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: **0318354-4**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 343514639-6

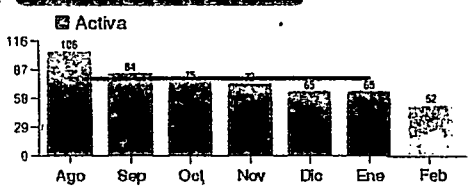
CLIENTE

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? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $853,82

CONSUMO DIARIO: 1,79 kWh

VALOR DIARIO: $1.301

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

DÍAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES 52 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES* 76 kWh

Entérate cómo pasó a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO presenta una variación [illegible] en www.enel.com.co

Todo cuenta Enel

Entiende tu factura de energía.

Revisá 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

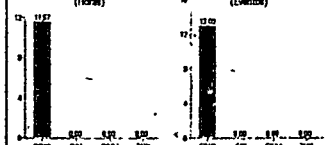
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10002192044905
RUTA LECTURA:	12192050026
MANZANA DE LECTURA:	MS00410536
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

Trámites y solicitudes
Chat de servicios
326 800 8003 (Llame Gratis o paso Acceso)
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 Banco, Internet, Teléfono Banco, Débito Automático, Cajero Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Botón de Pago Online, Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual: Nequi, MOVII, Daviplata, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, Efecty, Red Multicolor, Movired, Jumbo, Éxito

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena

Código QR

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

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 / $853,82 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: C-AV21-1134278H - NIVEL DE TENSIÓN:1 PROPIEDAD: Empresa

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

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

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

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

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

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, 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 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.

Inscríbete a factura electrónica* y aprovecha los beneficios.

Escanea el código

FECHA GENERACIÓN: 25/02/2025 00:30:18
FECHA EXPEDICIÓN: 25/02/2025 13:25:14

CUDE: 6569 1ea869b39a12e711d7ba1b83de75cd6c3d535ad009094d66a2f0d36bdabd74d6037a1d615f326fcab266756b7fc3

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

Factura Impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.096.612-1

1 Total a Facturar Energía $37.740 + 2 Facturación Otros $0 = Total a Pagar $37.740

PAGO OPORTUNO 06 MAR /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN 10 MAR/2025

ENERGÍA — CUENTA CONTRATO 0318354-4 — PRÓXIMA FECHA DE LECTURA 21 MAR /2025

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

Concepto 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	43.215		43.163		52		1		52	52		$853 92		$44 404
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 %					$6 661

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $1.201 DIARIOS — SUBTOTAL: $37.743

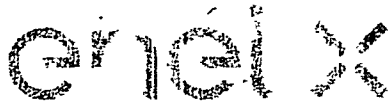
Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena $-3

SUBTOTAL $-3

Cargos asociados a energía — 1 TOTAL ENERGÍA $37.740

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

1 Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $99.658

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

NÚMERO DE CLIENTE 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: 241

MICROCHIP: 990000012130308

FECHA: 3/3/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Milo

COLOR: Negro-blanco Amarillo

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

RAZA: Mestizo

EDAD: 7 meses

PESO: 2Kg

POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Laura Marcela Rodriguez Cubillos

DIRECCION: cl 64 # 16-57 AP 102

TELEFONO: 3118664500

CEDULA: 1010197 997

CORREO ELECTRÓNICO: lalarodriguez240429@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:	TRIPLE:	PENTAVALENTE:
Enero 25	Nov 24	FELINOS: TRIPLE FELINA: /	HEXAVALENTE:	PARAINFLUENZA Y BORDETELLA:
			LEUCEMIA: /	RABIA: /

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI __ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

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

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,1 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,2 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☒
	PROPOFOL	— ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,7 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,14 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,02 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

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

202

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: 1010107497.

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

RAZÓN:

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

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

OBSERVACIONES:

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO
25-ABR-1991
BOGOTA D.C. - CUNDINAMARCA

FECHA DE EXPEDICIÓN
05-JUN-2009

SEXO
FEMENINO

LUGAR DE PREPARACIÓN
BOGOTA D.C. - LA CANDELARIA BOGOTA DC

OFICINA DE ENTREGA
BOGOTA D.C. - LA CANDELARIA 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 18-MAR-2025

851292920G
18-SEP-2024

REPÚBLICA DE COLOMBIA

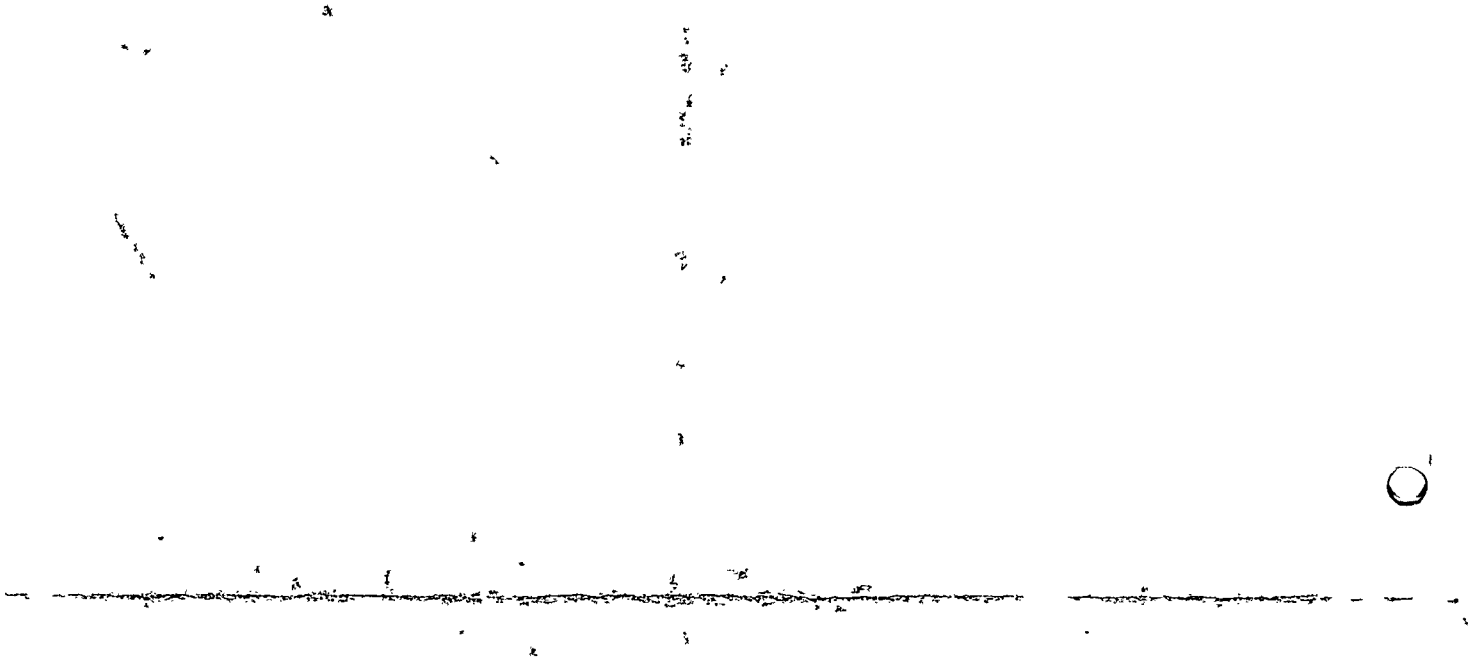
Libertad y Orden

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CONTRASEÑA

DUPLICADO CC
1.010.197.997

APELLIDOS NOMBRES
RODRIGUEZ CUBILLOS
LAURA MARCELA



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: **0309591-9**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 343324538-1

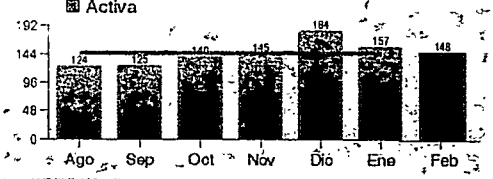
CLIENTE

MERCEDES DE LOPEZ
CL 6 A NO 16 57 AP 102
APTO 102
BOGOTA, D.C.- LA ESTANZUELA

17 225 4498 / 075-1809

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $853,92

CONSUMO DIARIO: 5,10 kWh

VALOR DIARIO: $3.784

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

DÍAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES: 148 kWh

CONSUMO PROMEDIO ÚLTIMOS 6 MESES 146 kWh

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

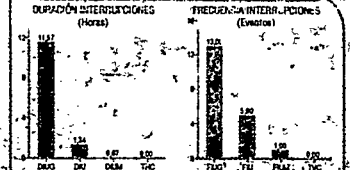
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	6,43
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10002172254498
RUTA LECTURA:	12172280531
MANZANA DE LECTURA:	MS00410414
MEDIDOR NO:	075-1809
MEDIDOR NO:	075-1809

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: 29177781 GRUPO: 11 HC: 0,00 VC: 0,00 CCC: 0,02
PERIODO: 2024/12 DI: 22427 CP: 184,00000 MC: 0,00 MP: 1,00 SE: 0,18

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

CONTÁCTANOS

Trámites y enlaces en www.enel.com.co/es/personas/servicios.html

Chat de servicio en www.enel.com.co/es/personas/puntos-de-atencion.html

318 800 6003 (Línea Bot o paso Asesor)

Enel 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 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 · efecty · Reval · MOVIRED · puntored

Red Distrital

RED CADE

Centros de Servicio

enel

Almacenes de Cadena

OLIMPICA · 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: BJ18-29177781 - - NIVEL DE TENSIÓN: 1 PROPIEDAD: Empresa

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

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de ellos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá,al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio, el 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 suscripción 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 (Entidades de Cobranza), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo, ENEL COLOMBIA S.A. ESP no se responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor diríjalos 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 00:47:24
FECHA EXPEDICIÓN: 21/02/2025 17:14:10

CUDE: c6f8897f346d01b7e8a287e8da2ac7987f0a1581f961ad8457533fd03294a56506a29835d0cbaf7e70e0be06c4c4c73332

Facturas impresas por Carvajal Soluciones de Comunicación BAS NIT 800.086.812-2 · Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CEIFinanciero - NIT 890.321.151-0

204

8.764 - Página 2 de 4

No. Cuenta 0309591-9 33854

1 Total Energía	+	2 Portafolio Enel X	=	Total a Pagar	PAGO OPORTUNO	FECHA DE SUSPENSIÓN
$109.730		$8.700		$118.430	04 MAR /2025	06 MAR/2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 0309591-9

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	18.417		18.269		148		1		148	148		$853,92		$126.381
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 %					-$18.652

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $3.784 DIARIOS

SUBTOTAL $109.729

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena $1

SUBTOTAL $1

Consumos + Otros cobros asociados a energía 1 TOTAL ENERGÍA: $109.730

Otros cobros de productos y servicios

Asistencia Protección Luz 360 $8.700

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.

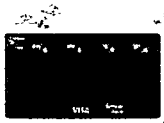
Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y aseo 2 TOTAL OTROS: $8.700

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
0309591-9

Documento Equivalente Electrónico No.
343324538-1

(415)7707209914253(8020)010309591934332453 81(3900)000000000118430

PAGO OPORTUNO
04 MAR /2025

TOTAL A PAGAR
$118.430

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 242 | MICROCHIP: 990000012130302 | FECHA: 3/3/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Muñeca.				COLOR: Atigrado	
ESPECIE: CANINO __ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO __	RAZA mestiza	EDAD 3 Años	PESO: 2.7kg.	POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI __ NO X.	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X	TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR __ CASERO __ CONCENTRADO X MIXTO __ OTRO __			

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Flor Stella Diaz Gamez	DIRECCION: Cl 15 # 16-62	TELEFONO 3115841183
CEDULA: 53041656	CORREO ELECTRÓNICO: Sttela85Diaz@gmail.com.	
BARRIO: San Victorino / ESTRATO: 0	LOCALIDAD: LOS MARTIRES	
ESCOLARIDAD: Tecnico. NS/NR: __	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __	

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

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

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,13 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,27 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 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

20

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:
Jhon Stalleo Diaz Gomez	53041656

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

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

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 53.041.656

DIAZ GOMEZ
APELLIDOS

FLOR STELLA
NOMBRES

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 13-NOV-1985

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

04-DIC-2003 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-1500150-00799510-F-0053041656-20160310 0048893622A 1 1303810275

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: **0340206-9**

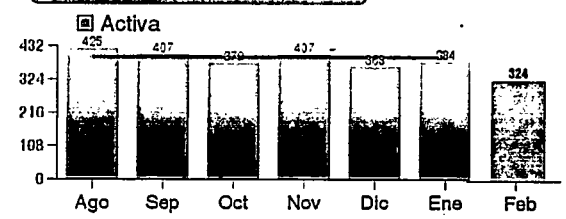
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 341631036-0

CLIENTE

ERNESTO CUBILLOS V
CL 15 NO 16 62
HOTEL RIOBAMBA
BOGOTA, D.C. - SAN VICTORINO

07 402 1430 / 117-21402218

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $853,92

CONSUMO DIARIO: 11,57 kWh

VALOR DIARIO: $11.857

PERIODO FACTURADO: 08 ENE/2025 A 04 FEB/2025

DIAS FACTURADOS: 28

CONSUMO MES 324 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 395 kWh

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

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

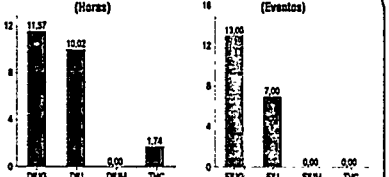
INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Comercial
ESTRATO:	0
CARGA kW:	6,30
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30004074021430
RUTA LECTURA:	34074040427
MANZANA DE LECTURA:	MS00610509
MEDIDOR NO:	117-21402218
MEDIDOR NO:	117-21402218

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: 1184STR1 GRUPO: 11 HC: 0,00 VC: 0,06 CEC: 0,00
PERIODO: 2024/12 Dc: 224,67 Cf: 358,60000 Hz: 0,00 Mf: 1,00 %t: 0,18
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 038 de 2019

CONTÁCTANOS

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

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas.	601 6140055 denuncias@enel.com

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

Rappipay · Daviplata · MOVII · NEQUI · tpaga

Corresponsales Bancarios

CONRED · efácil · Reval · MOVIRED · efecty

Red Distrital

RED CADE

Centros de Servicio

enel

Almacenes de Cadena

JUMBO · Metro

Código QR

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

Regístrate a Enel

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 "Comparto mi energía"
Aporte sugerido: $33.200

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: SP15-1184STR1 -- NIVEL DE TENSION:1 PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autoretenedores según Resolución No. 0517 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: 08/02/2025 01:22:50
FECHA EXPEDICIÓN: 09/02/2025 14:42:15

CUDE: ee57dcf72663c546be958825e3591ecad8cac13572b5a7db32daa7a12a6ddeb2020f0fbb3410e18bff6cbc1cfcb1b447f

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.096.812-1 Versión Aprobada
Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 890.321.151-0
3.795 - Página 1 de 2

1 Total Energía	+	2 Portafolio Enel X	=	Total a Pagar	PAGO OPORTUNO	FECHA DE SUSPENSIÓN
$332.010		$0		$332.010	18 FEB /2025	20 FEB/2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 0340206-9

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	X	Factor	=	Energía Consumida kWh	Energía Facturada kWh	X	Valor Unitario	=	Valor Facturado
ENERGIA ACTIVA FP	20.612		20.288		324		1		324	324		$853,92		$276.671
ENERGIA REACTIVA	157		152		5		1		5	0		$280,91		$0
CONTRIBUCION	APORTE DEL 20.00 % DEL VALOR FACTURADO													$55.334
ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $11.857 DIARIOS												SUBTOTAL:		$332.005

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$5
SUBTOTAL:	$5

Consumos + Otros cobros asociados a energia — 1 TOTAL ENERGÍA: $332.010

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 pagina 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: $0

! Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $92.702

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

ESTIMADO CLIENTE: La tarifa final es de: $853.92

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
0340206-9

Documento Equivalente Electrónico No.
341631036-0

(415)7707209914253(8020)010340206934163103 60(3900)00000000332010

PAGO OPORTUNO
18 FEB /2025

TOTAL A PAGAR
$332.010

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 243

MICROCHIP: 990000012130683

FECHA: 3/3/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: luna.

