

**Para quienes requieran desplazarse a corresponsales bancarios autorizados**
Punto de Pago (Equidad en Remesa), Jumbo, 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
$305.520

**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)406921346183(3900)000000305520

**Acueducto y Alcantarillado**
Valor a pagar
$162.600

**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)406921346185(3900)000000162600

**ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES**

**HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS**

**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM**

| HISTORIA CLINICA | MICROCHIP: | FECHA: |
|---|---|---|
| 217 | 990000012130698 | 3/3/2025 |

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

**1. DATOS DEL PACIENTE**

| NOMBRE: | | COLOR: | |
|---|---|---|---|
| | Yuki | Blanco - Crema | |

| ESPECIE: CANINO X FELINO __ | SEXO: HEMBRA __ MACHO X | RAZA | EDAD | PESO: | POTENCIAL PELIGROSO |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Mestizo | 3 años | 9,4 Kg | 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 |
|---|---|---|
| Miguel Angel Castellanos Ardila | Kr 76 # 2-53 401 | 3006374472 |

| CEDULA: | CORREO ELECTRÓNICO: |
|---|---|
| 1000 064 534 | m.castellanosardila06@gmail.com |

| BARRIO: | ESTRATO: | LOCALIDAD: |
|---|---|---|
| Eduardo Santos | 3 | LOS MARTIRES |

ESCOLARIDAD: NS/NR: Universitario

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: / 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: |
|---|---|---|---|---|
| 115 l/m | 32 r/m | 38,4 °c | 1 seg | Rosada |

OBSERVACIONES: Ninguno

**6. MEDICACION**

| FASE DE PROCEDIMIENTO | MEDICACION | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 0,4 ml. | 1 mg/kg IM |
| | KETAMINA | 0,9 ml. | 5 mg/kg IV X 10 mg/kg IM ☐ |
| | PROPOFOL | 1,8 ml. | 2 mg/kg IV |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | 3,1 ml. | 2 mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN (S.P.B.) | 0,6 ml. | 17.000 UI/kg IM |
| | MELOXICAM | 0,09 ml. | 0,2 mg/kg SC |

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y 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 |
|---|---|
| Andres Quiroga Médico Veterinario TP. 34839 | |

| NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL | FIRMA |
|---|---|
| Yennifer Gutiérrez Nomesque Médico Veterinario - Zootecnista ~~TP. 33358~~ | |

12

| | |
|---|---|
| | **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 compañia.** 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: 1000064534 |

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: |
|---|---|---|
| Eduardo Santos | 17-03-25 | 8 am |

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.000.064.534**

**CASTELLANOS ARDILA**

APELLIDOS

**MIGUEL ANGEL**

NOMBRES



FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-ABR-2002**

**BOGOTÁ D.C**
**(CUNDINAMARCA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.70** **A-** **M**

ESTATURA G.S. RH SEXO

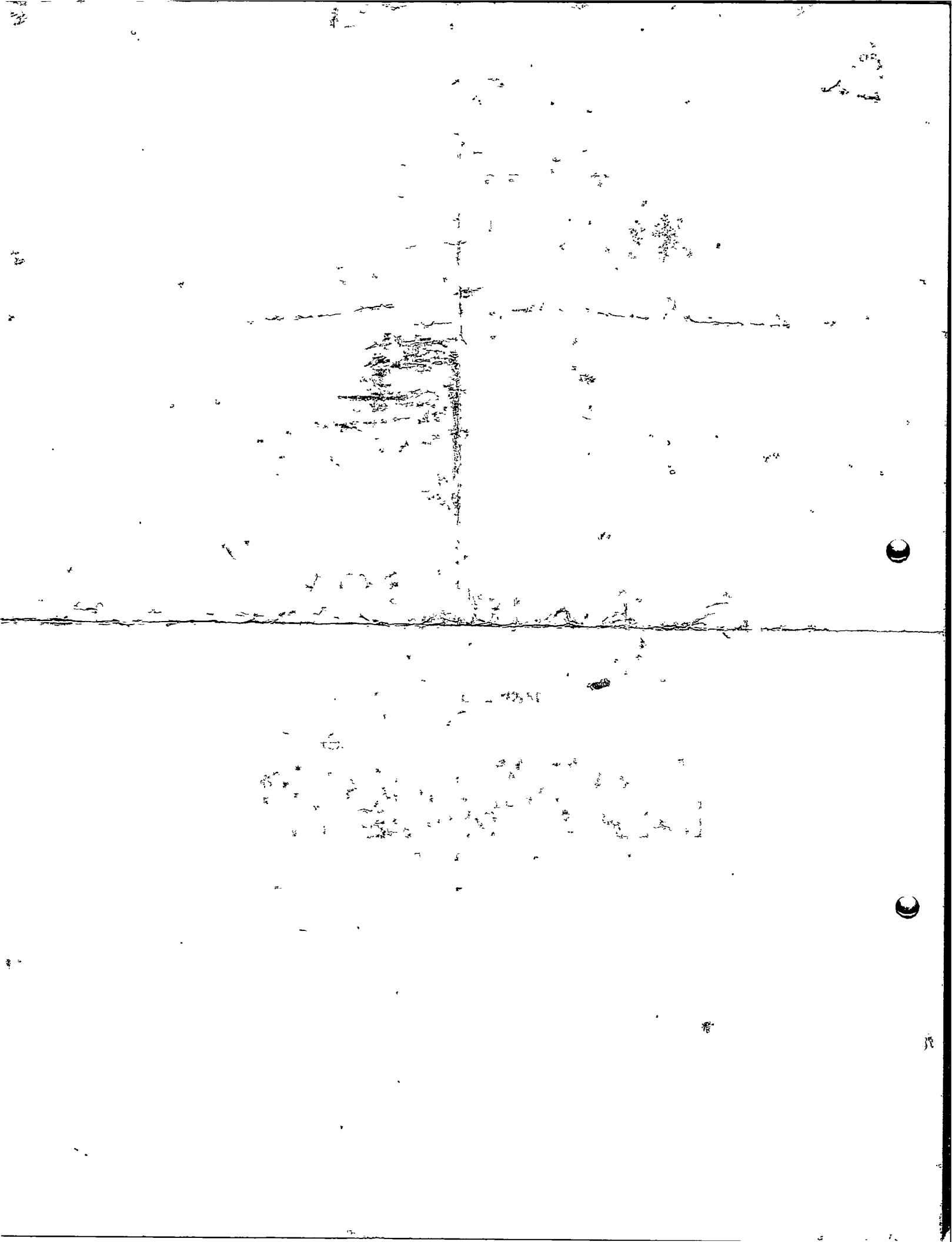
**17-JUN-2020 BOGOTA D.C.**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01143376-M-1000064534-20200630 0071069374A 1 8500447751

Tenis camiseta pantalon. Chaleco



# Factura de gas

Febrero 2025

Cuenta o referencia de pago 60642366

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 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 | 9M3 | 3.370,88 | 0,00 | 30.337,92 |
| FIJO | 1UN | 4.043,00 | 0,00 | 4.043,00 |
| AJUSTE DECENA | 1UN | 4,35 | 0,00 | 4,35 |
| RECAUDO TERCEROS Coosepark Protecc | 0 | 8.710,00 | 0,00 | 8.710,00 |
| Intereses Moratorios Base Recargo | 1UN | 14,73 | 0,00 | 14,73 |
| Vanti Max | 1UN | 11.924,37 | 2.265,63 | 14.190,00 |

① Total $57.300,00

## Tus financiaciones

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

② Total $0,00

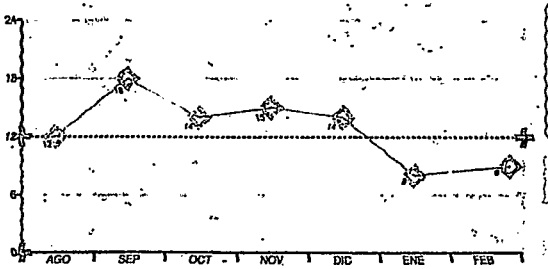
③ Valor facturas vencidas $0,00

**Total a pagar ① + ② + ③** $57.300,00

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 | 5074 | REAL |
| 03 Feb. 2025 | 5086 | REAL |

m³ corregido= 5086 - 5074 * Factor de corrección = 9

**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 $ 5730

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. 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 41365 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: 817.95 Cm: 3370.88
Pr: 90.85 Cym: 0.0 Cvm: 4043.0 Cvmm: 3370.88
Com: 0.0 Fpcm: 42.438 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

Mjm³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 106 kWh y el precio unitario del kWh es: $324.348

### Factor de corrección

Vm: 12 Kp: 0.76727 Kt: 1.00662 Pb: 0.77235
Vc: 9 Tm: 13.66 Te: 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 IC: 100.0 IPII: 100.0




(415)7709998026025(8020)60642366(3900)00000000057300

Somos grandes contribuyentes Resolución 000230 Diciembre 27/2024 Retenedor de IVA. Autorretenedores Resolución No. 4959 del 17-Jul-1996 Autorización de Numeración de Facturación No. Formulario 18764067 15cifras con 12/03/2024. Facturación electrónica desde Nº 00000001 hasta 50000000 con vigencia de 18 meses

Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NURI 2-11001000-6. VANTI S.A. ESP. NIT: 800.007.813-5 Revisor fiscal Deloitte Y Touche S.A.S. Esta factura presta mérito ejecutivo Art. 130 de la ley 142 de 1994 Resolución Habilitación SA ss-20220001334

42219

C1

Factura No. F1825993550

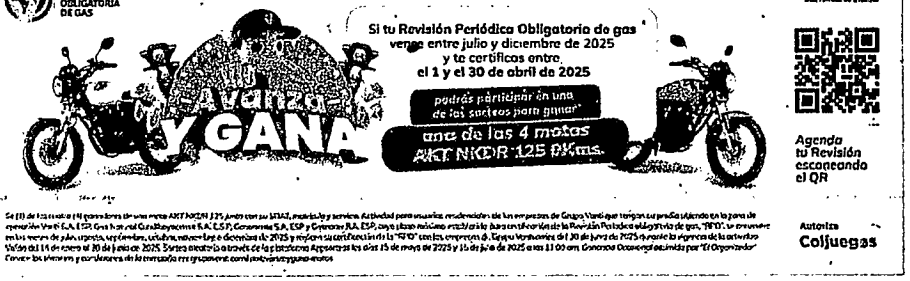
7041424dd0b3cd8894aa3a346d3bae2fc5a7d402a413101897bcb5fe8cb510bde0ae386cecef1583ad3855d64965092

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

» Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Red Multicolor · Bancamía · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco AV Villas · Banco GNB Sudameris · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Daviplata · Rappi pay · dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Escanea para pagar tu factura

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

## Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
*Corresponsales Scotiabank Colpatria*
Corresponsales Grupo Aval

» Corresponsales Banco Davivienda
» *Red CADE*
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies:
*Metro, Jumbo, Éxito*

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

## Eficiencia energética

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

Línea telefónica 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.

Se te suspenderá el servicio por falta de pago y cuando se requiera, en caso de que se impida el acceso al medidor o a la instalación interna y de artefactos de consumo. Como consumidor puedes presentar un recurso de reposición ante la empresa y apelar ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los (5) días hábiles siguientes al conocimiento del acto de suspensión. Sobre el contenido de la presente factura el cliente cuenta con los mecanismos de defensa en la ley 142 de 1994 y puede hacer uso antes de la fecha señalada para el pago oportuno.

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-8 704812307 2024

# ¡Hola!

**JAVIER ORLANDO CASTELLANOS**
KR 16 2 53 00401 - EDUARDO SANTOS
BOGOTA

vanti
*Más formas de avanzar*
Vanti S.A. ESP.
**Medidor Gas No. 5107193-153106**

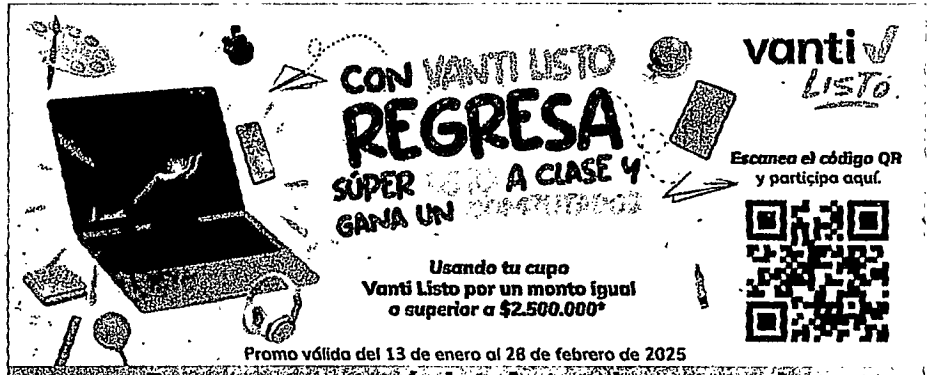
**Lote:** P02GN **Ruta:** 0011240201710005000 **Código del Sector:** 200

**Cuenta o referencia de pago 60642366**

vanti Listo

Compara televisores, calentadores de gas, moto y mucho más ¡Paga a plazos a través de tu factura de gas!

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




**Paga a cuotas a través de tu factura de gas natural**

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gasnacer S.A. ESP. Conoce T&C de la campaña ingresando a grupovanti.com/vantilista/celebraciones. Vanti Listo es la marca que identifica el servicio de financiación no bancaria ofrecido por el Grupo Vanti. Aplican condiciones señaladas en la política de financiación; 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.*

200 0011240201710005000 42219 P02GN C1

3

**ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES**

**HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS**

**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM**

HISTORIA CLINICA: 218

MICROCHIP: 990000012130597

FECHA: 3/3/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

**1. DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRE: Rex

COLOR: Negro

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

RAZA: Mestizo

EDAD: 1 año

PESO: 19,8Kg

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: Monica Andrea Numpaque Castillo

DIRECCION: Kr 14 # 7-67 AP301

TELEFONO: 3106285682

CEDULA: 1033741685

CORREO ELECTRÓNICO: monicaandrea numpaquecastillo@gmail.com

BARRIO: La Estanzuela

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: / HEXAVALENTE: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / RABIA: / FELINOS: TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA: / |
|---|---|---|
| No Aplica | No Reporta | |

**4. EXAMÉN CLÍNICO**

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI __ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3 /5

**5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS**

F. CARDIACA: 120 l/m

F. RESPIRATORIA: 31 r/m

TEMPERATURA: 38,4 °c

TLLC: 1" seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

**6. MEDICACION**

| FASE DE PROCEDIMIENTO | MEDICACION | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 1 ml. | 1 mg/kg IM |
| | KETAMINA | 1,9 ml. | 5 mg/kg IV ☑ 10 mg/kg IM ☐ |
| | PROPOFOL | 3,8 ml. | 2 mg/kg IV |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | 6,6 ml. | 2 mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN (S.P.B.) | 1,3 ml. | 17.000 UI/kg IM |
| | MELOXICAM | 0,19 ml. | 0,2 mg/kg SC |

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

| | | |
|---|---|---|
| NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO<br>TARJETA PROFESIONAL | Andres Quiroga<br>Médico Veterinario<br>TP. 34839 | FIRMA |
| NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO<br>TARJETA PROFESIONAL | Yennifer Gutiérrez Nomesque<br>Médico Veterinario - Zootecnista<br>TP. 33358 | FIRMA<br>46 |

130

| | | |
|---|---|---|
| | 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: 1033741685 |

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:<br><br>Nro. Identificación: | Firma: |

**8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS**

| LUGAR: | FECHA: | HORA: |
|---|---|---|
| Eduardo Santos | 17-03-25 | 8 am |

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.033.741.685**
**NUMPAQUE CASTILLO**

APELLIDOS
**MONICA ANDREA**

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **26-AGO-1991**
**BOGOTA D.C**
**(CUNDINAMARCA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

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

**05-FEB-2010 BOGOTA D.C**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1500150-00241832-F-1033741685-20100618 0022353565A 1 34132051

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: **0316181-7**

**DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 343403384-1**

CLIENTE

**JOSE I CORTES Q**
KR 14 NO 7 67 AP 301
APTO NO 301
BOGOTA, D.C. - LA ESTANZUELA

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código.

18 212 1658 / 110-11052225

## COMPORTAMIENTO CONSUMO

Activa




VALOR kWh APLICADO $653,92

CONSUMO DIARIO 2,00 kWh

VALOR DIARIO $1.245

| PERÍODO FACTURADO | DÍAS FACTURADOS | CONSUMO MES | CONSUMO PROMEDIO ÚLTIMOS 6 MESES |
|---|---|---|---|
| 22 ENE/2025 A 19 FEB/2025 | 29 | 58 kWh | 55 kWh |

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


Te lo cuenta Enel.

**Entiende tu factura de energía.**

Revisa siempre los siguientes datos:

- Histórico de consumo
- Periodo facturado
- Consumo kWh
- Cobro de otros servicios

Conoce más en:
www.enel.com.co
o escaneando este QR




## INFORMACIÓN DE LA CUENTA

| | |
|---|---|
| CLASE DE SERVICIO: | Residencial |
| ESTRATO: | 3 |
| CARGA kW: | 3,00 |
| FACTOR: | |
| RUTA REPARTO: | 100218212 1656 |
| RUTA LECTURA: | 218212 00054 |
| MANZANA DE LECTURA | M5004104857 |
| MEDIDOR NO: | 110-11052225 |
| MEDIDOR NO: | 110-11052225 |

## CALIDAD DEL SERVICIO


DURACIÓN INTERRUPCIONES (Horas)
FRECUENCIA INTERRUPCIONES (Veces)
11,5
0,00
0,00
0,00

1 Total Energía $42.097 + 2 Portafolio Enel X $152.563 = Total a Pagar $194.660

PAGO OPORTUNO 05 MAR /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN (1) 07 MAR/2025

## ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 0316181-7

PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 20 MAR /2025

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

| CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA | Lectura Actual | ~ | Lectura Anterior | = | Diferencia de lecturas | X | Factor | = | Energía Consumida kWh | Energía Facturada kWh | X | Valor Unitario | = | Valor Facturado |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ENERGÍA ACTIVA FP | 13.813 | | 13.755 | | 58 | | 1 | | 58 | 58 | | $853,92 | | $49.527 |
| ENERGÍA REACTIVA | 0 | | 0 | | 103 | | 0 | | 0 | 0 | | $280,91 | | $0 |
| SUBSIDIO | Consumo a subsidiar 130,00 kWh | | X | | Valor kWh $853,9223 | | X | | Beneficio -15.00 % | | | | | -$7.429 |

ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTÓ $1.452 DIARIOS

SUBTOTAL $42.098

### Otros cobros asociados a energía

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

Consumos + Otros cobros asociados a energía — 1 TOTAL ENERGÍA: $42.097

### Otros cobros de productos y servicios

| | |
|---|---|
| Tarj.Créd. Privada - Semilla | $152.563 |

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: $152.563

Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual es suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $39.656

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 %


LA TARJETA DE LA CIUDAD
Crédito Fácil CODENSA



Solicita ya tu Tarjeta de la ciudad Crédito Fácil CODENSA y accede a un mundo de beneficios y descuentos.

Solicítala ya escaneando este QR




Marca registrada de The Bank of Nova Scotia, utilizada bajo licencia. Scotiabank Colpatria Establecimiento Bancario. Aprobación sujeta a políticas de la entidad.


NÚMERO DE CUENTE 0316181-7

Documento Equivalente Electrónico No. 343403384-1

(415)7707209914253(8020)0103161817343403384 1(3900)00000000194660

PAGO OPORTUNO 05 MAR /2025

TOTAL A PAGAR $194.660

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

LOCALIDAD: LOS MARTIRES | BARRIO: Eduardo Santos | JORNADA: Eduardo Santos
FECHA: 03 marzo 2025 | OPERADOR: FUNDACION ECODES

| NÚMERO MICROCHIP | TIPO DE TENEDOR | ESTRATO | NOMBRE | APELLIDO | CC | SEXO: MUJER | SEXO: HOMBRE | SEXO: INTERSEXUAL | LGTBI | IDENTIFICACIÓN ÉTNICA: AFROCOLOMBIANO | PALENQUERO | INDIGENA | RAIZAL | GITANO | NINGUNO | FIJO / CELULAR | e-mail | DIRECCIÓN | NOMBRE PACIENTE | ESPECIE: CANINO | ESPECIE: FELINO | SEXO: MACHO | SEXO: HEMBRA | OBSERVACIONES | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 990000012130843 | | 3 | Alba Cristina | Deaza / Bello | 52 323 703 | Y | | | | | | | | | Y | 316484 5578 | Crutina.deaza@gmail.com | CL 7 # 14-22 | Negra | | Y | | Y | | |
| 990000012130842 | | 3 | Daniel Ricardo | Rodriguez Reyes | 79 739 690 | | Y | | | | | | | | Y | 311538 1022 | danielg05532@gmail.com | Kr 26A # 12-32 | Molly | | Y | | Y | | |
| 990000012130856 | | 0 | Daniel Ricardo | Rodriguez Reyes | 79 739 690 | | Y | | | | | | | | Y | 311538 1022 | danielg05532@gmail.com | Kr 26A # 12-32 | Luna. | | Y | | Y | | |
| 990000012130859 | | 3 | Paula Andrea | Valencia Martinez | 30355 275 | Y | | | | | | | | | Y | 310302 1805 | familiadpatty@gmail.com | Kr 14 # 3-53 B28 Apzz | Onix. | | Y | | Y | | |
| 990000013797851 | | 3 | Brayan Estiben | Piedra | 1014 480 303 | | Y | | | | | | | | Y | 310540 0323 | brayanpiedra49@gmail.com | Kr 18 # 34-60 | Pinina. | | Y | | Y | | |
| 990000013797858 | | 3 | Deynna Johana | Martinez Vargas | 52 884 540 | Y | | | | | | | | | Y | 305813 5802 | deljanna1981@gmail.com | Kr 27B # 5A-43 P1 | Angela | | P | | Y | | |
| 990000012130850 | | 3 | Evelyng Julieth | Ospino Bustamante | 1140 875 163 | Y | | | | | | | | | Y | 302865 6173 | ospino95@gmail.com | Kr 18 # 7C-50 Ap 302 | Meloeta | | P | | Y | | |
| Anulado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Martha | | - | | | N. Natalia | |
| Anulado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 990000013797855 | | 3 | Natalia Carolina | Betancour Ortiz | 52 225 664 | Y | | | | | | | | | Y | 319275 5915 | nataliabetancourt1070@gmail.com | Kr 19A # 2-02 | Marta | | Y | | Y | | |
| 990000013797845 | | 3 | Juan Manuel | Homez Linares | 79 465 072 | | Y | | | | | | | | Y | 324934 5394 | juanmanuelhomez196712@gmail.com | Kr 19D # 7F-84 | Parda | | Y | | O | | |
| 990000013797848 | | 3 | Juan Manuel | Homez Linares | 79 465 072 | | Y | | | | | | | | Y | 324934 5394 | juanmanuelhomez196712@gmail.com | Kr 19D # 7F-84 | Niña | | Y | | Y | | |

132

**ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES**

**PLANILLA DE REGISTRO - ESTERILIZACIONES**

**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CPS-322-2024**

LOCALIDAD: LOS MARTIRES | BARRIO: Eduardo Santos | JORNADA: Eduardo Santos

FECHA: 03 marzo 2025 | OPERADOR: FUNDACION ECODES

| NÚMERO MICROCHIP | TIPO DE TENEDOR | ESTRATO | NOMBRE | APELLIDO | CC | SEXO: MUJER | SEXO: HOMBRE | SEXO: INTERSEXUAL | LGTBI | IDENTIFICACIÓN ÉTNICA: AFROCOLOMBIANO | IDENTIFICACIÓN ÉTNICA: PALENQUERO | IDENTIFICACIÓN ÉTNICA: INDIGENA | IDENTIFICACIÓN ÉTNICA: RAIZAL | IDENTIFICACIÓN ÉTNICA: GITANO | IDENTIFICACIÓN ÉTNICA: NINGUNO | FIJO / CELULAR | e-mail | DIRECCIÓN | NOMBRE PACIENTE | ESPECIE: CANINO | ESPECIE: FELINO | SEXO: MACHO | SEXO: HEMBRA | OBSERVACIONES | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 990000013797857 | | 3 | Marisol | Lopez Contreras | SI 997 015 | Y | | | | | | | | | Y | 3135193997 | m1333 2744 @gmail com | Kr 79 D # 7F-84 | Coco | | Y | | Y | | Marisol Lopez |
| 990000012130846 | | 3 | Cesar Santiago | Romero Moreno | 1018 499 062 | | X | | | | | | | | Y | 323787 5612 | santiago romero 2@gmail com | CL 19 # 21-4 703 | Frida. | | Y | | Y | | Romero Cesar Santiago. |
| 990000013797854 | | 3 | Maholy | Olaya Benito | 1022 436 393 | Y | | | | | | | | | Y | 312462 9699 | maholy 310@gmail. com | CL 19 # 21-4 703 | Negra | | Y | | Y | | Maholy Olaya |
| 990000013797850 | | 3 | Maholy | Olaya Benito | 1022 436 393 | Y | | | | | | | | | Y | 312462 9699 | maholy 310@gmail. com | CL 19 # 21-04 703 | Molly | | Y | | Y | | Maholy Olaya. |
| 990000012130845 | | 3 | Humberto | Aguja Romero | 79 791 780 | | X | | | | | | | | X | 301800 6998 | 301800 69980 Sincorreo com | Kr 78C # 2-69 AP 200 | Molly. | | Y | | Y | | Humberto |
| 990000013797847 | | 3 | Elizabeth | Mora Chavarro | SI 788 692 | Y | | | | | | | | | Y | 310586 3168 | elizabeth 6508@ hotmail com | AK 18 # 4A-26 02 002 | Nina. | | Y | | Y | | |
| 990000012130320 | | 3 | Maria Cupertina | Hernandez Hernandez | 39 646 975 | Y | | | | | | | | | Y | 300860 3654 | maria hernandez21968 @gmail com | Kr 76 # 4-42 AP P101 | Tiny | | Y | | Y | | |
| Anulado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | luna. | | | | | | Maholy Zeta. |
| 990000012130316 | | 3 | Valentina | Salazar Ortiz | 1002 327 591 | Y | | | | | | | | | Y | 321369 5571 | valentina salazar ortiz19 @gmail com | Kr 77 # 4-37 AP 200 | Dulce | | Y | | Y | | Valen. |
| 990000013797856 | | 3 | Sandra Ivonne | Vanegas Velasquez | SI 988 306 | Y | | | | | | | | | S | 312484 2097 | Sandra ivonne gas05 @gmail.com | Kr 24 # 1F-71 | Sacha. | | P | | P | | Sandra Ivonne Vanegas V. |
| Anulado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | TIFFany | | | | | | Gerardo |
| 990000012130682 | | 3 | Sandra Liliana | Jimenez Cepeda | 1106 896 185 | Y | | | | | | | | | Y | 300413 6627 | Sandra sport 1994@ Gmail.com | Kr 77A # 3A-58 02 | Kitty | | P | | P | | Sandra Jimenez |

134

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

PLANILLA DE REGISTRO - ESTERILIZACIONES

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CPS-322-2024

LOCALIDAD: LOS MARTIRES | BARRIO: Eduardo Santos | JORNADA: Eduardo Santos

FECHA: 03-marzo 2025 | OPERADOR: FUNDACION ECODES

| NÚMERO MICROCHIP | TIPO DE TENEDOR | ESTRATO | NOMBRE | APELLIDO | CC | SEXO | | | LGTBI | IDENTIFICACIÓN ÉTNICA | | | | | | FIJO / CELULAR | e-mail | DIRECCIÓN | NOMBRE PACIENTE | ESPECIE | | SEXO | | OBSERVACIONES | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | MUJER | HOMBRE | INTERSEXUAL | | AFRO | COLOMBIANO | PALENQUERO | INDIGENA | RAIZAL | GITANO | NINGUNO | | | | CANINO | FELINO | MACHO | HEMBRA | | |
| 990000012130689 | | 3 | Juan David | Rodriguez Sierra | 1014 478 161 | | X | | | | | | | | | Y | 323 803 3871 | Juancho Sierra 1228@ Smail com | Kr 18C # 7-34 Ap 300 | Mia | | Y | | Y | | |
| 990000012130686 | | 3 | Juan David | Rodriguez Sierra | 1014 478 161 | | Y | | | | | | | | | Y | 323 803 3871 | Juancho Sierra 1228@ Smail com | Kr 18C # 7-34 Ap 300 | Perla | | Y | | Y | | |
| 990000012130308 | | 3 | Laura Marcela | Rodriguez Cubillos | 1010 197 997 | Y | | | | | | | | | | Y | 311866 4500 | laura drigue2 240429 @gmail.com | CL 6A # 16-57 Ap 102 | Milo | | Y | | Y | | |
| 990000012130302 | | 0 | Flor Stella | Diaz Gomez | 53 041 656 | Y | | | | | | | | | | Y | 311 584 1183 | Sttela 85Diaz @Smail com | CL 75 # 16-62 | muñeca | | Y | | Y | | |
| 990000012130683 | | 3 | Diana Judith | Jaramillo Garcia | 20 859 339 | Y | | | | | | | | | | Y | 350631 9371 | 350631 9371@ sincorreo com | CL 3 B # 18A-14 | luna | | Y | | P | | |
| Anulado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | luna | | | | | |
| Anulado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | lú | | | | | |
| 990000012130599 | | 3 | Alba Cristina | Deaza Bello | 52 323 703 | Y | | | | | | | | | | Y | 316 484 5578 | 316484 5578@ sincorreo com | CL 3 # 18A-26 001 | Luna | | Y | | P | | |
| 990000012130593 | | 3 | Alba Cristina | Deaza Bello | 52 323 703 | Y | | | | | | | | | | Y | 316484 5578 | 316484 5578@ sincorreo.com | CL 3 # 18A-26 001 | Lu | | Y | | P | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES**

**HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS**

**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM**

| HISTORIA CLINICA | MICROCHIP: | FECHA: |
|---|---|---|
| 219 | 990000012130843 | 3/3/2025 |

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

**1. DATOS DEL PACIENTE**

| NOMBRE: | Negra | COLOR: Negro | |
|---|---|---|---|
| ESPECIE: CANINO __ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO __ | RAZA Mestizo | EDAD 5 meses | PESO: 3Kg | POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X |
| DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI __ NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X | TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR __ CASERO __ CONCENTRADO X MIXTO __ OTRO __ | | | |

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

**2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE**

| NOMBRES Y APELLIDOS: | DIRECCION: | TELEFONO |
|---|---|---|
| Alba Cristina Deaza Bello | Cl 7 # 14 - 22 | 3164845578 |
| CEDULA: 52 323 703 | CORREO ELECTRÓNICO: cristina.deaza@gmail.com | |
| BARRIO: La Estanzuela | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: LOS MARTIRES |
| ESCOLARIDAD: NS/NR: __ Profesional | TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __ | |

**3. ANAMNESIS**

Buen estado de salud

| ULT. CELO: | ULT. DESPARASITACION: | ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: / HEXAVALENTE: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: / FELINOS: TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / RABIA: / |
|---|---|---|
| No ha tenido | 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: | F. RESPIRATORIA: | TEMPERATURA: | TLLC | MUCOSAS: |
|---|---|---|---|---|
| 164 l/m | 32 r/m | 38,2 °c | 1 seg | Rosado |

OBSERVACIONES: Ningno

**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: Ningno

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

| | | |
|---|---|---|
| NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO<br>TARJETA PROFESIONAL | Mónica Velázquez Milán<br>Médica Veterinaria<br>TP. 11804 | FIRMA<br>MVM |
| NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO<br>TARJETA PROFESIONAL | Yennifer Gutiérrez Nomesque<br>Médico Veterinario - Zootecnista<br>TP. 33358 | FIRMA<br>46 |

136

| | | |
|---|---|---|
| BOGOTÁ | ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES<br>HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS<br>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 compañia.** 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: 52323703 |

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:<br><br>Nro. Identificación: | Firma: |

**8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS**

| LUGAR: | FECHA: | HORA: |
|---|---|---|
| Eduardo Santos | 17-03-25 | 8 am |

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOM
IDENTIFICACION PERSO
CEDULA DE CIUDADANI

NUMERO 52.323.703

DEAZA BELLO

APELLIDOS

ALBA CRISTINA

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 17-JUN-1976

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

30-NOV-1994 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00384604-F-0052323703-20120628 0030329053A 1 1111901945

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:K33419 BIMESTRAL

| 10004278 | 11057088616 |
|---|---|
| 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

**A ZULUAGA**

Dirección del predio

CL 7.14 22

Barrio: LA Localidad: LOS MARTIRES

Dirección de correspondencia

**Datos adicionales del predio**

| | |
|---|---|
| **Clase de uso:** | Comercial |
| **Estrato:** | 3 |
| **Unidades Habitacionales:** | 0 |
| **Unidades No Habitacionales:** | 9 |

| 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 06:44:40 | ENE/28/2025 14:31:26 |

**¡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 115 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.

138

7575 14147 6817



aseo

Período facturado Aseo
DIC/01/2024 - ENE/31/2025
El servicio de aseo se factura de forma bimestral

| 10004278 | 11057088616 |
|---|---|
| Cuenta contrato | Número para pagos |
| Núm. de identificación de este predio | Número de esta factura de servicios públicos |

KR 55 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: 0 — Und. No Res. Ocupadas: 1 — Densidad 0.200
Und. Res. Desocupadas: 000 — Und. No Res. Desocupadas: 000 — Volumen 0.00
Frecuencia Barrido: 06 — Frecuencia Recolección: 06 — %Participación 0.000%

**Componentes de tarifas**

| Costo Fijo Total CFT. | Costo variable no aprovechable | Valor base aprovechamiento |
|---|---|---|
| 33.831,60 | 34.408,03 | 152.831,36 |

**A Estado de cuenta aseo**

| Concepto | Valor | Concepto | Valor |
|---|---|---|---|
| Aseo pequeño productor Aporte | $87.666 $43.833 | Ajuste a la decena -debito- | $1 |

| Subsidio (-) | 0% | Valor Aseo | $131.500 |
|---|---|---|---|
| Aporte (-) | 50% | Total ingresos del periodo | $131.500 |
| 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 | 0.0011 | 0.0000 |
| Efectivamente aprovechables | Residuos no aprovechables \| Afectadas - no afectadas | |
| 0.0775 | 0.1031 | |

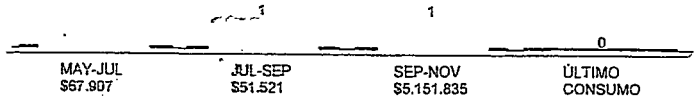
**Histórico de vigencias cobradas**

| 3 | 2 | 1 | Días liquidados |
|---|---|---|---|
| $93.095 | $125.517 | $123.962 | 62 |

La tarifa incluye subsidio o aporte*

# Tu consumo en este período

En los períodos anteriores tu promedio de consumo fue 2




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 |
|---|---|
| 0 | 0 |

### Datos de la lectura de tu medidor

| | |
|---|---|
| Lectura este período 46 | Facturado con Sin consumo |
| Lectura anterior 46 | Base promedio |
| Tu consumo este período 0 | Descargue fuente alterna 0 |

### Datos de tu medidor

| | |
|---|---|
| Marca MADDALENA | Tipo VELO015R160 |
| Serie 1810005026 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| $27.587,58 | | $13.112,90 | | $0 | | $131.500 |
| 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 $172.200

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

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): e695101cfe0d292ec7ed5cbdb413621eee6c3e67b17441b4ab058d98f1f7a0d967ae00372b5a3d0d5b71bbb750f03

## Detalle de tu consumo este bimestre

| | 1 Acueducto | | | | | | 2 Alcantarillado | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Cant. × | Valor unitario | × Aporte (+) o Subsidio (-)** % = | Valor | Tarifa*** | = Total (Tarifa x Cant.) | Cant. × | Valor unitario | × Aporte (+) o Subsidio (-)** % = | Valor | Tarifa*** | = Total |
| Cargo fijo residencial (mes) | | | | | | | | | | | | |
| Consumo residencial básico (m³) | | | | | | | | | | | | |
| Consumo residencial superior básico (m³) | | | | | | | | | | | | |
| Cargo fijo no residencial (mes) | 2,00 | $9.195,79 | | $9.196 | $13.793,69 | $27.587,56 | 2,00 | $4.370,95 | 50 | $4.371 | $6.556,43 | $13.112,90 |
| Consumo no residencial (m³) | | | 50 | | | | | | 50 | | | |
| Subtotal | | | | $9.196 | | $27.587,56 | | | | $4.371 | | $13.112,90 |

* 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) | $42,81 | $131,95 |
| Tarifa consumo superior a básico ($/m3) | $0,00 | $0,00 |
| Total por consumo facturado | $0 | $0 |

### 3 Otros conceptos

| Concepto | Valor |
|---|---|
| Subtotal | 0 |

### 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 requieran desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

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

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

Aseo
Total a pagar
$131.500

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.
Si paga con cheque, gírelos únicamente a nombre de la EAAB-ESP 830.095.213-0 y endose cada uno con el número de su identificación. Tenga en cuenta que corresponsal cobra el valor de este servicio más el valor de su comisión.

(415)7707200485271(8020)110570886162(3900)000000040700

Aseo
Total a pagar
$40.700

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.
Señor cajero: Si en el corresponsal bancario donde usted presenta este cupón y sticker de pago no le permiten recibir solo Acueducto. (Este pago solo podrá efectuarse en Bancos y Red CADE, no podrá efectuarse en un corresponsal bancario).

(415)7707200485271(8020)110570886162(3900)000000040700

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS NRO. UNICO DE REGISTRO 1-110010003-10 EAB-ESP

**ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES**

**HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS**

**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM**

| HISTORIA CLINICA | MICROCHIP: | FECHA: |
|---|---|---|
| 220 | 990000012130842 | 3/3/2025 |

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

**1. DATOS DEL PACIENTE**

| NOMBRE: | molly | COLOR: | Negro Blanco Amarillo |
|---|---|---|---|

| ESPECIE: CANINO __ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO __ | RAZA: mestizo | EDAD: 8 meses | PESO: 3kg | POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X |
|---|---|---|---|---|---|

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

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

**2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE**

| NOMBRES Y APELLIDOS: | DIRECCION: | TELEFONO |
|---|---|---|
| Daniel Ricardo Rodriguez Reyes | Kr 26A # 12-32 | 3115381022 |

| CEDULA: | CORREO ELECTRÓNICO: |
|---|---|
| 79 739 690 | Danielgus532@gmail.com |

| BARRIO: Ricaurte | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: LOS MARTIRES |
|---|---|---|

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

**3. ANAMNESIS**

Buen estado de salud

| ULT. CELO: | 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: 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: 38,2 °c | TLLC 1 seg | MUCOSAS: Rosadas |
|---|---|---|---|---|

OBSERVACIONES: Ningno

**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: Ningno

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

| NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO<br>TARJETA PROFESIONAL | Mónica Vc:ázquez Milán<br>Médica Veterinaria<br>TP. 11804 | FIRMA |
|---|---|---|
| NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO<br>TARJETA PROFESIONAL | Yennifer<br>Gutiérrez Nomesque<br>Médico Veterinario - Zootecnista<br>TP. 33358 | FIRMA |

139

| | | |
|---|---|---|
| BOGOTÁ | ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES<br>HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS<br>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 compañia.** 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: |
|---|---|
| | 79739690 |

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:<br><br>Nro. Identificación: | Firma: |
|---|---|

**8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS**

| LUGAR: | FECHA: | HORA: |
|---|---|---|
| Eduardo Santos | 17-03-25 | 8 a |

OBSERVACIONES:

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 79.739.690



Apellidos
RODRIGUEZ REYES

Nombres
DANIEL RICARDO

| Nacionalidad | Estatura | Sexo |
|---|---|---|
| COL | 1.80 | M |
| Fecha de nacimiento | G.S. | |
| 10 ENE 1976 | O+ | |

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
20 JUN 1994, BOGOTA D.C.

Firma

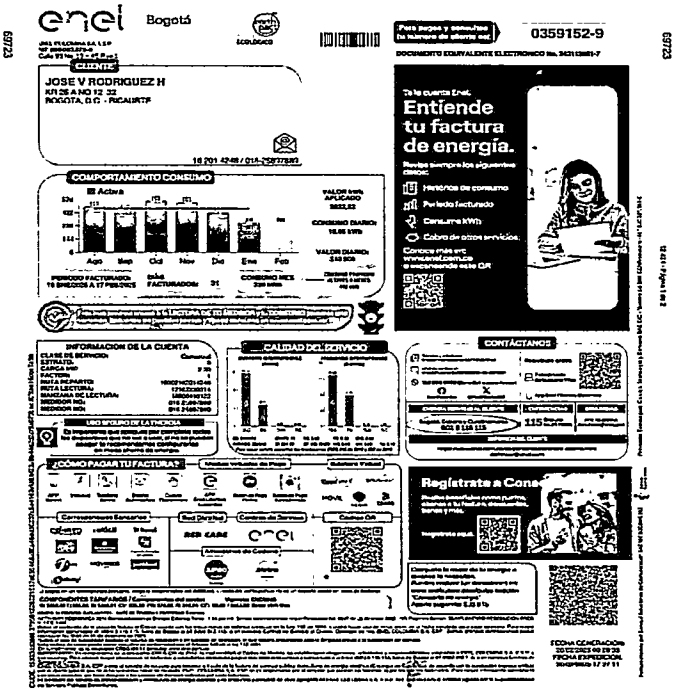
Fecha de expiración
14 FEB 2033

CO

0144993315

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL0144993150150O1<<<<<<<<<<
7601107M3302141COL7973690<<<7
RODRIGUEZ<REYES<<DANIEL<RICARD


enel Bogotá

0359152-9

CLIENTE

JOSE V RODRIGUEZ H
KR 26 A NO 12 -32
BOGOTA, D.C. - RICAURTE

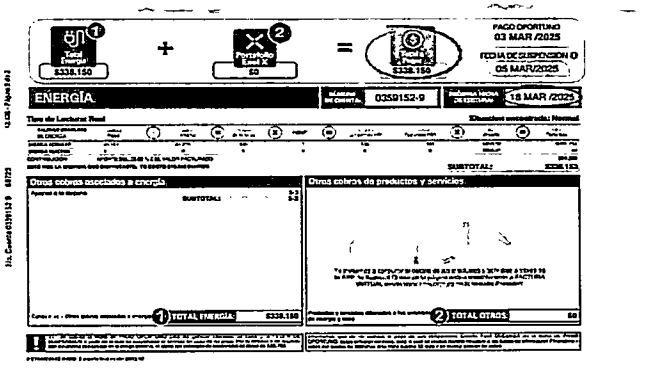
Entiende tu factura de energía.

COMPORTAMIENTO CONSUMO

INFORMACION DE LA CUENTA

CALIDAD DEL SERVICIO

CONTÁCTANOS


PAGO OPORTUNO
03 MAR /2025

FECHA DE SUSPENSION O
05 MAR/2025

ENERGÍA

Otras cobros asociados a energía

Otros cobros de productos y servicios


LA TARJETA DE LA CIUDAD
Crédito Fácil CODENSA

Solicita ya tu Tarjeta de la ciudad Crédito Fácil CODENSA y accede a un mundo de beneficios y descuentos.

Solicítala ya escaneando este QR

NÚMERO DE CLIENTE
0359152-9

Documento Equivalente Electrónico No.
343112981-7

PAGO OPORTUNO
03 MAR /2025

TOTAL A PAGAR
$330.150

141

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

| HISTORIA CLINICA | MICROCHIP: | FECHA: |
|---|---|---|
| 221 | 990000012130856 | 3/3/2025 |

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

**1. DATOS DEL PACIENTE**

| NOMBRE: | | COLOR: |
|---|---|---|
| luna. | | Negro Blanco Amarillo |

| ESPECIE: CANINO __ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO __ | RAZA | EDAD | PESO: | POTENCIAL PELIGROSO |
|---|---|---|---|---|---|
| | | mestizo. | 8 meses | 3.3kg. | 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 |
|---|---|---|
| (Kr 26A) Daniel Ricardo Rodriguez Reyes | Kr 26A # 12-37 | 3115381022. |

| CEDULA: | CORREO ELECTRÓNICO: |
|---|---|
| 79739690 | Danielgus532@gmail.com. |

| BARRIO: | ESTRATO: | LOCALIDAD: LOS MARTIRES |
|---|---|---|
| Ricaurte | 0 | |

| 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: / HEXAVALENTE: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: / FELINOS: TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / RABIA: / |
|---|---|---|
| Enero/25 | no reporta | |

**4. EXAMÉN CLÍNICO**

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ningno

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

**5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS**

| F. CARDIACA: | F. RESPIRATORIA: | TEMPERATURA: | TLLC | MUCOSAS: |
|---|---|---|---|---|
| 168 l/m | 31 r/m | 38,2 °c | 1 seg | Rosada |

OBSERVACIONES: Ningno

**6. MEDICACION**

| FASE DE PROCEDIMIENTO | MEDICACION | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 0,16 ml. | 1 mg/kg IM |
| | KETAMINA | 0,3 ml. | 5 mg/kg IV ☐ 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 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<br>TARJETA PROFESIONAL | Mónica Velázquez Milán<br>Médica Veterinaria<br>TP. 11804 | FIRMA |
|---|---|---|
| NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO<br>TARJETA PROFESIONAL | Yennifer Gutiérrez Nomesque<br>Médico Veterinario - Zootecnista<br>TP 33358 | FIRMA |

| | | |
|---|---|---|
| BOGOTÁ | ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES<br>HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS<br>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: 79739690 |

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:<br><br>Nro. Identificación: | Firma: |

**8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS**

| LUGAR: | FECHA: | HORA: |
|---|---|---|
| Eduardo Santos | 17-03-25 | 8 am |

OBSERVACIONES:

69723

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:

**0359152-9**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 343112881-7

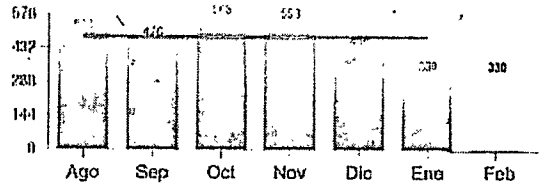
**CLIENTE**

**JOSE V RODRIGUEZ H**
KR 26 A NO 12 32
BOGOTA, D.C. - RICAURTE

16 201 4248 / 018-25897889

**COMPORTAMIENTO CONSUMO**

Activa




VALOR kWh APLICADO: $853,02

CONSUMO DIARIO: 10,65 kWh

VALOR DIARIO: $10.908

PERÍODO FACTURADO: 16 ENE/2025 A 17 FEB/2025

DÍAS FACTURADOS: 31

CONSUMO MES: 330 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 474 kWh


Te lo cuenta Enel

**Entiende tu factura de energía.**

Revisa siempre los siguientes datos:

- Histórico de consumo
- Periodo facturado
- Consumo kWh
- Cobro de otros servicios

Conoce más en: www.enel.com.co o escaneando este QR




**INFORMACION DE LA CUENTA**

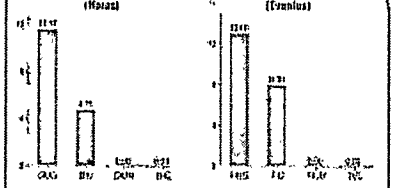
| | |
|---|---|
| CLASE DE SERVICIO: | Comercial |
| ESTRATO: | 0 |
| CARGA kW: | 2,30 |
| FACTOR: | 1 |
| RUTA REPARTO: | 10002162014248 |
| RUTA LECTURA: | 12162230314 |
| MANZANA DE LECTURA: | MS0010122 |
| MEDIDOR NO: | 018-25897889 |
| MEDIDOR NO: | 018-25897889 |

**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**

DURACION INTERRUPCIONES (Horas) — FRECUENCIA INTERRUPCIONES (Veces)




EN ASESTAR GRUPO 18 HC 0,50 VC 0,50 CFC 0,00
PERIODO 2025/02 DI 221,07 CF 416,33000 MC 0,00 MF 1,00 %I 0,18
*Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 038 de 2019*

**CONTÁCTANOS**

Trámites y solicitudes en línea en la página www.enel.com.co

Chat de servicio en línea con personas (Not-de-atrás)

316 000 0003 (Desde Bot o paso Asesor)

Enel Colombia — @EnelClientesCO

Regístrate gratis

Zona privada de la página Web

App Enel Clientes Colombia

| EMERGENCIAS | DENUNCIAS |
|---|---|
| 115 Gratuita las 24 horas | 601 6140000 denuncias@enel.com |

Bogotá, Cabana y Cundinamarca 601 5 115 115

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: MOVII, Ipaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, Sefácil, Reval, MOVIRED, Efecty

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Metro

Código QR

El pago en un corresponsal bancario, bajo el concepto del distribuidor. El valor del corresponsal no da en ningún caso en caso de recaudo

**COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:** Vigencia: ENE/2025

G: $350,49 T: $56,03 D: $280,91 CV: $75,33 PR: $70,72 R: $12,94 CF: $0,00 / $853,02 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: BZB4039811 - NIVEL DE TENSION: PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por ciento Somos autorretenedores según Resolución No. 0047 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CONTRIBUYENTE RÉGIMEN COMÚN DE IVA

Usted se encuentra de la presente factura el Cierre cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de ellos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comuníquese al (601) 5 115 115, hasta de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Quienes de red. ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 0060 de 10 de diciembre de 2020.