COLOR: Blanco Cafe

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

RAZA: mestizo.

EDAD: 1 año

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: Diana Judith Jaramillo Garcia

DIRECCION: cl 3B # 18A-14

TELEFONO: 3506319371

CEDULA: 20859339

CORREO ELECTRÓNICO: 3506319371@sincorreo.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: NO Reporta

ULT. DESPARASITACION: NO Reporta

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

FELINOS: TRIPLE FELINA: NOV 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
171 l/m	33 r/m	38,5 °c	1 seg	Rosado

OBSERVACIONES: Ningno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,11 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,2 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☑
	PROPOFOL	— ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,2 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: Ningno

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

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

20

	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:
Diana Jaramillo	20859 339.

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 **20.859.339**

JARAMILLO GARCIA

APELLIDOS

DIANA JUDITH

NOMBRES

Diana Judith Jaramillo G

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO **28-MAY-1971**

QUIPILE
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

29-ABR-1991 QUIPILE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-1500150-00966199-F-0020859339-20180103 0059038662A 1 9902341978

2091

aseo

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

El servicio de aseo se factura de forma bimestral

Cuenta contrato	Número para pagos
10014562	39352210817
Núm. de identificación de este predio	Número de esta factura de servicios públicos

LIME
LIMPIEZA URBANA S.A. ESP
830125461-1

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. Ocupadas: 3 — Und. No Res. Ocupadas: 0 — Densidad: 0.000
Und. Res. Desocupadas: 000 — Und. No Res. Desocupadas: 000 — Volumen: 0.00
Frecuencia Barrido: 06 — Frecuencia Recolección: 01 — %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	Reciclaje del aprovechamiento
0,0026	0,0010	0,0000
Efectivamente aprovechables	Residuos no aprovechables | Ahorradas - no ahorradas	
0,0503	0,0388	

Historico de vigencias cobradas

3	$156.589	2	$156.722
1	- $159.304	Días liquidadas	61

La tarifa incluye subsidio o aporte*

A Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$184.637	Interés mora	$4.539
Subsidio	$27.695-	Ajuste a la decena -crédito-	$1-

Subsidio (-) — IVA — Valor Aseo — $ 157.441
Aporte (+) — Tasa de ingreso del Distrito — $ 0
Información - cuenta corriente — *Aplica solo para predios a la PMV en el periodo actual

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:D33130**

BIMESTRAL

10014562	39352210817
Cuenta contrato Núm. de identificación de este predio	**Número para pagos** Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

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

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

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
MAR/14/2025	ENE/10/2025 09:18:55	ENE/10/2025 13:43:38

¡Hola!

Factura a nombre de
HECTOR J SAAVEDRA H

Dirección del predio
CL 3B 18A 14

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

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

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

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

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

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

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 249.

MICROCHIP: 990000012130599

FECHA: 3/3/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD __

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: luna.

COLOR: Negro.

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 X REGALADO __ PERRO DE CUADRA __ OTRO __

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Alba Cristina Deaza Bello

DIRECCION: CL 3 # 18A-26 001

TELEFONO: 3164845578

CEDULA: 52 323 703

CORREO ELECTRÓNICO: 3164845578@sincorreo.com

BARRIO: El Progreso ESTRATO: 3 LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: Primaria NS/NR: __

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO: 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: 164 l/m F. RESPIRATORIA: 32 r/m TEMPERATURA: 38,5 °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
TARJETA PROFESIONAL

Mónica Velázquez Milán
Médica Veterinaria
TP. 11804

FIRMA: MVM

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO
TARJETA PROFESIONAL

Yennifer Gutiérrez Nomesque
Médico Veterinario - Zootecnista
TP. 33358

FIRMA: YG

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

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO _X___** o **RECHAZO ____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de 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: 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 52.323.703

DEAZA BELLO

APELLIDOS

ALBA CRISTINA

NOMBRES

FIRMA

INDICE DERECHO

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

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

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

Inscríbete para tener tu factura de manera digital

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

REVISIÓN PERIÓDICA OBLIGATORIA DE GAS

vanti

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

podrás participar en una de los sorteos para ganar una de las 4 motos AKT NKD R 125 cikas.

Avanza y GANA

Agenda tu Revisión escaneando el QR

Autoriza Colluegas

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Red Multicolor · 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 señalado 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!

ODILIA DE SABOGAL
CL 3 18A 26 00001 - EL PROGRESO
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5057105-137773

199

Lote: P02GN *Ruta:* 0011240112800005000 *Código del Sector:* 199

Cuenta o referencia de pago 62044018

0011240112800005000

P02GN

3R0A69

vanti Listo

Compra televisor, celular, computador, moto y muebles, y paga a cuotas a través de tu factura de gas

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:

C1

CON VANTI LISTO REGRESA SÚPER LISTO A CLASE Y GANA UN COMPUTADOR

vanti Listo

Escanea el código QR y participa aquí.

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

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

Paga a cuotas a través de tu factura de gas natural

éxito · Alkosto · Kmonos

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.

Factura de gas

Febrero 2025

Cuenta o referencia de pago 62044018

BOGOTA

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

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

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

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	69M3	3.370,88	0,00	232.590,72
FIJO	1UN	4.043,00	0,00	4.043,00
AJUSTE DECENA	1UN	1,69	0,00	1,69
Intereses Moratorios Base Recargo	1UN	914,59	0,00	914,59
Reconexion por pago residencial-py	1UN	66.100,00	0,00	66.100,00

1 — Total $303.650,00

Tus financiaciones

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

2 — Total $0,00

3 — Valor facturas vencidas

$0,00

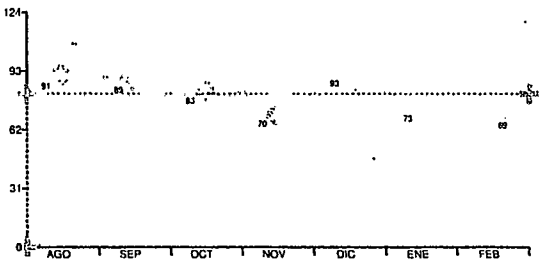
Total a pagar (1)+(2)+(3)

$303.650,00

Pago por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
03 Ene. 2025	21744	REAL
03 Feb. 2025	21833	REAL

*m³ corregido= 21833 - 21744 * Factor de corrección = 69*

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 $ 30365*

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

29 Abr. 2028

La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente* *Resoluciones 059 de 2012 y 41385 de 2017

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $3371.

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

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

Componentes tarifarios

Gm: 1844.46 Tm: 817.62 Dm: 617.95 Cm: 3370.88
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: 813
kWh y el precio unitario del kWh es: $291.062

Factor de corrección

Vm: 89 Kp: 0.76727 Kt: 1.00862 Ft: 0.77235
Vc: 69 *Tm: 13.66* *Te: 15.56* *Pe: 1.01008*
Pa: 0.752 Pm: 0.023 F¹ pv: 1.0

Factor de corrección: 0.77235

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IO: 100.0 IPI): 100.0

(415)7709998026025(8020)62044018(3900)00000000303650

Factura No. F15B26092915

Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NIT 800 007 813-5 - Revisor Fiscal Deloitte & Touche S.A.S. Esta factura presta mérito ejecutivo Art. 130 Ley 142 de 1994

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA	MICROCHIP:	FECHA:
245	990000012130593	3/3/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Lú			COLOR:	Atigrado Blanco
ESPECIE: CANINO __ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO __	RAZA Mestizo	EDAD 8 meses	PESO: 2.7 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: Alba Cristina Deaza Bello	DIRECCION: CL 3 #78A-26 001	TELEFONO 3164845578
CEDULA: 52 323 703	CORREO ELECTRÓNICO: 3164845578@sincorreo.com	
BARRIO: El Progreso	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: LOS MARTIRES
ESCOLARIDAD: primaria NS/NR: __	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __	

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: HEXAVALENTE: TRIPLE: PENTAVALENTE: 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:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
170 l/m	32 r/m	38,6 °c	1 seg	Rosada

OBSERVACIONES: Ningno

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: Ningno

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

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

214

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: 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: 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 52.323.703

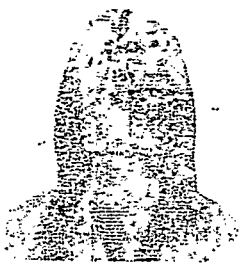
DEAZA BELLO

APELLIDOS

ALBA CRISTINA

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

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

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

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

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

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

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · 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 actividades de corte. 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!

ODILIA DE SABOGAL
CL 3 18A 26 00001 - EL PROGRESO
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5057105-137773

Lote: P02GN Ruta: 0011240112800005000 Código del Sector: 199

Cuenta o referencia de pago 62044018

vanti Listo

Compra electrodomésticos, ropa, muebles y mucho más y paga a cuotas a través de tu factura de gas

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gasnacer S.A. ESP. Conoce T&C de la campaña ingresando a grupovanti.com/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 válido 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.

0011240112800005000 360699 P02GN 199 C1

Factura de gas | Febrero 2025

Cuenta o referencia de pago 62044018

BOGOTA

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	69M3	3.370,88	0,00	232.590,72
FIJO	1UN	4.043,00	0,00	4.043,00
AJUSTE DECENA	1UN	1,69	0,00	1,69
Intereses Moratorios Base Recargo	1UN	914,59	0,00	914,59
Reconexion por pago residencial-py	1UN	66.100,00	0,00	66.100,00

1 — Total $303.650,00

Tus financiaciones

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

2 — Total $0,00

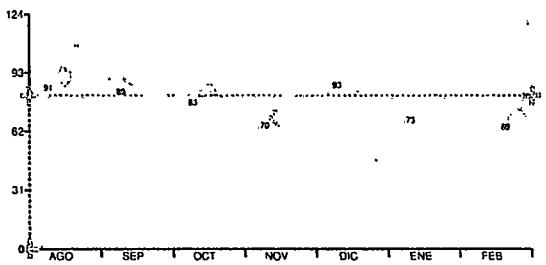
3 — Valor facturas vencidas: $0,00

Total a pagar (1+2+3): $303.650,00

Pago por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
03 Ene. 2025	21744	REAL
03 Feb. 2025	21833	REAL

m³ corregido= 21833 - 21744 * Factor de corrección = 69

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 $ 30365

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

29 Abr. 2028

La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente* *Resoluciones 059 de 2012 y 41385 de 2017

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $3371.

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

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

Componentes tarifarios

Gm: 1844.46 Tm: 817.62 Dm: 617.95 Cm: 3370.88
Pr: 90.85 Cvm: 0.0 Culm: 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: 813 kWh y el precio unitario del kWh es: $291.062

Factor de corrección

Vm: 89 Kp: 0.76727 Kt: 1.00662 Ft: 0.77235
Vc: 69 Tm: 13.66 Te: 15.56 Pa: 1.01008
Pa: 0.752 Pm: 0.023 F1 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)62044018(3900)00000000303650

Factura No. F15B26092915

Santa gravedad de la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios Resolución No. 4859 del 17 de Jun 1998. Autorización de Numeración de Facturación No. Formulario 18764067156808 del 19/02/2024. Facturación electrónica rango Nº 00000001 hasta 50000000 con vigencia de 18 meses

Vanti S.A. E.S.P. NIT 800.007.813-5 Revisor fiscal Deloitte & Touche S.A.S. Esta factura presta mérito ejecutivo Art. 130 de la ley 142 de 1994

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
990000012130841		3	Yorley del Carmen	Betancur Paredes	64 480 406	Y									Y	321846 1273	321846 12730 sincorreo con	Kr 19 A # 02 - 23 Ap202	Negro.		Y	Y			Yorley B.
990000012130857		3	Mariluz	Ramirez Morales	41 739 768	Y									Y	312303 9786	312303 9786@ sincorreo com	CL 34 # 17A-12 Ap 200	michico.		Y	Y			
990000012130844		3	Elsa Janneth	Castillo Vargas	51 855 036	Y									Y	314895 6543	Janneth 059@g mail. com	Kr 17A # 34 - 41	Oso		Y	P			Elsa Janneth Castillo Vargas
990000012130851		3	Brayan Estiben	Piedra	1014 480 303		Y	I							Y	310540 0323	brayan piedra 99@s mail.co	Kr 18 # 34-60	King		Y	P			Brayan Piedra
990000012130852		3	Evelyng Julieth	Ospino Bustamante	1140 875 163	Y									Y	302865 6173.	ospino 95@s mail com	Kr 18 # 1C - 50 Ap 302	Billo		Y	Y			EO.
990000013797860		3	Natalia Carolina	Betancour Ortiz	52 225 664	Y									Y	319275 5915	natalia betan court 1030@ gmail.com	Kr 19A # 2 -02	Hector		Y	Y			Natalia Betancur
990000013797844		3	Marisol	Lopez Contreras	51 997 015	Y									Y	313519 3997	m1333 2744 @gmail com	Kr 190 # 1F-84	Oreo		Y	Y			MARISOL LOPEZ
990000013797843		3	Daniela	Agyga Conde	1032 677 553	Y									Y	311375 8967	daniela 08conde @gmail com	Kr 18C #2-69 Ap200	Toby		Y	Y			
990000013797859		3	Daniela	Agyga Conde	1032 677 553	Y									Y	311375 8967	daniela 08conde @gmail com	Kr 18C # 2-69 Ap 200	Garfield		Y	Y			
990000012130319		3	Carolina	Sarmiento Gamba	52 540 999	Y									Y	311819 0425	Carolina Sarmi. 80@gmail com	kr 18 # 1C - 50 Ap 302	Copito		Y	Y			
990000012130315		3	Carolina	Sarmiento Gamba	52 540 999	Y									Y	311819 0425	Carolina Sarmi. 80@g mail.com	Kr 18 # 1C - 50 Ap 302	Tigre.		Y	Y			
990000012130313		3	Maria Camila	Urrea Bernal	1028 660 549	Y									Y	316782 9822	Camila Urreab @gmail com	Kr 18C # 7-34 Ap 600	Simón		Y	Y			M Camila

217

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: AFRO	COLOMBIANO	PALENQUERO	INDIGENA	RAIZAL	GITANO	NINGUNO	FIJO / CELULAR	e-mail	DIRECCIÓN	NOMBRE PACIENTE	ESPECIE: CANINO	ESPECIE: FELINO	SEXO: MACHO	SEXO: HEMBRA	OBSERVACIONES	FIRMA
990000012130685		3	Julieth Katherine	Montaya Ceron	1112 223 707	Y										Y	311454 2262	Julcamo ce1990 @hotmail.com	Db 4A # 18B-25 04 001	Michi		Y	Y			Julieth K. Montaya C.
990000012130681		3	Jhon Franklin	Rodriguez Peralta	7 366 560		Y									Y	311263 1556	francok 2rodriguez@outlook.com	CL 64 # 18-33 702 AP604	lucky		Y	Y			Jhon Rodriguez
990000012130691		3	Jhon Franklin	Rodriguez Peralta	7366 560		Y									Y	311263 1556	francok 2rodriguez@outlook.com	CL 64 # 18-33 702 AP604	lucas		Y	Y			Jhon Rodriguez
990000012130306		3	Yakeilys	Guaimaro Messia	5792 512	Y										Y	317043 7407	Yakeilys1983@gmail.com	Kr 17 # 3-15	Ramón		Y	Y			Yakeilys Guaimaro
990000012130317		3	Camila Alejandra	Diaz Gomez	1000 931 822	Y										Y	312577 3589	camila.diaz2pf@gmail.com	Db 4A # 18B-25 04 001	memphis		Y	Y			
990000012130305		2	Angel de Jesus	Peñuela Lopez	1104 069 661		Y									Y	310239 1414	angel.solis973@gmail.com	AK 27 # 16-85	Tony		Y	Y			Angel Peñuela
990000012130303		3	Natalia	Piza Garcia	1022 423 072	Y										Y	313337 4291	natalia.piza990@gmail.com	Kr 19A # 1-27 P13	Gusi		Y	Y			Natalia Piza
990000012130697		3	Diana Judith	Jaramillo Garcia	20859 339	Y										Y	350631 9371	350631 9371@sincorreo.com	CL 3A # 18A-14	Igor.		Y				Diana Judith Jaramillo Garcia
990000012130690		3	Orlando	Vargas Quintero	79 202 115		Y									Y	312 877 4127	312877 4127@sincorreo.com	Kr 25 # 2B-7 02	Haku						
990000012130687		3	Orlando	Vargas Quintero	79 202 115		Y									Y	312 877 4127	312877 4127@sincorreo.com	Kr 25 # 2B-7 02	Goro		Y				
990000012130311		3	Esperanza Yazmid	Forero Vega	52 220 217	Y										Y	313897 2589	forero vega e@gmail.com	CL 5A # 19-67 LC1	Patricio		Y				Esperanza Yazmid
990000012130700		3	Monica Andrea	Numpaque Castillo	1033 741 685	Y										Y	310628 5682	monicanmpaque castillo@gmail.com	Kr 14 # 7-67 AP 301	Ton Ton		Y				

2/8

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 246

MICROCHIP: 990000012130841

FECHA: 3/3/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Negro.

COLOR: Negro

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

RAZA: Mestizo

EDAD: 3 años

PESO: 4.2kg

POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yorley del Carmen Betancur Paredes

DIRECCION: Kr 19A # 02-23 AP 202

TELEFONO: 3218461273.

CEDULA: 64 480 406

CORREO ELECTRÓNICO: 3218461273@sincorreo.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:	TRIPLE:	PENTAVALENTE:
NO Aplica.	NO reporta.	FELINOS: TRIPLE FELINA: /	HEXAVALENTE: / LEUCEMIA: /	PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / RABIA: /

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ____ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

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

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,21 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,4 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☑
	PROPOFOL	— ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1,4 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,2 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,04 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

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

MARTIRES 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: Jonathan Botero R.	Nro de Identificación: 1140406

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

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

OBSERVACIONES:

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: **7771774-7**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 343287917-1

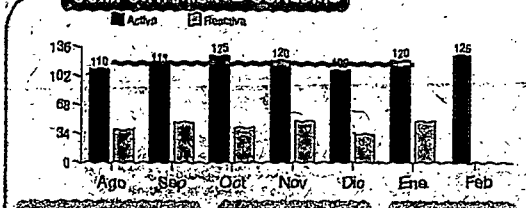
CLIENTE

CESAR DAVID RODRIGUEZ MORENO
KR 19 A NO 02 23 AP 202
BOGOTA, D.C. - EDUARDO SANTOS

17 223 2576 / 117-21478006

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $853,92

CONSUMO DIARIO 34 kWh

VALOR DIARIO $ 29

PERIODO FACTURADO: 31 ENE 2025 A 28 FEB 2025

DIAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES: 1126 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 1172,16 kWh

Tu consumo actual no supera los meses de mayor consumo de los últimos 2 años

Te lo cuenta Enel.

Entiende tu factura de energía.

Revisa siempre los siguientes datos:

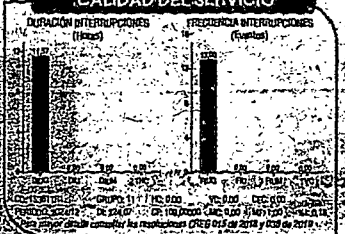
- Histórico de consumo
- Periodo facturado
- Consumo kWh
- Cobro de otros servicios

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:	10001723457
RUTA LECTURA:	1212184
MANZANA DE LECTURA:	MS0041050
MEDIDOR NO:	117-21478006
MEDIDOR NO:	117-21478006

CALIDAD DEL SERVICIO



USO SEGURO DE LA ENERGÍA

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

CONTÁCTANOS

Registrate gratis

Zona privada de la página Web

App Enel Clientes Colombia

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

Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Distrital

Centros de Servicio

Código QR*

Almacenes de Cadena

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el desprendible del talón. El talón 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: $59,49 T: $58,03 D: $700,81 C: $75,33 PR: $70,22 R: $12,94 CP: $0,00 /1000,92 Costo kWh Mes

CUDE: e024b0e50a911727200bb291ed0ca20b0d78911b518e28b3940dcb71a0b58c4ef5881 40b8804f8534d1ccfed928865f0049

FECHA GENERACIÓN: 21/02/2025 01:12:41
FECHA EXPEDICIÓN: 21/02/2025 17:04:15

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios BAB BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 830.321.161-0

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación BAB NIT 800.048.012-

CONDICIONES GENERALES – NIVEL DE TENSIÓN: Residencial

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514: Comercialización de Energía Eléctrica Tasa 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 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 o 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 2002.

Sobre el ítem de compensación 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 precios.enel.com.co

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, le cral recibirá el Código de Medida, las especificaciones 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, línea de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

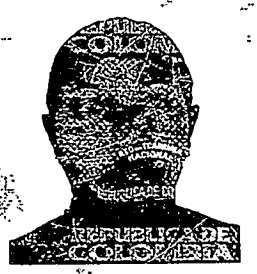
ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP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

220

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **64.480.406**
BETANCUR PAREDES
APELLIDOS
YORLEY DEL CARMEN
NOMBRES



FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO **09-JUN-1985**
SAN PEDRO
(SUCRE)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

26-JUN-2003 SAN PEDRO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

A-1500150-01370683-F-0064480406-20230726 0132480968A 1 8508947817

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA	MICROCHIP:	FECHA:
247	990000012130857	3/3/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Michico			COLOR:	Negro.
ESPECIE: CANINO __ FELINO X	SEXO: HEMBRA __ MACHO X	RAZA: Mestizo	EDAD: 10 meses	PESO: 4.7 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: Mariluz Ramirez Morales	DIRECCION: Cl 3A # 17A-12 Ap 200		TELEFONO: 3123039786.
CEDULA: 41739768	CORREO ELECTRÓNICO: 3123039786@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:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO:	TRIPLE:	PENTAVALENTE:
no aplica.	No reporta	FELINOS: TRIPLE FELINA:	HEXAVALENTE:	PARAINFLUENZA Y BORDETELLA:
			LEUCEMIA:	RABIA:

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

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

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,23 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,4 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☑
	PROPOFOL	— ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1,6 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,3 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,04 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Mónica Velazquez 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:
Mariluz Ramirez Morales	41 739 768

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 cm

OBSERVACIONES:

27

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 41.739.768
RAMIREZ MORALES

APELLIDOS
MARILUZ

NOMBRES

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 14-ABR-1954
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

30-JUL-1977 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

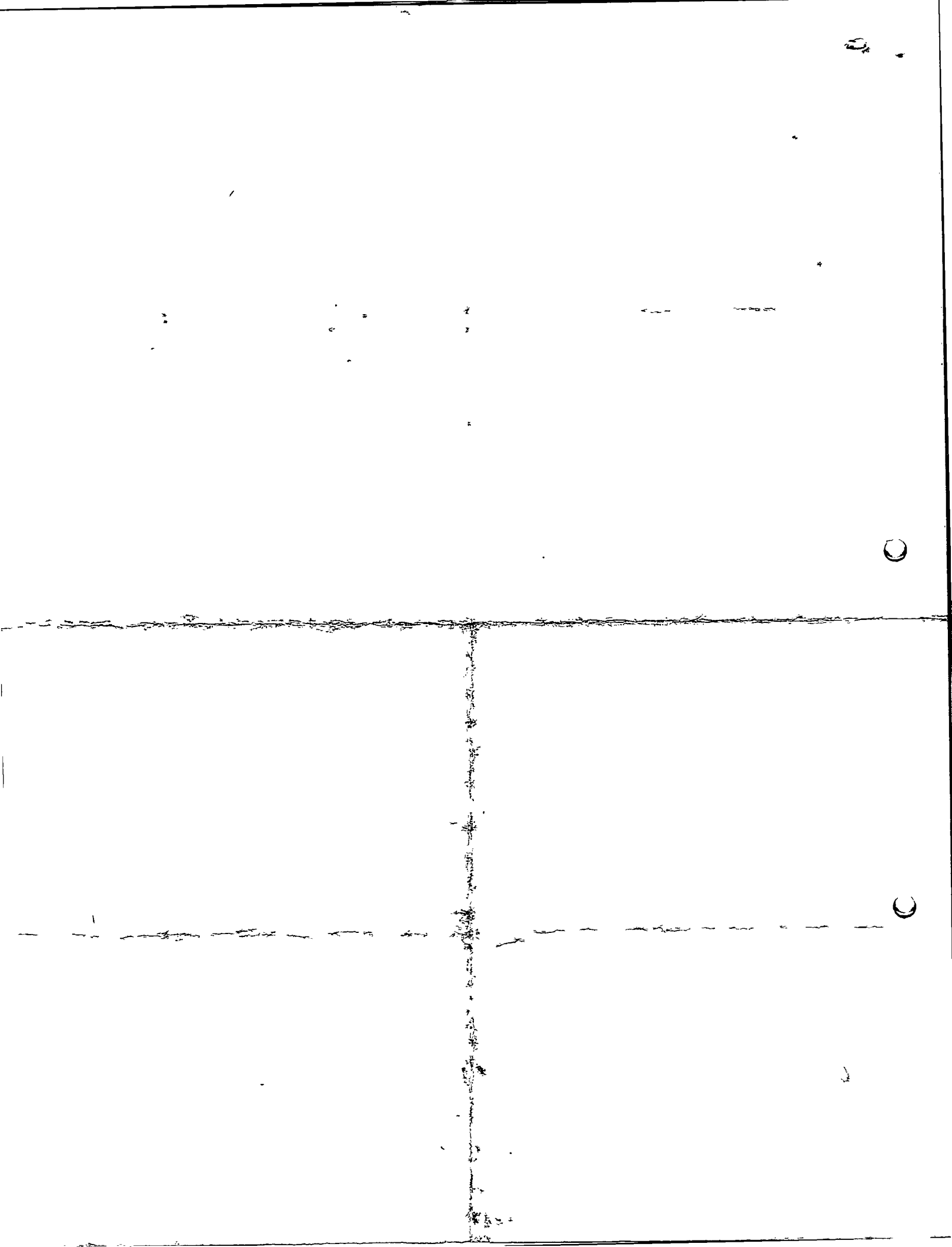
INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00078903-F-0041739768-20080925 0003724714A 1 1160002079

ESTADO CIVIL

223



21

enel | Bogotá

PAPEL ECOLÓGICO

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

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **0308564-9**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 3401555519-0

CLIENTE

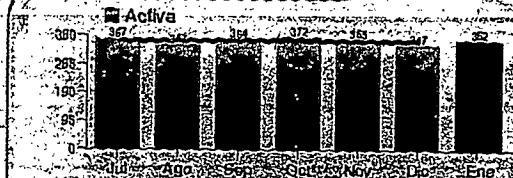
ANA ELISA MEDINA DE LAGUNA
CL 9 A NO 117 A - 12 AP 200
PISO SEGUNDO
BOGOTA, D.C. - EDUARDO SANTOS

19 201 4094 7065 1049095

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO

Activa



VALOR KWH MERCADO

CONSUMO DIARIO

VALOR DIA

PERIODO FACTURADO

DIAS FACTURADOS

CONSUMO MES

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

Juntos podemos lograr un consumo más inteligente de energía.

En muy importante que nos informes si tienes algun 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: 6
CARGA KV: 0.01
FACTOR: 0.1
RUTA REPARTO: 0002182014
RUTA LECTURA: 2182202226
MANZANA DE LECTURA: 11MS004105
MEDIDOR NO.: 0610494
MEDIDOR NO.: 0610494

USO SEGURO DE LA ENERGÍA

Es importante que apagues por completo todos los dispositivos que no sean útiles, ya que pueden seguir consumiendo energía aunque estén en modo ahorro de energía.