*Indica 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 15611 consultar www.enel.com.co

IMPORTANTE! En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual mediante 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.enelcolombia.com o comunícate a la línea (601) 5 115 115, hasta de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la autorización otorgada 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 habilitados por cada Empresa

El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y los productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT 860.063.875-8. Entidad sujeta a la inspección y vigilancia de la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios

CUDE: 4590dd38cb3795612282211517e555468a80a46d6580807c5a41695afdfcb023a8b1402d2c9ab78bac0f8ba1f0ea7a8b


**Regístrate a Cone**

Recibe beneficios como puntos, abonos a tu factura, descuentos, bonos y más.

Regístrate aquí:




Comparte lo mejor de tu energía a quienes lo necesitan.
Puedes realizar tus donaciones en: www.enelxstore.com/co/es sección "Comparte mi energía"
Aporte sugerido: $33.815

FECHA GENERACIÓN: 20/02/2025 00:20:35
FECHA EXPEDICIÓN: 20/02/2025 17:27:11

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación S.A.S. NIT 830.085.994-0 Bogotá D.C. Resolución DIAN No. 18764012812 de 2019/01/25 Rango autorizado 12.424 - Página 1 de 2

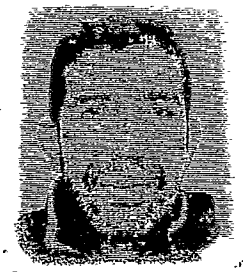
Proveedor Tecnológico Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S. BIC - Numeración: SVC ENEnumero - NIT 830.231.151-0

69723

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP. 79.739.690



Apellidos
RODRIGUEZ REYES

Nombres
DANIEL RICARDO

| Nacionalidad | Estatura | Sexo |
|---|---|---|
| COL | 1.80 | M |
| Fecha de nacimiento | G.S. | |
| 10 ENE 1976 | O+ | |

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
20 JUN 1994, BOGOTA D.C.

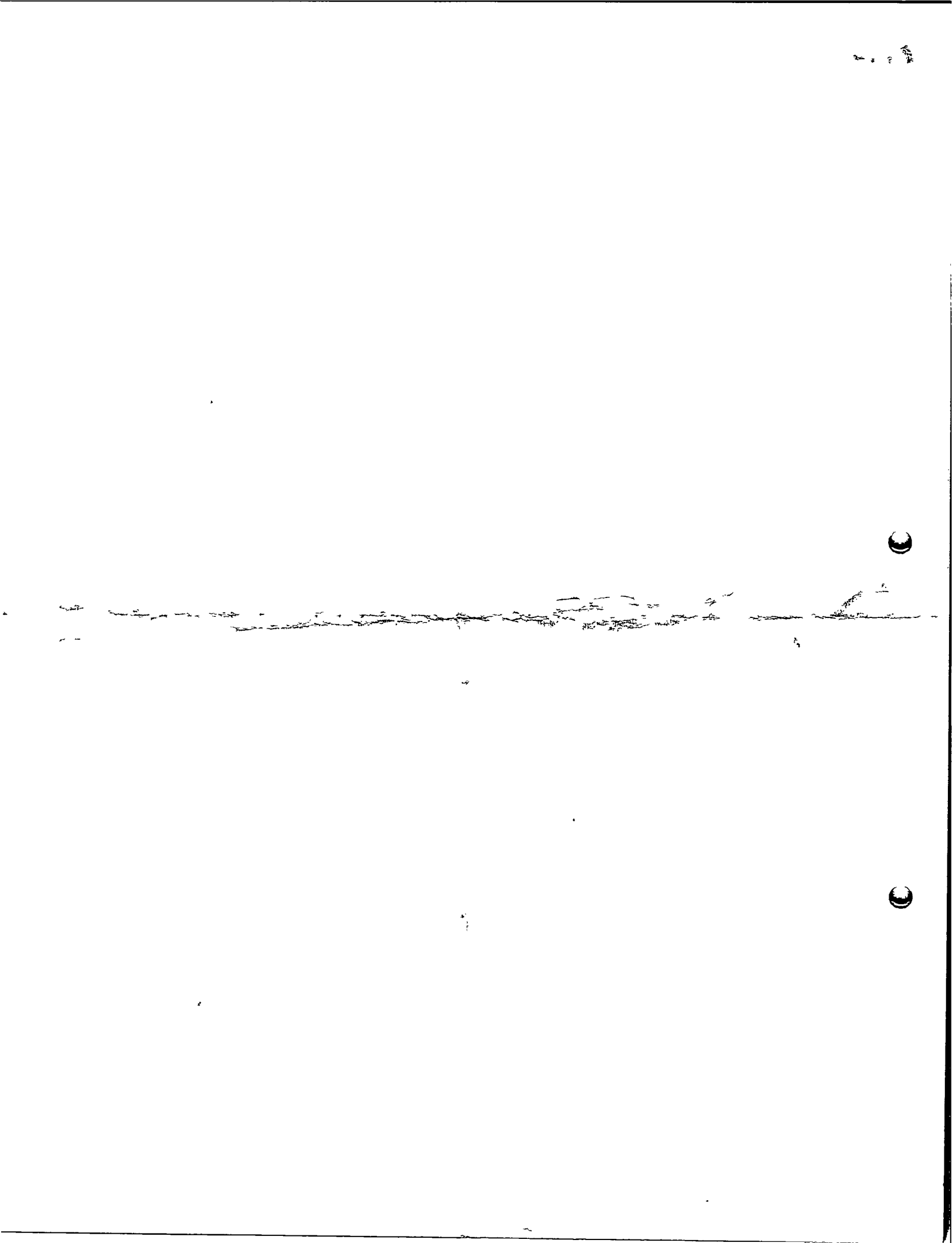
Firma

Fecha de expiración
14 FEB 2033

CO
014499315

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL014499315015001<<<<<<<<<<
7601107M3302141COL79739690<<<7
RODRIGUEZ<REYES<<DANIEL<RICARD



**ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES**

**HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS**

**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM**

| HISTORIA CLINICA | MICROCHIP: | FECHA: |
|---|---|---|
| 222 | 990000012130859 | 3/3/2025 |

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD __

**1. DATOS DEL PACIENTE**

| NOMBRE: | Onix | | | COLOR: | Negro. | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ESPECIE: CANINO __ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO __ | RAZA: Mestizo | EDAD: 8 meses | PESO: 7.6 kg. | POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X | |
| DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI __ NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X | | | TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR __ CASERO __ CONCENTRADO X MIXTO __ OTRO __ | | |

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

**2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE**

| NOMBRES Y APELLIDOS: | DIRECCION: | TELEFONO |
|---|---|---|
| Paula Andrea Valencia Martinez | Kr 74 # 3-53 B28 Ap 22 | 3103021805 |
| CEDULA: 30355 275 | CORREO ELECTRÓNICO: familiadapatas@gmail.com | |
| 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: |
|---|---|---|---|---|
| Enero/25 | Enero 02 - 2025 | FELINOS: TRIPLE FELINA: | HEXAVALENTE: LEUCEMIA: | PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA: |

**4. EXAMÉN CLÍNICO**

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ningno

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

**5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS**

| F. CARDIACA: | F. RESPIRATORIA: | TEMPERATURA: | TLLC | MUCOSAS: |
|---|---|---|---|---|
| 170 l/m | 32 r/m | 38,4 °c | 1 seg | Rosado |

OBSERVACIONES: Ningno

**6. MEDICACION**

| FASE DE PROCEDIMIENTO | MEDICACION | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 0,08 ml. | 1 mg/kg IM |
| | KETAMINA | 0,16 ml. | 5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☑ |
| | PROPOFOL | — ml. | 2 mg/kg IV |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | 0,5 ml. | 2 mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN (S.P.B.) | 0,11 ml. | 17.000 UI/kg IM |
| | MELOXICAM | 0,01 ml. | 0,2 mg/kg SC |

HALLAZGOS ANORMALES: Ningno

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

| NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO<br>TARJETA PROFESIONAL | Mónica Vaázquez Milá<br>Médica Veterinaria<br>TP. 11804 | FIRMA |
|---|---|---|
| NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO<br>TARJETA PROFESIONAL | Yennifer Gutiérrez Nomesque<br>Médico Veterinario - Zootecnista<br>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 compañia.** 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 intervèncion 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: 30355275. |

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:<br><br>Nro. Identificación: | Firma: |

**8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS**

| LUGAR: | FECHA: | HORA: |
|---|---|---|
| Eduardo Santos | 17-03-25 | 8 a |

OBSERVACIÓNES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **30.355.275**
**VALENCIA MARTINEZ**
APELLIDOS
**PAULA ANDREA**
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-MAY-1974**
**CHINCHINA**
**(CALDAS)**
LUGAR DE NACIMIENTO
**1.70** ESTATURA | **B+** G.S. RH | **F** SEXO
**17-JUL-1992 CHINCHINA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1514200-00203142-F-0030355275-20091212 0018995580A 1 1410101048

76

Pagado el 16/2/25 Av villas

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: **0315879-3**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 340106385-4

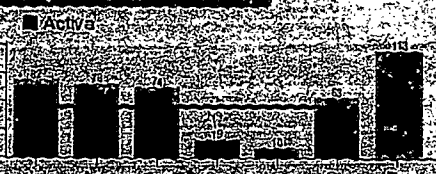
**CLIENTE**

FABIOLA A DE MESA
KR 14 NO 3 53 BQ 6 AP 22
BLOQUE 6 APTO 22
BOGOTA D.C. - EDUARDO SANTOS

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

19 201 4378 700 (2973848)

## COMPORTAMIENTO CONSUMO




VALOR kWh APLICADO $ 577,16

CONSUMO DIARIO 5 kWh

VALOR DIARIO $ 2.885

PERÍODO FACTURADO: DICIEMBRE 22 ENERO 25

DÍAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES: 163 kWh

CONSUMO PROMEDIO ÚLTIMOS 6 MESES: 54 kWh

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


**Juntos podemos lograr un consumo más inteligente de energía.**

Es muy importante que nos informes si tienes algún cambio en tus hábitos de consumo como

- Periodos de vacaciones
- Aumento en el uso de electrodomésticos
- Trabajos de remodelación recientes
- Instalación de recarga vehicular

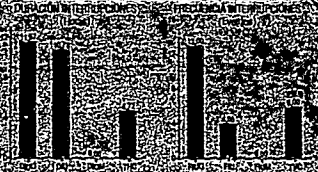
Esto nos ayudará a que tu factura se calcule con base en tu consumo real y sin promedios para que evites molestias y trámites extras.

Escanea el código y conoce más.


## INFORMACIÓN DE LA CUENTA

| | |
|---|---|
| CLASE DE SERVICIO | Residencial |
| ESTRATO | 4 |
| CARGA KW | 11.00 |
| FACTOR | 1 |
| RUTA REPARTO | 0002192014379 |
| RUTA LECTURISTA | 0012 1 2 3 0 0 6 0 |
| MANZANA DE LECTURA | MS0041 0 5 4 5 |
| MEDIDOR NO. | 001 2 9 7 3 8 4 8 |
| MEDIDOR NO. | 001 2 9 7 3 8 4 8 |

## CALIDAD DEL SERVICIO




## USO SEGURO DE LA ENERGÍA

Es importante que apagues por completo todos los dispositivos que no vas a usar, así no estés en casa. Te recomendamos los componentes de un modo ahorro de energía.

## CONTÁCTANOS

| ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE | EMERGENCIAS | DENUNCIAS |
|---|---|---|
| Bogotá, Soacha y Girardot 601 5 115 115 | 115 Opción 4 24 horas | 601 5 400 55 denuncias@enel.com |

DEFENSOR DEL CLIENTE

Para mayor información consultar página web: www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enel.com.co

App Enel Clientes Colombia

## ¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios Virtuales de Pago

Medios Virtuales

Corresponsales Bancarios

Red Digital

Centros de Servicio

Código QR

CONRED · Baloto · Enel · Éxito · Supertiendas Olímpica · NOVIRED · puntored · Su Red · Almacenes de Cadena · Jumbo · Carulla

RED CADI · enel

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

**Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios.**

Escanea el código.

**COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:** Vigencia: DIC2024

G: $158,78 T: $8,79 D: $280,72 CV: $106,30 PR: $69,75 R: $1,64 C: $0,00 / $877,98 Costo kWh Mes

GRUPO 1 | CARGO KW: 3048 | PR: - | NRO. DE TRANSF. PROPIEDAD: Ninguna

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por ord. Superintendencia Nacional Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1995.

Sobre el consumo de la Primera Factura: Sobre el Cobro puesto por los mecanismos de defensa establecidos en la Ley 142 de 1994 y podrá hacer uso de estos dentro de la fecha establecida 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. - Sistema grandes contribuyentes según resolución No 0061 de 10 de diciembre de 2020.

Sobre el cobro de suspensión acordada el derecho de reposición y en aplicación del artículo 1 del Decreto 1842 de 1994 se establece que: Empresa Enel a la suspensión del servicio.

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

En cumplimiento de la resolución CREG 015 de 1995 consultar www.enel.com.co

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modifica el código de medida se acompañan las actividades y responsabilidades a cargo de ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y los usuarios. Para obtener mayor información, te invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115 o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargo de Colombia). Se advierte que la autorización expresa emitida por el usuario 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 las tarifas facturadas. Para mayor información relacionada con estos terceros, por favor dirigirse a los canales de atención definidos por cada Empresa.

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

CUDE: fe93e4c455d4bbad39bc0dc150d83e3c0dd6e5d9091f11fabe892ad5582ba6d6e5ab4d6e93a0d1a3e3d7d6353b7d

FECHA GENERACIÓN: 27/01/2025 00:07:31
FECHA EXPEDICIÓN: 27/01/2025 13:19:08

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación S.A.S NIT 900.058.812-3 Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CENFacturación - NIT 800.221.181-0

147

75

Total Energía $84.270 + Portafolio Enel X $0 = Total a Pagar $84.270

PAGO OPORTUNO 05 FEB /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN ⓘ 07 FEB /2025

## ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 0315879-3

PRÓXIMA FECHA DE FACTURA: 20 FEB /2025

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

| CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA | Lectura Actual | − | Lectura Anterior | = | Diferencia de lecturas | × | Factor | = | Exenta Consumida kWh | Energía Facturada kWh | × | Valor Unitario | = | Valor Facturado |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ENERGÍA ACTIVA FP | 27.031 | | 26.918 | | 113 | | 1 | | 113 | 113 | | $877,36 | | $99.142 |
| ENERGÍA REACTIVA | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | 0 | | $280,72 | | $0 |
| SUBSIDIO | Consumo a subsidiar 150,00 kWh | | | | Valor kWh $877,3617 | | | | Beneficio -15,00 % | | | | | -$14.871 |

ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTÓ $2.653 DIARIOS

SUBTOTAL: $84.271

### Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena $-1

SUBTOTAL: $-1

Consumos + Otros cobros asociados a energía (1) TOTAL ENERGÍA: $84.270

### 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 tanto y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $33.636

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 %


# 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 0315879-3

Documento Equivalente Electrónico No. 340106388-4

(415)7707209914253(8020)010315879334010638643900)00000000084270

PAGO OPORTUNO 05 FEB /2025

TOTAL A PAGAR $84.270

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 223

MICROCHIP: 990000013797851

FECHA: 3/3/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

## 1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Pinina.

COLOR: Cafe Gris

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

RAZA: mestizo

EDAD: 7 meses

PESO: 2.8 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: Brayan Estiben. Piedra

DIRECCION: Kr 18 # 3A-60

TELEFONO: 3105400323.

CEDULA: 1014 480 303

CORREO ELECTRÓNICO: brayanpiedra 49 @ gmail.com.

BARRIO: Eduardo Santos

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: Bachiller. NS/NR: __

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __

## 3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO: noviembre 2024.

ULT. DESPARASITACION: no reporta

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

## 4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI __ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ningno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ningno

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

CONDICION CORPORAL: 3 /5

## 5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

CARDIACA: 171 l/m

F. RESPIRATORIA: 31 r/m

TEMPERATURA: 38,3 ºc

TLLC 1 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ningno

## 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: Ningno

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

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

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

148

| | |
|---|---|
| | **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 compañia.** 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: |
|---|---|
| · Brayan Piedra | · 1019480303 |

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: |
|---|---|---|
| Eduardo Santos | 17-03-25 | 8 am |

OBSERVACIONES:

CEDULA DE CIUDADANÍA

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.014.480.303



Apellidos
PIEDRA

Nombres
BRAYAN ESTIBEN

| Nacionalidad | Estatura | Sexo |
|---|---|---|
| COL | 1.84 | M |

Fecha de nacimiento: 31 MAYO 2006
G.S. O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
11 JUN 2024; BOGOTA D.C.

Firma
Brayan Piedra

Fecha de expiración
11 JUN 2034

.CO
048085229

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL048085229815001<<<<<<<<<<
0605313M3406119COL1014480303<5
PIEDRA<<BRAYAN<ESTIBEN<<<<<<<<

| Costo Fijo Total CFT. | Costo variable no aprovechable | Valor base aprovechamiento |
|---|---|---|
| 32.735,84 | 13.179,98 | 150.736,65 |

**Componentes de tarifas**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 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: | 06 | Frecuencia Recolección: | 03 | %Participación | 0,0000% |

**Datos del usuario**

KR 56 No. 9-17 LC 2 Ed. Torre Ambrías
Horario de Atención
LUNES A VIERNES 7:00 AM A 5:00 PM SÁBADO 8:00 AM A 1:00 PM

LIME

**Cuenta contrato** 10066907
Núm. de identificación de este predio

**Número para pagos** 11053196612
Número de esta factura de servicios públicos

**aseo**

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

**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 |
|---|---|---|---|
| Aportes (+) | 00% | Total apropiados del periodo | $52.350 |

Diferencia - deuda total — Ingreso que Aseo reporta a la DIAN en el periodo actual

**Toneladas por suscriptor mes**

| Barrido y limpieza | Limpieza urbana | Recinazo 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 |
|---|---|---|---|
| $62.198 | $52.241 | $53.101 | 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:D33126

BIMESTRAL

**10066907**
**Cuenta contrato**
Núm. de identificación de este predio

**11053196512**
**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 09:19:10 | ENE/10/2025 13:38:58 |

# ¡Hola!

Factura a nombre de
**GUILLERMO FORERO SARRAGAN**

Dirección del predio
**KR 18 3A 60**

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.

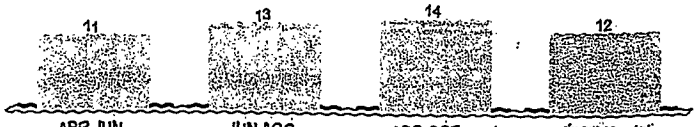
cadena. NIT. 830.030.534-0



150

# Tu consumo en este período

En los períodos anteriores tu promedio de consumo fue 13




En este período consumiste menos agua que en el anterior.

Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

**En este período** 12.000

**Promedio al día** 200

## Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período 948
Lectura anterior 936
Tu consumo este período 12

Facturado con Consumo Normal
Base promedio
Descargue fuente alterna 0

## Datos de tu medidor

Marca WATERTECH ITALIA
Serie 10-1016048

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 $51.455,06 (1) + Alcantarillado $45.711,74 (2) + Otros cobros $2 (3 4 5 6) + Aseo $52.350 (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** $149.520

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

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): e9ee8c3d5b8ad3d4c0b67e52819d7c3b51cf6215a9fcc108aa7de7aece57d24b00d9ae14ea8d3bbddbce82bd30da7

## Detalle de tu consumo este bimestre

### 1 Acueducto

| | Cant. | × Valor unitario | × Aporte (+) o Subsidio (-)** % | = Valor | Tarifa*** | = Total (Tasa e Cons.) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Cargo fijo residencial (mes) | 2,00 | $9.196,79 | -15 | $2.759- | $7.816,42 | $15.632,58 |
| Consumo residencial básico (m³) | 12,00 | $3.512,04 | -15 | $6.322- | $2.986,29 | $35.822,45 |
| Consumo residencial superior básico (m³) | | | | | | |
| Cargo fijo no residencial (mes) | | | | | | |
| Consumo no residencial (m³) | | | | | | |
| **Subtotal** | | | | $9.081- | | $51.455,05 |

### 2 Alcantarillado

| | Cant. | × Valor unitario | × Aporte (+) o Subsidio (-)** % | = Valor | Tarifa*** | = Total (Tasa e Cons.) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Cargo fijo residencial (mes) | 2,00 | $4.370,95 | -15 | $1.311- | $3.715,31 | $7.430,90 |
| Consumo residencial básico (m³) | 12,00 | $3.753,07 | -15 | $6.755- | $3.190,11 | $38.280,84 |
| Consumo residencial superior básico (m³) | | | | | | |
| Cargo fijo no residencial (mes) | | | | | | |
| Consumo no residencial (m³) | | | | | | |
| **Subtotal** | | | | $8.067- | | $45.711,74 |

* 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) | $24,25 | $74,77 |
| Tarifa consumo superior a básico ($/m3) | $0,00 | $87,97 |
| Total por consumo facturado | $29 | $897 |

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 622 de 2014)

### 3 Otros conceptos

| Concepto | Valor |
|---|---|
| Ajuste a la decena | $2 |
| Subtotal | 2 |

### 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 Citi.

**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)110531965120(3900)000000052350

**Acueducto y Alcantarillado**
Valor a pagar
$97.170

**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)110531965129(3900)000000097170

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: 224

MICROCHIP: 990000013797858

FECHA: 3/3/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

## 1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Angela

COLOR: Negro blanco Amarillo

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 X REGALADO __ PERRO DE CUADRA __ OTRO __

## 2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Deynna Johana Martinez Vargas

DIRECCION: Kr 27B # 5A-43 P1

TELEFONO: 3058135802

CEDULA: 52 884 540

CORREO ELECTRÓNICO: deiyanna1981@gmail.com

BARRIO: Veraguas ESTRATO: 3

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: NS/NR: Tecnico

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __

## 3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO: Feb 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: 167 l/m

F. RESPIRATORIA: 31 r/m

TEMPERATURA: 38,3 °c

TLLC 1 seg

MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

## 6. MEDICACION

| FASE DE PROCEDIMIENTO | MEDICACION | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 0,13 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
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

| | | |
|---|---|---|
| BOGOTÁ | ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES<br>HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS<br>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 compañia.** 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: |
|---|---|
| Deyanna Martinez | 52884540 |

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:<br><br>Nro. Identificación: | Firma: |
|---|---|

**8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS**

| LUGAR: | FECHA: | HORA: |
|---|---|---|
| Eduardo Santos | 17-03-25 | 8 |

OBSERVACIONES:

32

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **52.884.540**

**MARTINEZ VARGAS**
APELLIDOS

**DEYNNA JOHANA**
NOMBRES

Deynna Johana Martinez
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-MAY-1981**
**MAICAO**
**(LA GUAJIRA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

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

**19-ENE-2000 BOGOTA D.C.**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-1500150-00898207-F-0052884540-20170420 **0055**030178A 5 1304294157

REG ESTADO CIVIL

152

Muestra tu consumo en litros para que lo comprendas mejor.

aseo

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

**Cuenta contrato**
Núm. de identificación de este predio
10145181

**Número para pagos**
Número de esta factura de servicios públicos
14482121010

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

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

**Datos del usuario**

Tipo de producto: RESIDENCIAL — Estrato: 3

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Und. Res. Ocupada: | 2 | Und. No Res. Ocupada: | 0 | Densidad | 0.000 |
| Und. Res. Desocupada: | 000 | Und. No Res. Desocupada: | 000 | Volumen | 0.00 |
| Frecuencia Barrido: | 02 | Frecuencia Recolección: | 03 | %Participación | 0.000% |

**Componentes de tarifas**

| Costo Fijo Total CFT. | Costo variable no aprovechable | Valor base aprovechamiento |
|---|---|---|
| 65.471,28 | 26.359,96 | 150.738,65 |

**Toneladas por suscriptor mes**

| Barrido y limpieza | Limpieza urbana | Rechazo del aprovechamiento |
|---|---|---|
| 0.0026 | 0.0010 | 0.0000 |

| Efectivamento aprovechables | Residuos no aprovechables \| Aforadas - no aforadas |
|---|---|
| 0.0503 | 0.0366 |

**Histórico de vigencias cobradas**

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

La tarifa incluye subsidio o aporte*

**A Estado de cuenta aseo**

| Concepto | Valor | Concepto | Valor |
|---|---|---|---|
| Aseo residencial | $123.091 | Intereses mora | $69 |
| Subsidio | $18.404- | Ajuste a la decena -debito- | $4 |

| Subsidio (-) | 15% | Valor Aseo | $104.700 |
|---|---|---|---|
| Aporte (+) | 00% | Total ingresos del periodo | $104.700 |
| 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:D33121 BIMESTRAL

**10145181**
**Cuenta contrato**
Núm. de identificación de este predio

**14482121010**
**Número para pagos**
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

# ¡Hola!

Factura a nombre de
**CARLOS A CHACON**

Dirección del predio
**KR 27B 5A 43 PI 1**

Barrio: **VERAGUAS** 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 09:19:41 | ENE/10/2025 13:44:20 |

**¡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.

153

# Tu consumo en este período

En los períodos anteriores **tu promedio de consumo fue** 26




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 |
|---|---|
| 20.000 | 333 |

### Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período 1908
Lectura anterior 1888
Tu consumo este periodo20

Facturado con Consumo Normal
Base promedio
Descargue fuente alterna 0

### Datos de tu medidor

Marca ELSTER
Serie A16FA326437Z

Tipo VOLU016R315
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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| $75.337,38 | | $71.233,30 | | $1- | | $104.700 |
| 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 $251.270

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): e2b2318d70d3bdfa8bd239c38aba1e94d795886d4d443b966060b83a348d5c0016296bd84cb43ad663966879faa8eba37

## Detalle de tu consumo este bimestre

### 1 Acueducto

| | Cant. | × | Valor unitario | × | % | = | Valor | Tarifa*** | = | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cargo fijo residencial (mes) | 2,00 | | $9.195,79 | | -15 | | $2.759- | $7.816,42 | | $15.632,58 |
| Consumo residencial básico (m³) | 20,00 | | $3.512,04 | | -15 | | $10.536- | $2.985,24 | | $59.704,80 |
| Consumo residencial superior básico (m³) | | | | | | | | | | |
| Cargo fijo no residencial (mes) | | | | | | | | | | |
| Consumo no residencial (m³) | | | | | | | | | | |
| **Subtotal** | | | | | | | $13.295- | | | $75.337,38 |

### 2 Alcantarillado

| | Cant. | × | Valor unitario | × | % | = | 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) | 20,00 | | $3.753,07 | | -15 | | $11.259- | $3.190,11 | | $63.802,40 |
| Consumo residencial superior básico (m³) | | | | | | | | | | |
| Cargo fijo no residencial (mes) | | | | | | | | | | |
| Consumo no residencial (m³) | | | | | | | | | | |
| **Subtotal** | | | | | | | $12.570- | | | $71.233,30 |

* 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 | $485 | $1.495 |

### 3 Otros conceptos

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

### 4 Saldos anteriores

| Concepto | Valor |
|---|---|
| **Subtotal** | |

### 5 Conceptos financiados

| Concepto | No. Cuota | Valor Cuota | Interés | Total | Saldo |
|---|---|---|---|---|---|
| **Subtotal** | | | | | |

### Deudas en estudio

| Concepto | Valor |
|---|---|
| | $0 |
| | $0 |
| | $0 |
| **Subtotal** | $0 |

### 6 Cobros a terceros

| Concepto | Valor |
|---|---|
| **Subtotal** | $0 |

**Pagos por la página web, app y billeteras**

App EAAB
FAABMovil

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
$104.700

**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)144821210107(3900)000000104700

**Acueducto y Alcantarillado**
Valor a pagar
$146.570

**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)144821210104(3900)000000146570

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: 225

MICROCHIP: 990000012130850

FECHA: 3/3/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

**1. DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRE: Meloeta

COLOR: Atigrado blanco

ESPECIE: CANINO __ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO __ RAZA Mestizo EDAD 8 meses 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: Evelyng Julieth Ospina Bustamante

DIRECCION: Kr 18 # 1C-50 Ap 302

TELEFONO: 3028656173

CEDULA: 1140875163

CORREO ELECTRÓNICO: ospina95@gmail.com

BARRIO: Eduardo Santos ESTRATO: 3 LOCALIDAD: LOS MARTIRES

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

**3. ANAMNESIS**

Buen estado de salud

ULT. CELO: No Reporta

ULT. DESPARASITACION: No Reporta

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

**4. EXAMÉN CLÍNICO**

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ningno

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

**5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS**

F. CARDIACA: 165 l/m F. RESPIRATORIA: 31 r/m TEMPERATURA: 38,2 °c TLLC 1 seg MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ningno

**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: Ningno

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO
TARJETA PROFESIONAL

Mónica Vázquez Milán
Médica Veterinaria
TP. 11804

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO
TARJETA PROFESIONAL

Yennifer Gutiérrez Nomesque
Médico Veterinario - Zootecnista
TP. 33358

FIRMA

154

| | | |
|---|---|---|
| MÁRTIRES BOGOTÁ | **ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES**<br>**HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS**<br>**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 compañia.** 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: 1140873163. |

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:<br><br>Nro. Identificación: | Firma: |

**8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS**

| LUGAR: | FECHA: | HORA: |
|---|---|---|
| Eduardo Santos | 17-03-25 | 8 am |

OBSERVACIONES:

30

AA.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.140.875.163**
**OSPINO BUSTAMANTE**
APELLIDOS
**EVELYNG JULIETH**
NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **13-FEB-1995**
**BARRANQUILLA**
**(ATLANTICO)**
LUGAR DE NACIMIENTO

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

**15-FEB-2013 BARRANQUILLA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-0300150-00434681-F-1140875163-20130507 0032946872A 1 39901176

enel Bogotá

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

Factura de servicios públicos domiciliarios

0317641-4

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 343566396-6

SUSCRIPTOR

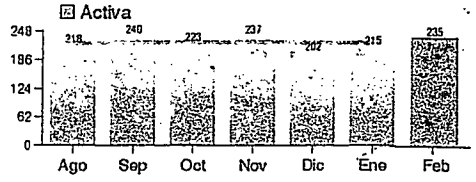
**OLIVERIO ARENAS**
KR 18 NO 1 C 50 AP 302
BOGOTA, D.C. - EDUARDO SANTOS

19 204 5102 / 074-655006

Somos Sustentables Visita: /somos-sostenibles




COMPORTAMIENTO CONSUMO




VALOR kWh APLICADO: $853,92

CONSUMO DIARIO: 8,10 kWh

VALOR DIARIO: $6.346

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 223 kWh

PERÍODO FACTURADO: 23 ENE/2025 A 20 FEB/2025

DIAS FACTURADOS: 29

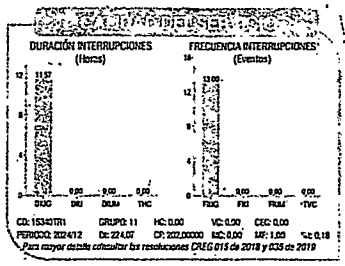
CONSUMO MES: 235 kWh

Entérate cuándo pasa el LECTURISTA a tomar el MEDIDOR y mira CONSUMO de energía de cuenta dentro de tu chaintal

## INFORMACIÓN DE LA CUENTA

| | |
|---|---|
| CLASE DE SERVICIO: | Residencial |
| ESTRATO: | 3 |
| CARGA kW: | 2,00 |
| FACTOR: | 1 |
| RUTA REPARTO: | 10002192045102 |
| RUTA LECTURA: | 12192050215 |
| MANZANA DE LECTURA: | MS00410520 |
| MEDIDOR NO: | 074-655006 |
| MEDIDOR NO: | 074-655006 |

CALIDAD DEL SERVICIO




CD: 1534STR1 GRUPO: 11 HC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,00
PERIODO: 2024/12 Dc: 224,07 Cf: 222,00000 IEC: 0,00 UF: 1,00 %: 0,18
*Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 038 de 2019*

USO SEGURO DE LA ENERGÍA

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

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes en oficinas de personas/instituciones
Chat de servicio en oficinas de personas/chat-de-canales
315 630 6003 (Elena Bot o pasa Asesor)
Enel Colombia @EnelClientesCO
Registrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115
115 Gratuito las 24 horas.
601 5140055 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: Daviplata, Nequi, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, éfecty, Reval, MOVIRED, Supergiros

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Olímpica, Éxito

Código QR

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el desprendible del datafono. El recibo del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.




COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: ENE/2025
G: $358,49 T: $58,03 D: $280,91 CV: $75,33 PR: $70,22 R: $12,94 CF: $0,00 / $853,92 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: C.AV27-1634STR1 - NIVEL DE TENSIÓN:1 PROPIEDAD: Empresa

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

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 9061 de 10 de diciembre de 2020.

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

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

En cumplimiento de la resolución CREG156/11 consultar www.enel.com.co

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

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

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

FECHA GENERACIÓN: 25/02/2025 00:30:19
FECHA EXPEDICIÓN: 25/02/2025 14:09:01


CUDE: a00b669fdcde16858d2680d5e27bed765076693zd331dad3441936e03ee776870b58d5629f6f5a49d1256fe35b38ed705c

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.058.012 - Vigilada Supersociedades

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

**ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES**

**HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS**

**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM**

| HISTORIA CLINICA | MICROCHIP: | FECHA: |
|---|---|---|
| 226 | 990000013797855 | 3/3/2025 |

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD __

**1. DATOS DEL PACIENTE**

| NOMBRE: | Marta. | | | COLOR: Blanco Negro. | |
|---|---|---|---|---|---|
| ESPECIE: CANINO __ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO __ | RAZA mestiza | EDAD 1 año | PESO: 3.4 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 __ MIXTO X OTRO __ | |

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

**2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE**

| NOMBRES Y APELLIDOS: | | DIRECCION: | TELEFONO |
|---|---|---|---|
| Natalia Carolina Betancour Ortiz | | Kr 19A #2-02 | 3192755915 |
| CEDULA: 52 225 664 | | CORREO ELECTRÓNICO: Nataliabetancourt1070@gmail.com | |
| BARRIO: Eduardo Santos | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: LOS MARTIRES | |
| ESCOLARIDAD: Bachiller. NS/NR: __ | TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __ | | |

**3. ANAMNESIS**

Buen estado de salud

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

**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: | 166 l/m | F. RESPIRATORIA: | 31 r/m | TEMPERATURA: | 38,1 °c | TLLC | 1 seg | MUCOSAS: | Rosada |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

OBSERVACIONES: Ningno

**6. MEDICACION**

| FASE DE PROCEDIMIENTO | MEDICACION | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 0,17 ml. | 1 mg/kg IM |
| | KETAMINA | 0,3 ml. | 5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☑ |
| | PROPOFOL | — ml. | 2 mg/kg IV |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | 1,1 ml. | 2 mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN (S.P.B.) | 0,2 ml. | 17.000 UI/kg IM |
| | MELOXICAM | 0,03 ml. | 0,2 mg/kg SC |

HALLAZGOS ANORMALES: Ningno

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

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

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

**7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION**

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

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO _X___** o **RECHAZO ____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañia.** 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: |
|---|---|
| Natalia | 52225664 |

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: |
|---|---|---|
| Eduardo Santos 17-03-25 | 17-03-25 | 8 am |

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 52.225.664
BETANCOUR ORTIZ

APELLIDOS
NATALIA CAROLINA

NOMBRES
Natalia Betco

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

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

1.53 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

19-ABR-1993 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01267194-F-0052225664-20211119 0076572161A 1 9917278161

52302

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: **0307981-6**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 343295257-1

52302

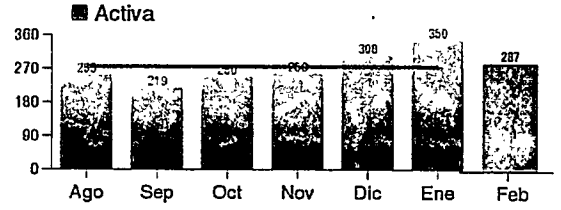
**CLIENTE**

**FELIPE PEREZ BETANCOURT**
KR 19 A NO 2 02
BOGOTA, D.C. - EDUARDO SANTOS

17 223 2629 / 104-939173




**COMPORTAMIENTO CONSUMO**




VALOR kWh APLICADO: $853,92

CONSUMO DIARIO: 9,90 kWh

VALOR DIARIO: $7.877

PERÍODO FACTURADO: 21 ENE/2025 A 18 FEB/2025

DÍAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES 287 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 274 kWh

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

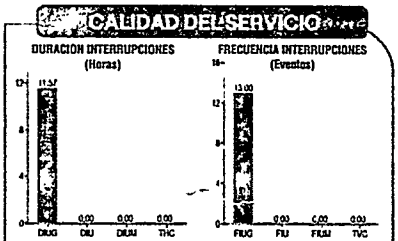
**INFORMACION DE LA CUENTA**

| | |
|---|---|
| CLASE DE SERVICIO: | Residencial |
| ESTRATO: | 3 |
| CARGA kW: | 5,70 |
| FACTOR: | 1 |
| RUTA REPARTO: | 10002172232629 |
| RUTA LECTURA: | 12172150241 |
| MANZANA DE LECTURA: | MS00410544 |
| MEDIDOR NO: | 104-939173 |
| MEDIDOR NO: | 104-939173 |

**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: 15361TR1 GRUPO: 11 IC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,00
PERIODO: 2024/12 DI: 224,07 CF: 308,00000 MC: 0,00 MF: 1,00 %I: 0,18

*Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 035 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 pasa Asesor)
Enel Colombia
@EnelClientesCO
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

| ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE | EMERGENCIAS | DENUNCIAS |
|---|---|---|
| Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115 | 115 Gratuito las 24 horas. | 601 6140055 denuncias@enel.com |

**DEFENSOR DEL CLIENTE**

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

**¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?**

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

Billetera Virtual: Rappi pay, DAVIplata, 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 sello del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.




**COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:** Vigencia: ENE/2025

G: $358,49 T: $56,03 D: $280,91 CV: $75,33 PR: $70,22 R: $12,94 CF: $0,00 / $853,92 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: CAV27-15361TR1- - NIVEL DE TENSION:1 PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercializacion de Energia Eléctrica Tarifa 11.04 por mil. Somos autoretenedores según Resolucion No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Regimen Comun CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunicate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 9061 de 10 de diciembre de 2020.

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

Esta factura do cobro presta merito ejecutivo de conformidad con el Articulo 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 comunicate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

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

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

CUDE: bbbacde9a602b29f4e50b78b876f60d4802b573c4068a15fb352757341661 2da0d8901126b1f46b3d266e002ac3af4edd

FECHA GENERACIÓN: 21/02/2025 00:47:29
FECHA EXPEDICIÓN: 21/02/2025 16:30:18

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.096.812-

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

5.992 - Página 1 de 4

52302

159

| 1 Total Energía | + | 2 Portafolio Enel X | = | Total a Pagar | PAGO OPORTUNO | FECHA DE SUSPENSIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|
| $323.672 | | $16.668 | | $340.340 | 04 MAR /2025 | SUSPENSIÓN |

## ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 0307981-6 | PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 19 MAR /2025

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

| CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA | Lectura Actual | (-) | Lectura Anterior | (=) | Diferencia de lecturas | (X) | Factor | (=) | Energía Consumida kWh | Energía Facturada kWh | (X) | Valor Unitario | (=) | Valor Facturado |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ENERGIA ACTIVA FP | 74.562 | | 74.275 | | 287 | | 1 | | 287 | 287 | | $853,92 | | $245.076 |
| ENERGIA REACTIVA | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | 0 | | $280,91 | | $0 |
| SUBSIDIO | Consumo a subsidiar 130,00 kWh X | | | | Valor kWh $853,9223 | | X | | Beneficio -15.00 % | | | | | -$16.652 |
| ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $7.877 DIARIOS | | | | | | | | | | | | SUBTOTAL: | | $228.424 |

### Otros cobros asociados a energía

| | |
|---|---|
| Ajustes a la decena | $2 |
| Cuota Capital Convenios de energía 1/12 | $65.179 |
| IM Residencial | $14.602 |
| Interés de financiación Convenios de ene | $15.465 |
| Saldo Convenios de energía | $798.764 |
| SUBTOTAL: | $95.248 |

Consumos + Otros cobros asociados a energia — 1 TOTAL ENERGÍA: $323.672

### Otros cobros de productos y servicios

| | |
|---|---|
| Saldo Anterior Encargos de Cobranza | $11.097 |
| Asistencia Protección Luz 360 | $5.571 |

APRECIADO CLIENTE: SU CUENTA SE ENCUENTRA EN MORA. Cancele inmediatamente para evitar sobrecostos legales. Le ofrecemos fácil medios de pago sin intermediarios.

Te invitamos a consultar el detalle de los 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 energia y aseo — 2 TOTAL OTROS: $16.668

**!** 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 %

LA TARJETA DE LA CIUDAD
Crédito Fácil CODENSA



Solicita ya tu Tarjeta de la ciudad Crédito Fácil CODENSA y accede a un mundo de beneficios y descuentos.

Solicítala ya escaneando este QR




®Marca registrada de The Bank of Nova Scotia, utilizada bajo licencia. Scotiabank Colpatria Establecimiento Bancario. Aprobación sujeta a políticas de la entidad.