CALIDAD DEL SERVICIO

CONTÁCTANOS

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE: Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 5115115
EMERGENCIAS: 115
DEFENSOR DEL CLIENTE

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de pago | Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios: CONRED, Éxito, Éxito Express, Rural, Red Multired, puntored

Red Digital | Centros de servicio: RED CADE, 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 caja de recaudo.

Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios.

Escanea el código.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: DIC/2024
CU: $38,676 T: $58,19 D: $29,72 CV: $106,30 PR: $29,75 R: $3,64 GPI: $0,00 / $277,35 Costo kWh Mes

Subsidio 11 CREG 015 CLASIFICACIÓN: NIVEL DE TENSIÓN: PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por Mil. Somos autoretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 019 DE 1996

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de dicho derecho de la forma 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.

Con el fin de suspensión procede el hecho de no cancelación dentro de los [illegible] siguientes a la fecha de [illegible] y para el corte [illegible] siguientes a la suspensión del servicio.

La fecha de pago antes indicada corresponde a la oportunidad con el Artículo 130 de la ley 142/1994.

En cumplimiento de la resolución CREG 15011 comunica que [illegible]

IMPORTANTE! En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el código de Medida, se establecieron obligaciones [illegible] responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para mayores [illegible] Información a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a Bogotá (601) 5 115 115 o 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 facturo parcialmente a partir de la fecha del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Comercialización) [illegible] por el cobro para el mes de la factura como canal de recaudo, ENEL COLOMBIA S.A. ESP no [illegible] por el servicio que [illegible] por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos cobros, por favor dirigirse a los canales de atención definidos por cada Empresa.

El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-6. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 27/01/2025 00:06:17
FECHA EXPEDICIÓN: 27/01/2025 13:08:16

CUDE: 85aa80bcca27667b09c2091b6e7b0e47ebdb1771b6d912a5bbf1094d1d1e2a81de747c25

Factura impresa por Canapé Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.094.932 - Proveedor Tecnológico Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 890.321.151-0

224

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA	MICROCHIP:	FECHA:
248	990000012130844	3/3/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Oso	COLOR: Blanco Gris	
ESPECIE: CANINO __ FELINO X SEXO: HEMBRA __ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 2años	PESO: 3,6Kg
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
Elsa Janneth Castillo Vargas	Kr 17A #3A-41	3148956543
CEDULA: 51 855 036	CORREO ELECTRÓNICO: janneth059@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: CANINOS PARVO: / HEXAVALENTE: / TRIPLE: — PENTAVALENTE: —	
No Aplica	No Reporta	FELINOS: TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA: /	PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: — RABIA: Oct 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:
167 l/m	31 r/m	38,2 °c	1 seg	Rosado

OBSERVACIONES: Ningno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,18 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,36 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☒
	PROPOFOL	— ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1,2 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,25 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,03 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ningno

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

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

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

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO** _X___ o **RECHAZO** ____ **la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de 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:
Elsa Jannett Castillo Vargas	51899036

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

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

OBSERVACIONES:

26

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 51.855.036

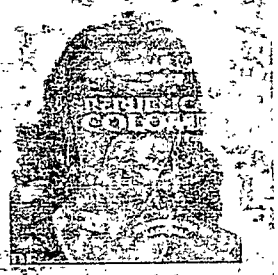
CASTILLO VARGAS

APELLIDOS

ELSA JANNETH

NOMBRES

FIRMA



PULGAR DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-AGO-1963
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

13-JUN-1985 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00007861-F-0051855036-20080512 0000288913A 1 1540020176

226

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 indique el número de cliente

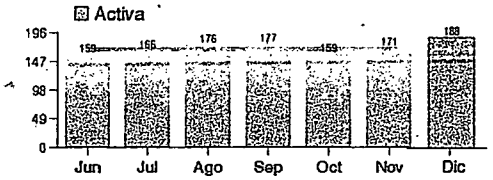
0317600-4

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 335716639-0

JUVENAL MURCIA PARDO Y OTROS
KR 17 A NO 3 A 41
BOGOTA, D.C. - EDUARDO SANTOS

19 201 0587 / 074-640167

Código de factura: Factura Electrónica Código



VALOR kWh APLICADO
$864,43

CONSUMO DIARIO:
6,48 kWh

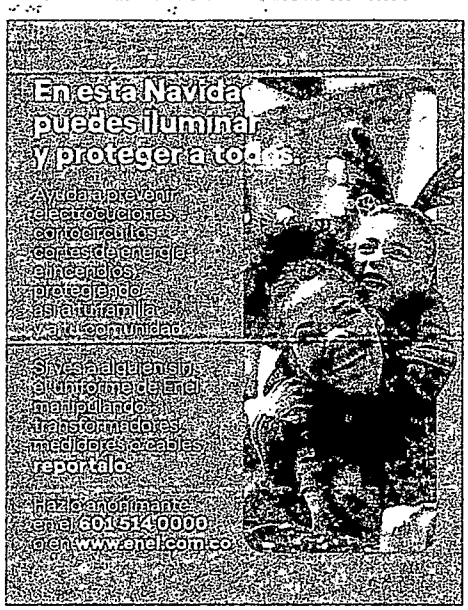
VALOR DIARIO:
$5.023

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

DÍAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES
188 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 166 kWh

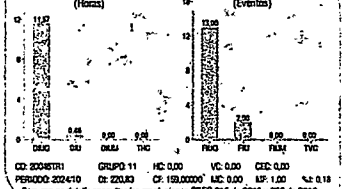


Estos son los últimos dos consumos de LECTURA DE TU MEDIDOR y el CONSUMO de energía se encuentra dentro de lo habitual

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10002192010587
RUTA LECTURA:	12192200217
MANZANA DE LECTURA:	MS004410513
MEDIDOR NO:	074-640167
MEDIDOR NO:	074-640167

CALIDAD DEL SERVICIO



CO: 2004STR1 GRUPO 11 HC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,00
PERIODO: 202410 Ot: 220,00 CF: 159,00000 MC: 0,00 MP: 1,00 %t: 0,18
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 038 de 2019

USO SEGURO DE LA ENERGÍA

Si vas a reutilizar luces navideñas de años anteriores, verifica que no tengan cables desgastados, pelados o bombillas rotas. Reemplaza cualquier cable o luz en mal estado.

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/radicaciones
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-cercion
318 890 6003 (Elena Bot o pasa Asesor)
Enel Colombia @EnelClientesCO
Registrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

EMERGENCIAS CON CORTE
Bogotá, Sabana y Cundinamarca
601 5 115 115

ATENCIÓN
115 Gratuito las 24 horas.

DENUNCIAS
601 6140055
denuncias@enel.com

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

Billetera Virtual
Nequi, tpaga

Corresponsales Bancarios
CONRED, efácil, Reval, MOVIRED, Sefecty

Red Distrital
RED CADE

Centros de Servicio
enel

Almacenes de Cadena
Jumbo, Metro

Código QR

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: NOV/2024
G: $367,78 T: $55,37 D: $263,15 CV: $103,05 PR: $70,51 R: $4,56 CF: $0,00 / $864,43 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: CAV27-2004STR1-- 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 comuníquese al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 9061 de 10 de diciembre de 2020.

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

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

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

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

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

El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT 860 063.875-8 Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 27/12/2024 05:19:49
FECHA EXPEDICIÓN: 27/12/2024 19:51:16

CUDE: e035db1de16aa5de9e3bfd6f06a36a44c3d1ac8f 35bb27db4fbaf9a46de6f9c14be178ceaa0128736f9594ab312deab7692

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

Factura Impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.050.612-2

227

1 Total Energía	+	2 Portafolio Enel X	=	3 Total a Pagar	PAGO OPORTUNO	FECHA DE SUSPENSIÓN ⓘ
$145.660		$14.900		$160.560	09 ENE /2025	13 ENE/2025

ENERGÍA | CONTRATO 0317600-4 | 22 ENE /2025

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

CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Diferencia de lecturas	X	Factor	=	Energía Consumida kWh	Energía Facturada kWh	X	Valor Unitario	=	Valor Facturado
ENERGIA ACTIVA FP	38.375		38.187		188		1		188	188		$864,43		$162.512
ENERGIA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$263,15		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh		X		Valor kWh $864,4259		X		Beneficio -15,00 %					-$16.856

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $5.023 DIARIOS — SUBTOTAL: $145.656

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$4
SUBTOTAL:	$4

Consumos + Otros cobros asociados a energía — 1 TOTAL ENERGÍA $145.660

Otros cobros de productos y servicios

COBRO SEGUROS	$14.900

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

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y aseo — 2 TOTAL OTROS $14.900

Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $89.656

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

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

NÚMERO DE CLIENTE
0317600-4

Documento Equivalente Electrónico No.
336716639-0

(415)7707209914253(8020)010317600433671663 90(3900)00000000160560

PAGO OPORTUNO
09 ENE /2025

TOTAL A PAGAR
$160.560

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA	MICROCHIP:	FECHA:
299	990000012130851	3/3/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	King.	COLOR:	Anaranjado

ESPECIE: CANINO __ FELINO X	SEXO: HEMBRA __ MACHO X	RAZA: Mestizo	EDAD: 1 año	PESO: 2.7 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
Brayan Estiben Piedra	Kr 18 #3A-60	3105400323

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
1 014 480 303	brayanpiedra49@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: /
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: 168 l/m	F. RESPIRATORIA: 31 r/m	TEMPERATURA: 38,2 °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	0,27 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: 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 Vc.ázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Yennifer Gutiérrez Nomesque Médico Veterinario - Zootécnista TP. 33358	FIRMA

225

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:
Brayan Piedra	1029480303

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

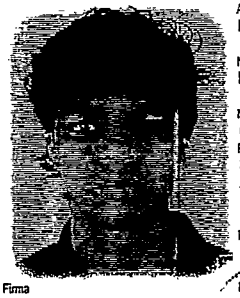
LUGAR:	FECHA:	HORA:
Eduardo Santos	17-03-25	8 am

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.

Fecha de expiración
11 JUN 2034

Firma
Brayan Piedra

.CO

048085229

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL048085229815001<<<<<<<<<<
0605313M3406119COL1014480303<5
PIEDRA<<BRAYAN<ESTIBEN<<<<<<<<

230

aseo

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

Cuenta contrato
10066907
Núm. de identificación de este predio

Número para pagos
11053196512
Número de esta factura de servicios públicos

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

Datos del usuario

Tipo de producto: RESIDENCIAL			Estrato	3	
Und. Res. Ocupada:	1	Und. No Res. Ocupada:	0	Densidad	0,000
Und. Res. Desocupada:	000	Und. No Res. Desocupada:	000	Volumen	0,00
Frecuencia Barrido:	06	Frecuencia Recolección:	03	%Participación	0,0000%

Componentes de tarifas

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

Estado de cuenta aseo

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

Suscrito (-)	IVA	Valor Aseo	Subsidio
Aporte (+)		Total ingresos del periodo	$123.50
Alternativo - deuda total		Ingreso que Aseo Tropical 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	
$52.186	$52.241	$53.101	Días liquidados
			61

La tarifa incluye subsidio o aporte?

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Responsabilidades fiscales del emisor: Gran contribuyente; Autorretenedor

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA:3 CICLO: D3 RUTA: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

¡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**

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

¡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.

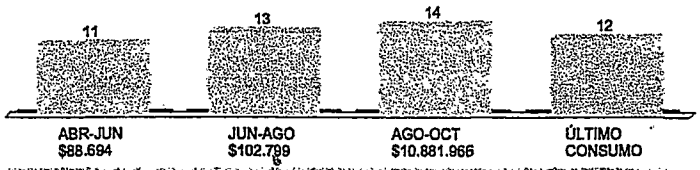
En este periodo **consumiste menos agua** que en el anterior.
Abre y descubre el detalle de tu pago y consumo ↓

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.

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 938
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** mal 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

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

= **Total a pagar** $149.520

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

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): eaeed8d3db8ad3d4c0b57e5281f99d7c0b51cf6215a9fcc108aa7de7aaca57d24b00d9ae14ca6d38bddbbce82bd30da7

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	$6.322-	$2.986,24	$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	$4.370,93	-15	$1.311-	$3.715,31	$7.430,90
Consumo residencial básico (m³)	12,00	$3.763,07	-15	$6.768-	$3.190,11	$38.280,84
Consumo residencial superior básico (m³)						
Cargo fijo no residencial (mes)						
Consumo no residencial (m³)						
Subtotal				$8.057-		$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)	$2,41	$74,77
Tarifa consumo superior a básico ($/m3)	$4,00	$87,57
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 479 de 2012)

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					$0

Deudas en estudio

Concepto	Valor
	$0
	$0
	$0
Subtotal	$0

8 Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	$0

Pagos por la página web, app y billeteras

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)110531985120(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)110531985129(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	MICROCHIP:	FECHA:
250	990000012130852	3/3/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
	Billo	Atigrado blanco

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

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION:	TELEFONO
Evelyng Julieth Espino Bustamante	Kr 18 # 1C - 50 AP 302	3028656173

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
1 140 875 163	espino95@gmail.com

BARRIO:	ESTRATO:	LOCALIDAD:
Eduardo Santo	3	LOS MARTIRES

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

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 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:
170 l/m	32 r/m	38,3 °c	1 seg	Rosada

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,19 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,3 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☒
	PROPOFOL	— ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1,3 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,2 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,03 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

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

231

	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:
	1140875163

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:

30

A4

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

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-0300150-00434661-F-1140875163-20130507 0032946872A 1 39901176

232

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: **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

Te lo cuenta Enel.

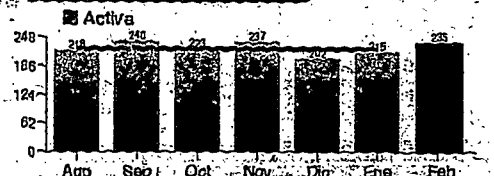
Entiende tu factura de energía.

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

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR KWH APLICADO: $853,92

CONSUMO DIARIO: 8,10 kWh

VALOR DIARIO: $6.748

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 223 kWh

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

DIAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES: 235 kWh

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

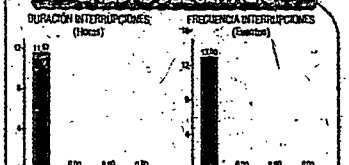
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10002192045102
RUTA LECTURA:	12192050215
MANZANA DE LECTURA:	MS00410520
MEDIDOR NO:	074-655006
MEDIDOR NO:	074-655006

USO SEGURO DE LA ENERGÍA

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

CALIDAD DEL SERVICIO



CU: 1534101R1 GRUPO: 11 NC: 0,00 IC: 0,00 CEC: 0,00
PERIODO: 202412 DI: 22,427 CI: 222,00000 NEC: 0,00 NIF: 1,00 CC: 0,18
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 030 de 2019

CONTÁCTANOS

Tarifas vigentes de energía: enel.com.co/personas/tarifas-vigentes
Chat de servicios: enel.com.co/personas/chat-de-atencion
316 890 8003 (Sede Bolt o paso Aseo)
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 5140059 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 Banco, Débito Automático, Cajero Electrónico, App Enel Clientes Colombia, Botón de Pago Online, Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual: Daviplata, MOVII, NEQUI, Ipaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, Éxito, Red Ratal, 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 desprendido del datáfono. El sello del corresponsal no es un soporte válido en favor de nosotros.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: ENE/2025
G: $358,49 T: $56,03 D: $260,91 CV: $75,33 PR: $70,22 R: $12,84 CF: $0,00 I: $853,92 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: CAN20-1E5H7R1 - 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 1995.