NÚMERO DE CLIENTE
0307981-6

Documento Equivalente Electrónico No.
343295257-1

(415)7707209914253(8020)010307981634329525 71(3900)00000000340340

PAGO OPORTUNO
04 MAR /2025

TOTAL A PAGAR
$340.340

**ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES**

**HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS**

**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM**

| HISTORIA CLINICA | MICROCHIP: | FECHA: |
|---|---|---|
| 227 | 990000013797845 | 3/3/2025 |

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

**1. DATOS DEL PACIENTE**

| NOMBRE: | Parda | COLOR: Atigrado |
|---|---|---|

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

**2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE**

| NOMBRES Y APELLIDOS: | DIRECCION: | TELEFONO |
|---|---|---|
| Juan Manuel Homez Linares | Kr 19° # 7F-84 | 3249345394 |

| CEDULA: | CORREO ELECTRÓNICO: |
|---|---|
| 79 465 072 | juanmhomez196712@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: | ULT. DESPARASITACION: | ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: / HEXAVALENTE: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / FELINOS: TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA: / RABIA: / |
|---|---|---|
| NO Reporta | No Reporta | |

**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: Rosada |
|---|---|---|---|---|

OBSERVACIONES: Ningno

**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: 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<br>TARJETA PROFESIONAL | Mónica Vázquez Milán<br>Médica Veterinaria<br>TP. 14804 | FIRMA MV |
|---|---|---|
| NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO<br>TARJETA PROFESIONAL | Gutiérrez Nomesque<br>Médico Veterinario - Zootecnista<br>TP. 33358 | FIRMA GG |

| | | |
|---|---|---|
| MÁRTIRES BOGOTÁ | ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES<br>HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS<br>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 compañia.** 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 cirúgía 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: |
|---|---|
| Juan Manuel Gomez Linares | 79465093 |

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:<br><br>Nro. Identificación: | Firma: |
|---|---|

**8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS**

| LUGAR: | FECHA: | HORA: |
|---|---|---|
| Eduardo Santos | 17-03-25 | 8 am. |

OBSERVACIONES:

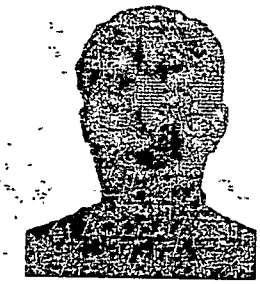
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **79.465.072**

**HOMEZ LINARES**
APELLIDOS

**JUAN MANUEL**
NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-DIC-1967**

**BOGOTA D.C**
**(CUNDINAMARCA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

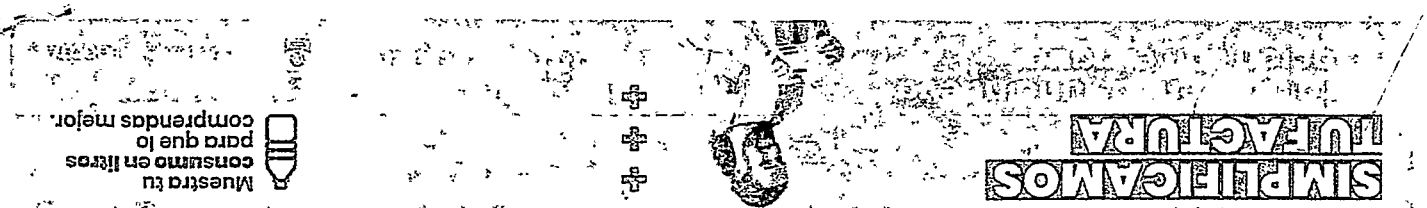
**1.62** ESTATURA | **A+** G.S. RH | **M** SEXO

**16-DIC-1986 BOGOTA D.C.**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01180519-M-0079465072-20201119 0072517024A 1 9913740357

39
40




aseo

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

**Cuenta contrato** 10191290
Núm. de identificación de este predio

**Número para pagos** 13797935312
Número de esta factura de servicios públicos

Horario de Atención
LUNES A VIERNES 7:00 AM A 5:00 PM SABADO 9:00 AM A 1:00 PM

KR 86 No. 9-17 LC 2 Ed. Torre Americas

LIME
LIMPIEZA DE TRANSMILENIO S.A. ESP
830123461-1

**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: | 02 | Frecuencia Recolección: | 03 | %Participación | 0,000% |

**Componentes de tarifas**

| Costo Fijo Total CFT: | Costo variable no aprovechable | Valor base aprovechamiento |
|---|---|---|
| 98.206,92 | 39.539,94 | 150.736,55 |

**Estado de cuenta aseo**

| Concepto | Valor | Concepto | Valor |
|---|---|---|---|
| Aseo residencial | $184.637 | Ajuste a la decena -credito- | $2- |
| Subsidio | $27.695- | | |

| Subsidio (-) | 15% | Valor Aseo | $156.940 |
|---|---|---|---|
| Aporte (+) | 00% | Total ingresos del periodo | $156.940 |

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 | $156.589 | 2 | $166.722 | 1 | $159.304 |

% Días liquidadas: 61

La tarifa incluye subsidio o aporte*

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

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

**10191290**
**Cuenta contrato**
Núm. de identificación de este predio

**13797935312**
**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 09:19:47 | ENE/10/2025 13:42:52 |

# ¡Hola!

Factura a nombre de
**ANA MARIA LINARES**

Dirección del predio
**KR 19D 1F 84**

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 ↓

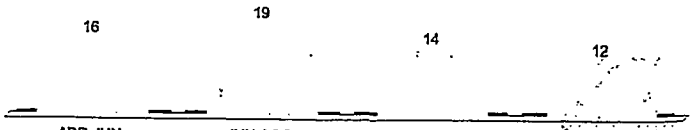
Llámanos 116 Acueducto 110 Aseo

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.

cadena. Nit. 890.930.534-0 162

# Tu consumo en este período

En los períodos anteriores **tu promedio de consumo fue** 16




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 |
|---|---|
| 12.000 | 200 |

### Datos de la lectura de tu medidor

**Lectura este periodo** 98
**Lectura anterior** 86
**Tu consumo este periodo** 12

**Facturado con** Consumo Normal
**Base promedio**
**Descargue fuente alterna** 0

### Datos de tu medidor

**Marca** G2 MISURATORI
**Serie** 23-616347

**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 |
|---|---|---|---|
| $51.455,06 | $45.711,74 | $2 | $156.940 |
| 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** $254.110

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): c183760cf7e462a15b6edf7afe47f7f8e3928a49cd6c2aec08db06ac7172be99e1bda1ce641b97f292f1c23bd91e4c0ab

## 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) | 12,00 | | $3.512,04 | | -15 | | $9.322- | $2.985,24 | | $35.822,48 |
| Consumo residencial superior básico (m³) | | | | | | | | | | |
| Cargo fijo no residencial (mes) | | | | | | | | | | |
| Consumo no residencial (m³) | | | | | | | | | | |
| **Subtotal** | | | | | | | $9.081- | | | $51.455,06 |

### 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) | 12,00 | | $3.753,07 | | -15 | | $6.756- | $3.190,11 | | $38.280,84 |
| Consumo residencial superior básico (m³) | | | | | | | | | | |
| Cargo fijo no residencial (mes) | | | | | | | | | | |
| Consumo no residencial (m³) | | | | | | | | | | |
| **Subtotal** | | | | | | | $8.067- | | | $45.711,74 |

* 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 | $291 | $897 |

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 |
|---|---|
| Ajuste a la decena | $2 |
| Subtotal | 2 |

### 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**

puntored | tpaga | DAVIplata | Nequi | Claro PAY | ualá | App EAAB | EAABMóvil

**Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados**

Punto de Pago | 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
$156.940

**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)137979353124(3900)000000156940

**Acueducto y Alcantarillado**
Valor a pagar
$97.170

**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)137979353120(3900)000000097170

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: 228 | MICROCHIP: 990000013797848 | FECHA: 3/3/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

**1. DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRE: Niña | COLOR: Atigrado

ESPECIE: CANINO __ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO __ | RAZA Mestizo | EDAD 1 año | PESO: 2,5 Kg | POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

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

**2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE**

NOMBRES Y APELLIDOS: Juan Manuel Homez Linares | DIRECCION: Kr 19 P # 1 F-84 | TELEFONO: 3249345394

CEDULA: 79 465 072 | CORREO ELECTRÓNICO: juanmhomez196712@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: No ha tenido | ULT. DESPARASITACION: No Reporta | ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: / HEXAVALENTE: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / FELINOS: TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA: / RABIA: /

**4. EXAMÉN CLÍNICO**

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

**5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS**

F. CARDIACA: 170 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 | 0,12 ml. | 1 mg/kg IM |
| | KETAMINA | 0,25 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 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 compañia.** 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: |
|---|---|
| Juan manuel Gomez Linares | 79465077 |

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: |
|---|---|---|
| Eduardo Santos | 17-03-25 | 8 am |

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **79.465.072**

**HOMEZ LINARES**
APELLIDOS

**JUAN MANUEL**
NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-DIC-1967**

**BOGOTA D.C**
**(CUNDINAMARCA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

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

**16-DIC-1986 BOGOTA D.C.**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01180519-M-0079465072-20201119 0072517024A 1 9913740357

37
38

enel | Bogotá

PAPEL ECOLÓGICO

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

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **0319180-0**

**DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 343283980-1**

**CLIENTE**

**OMAIRA LINARES S**
KR 19 D NO 1 F 84
BOGOTA, D.C. - EDUARDO SANTOS

17 227 3920 /117-21821011

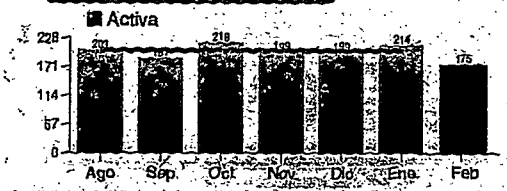
¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código


Te lo cuenta Enel.
**Entiende tu factura de energía.**
Revisa siempre los siguientes datos:
- Histórico de consumo
- Periodo facturado
- Consumo kWh
- Cobro de otros servicios

Conoce más en:
www.enel.com.co
o escaneando este QR




## COMPORTAMIENTO CONSUMO




VALOR kWh APLICADO $353,92

CONSUMO DIARIO 16,03 kWh

VALOR DIARIO $ 906

PERIODO FACTURADO: 21 ENE 2025 A 19 FEB 2025

DIAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES 176 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 203 kWh

En el último año uno ó más meses se facturaron promediados. Estos fueron inferiores al consumo real.

## INFORMACIÓN DE LA CUENTA

| | |
|---|---|
| CLASE DE SERVICIO: | Residencial |
| ESTRATO: | 3 |
| CARGA kW: | 7,46 |
| FACTOR: | 1 |
| RUTA REPARTO: | 1000217227392O |
| RUTA LECTURA: | 1217216040126 |
| MANZANA DE LECTURA: | MS0041055911 |
| MEDIDOR NO: | 117-21821011 |
| MEDIDOR NO: | 117-21821011 |

## 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 DEL SERVICIO




DIU: 0,0547731 | PERIODO: 2024/12 | DAN: 0,0 | DIU: 0,0 | TMC: 0,0 | FMAD: 0,0 | FMI: 0,0 | FMAI: 0,0 | TFC: 0,0

*Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 030 de 2019*

## CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes
Chat de asistencia
318 600 6003 Elena Bot o paso Asesor
Red Cliente | @EnelClienteCO
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 · Cajero Electrónico · APP Enel Clientes Colombia · Botón de Pago Online · Botón de Pago Bancolombia

**Billetera Virtual**
Rappi Pay · Daviplata · MOVII · NEQUI · tpaga

**Corresponsales Bancarios**
CONRED · ESTAFETA · Baloto · Su Red Efecty · Su Red Gana · MOVIRED · puntored

**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 pantano. El sello del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.

**COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:** Vigencia: ENE/2025
G: $356,49 T: $58,03 D: $260,91 CV: $75,53 PR: $70,22 R: $12,94 CP: $0,00 / $833,92 Costo kWh Ras






FECHA GENERACIÓN: 21/02/2025 00:48:29
FECHA EXPEDICIÓN: 21/02/2025 17:10:14

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.093.815-1 Todos los derechos reservados

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del GW: CEN/Financiero - NIT 860.521.151-0

CUDE: d2844a853bb26b92b6e885009a8c3899004c0a9ae7e57b4402bd0d77e66996ab1462708edcadda2429dcc559acb1d7fada


CUFE: 11 CREDITO: AV24-1834111 - NIVEL DE TENSION: PRIMARIA; Esphera
ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCION CREG 015 DE 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 provisto 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 posee mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994
En cumplimiento de la resolución CREG 150/11 consulte www.enel.com.co
IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, se cost 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 reparto para facturas 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 recaudos. 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.


165

| 1 Total Energía | + | 2 Portafolio Enel X | = | Total a Pagar | PAGO OPORTUNO | FECHA DE SUSPENSIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|
| $142.340 | | $5.000 | | $147.340 | 04 MAR /2025 | 06 MAR /2025 |

## ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 0319180-0

PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 19 MAR /2025

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Proceso analítica datos

| CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA | Lectura Actual | − | Lectura Anterior | ≈ | Diferencia de lecturas | × | | = | Energía Consumida kWh | Energía Facturada kWh | × | Valor Unitario | = | Valor Facturado |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ENERGÍA ACTIVA FP | 7.621 | | 7.446 | | 175 | | | | 175 | 175 | | $853,92 | | $149.436 |
| ENERGÍA REACTIVA | 1.775 | | 1.654 | | 121 | | | | 121 | 34 | | $280,91 | | $9.551 |
| SUBSIDIO | | | Consumo a subsidiar 130,00 kWh | × | Valor kWh $853,9223 | × | | | Beneficio -15,00 % | | | | | $16.652 |
| ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTÓ $4.958 DIARIOS | | | | | | | | | | | | SUBTOTAL: | | $142.335 |

### Otros cobros asociados a energía

| | |
|---|---|
| Ajustes a la decena | $5 |
| SUBTOTAL: | $5 |

Consumos + Otros cobros asociados a energía: 1 TOTAL ENERGÍA: $142.340

### Otros cobros de productos y servicios

| | |
|---|---|
| Asistencia Protección Luz 360 | $5.000 |

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: $5.000

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 $20.656

Informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones Crédito Fácil CODENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO, éstas entrarán en mora, esto 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 %


LA TARJETA DE LA CIUDAD
CRÉDITO FÁCIL CODENSA

Solicita ya tu Tarjeta de la ciudad Crédito Fácil CODENSA y accede a un mundo de beneficios y descuentos.

Solicítala ya escaneando este QR





NÚMERO DE CUENTE
0319180-0

Documento Equivalente Electrónico No.
343283980-1

(415)7707209914253(8020)010319180034328398013(3900)0000000147340

PAGO OPORTUNO
04 MAR /2025

TOTAL A PAGAR
$147.340

**ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES**

**HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS**

**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM**

HISTORIA CLINICA: 229 | MICROCHIP: 990000013797857 | FECHA: 31/3/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

**1. DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRE: Coco | COLOR: Amarillo

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

**2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE**

NOMBRES Y APELLIDOS: Marisol Lopez Contreras | DIRECCION: Kr 19°#7F-84 | TELEFONO 3135193997

CEDULA: SI 997015 | CORREO ELECTRÓNICO: ml3332744@gmail.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: No Reporta | ULT. DESPARASITACION: No Reporta | ULT. VACUNACION: NS/NR: CANINOS PARVO: TRIPLE: — PENTAVALENTE: — HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: — FELINOS: TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA: / RABIA: Sep 24

**4. EXAMÉN CLÍNICO**

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

**5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS**

F. CARDIACA: 172 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 | 0,13 ml. | 1 mg/kg IM |
| | KETAMINA | 0,27 ml. | 5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☒ |
| | PROPOFOL | — ml. | 2 mg/kg IV |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | 0,9 ml. | 2 mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN (S.P.B.) | 0,18 ml. | 17.000 UI/kg IM |
| | MELOXICAM | 0,02 ml. | 0,2 mg/kg SC |

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

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

| | | |
|---|---|---|
| BOGOTÁ | ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES<br>HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS<br>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 compañia.** 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: | FECHA: | HORA: |
|---|---|---|
| Eduardo Santos | 17-03-25 | 8 am |

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **51.997.015**
**LOPEZ CONTRERAS**

APELLIDOS
**MARISOL**

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

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

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

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

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

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

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**

**10191290**
**Cuenta contrato**
Núm. de identificación de este predio

**13797935312**
**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 09:19:47 | ENE/10/2025 13:42:52 |

## ¡Hola!

Factura a nombre de
**ANA MARIA LINARES**

Dirección del predio
**KR 19D 1F 84**

**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.

cadena. Nit. 890.930.554-0 • 19/09/2024, 01:04

---

# aseo

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

| Cuenta contrato | Número para pagos |
|---|---|
| 10191290 | 13797935312 |
| 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 DE BOGOTÁ S.A. E.S.P.
830123461-1

**Datos del usuario**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Tipo de productor | RESIDENCIAL | | | Estrato | 3 |
| Und. Res. Ocupadas: | 3 | Und. No Res. Ocupadas: | 0 | Densidad | 0.000 |
| Und. Res. Desocupadas: | 000 | Und. No Res. Desocupadas: | 000 | Volumen | 0.00 |
| Frecuencia Barrido: | 02 | Frecuencia Recolección: | 03 | %Participación | 0.000% |

**Componentes de tarifas**

| Costo Fijo Total CFT: | Costo variable no aprovechable | Valor base aprovechamiento |
|---|---|---|
| 98.206,92 | 39.539,94 | 150.736,65 |

**Toneladas por suscriptor-mes**

| Barrido y limpieza | Limpieza urbana | Recharo 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 |
| $156.589 | $156.722 | $159.304 | | 61 |

La tarifa incluye subsidio o aporte*

**Estado de cuenta aseo**

| Concepto | Valor | Concepto | Valor |
|---|---|---|---|
| Aseo residencial | $184.657 | Ajuste a la decena -crédito- | $2- |
| Subsidio | $27.695- | | |

| Subsidio (-) | 15% | Valor Aseo | $184.657 |
|---|---|---|---|
| Aporte (+) | 0% | Total a pagar del periodo | $184.657 |
| Alumbrado - deuda total | | Ingreso que Aseo aportó a la DIAN en el periodo actual | |

**Muestra tu consumo en litros para que lo comprendas mejor.**

**¡Modernidad, calidad y tecnología al servicio de la ciudad!**

**Porque tenga su nueva factura con el agua.**

**SIMPLIFICAMOS TU FACTURA**

**ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES**

**HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS**

**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM**

| HISTORIA CLINICA | MICROCHIP: | FECHA: |
|---|---|---|
| 230 | 990000012130846 | 3/3/2025 |

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

**1. DATOS DEL PACIENTE**

| NOMBRE: | Frida. | | | COLOR: Blanco Gris | |
|---|---|---|---|---|---|
| ESPECIE: CANINO __ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO __ | RAZA Mestizo | EDAD 5 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 __ COMPRADO __ ADOPTADO X REGALADO __ PERRO DE CUADRA __ OTRO __

**2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE**

| NOMBRES Y APELLIDOS: | DIRECCION: | TELEFONO |
|---|---|---|
| Cesar Santiago Romero Moreno | CL 19 # 21-4 703 | 3237875612 |
| CEDULA: 1018 499 062 | CORREO ELECTRÓNICO: Santiagoromero2@gmail.com. | |
| BARRIO: Paloquemao | 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: / HEXAVALENTE: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / FELINOS: TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA: / RABIA: NOV 21/2024. |
|---|---|---|
| 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: 171 l/m | F. RESPIRATORIA: 31 r/m | TEMPERATURA: 38,4 °c | TLLC 1 seg | MUCOSAS: Rosadas |
|---|---|---|---|---|
| OBSERVACIONES: Ninguno | | | | |

**6. MEDICACION**

| FASE DE PROCEDIMIENTO | MEDICACION | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 0,11 ml. | 1 mg/kg IM |
| | KETAMINA | 0,22 ml. | 5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☑ |
| | PROPOFOL | — ml. | 2 mg/kg IV |
| - MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | 0,7 ml. | 2 mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN (S.P.B.) | 0,15 ml. | 17.000 UI/kg IM |
| | MELOXICAM | 0,02 ml. | 0,2 mg/kg SC |

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

| NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO<br>TARJETA PROFESIONAL | Mónica Velázquez Milán<br>Médica Veterinaria<br>TP. 11804 | FIRMA |
|---|---|---|
| NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO<br>TARJETA PROFESIONAL | Yennifer Gutiérrez Nomesque<br>Médica Veterinaria - Zootecnista<br>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 compañia.** 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: |
|---|---|
| Reinaldo Cesar Santiago. | 1018499062 |

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: |
|---|---|---|
| Eduardo Santos | 17-03-25 | 8 am |

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA



NÚMERO **1.018.499.062**
**ROMERO MORENO**
APELLIDOS
**CESAR SANTIAGO**
NOMBRES
Romero Cesar Santiago
FIRMA



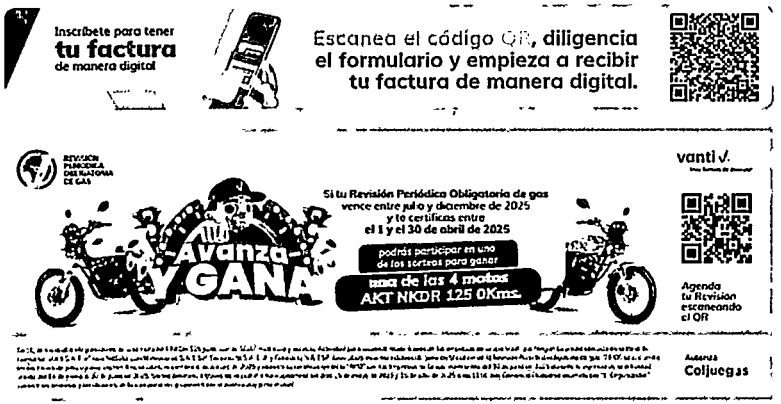
ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **04-SEP-1997**
**BOGOTA D.C**
**(CUNDINAMARCA)**
LUGAR DE NACIMIENTO
**1.64** **O+** **M**
ESTATURA G.S. RH SEXO
**26-NOV-2015 BOGOTA D.C.**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01141483-M-1018499062-20200612 0070899982A 3 9912300775

Por favor dobla y rasga para abrir la factura




## 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 uno 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 · Banca Falabella · Banco Pichincha · Banca Caja Social · Nequi · Davivienda · Davivienda Daviplata · Rappi pay · dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

## Puntos Presenciales

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

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

## Eficiencia energética

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

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

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

7048/23072024

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800096.812-8

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.

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

# ¡Hola!

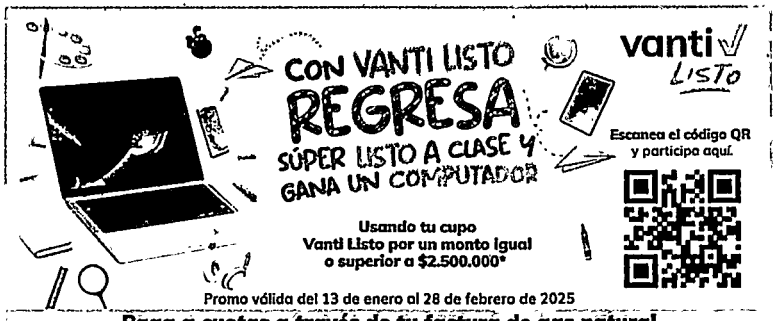
**ENGELBERTO CORTES**
CL 19 21 4 00703 - PALOQUEMAO
BOGOTA

vanti
*Más formas de avanzar*
Vanti S.A. ESP.
**Medidor Gas No. 5057101-85218**

**Lote:** P09GN **Ruta:** 0011310198380005010 **Código del Sector:** 389

Cuenta o referencia de pago **61600442**




Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gasnacer S.A. ESP. Conoce T&C de la campaña ingresando a grupovanti.com/vantilisto/celebraciones. Vanti Listo es la marca que identifica el servicio de financiación no bancaria ofrecido por el Grupo Vanti. Aplican condiciones señaladas en la política de financiación; consúltala en: grupovanti.com/vantilisto/celebraciones. Campaña válida entre los días 13 de enero hasta el 28 de febrero de 2025 o hasta agotar existencias, se entregarán en total 10 computadores.

## Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

**Atención virtual**
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

**Línea de WhatsApp 315 416 4164**

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

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

389
0011310198380005010
4282
P09GN
C1

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

# Factura de gas

Febrero 2025

Cuenta o referencia de pago **61600442**

BOGOTA

Vigilado Superservicios

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

vanti
Más formas de avanzar

## Fechas importantes

| (1) Pago oportuno | (2) Fecha de suspensión | (3) Periodo facturado | (4) Emisión de tu factura |
|---|---|---|---|
| 26 Feb. 2025 | 27 Feb. 2025 | Ene. - Feb. 2025 | 14 Feb. 2025 |

## Conceptos facturados

| Concepto | Cantidad Unidad (A) | Valor unitario (B) | IVA (C) | Subtotal D=(A*B)+C |
|---|---|---|---|---|
| CONSUMO GAS | 9M3 | 3.370,68 | 0,00 | 30.337,92 |
| FIJO | 1UN | 4.043,00 | 0,00 | 4.043,00 |
| AJUSTE DECENA | 1UN | 0,92 | 0,00 | 0,92 |

1 — Total **$34.380,00**

## Tus financiaciones

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

2 — Total **$0,00**

3 — Valor facturas vencidas

**$0,00**

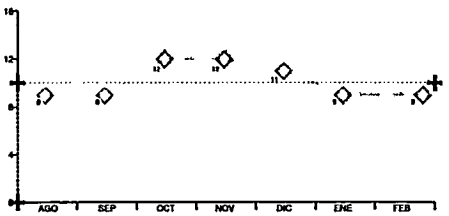
**Total a pagar (1)+(2)+(3)**

**$34.380,00**

Paga por pse

Escanea el código QR

## Tus últimos consumos




## Datos de medición

Uso Residencial | Estrato/Cat. Tres | Días de consumo 31

| Fecha | Lectura | Tipo |
|---|---|---|
| 13 Ene. 2025 | 3088 | REAL |
| 12 Feb. 2025 | 3100 | REAL |

m³ corregido= 3100 - 3088 * Factor de corrección = 9

## Tu próxima lectura será

Entre 08 y el 13 de Marzo

## Novedades de tu factura

Dale esperanza a una familia colombiana realizando un aporte voluntario en www.grupovanti.com, valor sugerido $ 3438

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 Mar. 2029**

La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debes 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: 1844.48 Tm: 817.62 Dm: 617.95 Cm: 3370.88
Jp: 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: 106 kWh y el precio unitario del kWh es: $324.348

### Factor de corrección

Vm: 12 Kp: 0.76727 Kt: 1.00624 Ft: 0.77205
Vc: 9 Tm: 13.77 Te: 15.56 Pe: 1.01008
Pa: 0.752 Pm: 0.023 F² pv: 1.0
Factor de corrección: 0.77205

### Indicadores de calidad

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




(415)7709998026025(8020)61600442(3900)00000000034380

Somos grandes contribuyentes Resolución 002200 Diciembre 27/2024 Retenedor de IVA. Autorretenedores Resolución No. 4959 del 17-Jul-1998 Autorización de Numeración de Facturación No. Formulario 18764007116806 del 12/03/2024. Facturación electrónica desde N° 00000001 hasta 50000000 con vigencia de 18 meses

Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NSR 1-110110004. 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

3738c87f02fd2d2cae182135c897d21717ae0458917f2b5f7280e6f57e08a5544f2b4182b5f4e1109dc27e42d4942ea088c2 Factura No. F15B27079791

4282

C1

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

| HISTORIA CLINICA | MICROCHIP: | FECHA: |
|---|---|---|
| 231 | 990000013797854 | 3/3/2025 |

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

**1. DATOS DEL PACIENTE**

| NOMBRE: | Negra | COLOR: | Negro |
|---|---|---|---|

| ESPECIE: CANINO __ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO __ | RAZA Mestizo | EDAD 3 años | PESO: 2,8 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: | DIRECCION: | TELEFONO |
|---|---|---|
| Maholy Olaya Benito | CL 19 #21-703 | 3124629699 |
| CEDULA: 1022 436 393 | CORREO ELECTRÓNICO: maholy310@gmail.com | |
| BARRIO: Palogrema O | 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: / HEXAVALENTE: / TRIPLE: — PENTAVALENTE: / FELINOS: TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / RABIA: Nov 24 |
|---|---|---|
| Enero 25 | No Reporta | |

**4. EXAMÉN CLÍNICO**

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ningno

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

**5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS**

| F. CARDIACA: | F. RESPIRATORIA: | TEMPERATURA: | TLLC | MUCOSAS: |
|---|---|---|---|---|
| 169 l/m | 31 r/m | 38,4 °c | 1 seg | Rosado |

OBSERVACIONES: Ningno

**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: 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<br>TARJETA PROFESIONAL | Mónica Vc:ázquez Milán<br>Médica Veterinaria<br>TP. 11804 | FIRMA |
|---|---|---|
| NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO<br>TARJETA PROFESIONAL | Yennifer Gutiérrez Nomesque<br>Médico Veterinario - Zootecnista<br>TP. 33358 | FIRMA |

172

| | | |
|---|---|---|
| MÁRTIRES BOGOTÁ | ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES<br>HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS<br>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 compañia.** 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: |
|---|---|
| Maholy Olaya | 1022426397 |

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:<br><br>Nro. Identificación: | Firma: |
|---|---|

**8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS**

| LUGAR: | FECHA: | HORA: |
|---|---|---|
| Eduardo Santos | 17-03-25 | 8 am |

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.022.436.393**

**OLAYA BENITO**

APELLIDOS

**MAHOLY**

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-JUN-1998**

**BOGOTA D.C**
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

**05-JUL-2016 BOGOTA D.C.**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-00843141-F-1022436393-20160811 0050635814A 1 46464788

# Factura de gas

Febrero 2025

Cuenta o referencia de pago **61600442**

BOGOTA

Vigilado Superservicios

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

vanti
Más formas de avanzar

## Fechas importantes

| ① Pago oportuno | ② Fecha de suspensión | ③ Periodo facturado | ④ Emisión de tu factura |
|---|---|---|---|
| 26 Feb. 2025 | 27 Feb. 2025 | Ene. - Feb. 2025 | 14 Feb. 2025 |

## Conceptos facturados

| Concepto | Cantidad Unidad (A) | Valor unitario (B) | IVA (C) | Subtotal D=(A*B)+C |
|---|---|---|---|---|
| CONSUMO GAS | 9M3 | 3.370,88 | 0,00 | 30.337,92 |
| FIJO | 1UN | 4.043,00 | 0,00 | 4.043,00 |
| AJUSTE DECENA | 1UN | 0,92 | 0,00 | 0,92 |

1 — Total **$34.380,00**

## Tus financiaciones

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

2 — Total **$0,00**

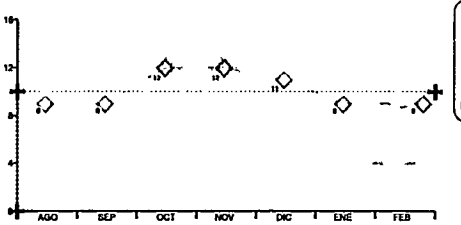
3 — Valor facturas vencidas **$0,00**

**Total a pagar ①+②+③** **$34.380,00**

Paga por pse

Escanea el código QR

## Tus últimos consumos




## Datos de medición

Uso Residencial | Estrato/Cat. Tres | Días de consumo 31

| Fecha | Lectura | Tipo |
|---|---|---|
| 13 Ene. 2025 | 3088 | REAL |
| 12 Feb. 2025 | 3100 | REAL |

m³ corregido= 3100 - 3088 * Factor de corrección = 9

## Tu próxima lectura será

Entre 08 y el 13 de Marzo

## Novedades de tu factura

Dale esperanza a una familia colombiana realizando un aporte voluntario en www.grupovanti.com, valor sugerido $ 3438

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

(415)7709998026025(8020)61600442(3900)00000000034380

## Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

**31 Mar. 2029**

La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente* *Resoluciones 059 de 2012 y 41385 de 2017

Agenda ya tu RPO aquí

## Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de **$3371.**

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

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

### Componentes tarifarios

Gm: 1844.48 Tm: 817.62 Dm: 617.95 Cm: 3370.88
P: 90.85 Cvm: 0.0 Cufm: 4043.0 Cuvm: 3370.88
Com: 0.0 Fpcm: 42.438 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

Mjfm³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 106
kWh y el precio unitario del kWh es: $324.348

### Factor de corrección

Vm: 12 Kp: 0.76727 Kt: 1.00624 Ft: 0.77205
Vc: 9 Tm: 13.77 Te: 15.56 Pe: 1.01008
Pa: 0.752 Pm: 0.023 F² pv: 1.0
Factor de corrección: 0.77205

### Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IO: 100.0 IPIE: 100.0






4282

C1

Factura No. F15B27079791

Somos grandes contribuyentes Resolución 000200 Diciembre 27/2024 Retenedor de IVA. Autorretenedores Resolución No. 4259 del 17-Jul-1998 Autorización de Numeración de Facturación No. Formulario 18764007168408 del 12/03/2024. Facturación electrónica desde N° 00000001 hasta 60000000 con vigencia de 18 meses

Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NUR 9-1101050-4. VANTI S.A. ESP. NIT 800.007.813-5. Horario Red Distrito Y Tocho S.A.E. Esta factura presta mérito ejecutivo. Art 130 de la ley 142 de 1994

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

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

Escanea el codigo 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

Avanza y GANA

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

Agenda tu Revisión escaneando el QR

Autoriza Colijuegos

## Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

» Pagos electrónicos en otras entidades

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

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

## Puntos Presenciales

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

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

## Eficiencia energética

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

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

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

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT: 805.016.812-8 7048230720241

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 del 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.

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

# ¡Hola!

**ENGELBERTO CORTES**
CL 19 21 4 00703 - PALOQUEMAO
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5057101-85218

**Lote:** P09GN **Ruta:** 0011310198380005010 **Código del Sector:** 389

Cuenta o referencia de pago **61600442**

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: $ 4.900.000

CON VANTI LISTO REGRESA SÚPER LISTO A CLASE Y GANA UN COMPUTADOR

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

Escanea el código QR y participa aquí.

**Paga a cuotas a través de tu factura de gas natural**

Éxito · Metro · Alkosto · K-tronix

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gasnacer S.A. ESP. Conoca 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.

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

389 0011310198380005010 4282 P09GN C1

**ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES**

**HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS**

**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM**

HISTORIA CLINICA: 232

MICROCHIP: 990000013797850

FECHA: 3/3/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

**1. DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRE: Molly

COLOR: Atigrado

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

RAZA: Mestizo EDAD: 3años 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: Maholy Olaya Benito

DIRECCION: cl 19 # 21-04 703

TELEFONO: 3124629699

CEDULA: 1022436393

CORREO ELECTRÓNICO: maholy310@gmail.com

BARRIO: Palaquemao ESTRATO: 3 LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __

**3. ANAMNESIS**

Buen estado de salud

ULT. CELO: Feb 25

ULT. DESPARASITACION: No Reporta

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

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

LEUCEMIA: / RABIA: Nov 24

**4. EXAMÉN CLÍNICO**

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ____ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3 /5

**5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS**

F. CARDIACA: 171 l/m

F. RESPIRATORIA: 32 r/m

TEMPERATURA: 38,3 °c

TLLC 1 seg

MUCOSAS: 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 Velázquez Milán
Médica Veterinaria
TP. 11804

FIRMA: MVM

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO
TARJETA PROFESIONAL

Yennifer Gutiérrez Nomesque
Médico Veterinario - Zootecnista
TP. 33358

FIRMA: YG

175

| | | |
|---|---|---|
| BOGOTÁ | ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES<br>HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS<br>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 compañia.** 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: |
|---|---|
| Maholy Olaya | 1022436393 |

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:<br><br>Nro. Identificación: | Firma: |
|---|---|

**8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS**

| LUGAR: | FECHA: | HORA: |
|---|---|---|
| Eduardo Santos | 17-03-25 | 8 am |

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.022.436.393**

**OLAYA BENITO**
APELLIDOS

**MAHOLY**
NOMBRES

Maholy Olaya
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-JUN-1998**
**BOGOTA D.C**
**(CUNDINAMARCA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

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

**05-JUL-2016 BOGOTA D.C.**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-00843141-F-1022436393-20160811 0050635814A 1 46464786

# Factura de gas

Febrero 2025

Cuenta o referencia de pago **61600442**

BOGOTÁ

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 |
|---|---|---|---|
| 26 Feb. 2025 | 27 Feb. 2025 | Ene. - Feb. 2025 | 14 Feb. 2025 |

## Conceptos facturados

| Concepto | Cantidad Unidad (A) | Valor unitario (B) | IVA (C) | Subtotal D=(A*B)+C |
|---|---|---|---|---|
| CONSUMO GAS | 9M3 | 3.370,88 | 0,00 | 30.337,92 |
| FIJO | 1UN | 4.043,00 | 0,00 | 4.043,00 |
| AJUSTE DECENA | 1UN | 0,92 | 0,00 | 0,92 |

1 — Total **$34.380,00**

## Tus financiaciones

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

2 — Total **$0,00**

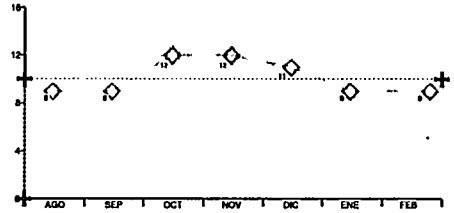
3 — Valor facturas vencidas **$0,00**

**Total a pagar ①+②+③** **$34.380,00**

Paga por pse

Escanea el código QR

## Tus últimos consumos




## Datos de medición

Uso Residencial | Estrato/Cat.Tres | Días de consumo 31

| Fecha | Lectura | Tipo |
|---|---|---|
| 13 Ene. 2025 | 3088 | REAL |
| 12 Feb. 2025 | 3100 | REAL |

m³ corregido= 3100 - 3088 * Factor de corrección = 9

## Tu próxima lectura será

Entre 08 y el 13 de Marzo

## Novedades de tu factura

Dale esperanza a una familia colombiana realizando un aporte voluntario en www.grupovanti.com,
valor sugerido $ 3438

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 Mar. 2029**

La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente* *Resoluciones 059 de 2012 y 41385 de 2017

Agenda ya tu RPO aquí

## Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de **$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
Jp: 90.85 Cvm: 0.0 Cufm: 4043.0 Cuvm: 3370.88
Cam: 0.0 Fpcm: 42.438 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

Mj/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 106 kWh y el precio unitario del kWh es: $324.348

### Factor de corrección

Vm: 12 Kp: 0.76727 Kt: 1.00624 Ft: 0.77205
Vc: 9 Tm: 13.77 Tc: 15.56 Pc: 1.01008
Pa: 0.752 Pm: 0.023 F pv: 1.0

Factor de corrección: 0.77205

### Indicadores de calidad

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




(415)7709998026025(8020)61600442(3900)00000000034380

4282

C1

Factura No. F15B27079791

Sanas prácticas para proteger tu hogar: Desde Abril 2020 Decretos 517/2020 y Resolución 054/2020 del Ministerio de Salud y Protección Social, Vanti S.A. E.S.P. recomienda lavar sus manos frecuentemente y mantener distancia de 1.5 metros de otras personas. Factura electrónica desde Nº 00000001 hasta 80000000 con vigencia de 18 meses 12/02/2024

Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NUR 8-110110004, VANTI S.A. E.S.P. NIT 800.007.813-5 Avenida Calle 26 No. 69 D - 91 Torre 1 Piso 9 Bogotá D.C. Régimen de libre competencia de la ley 142 de 1994 Factura impresa en papel bond de 75 gramos

3738d97f0d2c0cea18235c8f7d21717ae04559917706972f0e0f687ec06a3543420411922c54e11109cc27e42409d2ce08862

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 · Itaú · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco AV Villas · GNB · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Daviplata · Rappipay · dale

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

## Puntos Presenciales

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

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

## Eficiencia energética

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

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

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

Se te suspenderá el servicio por falta de pago y cuando se requiera, en caso de que se impida el acceso al medidor o a la instalación interna y de artefactos de consumo. Como consumidor puedes presentar un recurso de reposición ante la empresa y apelar ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los (5) días hábiles siguientes al conocimiento del acto de suspensión. Sobre el contenido de la presente factura el cliente cuenta con los mecanismos de defensa en la ley 142 de 1994 y puede hacer uso antes de la fecha señalada para el pago oportuno.

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-3 704823072024

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

# ¡Hola!

**ENGELBERTO CORTES**
CL 19 21 4 00703 - PALOQUEMAO
BOGOTA

vanti
*Más formas de avanzar*
Vanti S.A. ESP.
**Medidor Gas No. 5057101-85218**

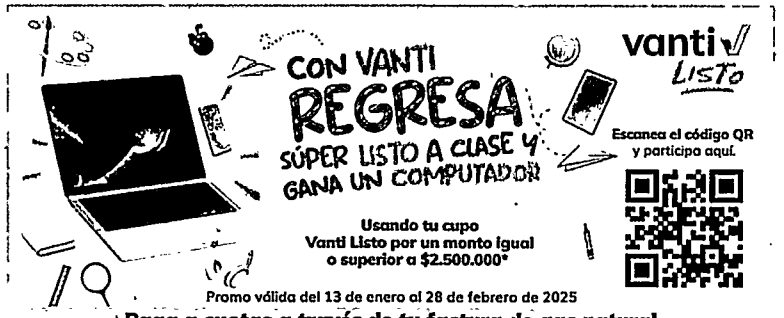
**Lote:** P09GN **Ruta:** 0011310198380005010 **Código del Sector:** 389

Cuenta o referencia de pago **61600442**

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: **$ 4.900.000**




**Paga a cuotas a través de tu factura de gas natural**

éxito · Alkosto · Ktronix

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gasnacer S.A. ESP. Conoce T&C de la compañía ingresando a grupovanti.com/vantilisto/celebraciones. Vanti Listo es la marca que identifica el servicio de financiación no bancaria ofrecido por el Grupo Vanti. Aplican condiciones señaladas en la política de financiación; consúltala en: grupovanti.com/vantilisto/celebraciones. Campaña válida entre los días 13 de enero hasta el 28 de febrero de 2025 o hasta agotar existencias, se entregarán en total 10 computadores.

## Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

**Atención virtual**
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

**Línea de WhatsApp 315 416 4164**

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

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

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

389 0011310198380005010 4282 P09GN C1

**ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES**

**HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS**

**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM**

HISTORIA CLINICA: 233

MICROCHIP: 990000012130845

FECHA: 3/3/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

## 1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: molly

COLOR: Amarillo Blanco.

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

RAZA: Mestizo

EDAD: 6 meses

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: Humberto Aguja Romero

DIRECCION: Kr 18c # 2-69 AP 200

TELEFONO: 3018006998

CEDULA: 79 701 780

CORREO ELECTRÓNICO: 3018006998@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 ha tenido

ULT. DESPARASITACION: NO reporta.

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

**FELINOS:** TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA: / RABIA: /

## 4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ____ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3 /5

## 5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 170 l/m

F. RESPIRATORIA: 31 r/m

TEMPERATURA: 38,4 °c

TLLC: 1 seg

MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

## 6. MEDICACION

| FASE DE PROCEDIMIENTO | MEDICACION | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 0,12 ml. | 1 mg/kg IM |
| | KETAMINA | 0,24 ml. | 5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☒ |
| | PROPOFOL | — ml. | 2 mg/kg IV |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | 0,8 ml. | 2 mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN (S.P.B.) | 0,16 ml. | 17.000 UI/kg IM |
| | MELOXICAM | 0,02 ml. | 0,2 mg/kg SC |

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO
TARJETA PROFESIONAL

Mónica 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

178

| | | |
|---|---|---|
| MÁRTIRES BOGOTÁ | ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES<br>HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS<br>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 compañia.** 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: |
|---|---|
| Humberto Aguja | 79701780 |

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:<br><br>Nro. Identificación: | Firma: |
|---|---|

**8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS**

| LUGAR: | FECHA: | HORA: |
|---|---|---|
| Eduardo Santos | 17-03-25 | 8 am |

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **79.701.780**

**AGUJA ROMERO**

APELLIDOS

**HUMBERTO**

NOMBRES

Humberto Aguja

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-ENE-1975**

**NATAGAIMA**
**(TOLIMA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.62** | **O+** | **M** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**02-FEB-1993. BOGOTA D.C.**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-01099159-M-0079701780-20190923 **0057734678A 1** 9910222081

170

enel | Bogotá

PAPEL ECOLÓGICO

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

34519

Para trámites y consultas tu número de cliente es:

**0318475-6**

**DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 343514712-8**

**CLIENTE**

**PEDRO J ROA S**
KR 18 C NO 2 69 AP 200
2 PISO
BOGOTA, D.C. - EDUARDO SANTOS

19 204 3630 / 088-28925126

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

## COMPORTAMIENTO CONSUMO

Activa




VALOR kWh APLICADO: $853,92

CONSUMO DIARIO: 1,38 kWh

VALOR DIARIO: $1.001

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 75 kWh

PERÍODO FACTURADO: 23 ENE/2025 A 20 FEB/2025

DÍAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES 40 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



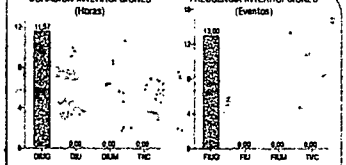

## INFORMACIÓN DE LA CUENTA

| | |
|---|---|
| CLASE DE SERVICIO: | Residencial |
| ESTRATO: | 3 |
| CARGA kW: | 2,00 |
| FACTOR: | 1 |
| RUTA REPARTO: | 10002192043630 |
| RUTA LECTURA: | 12192010134 |
| MANZANA DE LECTURA: | MS00410538 |
| MEDIDOR NO: | 088-28925126 |
| MEDIDOR NO: | 088-28925126 |

## USO SEGURO DE LA ENERGÍA

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

## CALIDAD DEL SERVICIO




CO: 26532/TR1 GRUPO: 11 HC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,00
PERIODO: 202412 DI: 224,07 CF: 40,00000 MC: 0,00 MP: 1,00 %T: 0,18
*Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 036 de 2019*

## CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/solicitudes.html
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
318 690 6003 (Llama 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 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 Banco, Internet, Teléfono Banco, Débito Automático, Clujoo Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Botón de Pago Online, Botón de Pago Bancolombia

**Billetera Virtual:** Rappi pay, DaviPlata, MOVII, NEQUI, tpago

**Corresponsales Bancarios:** CONRED, Efecty, Reval, MOVIRED

**Red Distrital:** RED CADE

**Centros de Servicio:** enel

**Almacenes de Cadena:** Jumbo, Metro

**Código QR**

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

**COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:** Vigencia: ENE/2025
G: $358,49 T: $58,00 D: $230,91 CV: $73,33 PR: $70,22 R: $12,94 CF: $0,00 / $853,92 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: CA727-SECTOR1 - 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 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 9001 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.
El 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 se invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunicate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.
ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la 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: 25/02/2025 00:31:49
FECHA EXPEDICIÓN: 25/02/2025 12:51:18

CUDE: 2233d1e4c2727b505d68897a581d08c6b981a5dd518b78eac171daf9aee3bc490909034a54806fc6084d49d0990be241

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.058.612-

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC Nombre del SW: CENFinanciero NIT 890 321 151 0

10.821 - Página 1 de 2

180

| 1 Total Energía | + | 2 Portafolio Enel X | = | Total a Pagar | PAGO OPORTUNO | FECHA DE SUSPENSIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|
| $29.030 | | $0 | | $29.030 | 06 MAR /2025 | 10 MAR /2025 |

## ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 0318475-6 — PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 21 MAR /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 | 16.137 | | 16.097 | | 40 | | 1 | | 40 | 40 | | $853,92 | | $34.157 |
| ENERGÍA REACTIVA | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | 0 | | $280,91 | | $0 |
| SUBSIDIO | Consumo a subsidiar 130,00 kWh | | | | Valor kWh $853,8223 | | X | | Beneficio -15,00 % | | | | | -$5.124 |
| ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTÓ $1.001 DIARIOS | | | | | | | | | | | | SUBTOTAL: | | $29.033 |

### Otros cobros asociados a energía

| | |
|---|---|
| Ajustes a la decena | $-3 |
| SUBTOTAL: | $-3 |

Consumos + Otros cobros asociados a energía — 1 TOTAL ENERGÍA: $29.030

### 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

Tan sólo cancela la(s) fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio, en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $32.655

Informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones Crédito Fácil CODENSA, en la fecha del 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.

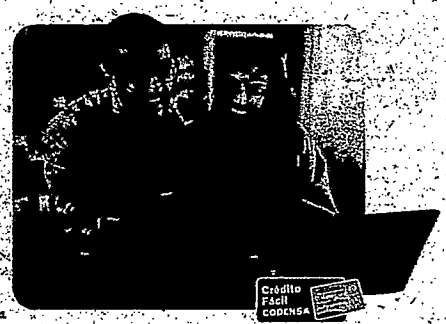
ESTIMADO CLIENTE: El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (0 – 130 kWh/mes) es de -15,00 %


LA TARJETA DE LA CIUDAD
Crédito FÁCIL CODENSA



Solicita ya tu Tarjeta de la ciudad Crédito Fácil CODENSA y accede a un mundo de beneficios y descuentos.