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

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

En cumplimiento de la resolución CREG150011 consultar www.enel.com.co

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y usuarios. Para obtener mayor información, 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 presten los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con pagos especiales, 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.

Inscríbete a factura electrónica* y aprovecha los beneficios.

Escanea el código

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

CUDE: a006691dcde1858628b0d5a27bed7850766832331dad3447f3f6a03ee77687b56d5826f5a49d1256f635b38ed705c

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

Factura Impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.096.812-

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA	MICROCHIP:	FECHA:
251	990000013797860	3/3/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Hector	COLOR:	Atigrado Blanco

ESPECIE: CANINO __ FELINO X	SEXO: HEMBRA __ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 8 meses	PESO: 3.7kg	POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI __ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X	TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR __ CASERO __ CONCENTRADO __ 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:	CORREO ELECTRÓNICO:
52 225 664	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: 26 Agosto-29 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: 166 l/m	F. RESPIRATORIA: 31 r/m	TEMPERATURA: 38,4 °c	TLLC 1 seg	MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,18 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,3 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☒
	PROPOFOL	— ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1,2 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,2 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,03 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Mónica Vázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	FIRMA MVJ
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Yennifer Gutiérrez Nomesque Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358	FIRMA 96

231

	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:
Natal.	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	8 am

OBSERVACIONES:

35
36

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 52.225.664
BETANCOUR ORTIZ

APELLIDOS
NATALIA CAROLINA

NOMBRES
Natalia Betcu

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

23

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

Te lo cuenta Enel.

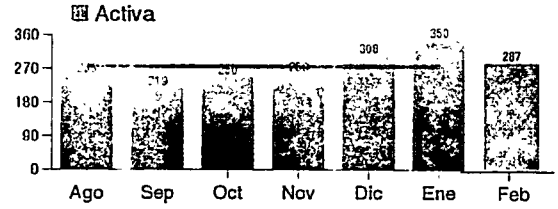
Entiende tu factura de energía.

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: $853,92

CONSUMO DIARIO: 9,90 kWh

VALOR DIARIO: $7.877

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

DIAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES 287 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 274 kWh

¡Estrenamos! Ya tenemos acceso a la **LECTURA DE MEDIDOR** y tu **CONSUMO** de energía se encuentra dentro de lo habitual.

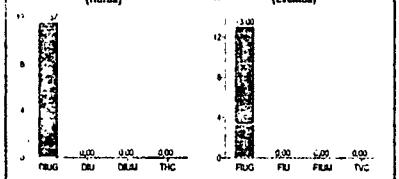
INFORMACION DE LA CUENTA

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 HC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,00
PERIODO: 2024/12 DI: 224,07 CF: 308,80000 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 enel.com.co/es/personas/radicaciones
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
316 890 6003 (Elena Bot o peso 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 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 · efecty

Red Distrital

RED CADE

Centros de Servicio

enel

Almacenes de Cadena

Jumbo · Metro

Código QR

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

Regístrate a Conecta

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

GRUPO: 11 CIRCUITO: C.AVZ7-15361TR1 - - NIVEL DE TENSION:1 PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercializacion de Energia Eléctrica Tarifa 11.04 por mil. Somos autoretenedores segun Resolucion 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 aprobacion 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 00:47:29
FECHA EXPEDICIÓN: 21/02/2025 16:30:18

CUDE: bbacde9a602b28f4e50b78b87f60d4802b573c4068a15fb352757341661 2da0d8901126b1f46b3d266e002ac3af4edd

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.096.812-

5992 - Página 1 de 4

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

236

1 Total Energía $323.672 + 2 Portafolio Enel X $16.668 = Total a Pagar $340.340

PAGO OPORTUNO 04 MAR /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN ❶ SUSPENSION

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

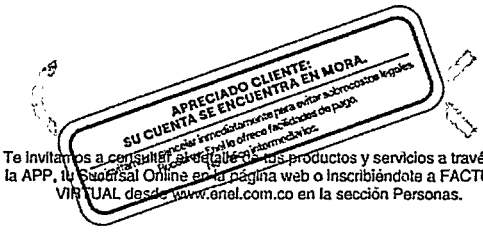
Otros cobros asociados a energía

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



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.

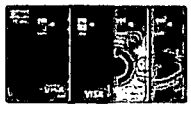
Productos y servicios diferentes a los servicios de energia y aseo 2 TOTAL OTROS: $16.668

! 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: 252 | MICROCHIP: 990000013797844 | FECHA: 3/3/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Oreo. | COLOR: Blanco Negro

ESPECIE: CANINO __ FELINO X | SEXO: HEMBRA __ MACHO X | RAZA Mestizo | EDAD 2años | PESO: 3,7Kg | POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Narisol Lopez Contreras | DIRECCION: Kr 19 P # 7F-84 | TELEFONO 3135193997

CEDULA: S1 997 015 | CORREO ELECTRÓNICO: m1333744@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 Aplica | ULT. DESPARASITACION: No Reporta | ULT. VACUNACION: NS/NR: __ CANINOS PARVO: / HEXAVALENTE: / TRIPLE: — PENTAVALENTE: — FELINOS: TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: — RABIA: Sep 24

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 168 l/m | F. RESPIRATORIA: 31 r/m | TEMPERATURA: 38,4 °c | TLLC 1 seg | MUCOSAS: Rosada

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,18 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,37 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☒
	PROPOFOL	— ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1,2 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,25 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,03 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

237

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:
MADISOL 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: 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 **51.997.015**
LOPEZ CONTRERAS

APELLIDOS
MARISOL

NOMBRES

FIRMA

INDICE DERECHO

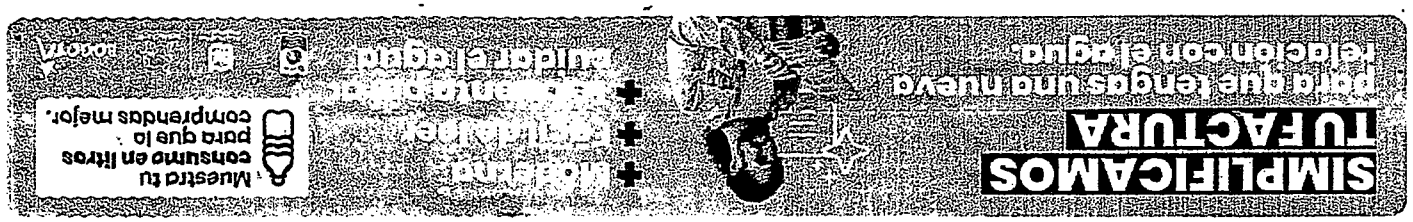
FECHA DE NACIMIENTO **10-JUL-1970**
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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



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

LIME — LIMPIEZA URBANA S.A. E.S.P. 830123481-1

Datos del usuario

Tipo de productor RESIDENCIAL		Estrato	3
Und. Res. Ocupadas:	3	Und. No Res. Ocupadas:	0
Und. Res. Desocupadas:	000	Und. No Res. Desocupadas:	000
Frecuencia Barrido:	02	Frecuencia Recolección:	03
		Densidad	0.000
		Volumen	0.00
		%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

Toneladas por suscriptor mes

Barrido y limpieza	Limpieza urbana	Recitazo del aprovechamiento
0,0026	0,0010	0,0000
Efectivamente aprovechables	Residuos no aprovechables | Afectados - no afectados	
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 -credito-	$2-
Subsidio	$27.695-		

Subsidio (-)	15%	Valor Aseo	$ Valor
Aporte (+)	00%	Total Intereses del periodo	$ Valor
Diferencia - deuda total		Impuesto que Aseo reporta a DIAN en el periodo actual	

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

NAG
Natasha Avendaño García
Representante Legal

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

BIMESTRAL

10191290	13797935312
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
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**

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

Pago oportuno	Suspensión
ENE/23/2025	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

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

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

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

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

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA	MICROCHIP:	FECHA:
253	990000013797843	3/3/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
	Toby	Tigre Anaranjado

ESPECIE: CANINO __ FELINO X	SEXO: HEMBRA __ MACHO X	RAZA	EDAD	PESO:	POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X
		Mestizo	6meses	3,7kg	

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION:	TELEFONO
Daniela Aguja Conde	Kr 18C # 2-69 AP200	3113758967

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
1032 677 553	daniela08 conde@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: / 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:
169 l/m	32 r/m	38,2 °c	1 seg	Rosada

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,18 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,37 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☑
	PROPOFOL	— ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1,2 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,2 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,03 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL		FIRMA
	Mónica Vázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	MVJ
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Yennifer Gutiérrez Hernandez Médica Veterinaria Tecnóloga TP. 33388	FIRMA

240

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:
	1032677553

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 ch

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Libertad y Orden

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CONTRASEÑA

PRIMERA VEZ CC
1.032.677.553

APELLIDOS NOMBRES
AGUJA CONDE
DANIELA

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO
06-NOV-2003
BOGOTA D.C. CUNDINAMARCA

FECHA DE EXPEDICIÓN
16-NOV-2021

SEXO
FEMENINO

LUGAR DE PREPARACIÓN
BOGOTA D.C. - LA CANDELARIA BOGOTA DC

OFICINA DE ENTREGA
BOGOTA D.C. - LA CANDELARIA 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 16-MAY-2022

8503418109
16-NOV-2021

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:

0318475-6

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 343514712-8

34519

CLIENTE

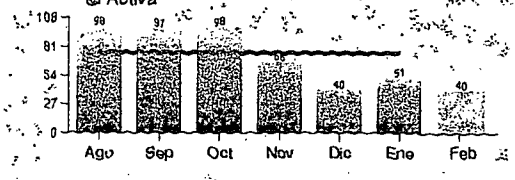
PEDRO J ROA S
KR 18 C NO 2 69 AP 200
2 PISO
BOGOTA, D.C. - EDUARDO SANTOS

19 204 3630 / 088-28925126

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO DE CONSUMO

Activa



VALOR kWh APLICADO: $853,92

CONSUMO DIARIO: 1,38 kWh

VALOR DIARIO: $1.001

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

DÍAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES: 40 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 75 kWh

¿Te activaste en ENEL CUENTA? Ahora puedes LEER TU MEDIDOR y tu CONSUMO presentará una variación. Entérate de 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:	1000219204363O
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

CD: 26539TRI GRUPO 11 NC: 0,00 VC: 0,00 CED: 0,00
PERIODO: 2024/12 DI: 224,07 DF: 40,00000 MC: 0,00 MF: 1,00 %r: 0,18
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 038 de 2019

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/solicitudes
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
318 690 6003 (Elena Bot o pasa Asesor)
Enel Colombia @EnelClientesCO
Registrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

ENEL ATENCIÓN 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 y Usuario
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 Sancionatorio

Billetera Virtual: RappiPay, DaviPlata, MOVII, NEQUI, Tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, Éxito, La Rebaja, MOVIRED, Supergiros

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Jumbo, Metro

Código QR

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el comprobante del pago. El pago 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: $12,34 CF: $0,00 / $833,92 Costo kWh Mes

SUBTOTAL: 1 CIRCUITO: CAV27J1522TRI - NIVEL DE TENSIÓN: 1 PROPIEDAD: Enelma

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

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información 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 acta 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 da cobro prosta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994.

En cumplimiento de la resolución CREG156/11 consulte: enel.com.co/cg

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 conceptos, 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: 2230d1e4c27277e505cdb89897a591d08cb9814a5dd61ab78eac171da9aeea0c49090334a54805f6c6084d49d3898dbe241

Factura emitida por Convista Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.096.612-2 Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 890.321.151-0 10.821 - Página 1 de 2

242

1 Total a Energía $29.030 + 2 Portafolio Enel X $0 = 3 Total a Pagar $29.030

PAGO OPORTUNO 06 MAR /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN ⓘ 10 MAR/2025

ENERGÍA | NÚMERO DE CUENTA 0318475-6 | 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	15.137		15.097		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 X		Valor kWh $853,9223	X			Beneficio -15,00 %							$5.124

ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTÓ $1.001 CUARTOS — **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

1 Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con las tarifas publicadas 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 KW/h/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. Emisores: Colpatria Establecimiento Bancario. Aprobación sujeta a políticas de la entidad.

NÚMERO DE CUENTA 0318475-6

Documento Equivalente Electrónico No. 343514712-8

(415)7707209914253(8020)0103184756343514712 8(3900)00000000029030

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: 254 | MICROCHIP: 990000013797859 | FECHA: 3/3/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Garfield | COLOR: Tigre Anaranjado

ESPECIE: CANINO __ FELINO X | SEXO: HEMBRA __ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 6meses | PESO: 3,6Kg | 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: Daniela Aguja Conde | DIRECCION: Kr 18C # 2-69 Ap 200 | TELEFONO: 3113758967

CEDULA: 1032 677 553 | CORREO ELECTRÓNICO: daniela08conde@gmail.com

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

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

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

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

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 171 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	0,18 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,36 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☒
	PROPOFOL	— ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1,2 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,25 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,03 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y 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 Tr. 33358	FIRMA: YG

243

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

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO _X___ o RECHAZO ____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de 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:
	1032677553

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

Libertad y Orden

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CONTRASEÑA

PRIMERA VEZ CC
1.032.677.553

APELLIDOS NOMBRES
AGUJA CONDE
DANIELA

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO
06-NOV-2003
BOGOTA D.C. CUNDINAMARCA

FECHA DE EXPEDICIÓN
16-NOV-2021

SEXO
FEMENINO

LUGAR DE PREPARACIÓN
BOGOTA D.C. - LA CANDELARIA BOGOTA DC

OFICINA DE ENTREGA
BOGOTA D.C. - LA CANDELARIA 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 16-MAY-2022

8503418109
16-NOV-2021

34519

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:

0318475-6

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 343514712-8

CLIENTE

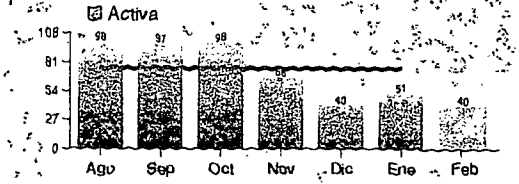
PEDRO J ROA S
KR 18 C NO 2 69 AP 200
2 PISO
BOGOTA, D.C. - EDUARDO SANTOS

19 204 3630 / 088-28925126

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO DE CONSUMO

Activa



VALOR kWh APLICADO: $853,92

CONSUMO DIARIO: 1.38 kWh

VALOR DIARIO: $1.001

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

DÍAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES: 40 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 75 kWh

En la factura de energía LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO presenta una variación frecuente de posibles lecturas y liquidación en www.enel.com.co/es

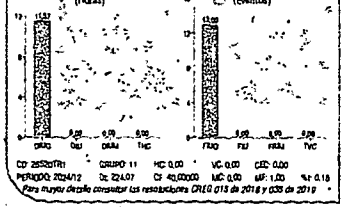
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

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



CD 2552nTri | GRUPO 11 | HC 0,00 | VC 0,00 | CEC 0,00
PERIODO: 2024/12 | Di: 22,07 | Ci: 40,0000 | MC 0,00 | MF: 1,00 | %r 0,15
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 035 de 2019

¿CONTÁCTANOS?

Trámites y solicitudes enelcomunidadempresarial.com/es/trabajadoras
Chat de servicio en enelcomunidadempresarial.net-de-atencion
316 890 6003 (Elena Bot o pasa Asesor)
Enel Colombia @EnelColombia
Registrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

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

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

Billetera Virtual: Rappi pay, Daviplata, MOVII, NEQUI, tpago

Corresponsales Bancarios: CONRED, Éxito, Éxito Express, Carulla, Super Inter, Surtimax, MOVIRED, Pasa Pasa, Supermercados Ley

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 cajero. El ticket 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: $12,84 CF: $0,00 / $553,92 Costo kWh Mes

SUBSIDIO: 11 CONSUMO: CAV17-2625TRI - NIVEL DE TENSIÓN: 1 PROPIEDAD: Externa

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 cualquiera 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 0061 de 10 de diciembre de 2020.

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

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

En cumplimiento de la resolución CREG150/11 consultar www.enel.com.co

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

ENEL COLOMBIA S.A. ESP prestará el servicio de factura para entregarla a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo, ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que presten los factoring, 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

DUDE: 2220d1e4c2727e505cb89997a691d08c7b91a5b06618b78eac171daf9aeaa0c4980933445480f5fc0f84d49d0898d0e241

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800099.812 - 10.821 - Página 1 de 2
Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 890.321.151-0

245

1 Total a Energía $29.030 + 2 Portafolio Enel X $0 = $ Total a Pagar $29.030

PAGO OPORTUNO 06 MAR /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN 10 MAR/2025

ENERGÍA | NÚMERO DE CUENTA 0318475-6 | FACTURA 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	15.137		15.097		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	x	Valor kWh $853,9223	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 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 $83.656

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 KW/h/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 Colpatria Establecimiento Bancario. Aprobación sujeta a políticas de la entidad.

NÚMERO DE CUENTE 0318475-6

Documento Equivalente Electrónico No. 343514712-8

(415)7707209914253(8020)010318475634351471 28(3900)00000000029030

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: 255

MICROCHIP: 990000012130319

FECHA: 3/3/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Copito

COLOR: Blanco Negro

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

RAZA: mestizo

EDAD: 6 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 __ MIXTO X OTRO __

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Carolina Sarmiento Gamba

DIRECCION: Kr 18 # 1C AP 302 -50

TELEFONO: 3118190425

CEDULA: 52 540 999

CORREO ELECTRÓNICO: Carolinasarmi.80@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: NO Aplica.

ULT. DESPARASITACION: NO reporta

ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA: 7

FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA:

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI __ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ningno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ningno

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

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

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

OBSERVACIONES: Ningno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,14 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,29 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: Ningno

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

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

246

	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: 52540999

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:	

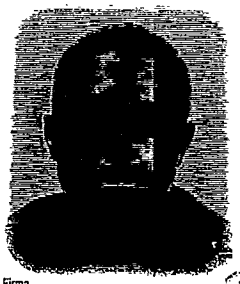
8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

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

OBSERVACIONES:

CEDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



NUIP 52.540.999

Apellidos
SARMIENTO GAMBA

Nombres
CAROLINA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.45	F

Fecha de nacimiento
06 FEB 1980

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
17 FEB 1998, BOGOTA D.C

Firma

Fecha de expiración
15 NOV 2033

.CO
033090083

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL033090083615001<<<<<<<<<<
8002066F3311156COL52540999<<<6
SARMIENTO<GAMBA<<CAROLINA<<<<<

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: **0317641-4**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 343566396-5

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

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

COMPORTAMIENTO CONSUMO

VALOR kWh APLICADO: $853,92

CONSUMO DIARIO: 8,10 kWh

VALOR DIARIO: $ 345

PERIODO FACTURADO: 28 ENE/2025 AL 25 FEB/2025

DÍAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES: 245 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!

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

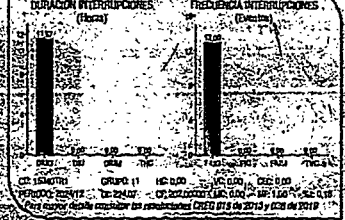
CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10002 1920451021
RUTA LECTURA:	21 1920521 15
MANZANA DE LECTURA:	MS10031 0520
MEDIDOR NO:	074-655006
MEDIDOR NO:	074-655006

USO SEGURO DE LA ENERGÍA

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

CALIDAD DEL SERVICIO

DURACIÓN INTERRUPCIONES (Horas) — FRECUENCIA INTERRUPCIONES (Veces)



CD: 1304750 GRUPO: 11 HC: 0,00 HC: 0,00 CEC: 0,00
PERIODO: 2024/12 DI: 24,00 CI: 2,00 CAIDI: 0,00 SAIFI: 1,00 SAIDI: 0,18
Para cuotas desde cualquier de residenciales CREG 015 de 2013 y CCB de 2019

CONTÁCTANOS

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 5140000 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 Bancos, Internet, Teléfonos (Bancos), Débito Automático, Cajeros Electrónicos, APP Enel Clientes Colombia, Botón de Pago Online, Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual: DAVIplata, MOVII, Nequi, Rappi

Corresponsales Bancarios: CONRED, Réddi, Efecty, MOVIRED, Punto Red

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Olímpica, Jumbo, Makro

Código QR

Inscríbete a factura electrónica* y aprovecha los beneficios.

Escanea el código

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

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo — Vigencia: ENE2025

G: $53,81 ; T: $0,00 ; D: $260,91 ; CV: $75,23 ; PR: $70,22 ; R: $12,94 ; Cf: $0,00 ; $453,92 Costo kWh Mes

Gtrans: 11 Gdistrib: 0 ATH: 0 Restr: 0 PRONE: 0 PRONEDIS: 0 Dtrans:

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por mil. Tarifa Alumbrado según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1994.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente puede con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de ésta antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información 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 0031 de 10 de diciembre de 2020.

"Sobre el pago 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 prueba presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994

En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y este usuario. Para obtener mayor información, si tenemos o consultarlo en nuestra página web www.enel.com.co o comuníquese 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 facturar 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 detallados 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

CUDE: a0006910dc1685adc2680d5e27bed7950f7668932a331dad3444f3f6a03ea7778d7b5b4589d154a4941259f9d3535a9ed705c

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.094.612. Proveedor Tecnológico Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 830.121.151-0

298

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 256 | MICROCHIP: 990000012130315 | FECHA: 3/3/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Tigre. | COLOR: Atigrado.

ESPECIE: CANINO __ FELINO X | SEXO: HEMBRA __ MACHO X | RAZA: Mestizo. | EDAD: 7 meses | PESO: 2.0 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: Carolina Sarmiento Gamba. | DIRECCION: Kr 18 # 1C - 50 AP302 | TELEFONO: 3118190425

CEDULA: 52 540 999 | CORREO ELECTRÓNICO: Cardinasarmi.80@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: NO Aplica | ULT. DESPARASITACION: NO Reporta. | ULT. VACUNACION: NS/NR: A. CANINOS PARVO: ✓ TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: ✓ PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: FELINOS: TRIPLE FELINA: ✓ LEUCEMIA: ✓ RABIA: ✓

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 166 l/m | F. RESPIRATORIA: 31 r/m | TEMPERATURA: 38,3 °c | TLLC 1 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,1 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,2 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☑
	PROPOFOL	— ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,7 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,14 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,02 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

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

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

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO
Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación: 52540999

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

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

OBSERVACIONES:

CEDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 52.540.999

Apellidos
SARMIENTO GAMBA

Nombres
CAROLINA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.45	F

Fecha de nacimiento
06 FEB 1980

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
17 FEB 1998, BOGOTA D C

Firma

Fecha de expiración
15 NOV 2033

53

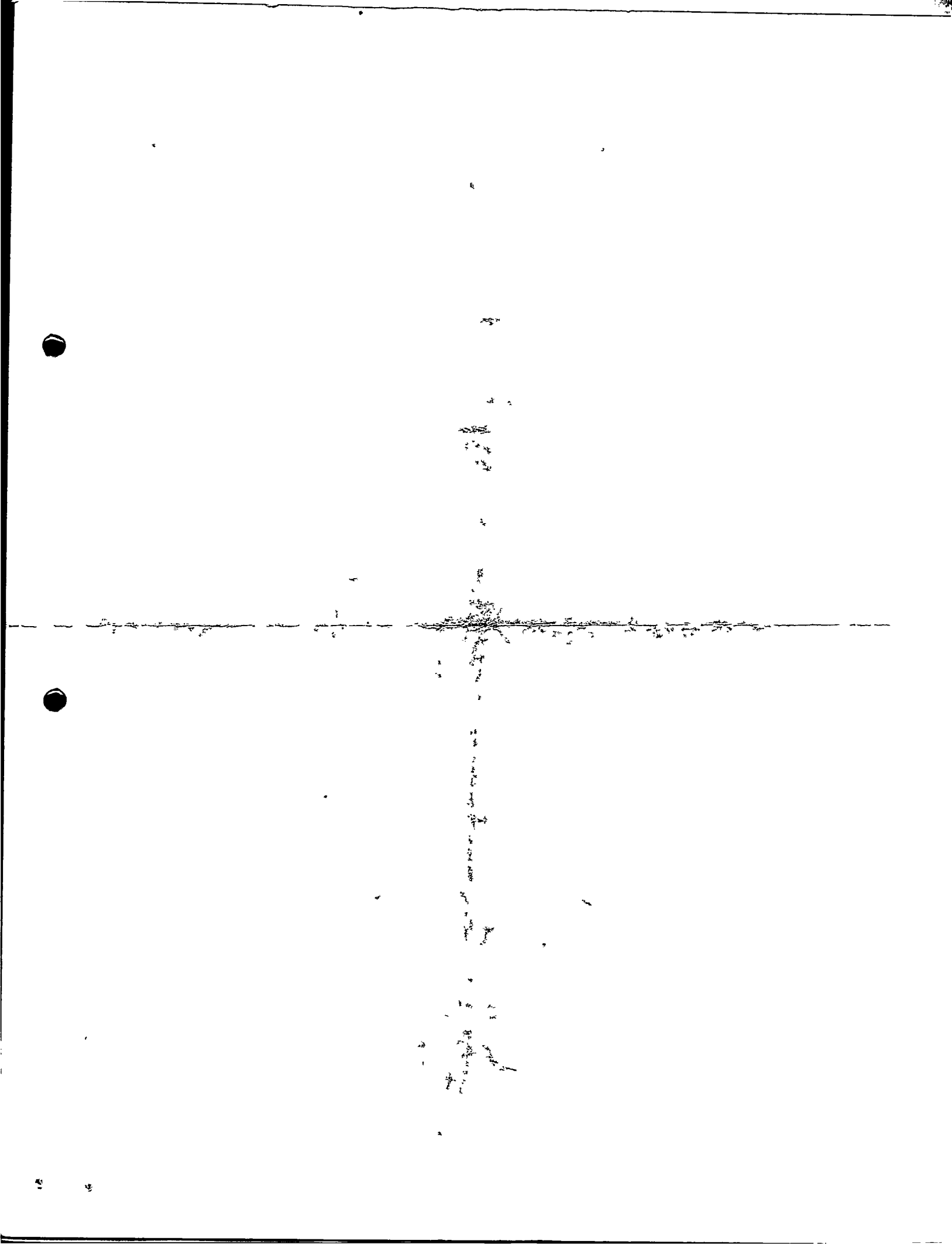
.CO

033090083

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL033090083615001<<<<<<<<<<
8002066F3311156COL52540999<<<6
SARMIENTO<GAMBA<<CAROLINA<<<<<

250



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: **0317641-4**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 343566395-6

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

Te lo cuenta Enel.

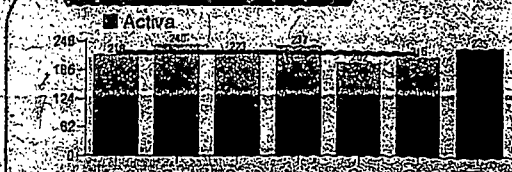
Entiende tu factura de energía.

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	685.192 $/kWh
CONSUMO DIARIO	7.0 kWh
VALOR DIARIO	4.793 $
CONSUMO PROMEDIO ÚLTIMOS 6 MESES	23 kWh

PERIODO FACTURADO	DÍAS FACTURADOS	CONSUMOS
DEL 20 AL 20	28	

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:	1.0
RUTA REPARTO:	1002 19 204 5102
RUTA LECTURA:	1213 5205 0215
MANZANA DE LECTURA:	MS104 1 5
MEDIDOR NO:	074-655006
MEDIDOR NO:	074655006

USO SEGURO DE LA ENERGÍA

Es importante que desconectes por completo todos los dispositivos que no vas a usar, ya que pueden seguir recibiendo energía con riesgo de incendio.

CALIDAD DEL SERVICIO

CONTÁCTANOS

Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia
ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE
EMERGENCIAS
DENUNCIAS
Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 5115115
115 Gratuito las 24 horas
DEFENSOR DEL CLIENTE
defensor@enel.com

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Bancaria

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, luego el deposito no del pagaré. El sello del corresponsal no es un recibo válido en caso de reclamo.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes de tarifa cobrados — Valor (en $)

Descuento 11 Decreto 0475/2020 - Ahorro de energía (Resolución CREG 015 de 2018)

ACTIVIDAD ECONÓMICA 9514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.00 por mil. Sujeta a autorretención según Resolución No. 0047 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE1998.