Solicítala ya escaneando este QR




Marca registrada de The Bank of Nova Scotia. Utilización bajo licencia. Propiedad de Colpatria Establecimiento Bancario. Aprobación sujeta a políticas de la entidad.


34519

NÚMERO DE CLIENTE 0318475-6

Documento Equivalente Electrónico No. 343514712-8

(415)7707209914253(8020)010318475634351471 28(3900)000000000029030

PAGO OPORTUNO 06 MAR /2025

TOTAL A PAGAR $29.030

**ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES**

**HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS**

**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM**

| HISTORIA CLINICA | MICROCHIP: | FECHA: |
|---|---|---|
| 234 | 990000013797847 | 3/3/2025 |

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

**1. DATOS DEL PACIENTE**

| NOMBRE: | | | | COLOR: | |
|---|---|---|---|---|---|
| Nina. | | | | Atigrado Blanco | |
| ESPECIE: CANINO __ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO __ | RAZA: Mestizo | EDAD: 1 año | PESO: 2.9kg | POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X | |
| DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI __ NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X | TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR __ CASERO __ CONCENTRADO X MIXTO __ OTRO __ | | | |

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

**2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE**

| NOMBRES Y APELLIDOS: | DIRECCION: | TELEFONO |
|---|---|---|
| Elizabeth Mara Chavarro | AK 18 # 4A - 26 02-002 | 3105863168. |
| CEDULA: 51 788 692 | CORREO ELECTRÓNICO: elizabeth 6508@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: | ULT. DESPARASITACION: | ULT. VACUNACION: NS/NR: CANINOS PARVO: | TRIPLE: | PENTAVALENTE: |
|---|---|---|---|---|
| Noviembre. 2024. | 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: |
|---|---|---|---|---|
| 168 l/m | 31 r/m | 38,2 °c | 1 seg | Rosada |

OBSERVACIONES: Ninguno

**6. MEDICACION**

| FASE DE PROCEDIMIENTO | MEDICACION | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 0,14 ml. | 1 mg/kg IM |
| | KETAMINA | 0,29 ml. | 5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☒ |
| | PROPOFOL | — ml. | 2 mg/kg IV |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | 1 ml. | 2 mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN (S.P.B.) | 0,2 ml. | 17.000 UI/kg IM |
| | MELOXICAM | 0,02 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 |
| NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL | Yennifer Gutiérrez Nómesque 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: 5788692. 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:

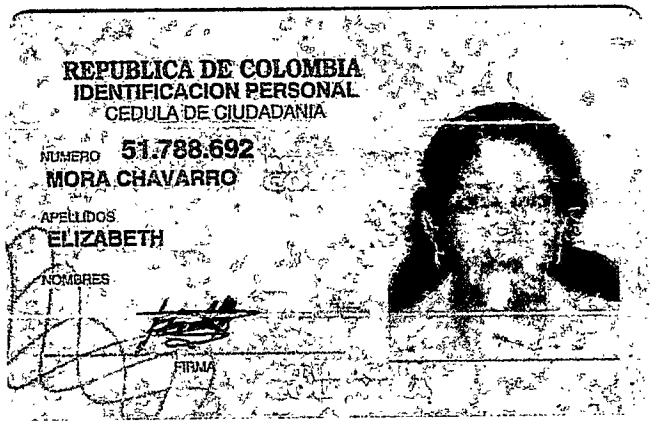
| | |
|---|---|
| Nombre del Responsable/Tenedor: | Firma: |
| Nro. Identificación: | |

**8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS**

| LUGAR: | FECHA: | HORA: |
|---|---|---|
| Eduardo Santos | 17-03-25 | 8 am |

OBSERVACIONES:

A7



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 51.788.692
MORA CHAVARRO
APELLIDOS
ELIZABETH
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 17-SEP-1965
EL COLEGIO
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.48 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

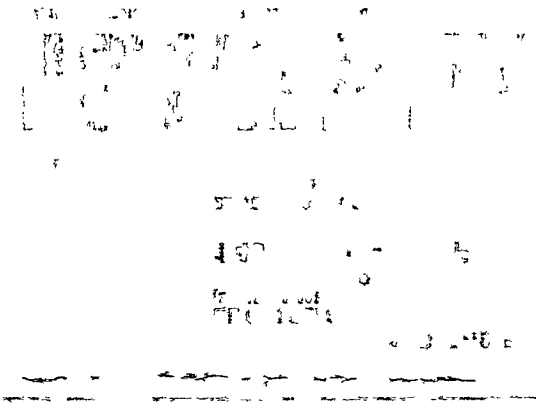
22-OCT-1983 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00018001-F-0051788692-20080627 0000670547A 1 1300004179

182



# Factura de gas

Febrero 2025

Cuenta o referencia de pago **62737007**

BOGOTA

Vigilado Superservicios

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

vanti
Más formas de avanzar

## Fechas importantes

| 1 Pago oportuno | 2 Fecha de suspensión | 3 Periodo facturado | 4 Emisión de tu factura |
|---|---|---|---|
| 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 | 20M3 | 3.370,88 | 0,00 | 67.417,60 |
| FIJO | 1UN | 4.043,00 | 0,00 | 4.043,00 |
| AJUSTE DECENA | 1UN | 0,60 | 0,00 | 0,60 |

1 — Total **$71.460,00**

## Tus financiaciones

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

2 — Total **$0,00**

3 — Valor facturas vencidas

**$0,00**

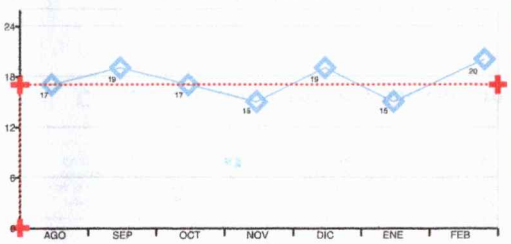
**Total a pagar** 1 + 2 + 3

**$71.460,00**

Paga por pse

Escanea el código QR

## Tus últimos consumos




## Datos de medición

Uso Residencial  Estrato/Cat. Tres  Días de consumo 32

| Fecha | Lectura | Tipo |
|---|---|---|
| 03 Ene. 2025 | 1579 | REAL |
| 03 Feb. 2025 | 1605 | REAL |

m³ corregido= 1605 - 1579 * Factor de corrección = 20

## 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 $ 7146**

**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. 2029**

La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente* *Resoluciones 059 de 2012 y 41385 de 2017

**Agenda ya tu RPO aquí**

## Tarifas

El valor del m³ de gas **este mes es de** $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
.p: 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: 236 kWh y el precio unitario del kWh es: $302.799

### Factor de corrección

Vm: 26 Kp: 0.76727 Kt: 1.00662 Ft: 0.77235
Vc: 20 Tm: 13.66 Te: 15.56 Pe: 1.01008
Pa: 0.752 Pm: 0.023 F² pv: 1.0

Factor de corrección: 0.77235

### Indicadores de calidad

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




(415)7709998026025(8020)62737007(3900)00000000071460

Somos grandes contribuyentes Resolución 000200 Diciembre 27/2024 Retenedor de IVA. Autorretenedores Resolución No. 4959 del 17-Jul-1998 Autorización de Numeración de Facturación No. Formulario 18764007156808 del 12/03/2024. Facturación electrónica desde N° 100000001 hasta 500000000 con vigencia de 18 meses

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

Factura - Transferencia S.A
Nit 900.012.339-4

35117

C1

Factura No. F15B26064191

e766ffddd0f066f607a6f5a3b3256561f61bcb0020836f6f28866ef4e03c4dca091d0b1176baa096aacaa07a209d8de6c7

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

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

## Puntos Presenciales

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

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

## Eficiencia energética

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

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

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

Se te suspenderá el servicio por falta de pago y cuando se requiera, en caso de que se impida el acceso al medidor o a la instalación interna y de artefactos de consumo. Como consumidor puedes presentar un recurso de reposición ante la empresa y apelar ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los (5) días hábiles siguientes al conocimiento del acto de suspensión. Sobre el contenido de la presente factura el cliente cuenta con los mecanismos de defensa en la ley 142 de 1994 y puede hacer uso antes de la fecha señalada para el pago oportuno.

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

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

# ¡Hola!

**ELIZABETH MORA**
AK 18 4A 26 02 00002 - EL PROGRESO
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
**Medidor Gas No. 5017118-3471730**

**Lote:** P02GN **Ruta:** 0011240100290005250 **Código del Sector:** 199

199
0011240100290005250
35117
P02GN
C1

**Cuenta o referencia de pago 62737007**

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: **$ 4.900.000**




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 ofrecido por el Grupo Vanti. Aplican condiciones señaladas en la política de financiación; consúltala en: grupovanti.com/vantilisto/celebraciones. Campaña válida entre los días 13 de enero hasta el 28 de febrero de 2025 o hasta agotar existencias, se entregarán en total 10 computadores.

## Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

**Atención virtual**
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

**Línea de WhatsApp 315 416 4164**

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

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

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

**ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES**

**HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS**

**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM**

HISTORIA CLINICA: 235

MICROCHIP: 990000012130320

FECHA: 3/3/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

## 1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Tiny

COLOR: Gris

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

RAZA: Mestizo EDAD: 10 meses PESO: 2,8Kg

POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X

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

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

## 2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria Cuperting Hernandez Hernandez

DIRECCION: Kr 16 # 4-42 AP P1 01

TELEFONO: 3008603654

CEDULA: 39646975

CORREO ELECTRÓNICO: mariahernander1968@gmail.com

BARRIO: Eduardo Santos ESTRATO: 3 LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __

## 3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO: 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: 165 l/m

F. RESPIRATORIA: 31 r/m

TEMPERATURA: 38,4 °c

TLLC 1 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

## 6. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO
TARJETA PROFESIONAL

Mónica 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

| | | |
|---|---|---|
| BOGOTÁ | ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES<br>HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS<br>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 compañia.** 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: 1396416975. |

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:<br><br>Nro. Identificación: | Firma: |

**8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS**

| LUGAR: | FECHA: | HORA: |
|---|---|---|
| Eduardo Santos | 17-03-25 | 8 am |

OBSERVACIONES:

46 3

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **39.646.975**
**HERNANDEZ HERNANDEZ**

APELLIDOS
**MARIA CUPERTINA**

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **24-ENE-1968**
**LIBANO**
**(TOLIMA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

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

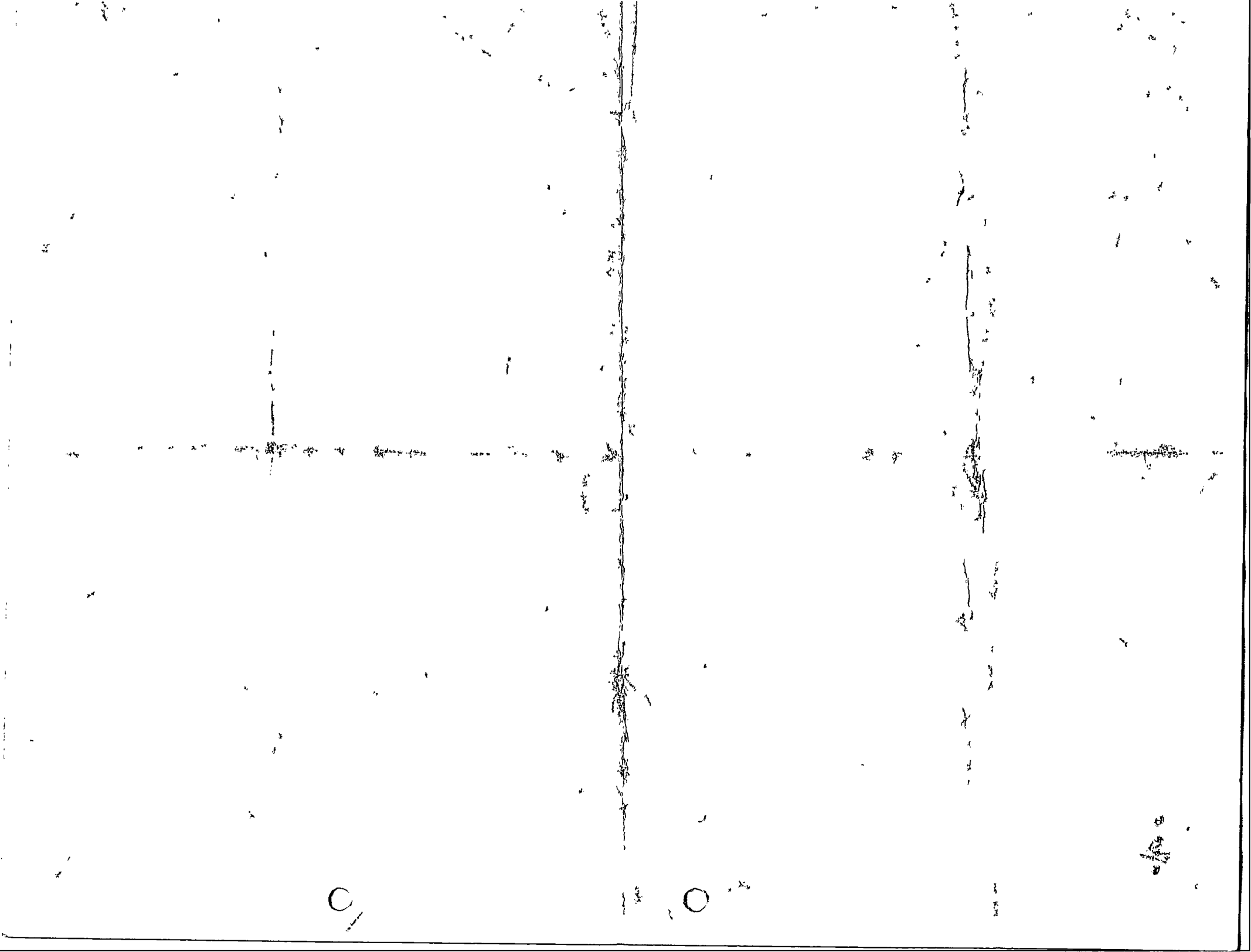
**27-JUN-1986 BOGOTA D.C.**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

A-1500150-01352088-F-0039646975-20230418 0104407467A 2 8507889099

185



A5

enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 800063679-8
Calle 93 No. 13 – 45 Piso 1

2399472-1

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 3-[illegible]

DIANA MARIA GIL GONZALES
KR 16 NO 4 42 AP PISO 1
EDUARDO SANTOS
BOGOTA, D.C. - EDUARDO SANTOS

19 201 3531 / 074-846585

Activa

VALOR kWh APLICADO
$857,92

CONSUMO DIARIO:
2,00 kWh

VALOR DIARIO:
$1.717

Ago. Sep. Oct. Nov. Dic. Ene. Feb.

PERIODO FACTURADO:
23 ENE 2025 A 23 FEB 2025

DIAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES
59 kWh

Entiende tu factura de energía.

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

| | |
|---|---|
| CLASE DE SERVICIO | Residencial |
| CONTRATO: | [illegible] |
| CARGA kW: | 3,00 |
| FACTOR: | 1 |
| RUTA REPARTO | [illegible] |
| RUTA LECTURA | [illegible] |
| MANZANA DE LECTURA | [illegible] |
| MEDIDOR NO: | [illegible] |
| MEDIDOR NO. | [illegible] |

USO SEGURO DE LA ENERGÍA

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

CONTACTANOS

Bogotá, Soacha y Cundinamarca
601 6 115 115

115

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Distrital

Centros de Servicio

Código QR

Almacenes de Cadena

Inscríbete a factura electrónica y aprovecha los beneficios:

Escanea el código

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el comprobante del recibo. El recibo del corresponsal no es un recibo oficial en caso de reclamo.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: ENERO/25

FECHA GENERACION
25/02/2025 00:43:20
FECHA EXPEDICION:
25/02/2025 12:44:05

186

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 236

MICROCHIP: 990000012130316

FECHA: 3/3/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

**1. DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRE: Dulce

COLOR: Negro-blanco Amarillo

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

RAZA: Mestizo

EDAD: 8 meses

PESO: 2,9 Kg

POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X

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

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

**2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE**

NOMBRES Y APELLIDOS: Valentina Salazar Ortiz

DIRECCION: Kr 17 # 4-37 AP 200

TELEFONO: 3213695571

CEDULA: 1002 327 591

CORREO ELECTRÓNICO: valentinasalazarortiz19@gmail.com

BARRIO: Eduardo Santos

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: NS/NR: Tecnico

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 | F. RESPIRATORIA | TEMPERATURA | TLLC | MUCOSAS |
|---|---|---|---|---|
| 170 l/m | 30 r/m | 38,3 °c | 1 seg | Rosadas |

OBSERVACIONES: Ninguno

**6. MEDICACION**

| FASE DE PROCEDIMIENTO | MEDICACION | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 0,14 ml. | 1 mg/kg IM |
| | KETAMINA | 0,29 ml. | 5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☑ |
| | PROPOFOL | — ml. | 2 mg/kg IV |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | 1 ml. | 2 mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN (S.P.B.) | 0,2 ml. | 17.000 UI/kg IM |
| | MELOXICAM | 0,02 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.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 compañia.** 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: |
|---|---|
| Walter | 1002327591 |

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: |
|---|---|---|
| Eduardo Santos | 17-03-25 | 8 am |

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.002.327.591**
**SALAZAR ORTIZ**

APELLIDOS
**VALENTINA**

NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-DIC-2002**
**SAN MARTIN DE LOBA**
**(BOLIVAR)**
LUGAR DE NACIMIENTO

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

**28-ENE-2021 NORCASIA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-0907800-01213575-F-1002327591-20210210 0073358483A 1 8501403468

34022

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: **0317344-2**

**DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 343648298-1**

34022

## CLIENTE

**JOSE IVAN ARREDONDO**
KR 17 NO 4 37 AP 200
2 PISO
BOGOTA, D.C. - EDUARDO SANTOS

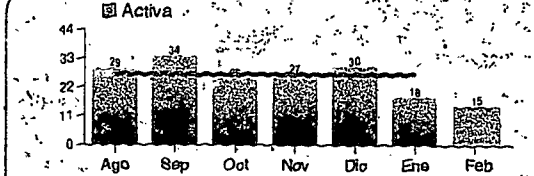
pago Nekti
28-02-25

19 201 4017 / 031-72032197

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código




## COMPORTAMIENTO CONSUMO




VALOR kWh APLICADO: $853,92

CONSUMO DIARIO: 0,62 kWh

VALOR DIARIO: $375

PERÍODO FACTURADO: 23 ENE/2025 A 20 FEB/2025

DÍAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES: 15 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 27 kWh

Ahora puedes tu acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO presento una desviación. 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: | 12,00 |
| FACTOR: | 1. |
| RUTA REPARTO: | 10002182014017 |
| RUTA LECTURA: | 1218200153. |
| MANZANA DE LECTURA: | MS00410511 |
| MEDIDOR NO: | 031-72032197 |
| MEDIDOR NO: | 031-72032197 |

## USO SEGURO DE LA ENERGÍA

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

## CALIDAD DEL SERVICIO




CC: 2558781 | GRUPO: 11 | HC: 0,00 | VC: 0,00 | CEC: 0,00
PERIODO: 2024/12 | CI: 224,07 | CR: 30,000000 | MC: 0,00 | MF: 1,00 | %K: 0,18
*Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 038 de 2019*

## CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/puntos-de-atencion.html
Chat de atención en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion.html
Línea de atención 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 CUENTE.
https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enel.com

## ¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

**Medios virtuales de Pago:** APP Banco, Internet, Teléfono Banco, Débito Automático, Oficina Electrónica, APP Enel Clientes Colombia, Botón de Pago Online, Botón de Pago Semiautomático

**Billetera Virtual:** Daviplata, MOVII, Nequi, tpaga

**Corresponsales Bancarios:** CONRED, efecty, Gi Raval, MOVIRED

**Red Distrital:** RED CADE

**Centros de Servicio:** enel

**Almacenes de Cadena:** Jumbo

**Código QR**

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

## COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:

Vigencia: ENE/2025

G: $336,49 T: $58,03 D: $20,91 CV: $76,33 PR: $70,22 R: $12,94 CF: $0,00 / $853,92 Costo kWh Mes

GRUPO 11 CRECIENTE AVANZADO - NIVEL DE TENSIÓN 1 PROPIEDAD Empresa

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

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

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

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

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

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P y sus usuarios. Para obtener mayor información, 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 conceptos, por favor dirígete 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: 25/02/2025 00:30:27
FECHA EXPEDICIÓN: 25/02/2025 12:56:13

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.058.612-1

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

8639 - Página 1 de 2

CUDE: 162172d6ccbd3d1c6577fe612d0043a2e6c217a227ab8ee523ca219c804a492dc8a4a562cd5a45008d9d0d40c1b56a8f

189

| 1 Total Energía | + | 2 Portafolio EnelX | = | Total a Pagar | PAGO OPORTUNO | FECHA DE SUSPENSIÓN (2) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| $10.890 | | $0 | | $10.890 | 06 MAR /2025 | 10 MAR/2025 |

## ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 0317344-2 | PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 21 MAR /2025

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

| CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA | Lectura Actual | (-) Lectura Anterior | (=) Diferencia de Lecturas | (x) Factor | (=) Energía Consumida kWh | Energía Facturada kWh | (x) Valor Unitario | (=) Valor Facturado |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ENERGÍA ACTIVA FP | 54.348 | 54.333 | 15 | 1 | 15 | 15 | $853,92 | $12.809 |
| ENERGÍA REACTIVA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | $280,91 | $0 |
| SUBSIDIO | Consumo a subsidiar 130,00 kWh X | | Valor kWh $853,9223 X | | Beneficio -15,00 % | | | -$1.921 |
| ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTÓ $375 DIARIOS | | | | | | | SUBTOTAL: | $10.888 |

### Otros cobros asociados a energía:

Ajustes a la decena $0

SUBTOTAL: $0

Consumos + Otros cobros asociados a energía (1) TOTAL ENERGÍA: $10.890

### Otros cobros de productos y servicios:

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

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

Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $89.656

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 %


LA TARJETA DE LA CIUDAD
Crédito Fácil CODENSA



Solicita ya tu Tarjeta de la ciudad Crédito Fácil CODENSA y accede a un mundo de beneficios y descuentos:

Solicítala ya escaneando este QR




Cobertura regional de The Bank of Nova Scotia, otorgada bajo licencia temporal de Colpatria Establecimiento Bancario. Aprobación sujeta a políticas de la entidad.