Sobre el contenido de la presente factura se tendrá como aceptado por el propietario de cuenta pasados 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 el celular Claro/tigo de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 0031 de 10 de diciembre de 2020.

Sobre el saldo de financiación pactado el recargo de financiación será el pactado. El saldo diferido presentado en esta factura genera intereses de mora a la tasa máxima permitida por la ley hasta el momento de su pago.

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

En cumplimiento de la resolución CREG 091 de 2007 la ley 689 de 2001.

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 108 de 2014, la cual modificó el código de medida, se restablecieron notificaciones, actividades y responsabilidades otorgadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, el usuario o el consumidor podrá hacer uso de los canales de comunicación 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 alumbrado público conforme a lo establecido en el artículo 18 de la ley 1715 de 2014 y el artículo 2.2.3.7.5 del Decreto 1073 de 2015, modificado por el artículo 1 del Decreto 2143 de 2015, en el municipio de Soacha. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los alcaldes, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con este servicio, por favor contacte a los canales de atención establecidos por cada Entidad.

El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y del producto 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

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.096.842-6

Proveedor Tecnológico Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFacturero - NIT 830.121.151-9

CUDE: a00b6681dcde1805822580d5e27ed78507e8832d331dad344f9386b09e7765759e4582b1e5e9e0125e0b3559e4075e

251

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 257

MICROCHIP: 990000012130313

FECHA: 3/3/2025

ORIGEN: CES__ PROTECCIONISTA__ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Simon

COLOR: Blanco Negro

ESPECIE: CANINO__ FELINO X SEXO: HEMBRA__ MACHO X

RAZA: mestizo EDAD: 1 año PESO: 3.8 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: Maria Camila Urrea Bernal

DIRECCION: Kr 18C # 1-34 AP 600

TELEFONO: 3167829822.

CEDULA: 1028 660 549

CORREO ELECTRÓNICO: Camilaurreab@gmail.com

BARRIO: Eduardo Santos ESTRATO: 3

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: Profesional NS/NR:__

TIPO DE VIVIENDA: CASA__ APTO X RURAL__

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO: NO Aplica.

ULT. DESPARASITACION: NO Reporta.

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

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

LEUCEMIA: / RABIA: Julio 2024

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: 38,3 °c

TLLC 1 seg

MUCOSAS: Rosada

OBSERVACIONES: Ningno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,19 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,3 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☒
	PROPOFOL	— ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1,3 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,2 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,03 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ningno

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

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO
TARJETA PROFESIONAL

Yennifer Gutiérrez Nomesque
Médico Veterinario - Zootecnista
TP. 33358

FIRMA: YG

257

	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:
	1028660549

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 1.028.660.549

URREA BERNAL

APELLIDOS

MARIA CAMILA

NOMBRES

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 22-ENE-2005

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

24-ENE-2023 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNAN PENAGOS GIRALDO

ÍNDICE DERECHO

A-1500150-01468931-F-1028660549-20241004 0142096039A 1 9928693737

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: **0318355-6**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 343514640-6

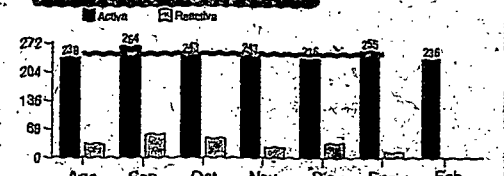
CLIENTE

CAMILO CALDERON
KR 18 C NO 1 34 AP 600
BOGOTA, D.C. - EDUARDO SANTOS

19 204 4906 / 117-21483271

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $853,82

CONSUMO DIARIO: 8,14 kWh

VALOR DIARIO: $6.836

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 247 kWh

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

DIAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES: 236 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

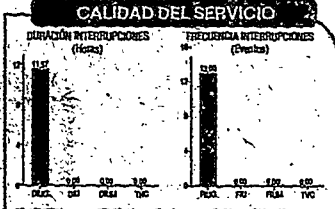
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10002192044908
RUTA LECTURA:	12192050027
MANZANA DE LECTURA:	MS00410536
MEDIDOR NO:	117-21483271
MEDIDOR NO:	117-21483271

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



CR: 1534,0781 | GRUPO: 11 | HC: 0,00 | VC: 0,00 | CEC: 0,00
PERIODO: 22/1/12 | DE: 224,07 | CP: 228,00000 | MC: 0,00 | MP: 1,00 | %: 0,18
Para saber cómo calcular los resultados CREG 015 de 2018 y 038 de 2019

CONTÁCTANOS

Líneas solidarias
Canales de atención
018 000 6003 (Línea Bot o para Asesor)
Enel Colombia | @EnelEsteCO
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 6140066 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: Nequi, Daviplata, MOVII, Tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, Efecty, Baloto, Gana, Movired, Puntored

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Jumbo, Metro

Código QR

Si pagas en un corresponsal bancario, cobra el dispendio del mismo. 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: $58,48 T: $58,03 D: $280,91 CV: $76,33 PR: $70,22 R: $12,94 CP: $0,00 / $853,82 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: CJA727-15431701-- NIVEL DE TENSION: PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONOMICA 3314 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 038 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 a (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 8061 de 10 de diciembre de 2020.

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

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

En cumplimiento de la resolución CREG 15071 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 comuníquese 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 puesta al servicio de recaudo para facturar 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 recaudados. Para mayor información relacionada con estos conceptos, 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 13:30:18

CUDE: a76adc5631e6e6fac203d7649d2772e5583da1ed402c2f822251e4074974212693934eb45343332c9202d1182fbde8e5

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.062.812-
Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 830.321.161-9

254

1 Total Energía $192.460 + 2 Portafolio Enel X $25.400 = Total a Pagar $217.860

PAGO OPORTUNO 06 MAR /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN 10 MAR/2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 0318355-6

PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 21 MAR /2025

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	Lectura Anterior	Diferencia de lectura	Factor	Energía Consumida kWh	Energía Facturada kWh	Valor Unitario	Valor Facturado
ENERGÍA ACTIVA	8.458	8.220	238	1	238	238	$853,92	$203.128
ENERGÍA REACTIVA	4.418	4.273	145	1	145	27	$280,91	$7.584
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 150,00 kWh		Valor kWh $853,9200	X 20%	Beneficio -15,00 %			-$18.652

ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTÓ $192.458 PESOS

SUBTOTAL $192.458

Otros cobros asociados a energía

Ajuste a la decena

SUBTOTAL

Consumos + Otros cobros asociados a energía 1 TOTAL ENERGÍA: $192.460

Otros cobros de productos y servicios

COBRO SEGUROS $25.400

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: $25.400

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 derecho de uso sobre el servicio y los costos asociados en el pago factura el costo por concepto de reconexión asciende a $38.536

Informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones Crédito Fácil CODENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO podrá cartera en mora, pues 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.

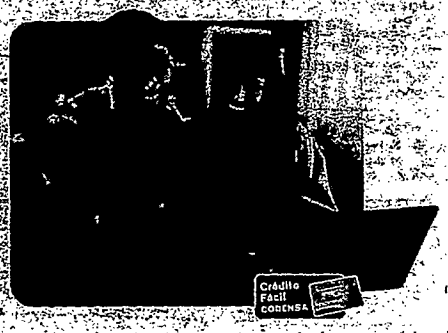
ESTIMADO CLIENTE: El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia es del 20 % y el de solidaridad es del 1800 %

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



NÚMERO DE CUENTE 0318355-6

Documento Equivalente Electrónico No. 343514640-8

(415)7707209142533(8020)010318355694351464O6(3900)0000000217860

PAGO OPORTUNO 06 MAR /2025

TOTAL A PAGAR $217.860

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 258 | MICROCHIP: 990000012130685 | FECHA: 3/3/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Michi				COLOR: Blanco Negro	
ESPECIE: CANINO __ FELINO X	SEXO: HEMBRA __ MACHO X	RAZA: Mestizo	EDAD: 5 años	PESO: 4,18 Kg	POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI __ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X			TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR __ CASERO __ CONCENTRADO X MIXTO __ OTRO __	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Julieth Katherine Mantoya Ceron	DIRECCION: 64A # 18B - 25 04 09	TELEFONO: 3114542262	
CEDULA: 1112 223 709	CORREO ELECTRÓNICO: juKamoce1990@hotmail.com		
BARRIO: El Progreso	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: LOS MARTIRES	
ESCOLARIDAD: NS/NR: Tecnico	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __		

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

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

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,2 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,4 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☒
	PROPOFOL	— ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1,6 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,3 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,04 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL Mónica Vázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL Jennifer 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:
Julieth K. Montoya C.	1112223707

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:

67

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.112.223.707

Apellidos
MONTOYA CERON

Nombres
JULIETH KATHERINE

Nacionalidad
COL

Estatura
1.58

Sexo
F

Fecha de nacimiento
04 SEPT 1990

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
PRADERA (VALLE)

Fecha y lugar de expedición
05 SEPT 2008, PRADERA

Firma
Julieth K. Montoya C.

Fecha de expiración
18 JUL 2034

IDCOL0506549700310B2<<<<<<<<<<<
9009040F3407183COL1122237074
MONTOYA<CERON<<JULIETH<KATHERI

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

0506549050 CO

256

Por favor

Febrero 2025

Cuenta o referencia de pago 62334711

BOGOTA

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

Vanti

Más formas de avanzar

Fechas importantes

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

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	11M3	3.370,88	0,00	37.079,68
FIJO	1UN	4.043,00	0,00	4.043,00
AJUSTE DECENA	1UN	-4,45	0,00	-4,45
Intereses Moratorios Base Recargo	1UN	81,77	0,00	81,77

1 — Total $41.200,00

Tus financiaciones

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

2 — Total $0,00

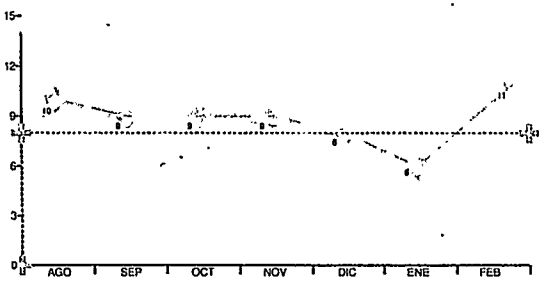
3 — Valor facturas vencidas $0,00

Total a pagar (1)+(2)+(3) **$41.200,00**

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
03 Ene. 2025	2669	REAL
03 Feb. 2025	2683	REAL

m³ corregido= 2683 - 2669 * Factor de corrección = 11

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 $ 4120

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. 2028

La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente* *Resoluciones 059 de 2012 y 41385 de 2017

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $3371.

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

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

Componentes tarifarios

Gm: 1844.46 Tm: 817.62 Dm: 617.95 Cm: 3370.88
Jp: 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: 130 kWh y el precio unitario del kWh es: $316.328

Factor de corrección

Vm: 14 Kp: 0.76727 Kt: 1.00662 Ft: 0.77235
Vc: 11 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)62334711(3900)00000000041200

Somos grandes contribuyentes Resolucion 000200 Diciembre 27/2024 Retenedor de IVA. Autoretenedores Resolución No. 4959 del 17-Jul-1998 Autorización de Numeración de Facturación No. Formulario 18764067152621 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 2-11001030 6. VANTI S.A. NIT: 800.007.813-5. Revisor fiscal Deloitte Y Touche S.A.S. Esta factura presta mérito ejecutivo Art 130 ley 142 de 1994

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

AN C1 6 183-25

Inscríbete para tener tu factura de manera digital

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

REVISIÓN PERIÓDICA OBLIGATORIA DE GAS

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

vanti

Agenda tu Revisión escaneando el QR

Aplica para Coljuegos

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban* Credibanco Bancolombia BBVA* Scotiabank Colpatria* Banco AV Villas* GNB Sudameris* Bancolombia* Banco Falabella* Banco Pichincha* Banco Caja Social* Nequi DAVIVIENDA* DAVIplata Dale

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

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.

pendrá 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 le reposición ante la empresa y apelar ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los (5) días hábiles siguientes al conocimiento del acto de suspensión. Sobre el contenido de la factura el cliente cuenta con los mecanismos de defensa en la ley 142 de 1994 y puede hacer uso antes de la fecha señalada para el pago oportuno.

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-6 7048/23072021

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

¡Hola!

MANUEL JOSE GONZALEZ
DG 4A 18B 25 04 00001 - EL PROGRESO
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5007112-820898

199

Lote: P02GN **Ruta:** 0011240112190005100 **Código del Sector:** 199

0011240112190005100

Cuenta o referencia de pago 62334711

3:5976

P02GN

vanti

¡TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:

C1

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.

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 259 | MICROCHIP: 990000012130681 | FECHA: 3/3/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD V

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Lucky | COLOR: Negro Blanco

ESPECIE: CANINO __ FELINO X | SEXO: HEMBRA __ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 7 meses | PESO: 2.9 Kg. | POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO V

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jhon Franklin Rodriguez Peralta | DIRECCION: Cl 6A # 18-33 T02 AP604 | TELEFONO: 3112631556

CEDULA: 7 366 560 | CORREO ELECTRÓNICO: Francok2rodrigs@outlook.com

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

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

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO: NO Aplica | ULT. DESPARASITACION: NO Reporta.

ULT. VACUNACION: NS/NR: __ CANINOS PARVO: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: / HEXAVALENTE: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / FELINOS: TRIPLE FELINA: 11 Feb 25 / LEUCEMIA: / RABIA: /

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 166 l/m | F. RESPIRATORIA: 32 r/m | TEMPERATURA: 38,4 °c | TLLC 1 seg | MUCOSAS: Rosada

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,14 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,29 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☒
	PROPOFOL	— ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,2 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,03 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

25

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:
Franklin Rodrigues Peralta	CC 7366560.