NÚMERO DE CLIENTE
0317344-2

Documento Equivalente Electrónico No.
343648298-1

(415)7707209914253(8020)010317344234364829 81(3900)00000000010890

PAGO OPORTUNO
06 MAR /2025

TOTAL A PAGAR
$10.890

No. cuenta: 0317344-2 Página 2 de 2

**ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES**

**HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS**

**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM**

HISTORIA CLINICA: 237 | MICROCHIP: 990000013797856 | FECHA: 3/3/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

**1. DATOS DEL PACIENTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE: Sacha. | | | | COLOR: Negro | |
| ESPECIE: CANINO __ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO __ | RAZA: Mestizo | EDAD: 5 meses | PESO: 1.8 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: Sandra Ivonne Vanegas Velasquez | DIRECCION: Kr 24 # 17-71 | | TELEFONO: 3124842097. |
| CEDULA: SI 988 306 | CORREO ELECTRÓNICO: Sandraivonnegas@gmail.com | | |
| BARRIO: El Vergel | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: LOS MARTIRES | |
| ESCOLARIDAD: Primaria NS/NR: __ | TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __ | | |

**3. ANAMNESIS**

Buen estado de salud

| ULT. CELO: | ULT. DESPARASITACION: | ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: | TRIPLE: | PENTAVALENTE: |
|---|---|---|---|---|
| No ha presentado | 04 Febrero 2025 | 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: |
|---|---|---|---|---|
| 166 l/m | 30 r/m | 38,1 °c | 1 seg | 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 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<br>TARJETA PROFESIONAL | Mónica Vc'ázquez Milán<br>Médica Veterinaria<br>TP. 11804 | FIRMA: MV |
| NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO<br>TARJETA PROFESIONAL | Yennifer<br>Gutiérrez Nomesque<br>Médico Veterinario - Zootecnista<br>TP. 33358 | FIRMA: 46 |

| | | |
|---|---|---|
| BOGOTÁ | ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES<br>HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS<br>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 Ivónne Vanegas V. | 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:<br><br>Nro. Identificación: | Firma: |
|---|---|

**8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS**

| LUGAR: | FECHA: | HORA: |
|---|---|---|
| Eduardo Santos | 17-03-25 | 8 am |

OBSERVACIONES:

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 1100004198

56

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: **0357503-0**

**DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 343283794-9**

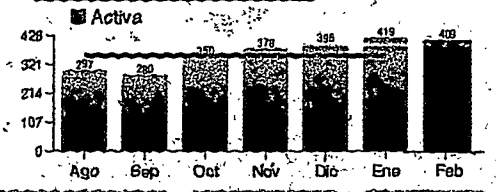
**CLIENTE**

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

17 221 4468 / 074-640123

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el codigo

## COMPORTAMIENTO CONSUMO




VALOR kWh APLICADO: $555,92

CONSUMO DIARIO: 13,10 kWh

VALOR DIARIO: $ 7.469

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 353 kWh

PERIODO FACTURADO: 21 ENE 2025 A 18 FEB 2025

DIAS FACTURADOS: 28

CONSUMO MES: 409 kWh

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


Te lo cuenta Enel.

**Entiende tu factura de energía.**

Revisa siempre los siguientes datos:

- Histórico de consumo
- Periodo facturado
- Consumo kWh
- Cobro de otros servicios

Conoce más en:
www.enel.com.co
o escaneando este QR




## INFORMACIÓN DE LA CUENTA

| | |
|---|---|
| CLASE DE SERVICIO: | Residencial |
| ESTRATO: | 3 |
| CARGA kW: | 2,00 |
| FACTOR: | |
| RUTA REPARTO: | 100021722144-66 |
| RUTA LECTURA: | 121722300059 |
| MANZANA DE LECTURA: | MS0041 0623 |
| MEDIDOR NO: | 074-640123 |
| MEDIDOR NO: | 074-640123 |

## CALIDAD DEL SERVICIO


DURACIÓN INTERRUPCIONES (Horas)
FRECUENCIA INTERRUPCIONES (Eventos)
0,12
0,00
0,00
0,00
12
1
3
0
0,00
0,00
0,00

1 Total Energía $332.600 + 2 Portafolio Enel X $0 = Total a Pagar $332.600

PAGO OPORTUNO 04 MAR /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN (1) 06 MAR/2025

## ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 0357503-0

PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 19 MAR /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 | 83.633 | | 83.224 | | 409 | | 1 | | 409 | 409 | | $853,92 | | $349.254 |
| ENERGÍA REACTIVA | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | 0 | | $280,91 | | $0 |
| SUBSIDIO | Consumo a subsidiar 130,00 kWh | X | Valor kWh $853,9223 | | | X | Beneficio -15,00 % | | | | | | | -$16.652 |
| ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTÓ $11.493 DIARIOS | | | | | | | | | | | | SUBTOTAL | | $332.602 |

### Otros cobros asociados a energía

| | |
|---|---|
| Ajustes a la decena | $-2 |
| SUBTOTAL | $-2 |

Consumos + Otros cobros asociados a energía: (1) TOTAL ENERGÍA: $332.600

### 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

¡Con el fin de evitar la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $83.656.

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 %


LA TARJETA DE LA CIUDAD
Crédito Fácil CODENSA



Solicita ya tu Tarjeta de la ciudad Crédito Fácil CODENSA y accede a un mundo de beneficios y descuentos.

Solicítala ya escaneando este QR




Vigilado supervisión de Superfinanciera de Colombia, utilizando bajo licencia de Bancolombia S.A. Compañía de Financiamiento Tuya S.A. Aplican términos y condiciones de la entidad.


NÚMERO DE CLIENTE 0357503-0

Documento Equivalente Electrónico No. 343283794-9

(415)7707209914253(8020)010357503034328379493(900)000000000332600

PAGO OPORTUNO 04 MAR /2025

TOTAL A PAGAR $332.600

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 238

MICROCHIP: 990000012130682

FECHA: 3/3/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

## 1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Kitty

COLOR: Tigre Gris

ESPECIE: CANINO __ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO __ RAZA Mestizo EDAD 4meses PESO: 1,7Kg POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X

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

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

## 2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Sandra Liliana Jimenez Cepeda

DIRECCION: Kr 17A #3A-58 02

TELEFONO: 3004136627

CEDULA: 1106 896 185

CORREO ELECTRÓNICO: sandrasport1994@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: Enero 25

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

FELINOS: TRIPLE FELINA: Ene25 HEXAVALENTE: LEUCEMIA: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: — RABIA: Ene 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: 171 l/m

F. RESPIRATORIA: 30 r/m

TEMPERATURA: 38,2 °c

TLLC 1 seg

MUCOSAS: Rosada

OBSERVACIONES: Ninguno

## 6. MEDICACION

| FASE DE PROCEDIMIENTO | MEDICACION | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 0,08 ml. | 1 mg/kg IM |
| | KETAMINA | 0,17 ml. | 5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☒ |
| | PROPOFOL | — ml. | 2 mg/kg IV |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | 0,5 ml. | 2 mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN (S.P.B.) | 0,11 ml. | 17.000 UI/kg IM |
| | MELOXICAM | 0,01 ml. | 0,2 mg/kg SC |

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO
TARJETA PROFESIONAL

Mónica Vázquez Milán
Médica Veterinaria
TP. 11804

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO
TARJETA PROFESIONAL

Yennifer Gutiérrez Nomesque
Médico Veterinario - Zootecnista
TP 33358

FIRMA

| | | |
|---|---|---|
| MÁRTIRES BOGOTÁ | ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES<br>HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS<br>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 compañia.** 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 Jimenez | 1106896185 |

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:<br><br>Nro. Identificación: | Firma: |
|---|---|

**8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS**

| LUGAR: | FECHA: | HORA: |
|---|---|---|
| Eduardo Santos | 17-03-25 | 8 am |

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.106.896.185**

**JIMENEZ CEPEDA**

APELLIDOS

**SANDRA LILIANA**

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-AGO-1994**

**BOGOTA D.C**
**(CUNDINAMARCA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

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

**05-SEP-2012 MELGAR**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-2907900-00883530-F-1106896185-20170216 0053650980A 1 9998880994

Enero 2025

60920055

BOGOTA

Vigilado Superservicios

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

vanti
Más formas de avanzar

## Fechas importantes

1. Pago oportuno: 20 Ene. 2025
2. Fecha de suspensión: 21 Ene. 2025
3. Período facturado: Dic. - Ene. 2024
4. Emisión de tu factura: 08 Ene. 2025

## Conceptos facturados

| Concepto | Cantidad Unidad (A) | Valor unitario (B) | IVA (C) | Subtotal D=(A*B)+C |
|---|---|---|---|---|
| CONSUMO GAS | 20M3 | 2.479,93 | 0,00 | 49.598,60 |
| FIJO | 1UN | 4.029,00 | 0,00 | 4.029,00 |
| AJUSTE DECENA | 1UN | 2,40 | 0,00 | 2,40 |

1 Total $53.630,00

## Tus financiaciones

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

2 Total $0,00

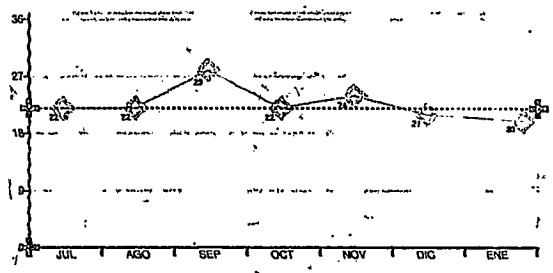
3 Valor facturas vencidas $0,00

**Total a pagar 1+2+3** $53.630,00

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 Dic. 2024 | 1635 | REAL |
| 03 Ene. 2025 | 1661 | REAL |

m³ corregido= 1661 - 1635 * Factor de corrección = 20

**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 $ 5363

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: 613.68 Cm: 2479.93
Tp: 61.58 Cvm: 0.0 Cufm: 4029.0 Cuvm: 2479.93
Ccm: 0.0 Fpcm: 42.475 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

M/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 236 kWh y el precio unitario del kWh es: $227.236

### Factor de corrección

Vm: 26 Kp: 0.76727 Kt: 1.00641 Pt: 0.77219
Vc: 20 Tm: 13.72 Tc: 15.56 Pc: 1.01008
Pa: 0.752 Fm: 0.023 Pv: 1.0
Factor de corrección: 0.77219

### Indicadores de calidad

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




(415)7709998026025(8020)60920055(3900)00000000053630

35582

C1

Factura No. F1B22385132

2e0769d0f410f0845267bde7f7219dcd1959f127a94e135901f81311734e2c3d9d456b3e136d6ac5de588f7c49ce518

www.efecty.com.co

Por favor doblar y rasgar para abrir la factura

Por favor doblar y rasgar para abrir la factura

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

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

Solicita tu factura en línea y págala a través del botón Bancolombia o PSE

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

**Solicita tu factura en línea aquí**



## Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

» Pagos electrónicos en otras entidades

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

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Escanea para pagar tu factura

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

## Puntos Presenciales

- Corresponsales Banca BBVA
- Corresponsales Scotiabank Colpatria
- Corresponsales Grupo Aval
- » Corresponsales Banca 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*
Fija: **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. 800.095.812-8 7048/23072024

# ¡Hola!

**MARIA IGNASIA FLOREZ**
KR 17A 3A 58 02 - EL PROGRESO.
BOGOTA

vanti
*Más formas de avanzar*
Vanti S.A. ESP.
**Medidor Gas No. 007120200003716318**

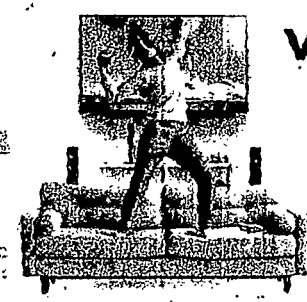
**Lote:** P02GN **Ruta:** 0011240101800005000 **Código del Sector:** 199

**Cuenta o referencia de pago 60920055**

vanti Listo

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

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



Estás **Listo** con Vanti Listo para llevarte lo que necesitas a **casa**

vanti Listo

***Usa tu cupo de crédito Vanti Listo** ahora mismo en nuestras tiendas aliadas:*

Mansión Electrodomésticos · Multintegral · TECHRED · 3 Hermanos

**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.*

199
0011240101800005000
P02GN

Por favor doblar y rasgar 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: 239 | MICROCHIP: 990000012130689 | FECHA: 3/3/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

**1. DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRE: Mia | COLOR: Atigrado

ESPECIE: CANINO __ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO __ | RAZA Mestizo | EDAD 1año | PESO: 2,5Kg | POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

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

**2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE**

NOMBRES Y APELLIDOS: Juan David Rodriguez Sierra | DIRECCION: Kr 18C # 1-34 AP 500 | TELEFONO: 3238033871

CEDULA: 1014 478 161 | CORREO ELECTRÓNICO: juanchosierra1228@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: | ULT. DESPARASITACION: | ULT. VACUNACION: NS/NR: CANINOS PARVO: | TRIPLE: — | PENTAVALENTE: — |
|---|---|---|---|---|
| Feb 25 | No Reporta | FELINOS: TRIPLE FELINA: / | HEXAVALENTE: | PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: — |
| | | LEUCEMIA: / | RABIA: Julio 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: |
|---|---|---|---|---|
| 164 l/m | 30 r/m | 38,3 °c | 1 seg | Rosada |

OBSERVACIONES: Ninguno

**6. MEDICACION**

| FASE DE PROCEDIMIENTO | MEDICACION | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 0,12 ml. | 1 mg/kg IM |
| | KETAMINA | 0,25 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<br>TARJETA PROFESIONAL | Mónica Velázquez Milán<br>Médica Veterinaria<br>TP. 11804 | FIRMA: MV |
| NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO<br>TARJETA PROFESIONAL | Yennifer Gutiérrez Nomesque<br>Médico Veterinario - Zootecnista<br>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 compañia.** 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: 1014478161 |

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: | |

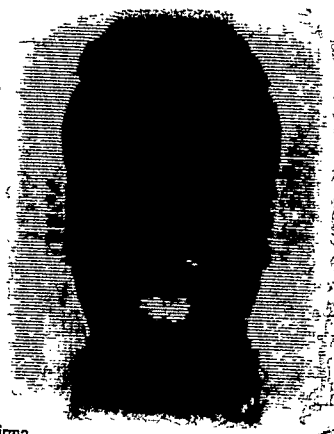
**8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS**

| LUGAR: | FECHA: | HORA: |
|---|---|---|
| Eduardo Santos | 17-03-25 | 8 am |

OBSERVACIONES:

CÉDULA DE CIUDADANÍA [redacted]

# REPÚBLICA DE COLOMBIA



Apellidos
RODRIGUEZ SIERRA

NUIP 1.014.478.161

Nombres
JUAN DAVID

Nacionalidad
COL

Estatura
1.75

Sexo
M

Fecha de nacimiento
28 DIC 2004

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
11 ENE 2023, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expiración
18 SEPT 2034

CO

054735455

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL054735455015001<<<<<<<<<<<
0412281M3409187COL1014478161<2
RODRIGUEZ<SIERRA<<JUAN<DAVID<<

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: **0318354-4**

**DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 343514639-6**

**CLIENTE**

**CAMILO CALDERON 3012160904**
KR 18 C NO 1 34 AP 500
BOGOTA, D.C. - EDUARDO SANTOS

19 204 4905 / 019-7971711

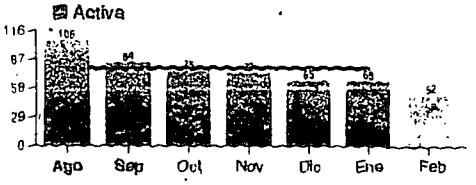
¿Quieres tu factura virtual? Escánea el código

Te lo cuenta Enel
**Entiende tu factura de energía.**
Revisa con ella los siguientes datos:
- Histórico de consumo
- Periodo facturado
- Consumo kWh
- Cobro de otros servicios

Conoce más en www.enel.com.co o escaneando este QR



## COMPORTAMIENTO CONSUMO




VALOR kWh APLICADO: $853,62

CONSUMO DIARIO: 1,79 kWh

VALOR DIARIO: $1.301

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 70 kWh

PERÍODO FACTURADO: 23 ENE/2025 A 20 FEB/2025 | DÍAS FACTURADOS: 29 | CONSUMO MES: 82 kWh

Estimado usuario para la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO presenta una variación. Encuentra las posibles causas y tips de ahorro en www.enel.com.co

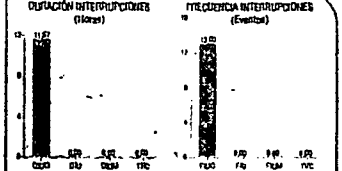
## INFORMACIÓN DE LA CUENTA

| | |
|---|---|
| CLASE DE SERVICIO: | Residencial |
| ESTRATO: | 3 |
| CARGA kW: | 3,00 |
| FACTOR: | 1 |
| RUTA REPARTO: | 10002192044905 |
| RUTA LECTURA: | 12192050026 |
| MANZANA DE LECTURA: | MS00410539 |
| MEDIDOR NO: | 019-7971711 |
| MEDIDOR NO: | 019-7971711 |

## USO SEGURO DE LA ENERGÍA

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

## CALIDAD DEL SERVICIO




## CONTÁCTANOS

Registrate gratis
Chat de atención
018 000 8000 (Llama Gratis o pasa Acasa)
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 |

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

## ¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

**Medios virtuales de Pago:** APP Bancos, Internet, Teléfonos Bancos, Débito Automático, Cobro Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Botón de Pago Online, Botón de Pago Electrónico

**Billetera Virtual:** Daviplata, Nequi, MOVII, Tpaga

**Corresponsales Bancarios:** CONRED, Efecty, Su Red, Movired

**Red Distrital:** Red Cade

**Centros de Servicio:** enel

**Almacenes de Cadena:** Jumbo, Alkosto

**Código QR**

Si pagas en tu corresponsal bancario, exige el desprendible del distribuidor. El sello del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.

Inscríbete a factura electrónica* y aprovecha los beneficios.
Escanea el código



**COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:** Vigencia: ENE/2025
G: $358,49 T: $56,03 D: $250,91 CV: $75,73 PR: $70,23 R: $12,98 C: $0,00 / $853,52 Costo kWh Mes

GRUPO 11 CUCUTA C.A.Y.P. ESTRATO 3 - NIVEL DE TENSION 1 PROPIEDAD Regimen

ACTIVIDAD ECONOMICA 3314 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 019 DE 1998.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comuníquese al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 9001 de 10 de diciembre de 2020.

Contra 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.

El consentimiento de la resolución CREG 5071 | consultar texto completo

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, se cual modificó el Código de Medida, se establecieron definiciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, se 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 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.

CUDE: 65691aad869d9da12a71cd7ba6d63fda75cd8e3d553aa0088894d66a210d36bdabd7746b037e1d51526f8fab2667756b7fc3

FECHA GENERACIÓN: 25/02/2025 00:30:18
FECHA EXPEDICIÓN: 25/02/2025 13:25:14

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.058.607-2 | Proveedor Tecnológico Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC | Nombre del SW CENFinanciero NIT 830 221 151-0

1 Pagar Energía $37.740 + 2 Portafolio $0 = 3 Total a Pagar $37.740

**PAGO OPORTUNO**
**06 MAR /2025**

**FECHA DE SUSPENSIÓN ⓑ**
06 MAR 2025

**ENERGÍA** [redacted] | **NÚMERO DE CUENTA** 0318354-4 | **PRÓXIMA FECHA DE LECTURA** 21 MAR /2025

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

| CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA | Lectura Actual | − | Lectura Anterior | = | Diferencia de Lectura | × | Factor | = | Energía Consumida kWh | Energía Facturada kWh | × | Valor Unitario | = | Valor Facturado |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ENERGÍA ACTIVA FP | 43.215 | | 43.163 | | 52 | | 1 | | 52 | 52 | | $853 92 | | $44 404 |
| ENERGÍA REACTIVA | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | 0 | | $200 91 | | $0 |
| SUBSIDIO | Consumo a subsidiar 130,00 kWh X | | | | Valor kWh $853 n223 | | X | | Beneficio -15,00 % | | | | | $6 681 |

ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTÓ $1.901 DIARIOS

**SUBTOTAL:** $37.743

**Otros cobros facturados en energía**

Ajustes a la decena $-3

SUBTOTAL $-3

1 TOTAL ENERGÍA $37.740

**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

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 cobros publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $49.858

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

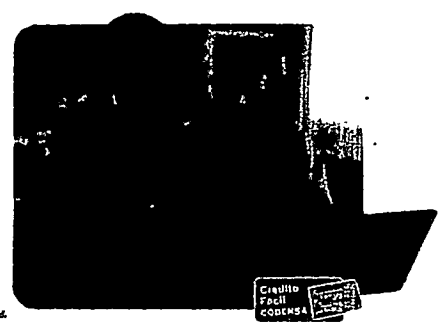
ESTIMADO CUENTE: El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (0 – 130 kWh/mes) es de -15,00 %


LA TARJETA DE LA CIUDAD
Crédito Fácil CODENSA

[redacted]

Solicita ya tu Tarjeta de la ciudad Crédito Fácil CODENSA y accede a un mundo de beneficios y descuentos.

Solicítala ya escaneando este QR




Sistema administrado por The Bank of Nova Scotia, Utilizada bajo licencia. Derechos Reservados. Disponible exclusivamente para personas. Aprobación sujeta a políticas de la entidad.


**NÚMERO DE CUENTE**
**0318354-4**

Documento Equivalente Electrónico No.
343514639-6

(415)7707209914253(8020)010318354434351463 96(3900)000000000037740

**PAGO OPORTUNO**
**06 MAR /2025**

**TOTAL A PAGAR**
**$37.740**

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 240 | MICROCHIP: 990000012130686 | FECHA: 3/3/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD __

**1. DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRE: Perla | COLOR: Blanco Negro

ESPECIE: CANINO __ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO __ | RAZA Mestizo | EDAD 10 meses | PESO: 2,8Kg | POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO Y

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: Juan David Rodriguez Sierra | DIRECCION: Kr 18c # 1-34 AP 300 | TELEFONO: 3238033871

CEDULA: 1014478161 | CORREO ELECTRÓNICO: juanchosierra1228@gmail.com

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

ESCOLARIDAD: NS/NR: Universitario | TIPO DE VIVIENDA: CASA __ APTO Y RURAL __

**3. ANAMNESIS**

Buen estado de salud

ULT. CELO: Feb 25 | ULT. DESPARASITACION: No Reporta | ULT. VACUNACION: NS/NR: CANINOS PARVO: — TRIPLE: — PENTAVALENTE: — FELINOS: TRIPLE FELINA: / HEXAVALENTE: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: — LEUCEMIA: / RABIA: Julio 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: 171 l/m | F. RESPIRATORIA: 31 r/m | TEMPERATURA: 38,5 °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: Mónica Vc.ázquez Milán
TARJETA PROFESIONAL: Médica Veterinaria TP. 11804 | FIRMA: MVq

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

199

| | | |
|---|---|---|
| BOGOTÁ | ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES<br>HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS<br>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 compañia.** 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: |
|---|---|
| | 1014478161 |

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:<br><br>Nro. Identificación: | Firma: |
|---|---|

**8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS**

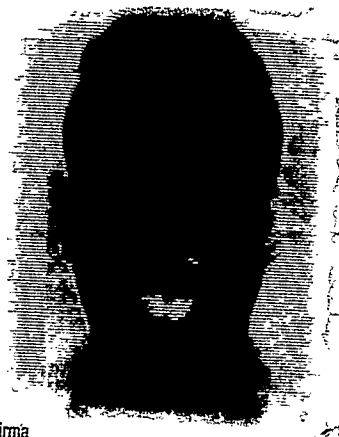
| LUGAR: | FECHA: | HORA: |
|---|---|---|
| Eduardo Santos | 17-03-25 | 8 am |

OBSERVACIONES:

CÉDULA DE CIUDADANÍA

[redacted]

REPÚBLICA DE COLOMBIA



Apellidos
RODRIGUEZ SIERRA

NUIP 1.014.478.161

Nombres
JUAN DAVID

Nacionalidad
COL

Estatura
1.75

Sexo
M

Fecha de nacimiento
28 DIC 2004

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
11 ENE 2023 BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expiración
18 SEPT 2034

0547354555

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0547354550150O1<<<<<<<<<<
0412281M3409187COL1014478161<2
RODRIGUEZ<SIERRA<<JUAN<DAVID<<