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:

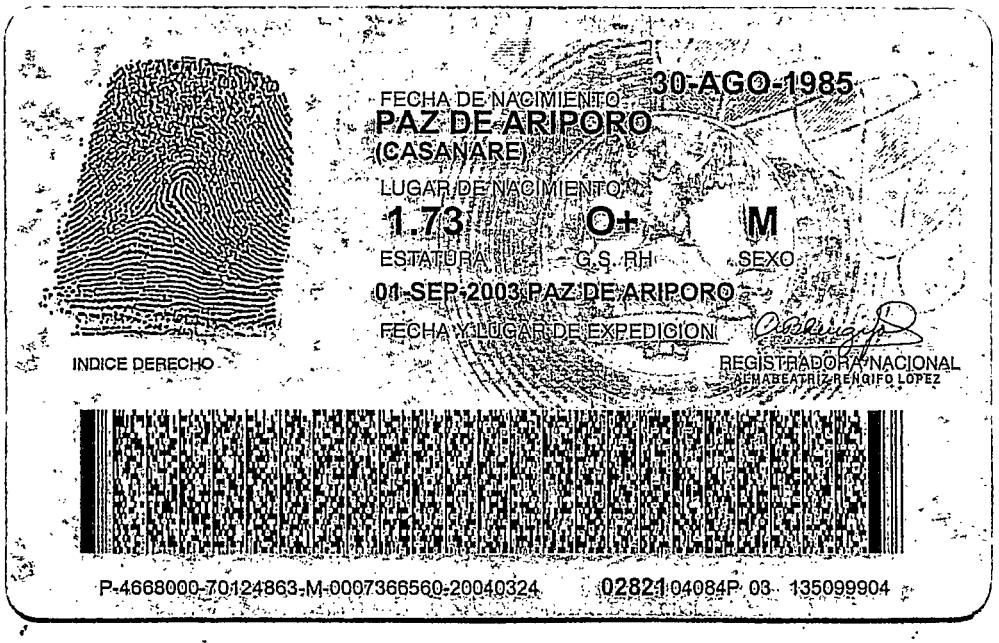
Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación:	

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Edwardo Santos	17-03-25	8 am

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 7.366.560
RODRIGUEZ PERALTA
APELLIDOS
JHON FRANKLIN
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 30-AGO-1985
PAZ DE ARIPORO
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.73
O+
M
ESTATURA
G.S. RH
SEXO
01-SEP-2003 PAZ DE ARIPORO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
LEMA BEATRIZ RENGIFO LOPEZ
INDICE DERECHO
P-4668000-70124863-M-0007366560-20040324 02821 04084P 03 135099904

70
71

aseo

Período facturado Aseo
DIC/01/2024 - ENE/31/2025

Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio
12694670

Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos
11750198019

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

Datos del usuario			
Tipo de producto: RESIDENCIAL		Estrato	3
Und. Res. Ocupada:	1	Und. No Res. Ocupada:	0 - Densidad 0.000
Und. Res. Desocupada:	000	Und. No Res. Desocupada:	000 Volumen 0.00
Frecuencia Barrida:	00	Frecuencia Recolección:	00 %Participación 0.000%

Componentes de tarifas		
Costo Fijo Total CFT.	Costo variable no aprovechable	Valor base aprovechamiento
33.831,60	13.443,42	162.831,35

Estado de cuenta aseo			
Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial Subsidio	$68.701 $10.065-	Ajuste a la decena -debito-	$1

Lecturas por suscriptor mes			
Barrido y limpieza 0,0026	Limpieza urbana 0,0011	Recolección del aprovechamiento 0,0000	
Efectivamente aprovechables 0,0776	Realizada no aprovechables | Ajustada - no ofertada 0,0360		

Histórico de vigencias cobradas				
3	$51.800	2	$59.810	1 $62.776 Días liquidados 62

La factura 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

Natalia Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA:3 CICLO: K3 RUTA:K33416

BIMESTRAL

12694670
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

11750198019
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

Período facturado NOV/07/2024 ENE/06/2025

Pago oportuno FEB/10/2025

Suspensión FEB/13/2025

¡Hola!

Factura a nombre de
JHON FRANKLIN RODRIGUEZ PERALT

Dirección del predio
CL 6A 18 33 TO 2 AP 604

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

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
ABR/02/2025	ENE/28/2025 06:46:07	ENE/28/2025 14:35:01

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

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

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

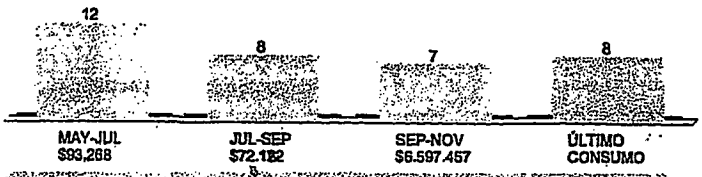
Entra a **www.acueducto.com.co** haz clic en Servicios al Ciudadano y obtén información de los puntos de atención, copia de la factura y realiza tu pago a través de internet.

cadena. NIT. 890.930.534-0 • 10/01/2025_03443

266

Tu consumo en este período

En los períodos anteriores **tu promedio de consumo fue** 9



En este período consumiste más agua que en el anterior

Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

En este período 8.000

Promedio al día 131

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período 63
Lectura anterior 55
Tu consumo este período 8

Facturado con Consumo Normal
Base promedio
Descargue fuente alterna 0

Datos de tu medidor

Marca BAYLAN
Serie 21318053

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
$39.561,74		$33.007,38		$0		$56.700		
1		2		3 4 5 6		A		

Consulta el detalle de estos cobros en las tablas numeradas de abajo — Consulta el detalle a aseo

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

= **Total a pagar** $129.270

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

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 458405543405223278545d2d9a88b88e930dd8acc97ec6522851e813a689e1acdc2d43078917312184435648a8a8a

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-	$7.616,42		$15.032,63
Consumo residencial básico (m³)	8,00		$3.519,02		-15		$4.223-	$2.931,17		$23.929,16
Consumo residencial superior básico (m³)										
Cargo fijo no residencial (mes)										
Consumo no residencial (m³)										
Subtotal							$6.982-			$39.561,74

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-	$5.118,31		$7.430,90
Consumo residencial básico (m³)	8,00		$3.761,31		-15		$4.513-	$5.197,11		$25.576,48
Consumo residencial superior básico (m³)										
Cargo fijo no residencial (mes)										
Consumo no residencial (m³)										
Subtotal							$5.825-			$33.007,38

* Corresponde a consumos de hasta 11 m³ mensuales (22 m³ bimestrales). ** (+) Aporte: aplica para estratos 5, 6, comercial e industrial. (-) Subsidio: aplica para estratos 1, 2 o 3.
*** La tarifa se determina a partir del valor unitario del cargo fijo o del consumo. Si aplica un subsidio, se descuenta un %; 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)	$3.29	$4.77
Tarifa consumo superior a básico ($/m3)	$4.93	$6.72
Total por consumo facturado	$16	$22

El Mínimo Vital es un beneficio donde el Distrito de Bogotá brinda un apoyo económico de hasta 8 m³ mensuales (16 m³ por cada período facturado) a los usuarios residenciales de los estratos 1 y 2 [illegible]

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

Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	$0

Pagos por la página web, app y billeteras

puntopay · pagos · DAVIplata · Nequi · Claro PBT · vuelá · App EAAB · EAABMóvil

Para quienes requieren canales presenciales y corresponsales bancarios autorizados

Punto de Pago · puntored · Efectivo todo

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
$56.700

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)7707200485995(8020)117501980197(3900)0000056700

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$72.570

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)117501980184(3900)0000072570

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS NRO. ÚNICO DE REGISTRO 1-110010600-10 EAB-ESP

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 260

MICROCHIP: 990000012130691

FECHA: 3/3/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: lucas

COLOR: Blanco Negro

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

RAZA: mestizo EDAD: 7 meses

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jhon franklin Rodriguez Peralta

DIRECCION: cl 6A # 18-33 TO2 AP604

TELEFONO: 3112631556

CEDULA: 7366 560

CORREO ELECTRÓNICO: Franck2rodri85@outlook.com

BARRIO: La Estanzuela

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: Tecnico NS/NR: __

TIPO DE VIVIENDA: CASA __ APTO X RURAL __

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: __ CANINOS PARVO: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: / HEXAVALENTE: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / FELINOS: TRIPLE FELINA: 11 feb/25 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:
171 l/m	32 r/m	38,5 °c	1 seg	Rosada

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,17 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,3 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☑
	PROPOFOL	— ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1,1 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,2 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,03 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

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

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

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO
Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Franklin Rodriguez Peralta	CC 7366560.

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 7.366.560
RODRIGUEZ PERALTA
APELLIDOS
JHON FRANKLIN
NOMBRES

30-AGO-1985
FECHA DE NACIMIENTO
PAZ DE ARIPORO
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.73
O+
M
ESTATURA
G.S. RH
SEXO
01-SEP-2003 PAZ DE ARIPORO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
P-4668000-70124863-M-0007366560-20040324 02821 04084P 03 135099904

70
71

aseo

Período facturado Aseo
DIC/01/2024 - ENE/31/2025

El servicio de aseo se factura bimestral

Cuenta contrato	Número para pagos
12694670	11750198019
Núm. de identificación de este predio	Número de esta factura de servicios públicos

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

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

Datos del usuario

Tipo de productor RESIDENCIAL		Estrato	3
Und. Res. Ocupadas:	1	Und. No Res. Ocupadas:	0 Densidad 0.000
Und. Res. Desocupadas:	000	Und. No Res. Desocupadas:	000 Volumen 0.00
Frecuencia Barrido:	00	Frecuencia Recolección:	00 %Participación 0.000%

Componentes de tarifas

Costo Fijo Total CFT.	Costo variable no aprovechable	Valor base aprovechamiento
33.831,60	13.443,42	152.831,36

A Estrato de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial Subsidio	$68.701 $10.005-	Ajuste a la decena -debito-	$4

Subsidio (-)	15%	Valor Aseo	$58.700
Aporte (+)	0%	Total Impuesto del periodo	$58.700

Información - cuenta total: Impuesto que Aseo reporta a la DIAN en el periodo actual

Toneladas por suscriptor mes

Barrido y limpieza	Limpieza urbana	Recháza del aprovechamiento
0.0026	0.0011	0.0000
Efectivamente aprovechables	Residuos no aprovechables | Aforadas - no aforadas	
0.0776	0.0380	

Histórico de vigencias cobradas

3	$51.600	2	$53.610	1 $52.778 Días liquidados : 62

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: K3 RUTA:K33416

BIMESTRAL

12694670	11750198019
Cuenta contrato Núm. de identificación de este predio	Número para pagos Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

Período facturado	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 06:46:07	ENE/28/2025 14:35:01

¡Hola!

Factura a nombre de

JHON FRANKLIN RODRIGUEZ PERALT

Dirección del predio

CL 6A 18 33 TO 2 AP 604

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**

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

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

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

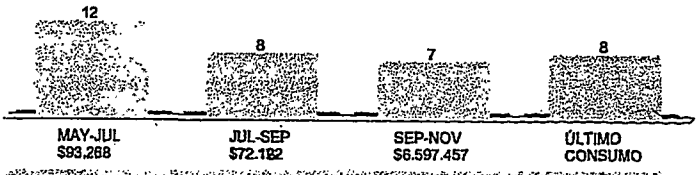
Entra a **www.acueducto.com.co** haz clic en Servicios al Ciudadano y obtén información de los puntos de atención, copia de la factura y realiza tu pago a través de internet.

cadena. NIT. 890.930.534-0 v. 10/01/2025_03143

262

Tu consumo en este período

En los períodos anteriores **tu promedio de consumo fue** 9



En este período consumiste más agua que en el anterior

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

En este período 8.000

Promedio al día 131

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período 63	**Facturado con** Consumo Normal
Lectura anterior 55	**Base promedio**
Tu consumo este período 8	**Descargue fuente alterna** 0

Datos de tu medidor

Marca BAYLAN	**Tipo** VELO015R160
Serie 21318053	**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
$39.561,74	$33.007,38	$0	$56.700
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

Total ingresos del período
Ingresos que la EAAB-ESP reporta a la DIAN en el periodo actual

= **Total a pagar** $129.270

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

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 458405543dd523237854d52d9a88b88e930dfc6acc97ecd552851e613a689e1acdc2d43078917312fa8436646a5bafb

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		$15.632,83
Consumo residencial básico (m³)	8,00		$3.519,02		-15		$4.223-	$2.991,17		$23.929,16
Consumo residencial superior básico (m³)										
Cargo fijo no residencial (mes)										
Consumo no residencial (m³)										
Subtotal							$6.982-			$39.561,74

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-	$3.718,31		$7.430,90
Consumo residencial básico (m³)	8,00		$3.781,31		-15		$4.538-	$3.197,11		$25.576,48
Consumo residencial superior básico (m³)										
Cargo fijo no residencial (mes)										
Consumo no residencial (m³)										
Subtotal							$5.825-			$33.007,38

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

Tasas ambientales
Estos valores ya están incluidos en el consumo residencial básico y superior a básico. (Ley 99 de 1993)

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m3)	$24,28	$147,7
Tarifa consumo superior a básico ($/m3)	$0,00	$87,9
Total por consumo facturado	$194	$938

El Mínimo Vital es un beneficio donde el Distrito de Bogotá brinda un apoyo económico de hasta 8 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
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
Valor a pagar
$56.700

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)117501980197(3900)000000056700

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$72.570

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)117501980184(3900)000000072570

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS NRO. ÚNICO DE REGISTRO 1-11001060-10 EAB-ESP

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 261

MICROCHIP: 990000012130306

FECHA: 3/3/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Ramón

COLOR: Blanco Gris

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

RAZA: Mestizo

EDAD: 8 meses

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: Yakeilys Guaimaro Mejia

DIRECCION: Kr 17 #3-15

TELEFONO: 3170437407

CEDULA: 57925?2

CORREO ELECTRÓNICO: yakeilys1983@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:
No Aplica	Enero 25	FELINOS: TRIPLE FELINA: / HEXAVALENTE:	PARAINFLUENZA Y BORDETELLA:	
		LEUCEMIA: /	RABIA: /	

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ____ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

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

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Mónica Vanessa Vázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	FIRMA: MV
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Yennifer Gutiérrez Nomesque Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358	FIRMA: 46

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

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO
Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía. X

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Yakeilys	5792512

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

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

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN

No. 5792512

COL

GUAIMARO MESSIA
APELLIDOS
YAKEILYS
NOMBRES
VEN
NACIONALIDAD
SEXO
16803962
DNI Nro.
19-08-1983
FECHA DE NACIMIENTO
31-03-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO

VISIBLES

FIRMA

E1980244

INDICE DERECHO

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

Juan Francisco Espinosa Palacios
Director General de Migración Colombia

MIGRACIÓN
www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL5792512<<9<<<<<<<<<<<<<<<
8308193F3105308VENE1980244<<<8
GUAIMARO<MESSIA<<YAKEILYS<<<<<

aseo

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

Cuenta contrato
10066520
Núm. de identificación de este predio

Número para pagos
40018396214
Número de esta factura de servicios públicos

LIME
LIMPIEZA METROPOLITANA S.A. E.S.P.
830123461-1
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 productor	PEQUEÑO PRODUCTOR	Estrato	3
Und. Res. Ocupada:	1	Und. No Res. Ocupada:	1
Densidad	0.200		
Und. Res. Desocupada:	000	Und. No Res. Desocupada:	000
Volumen	0.00		
Frecuencia Barrido:	02	Frecuencia Recolección:	03
%Particlpación	0.0000%		

Componentes de tarifas

Costo Fijo Total CFT:	Costo variable no aprovechable	Valor base aprovechamiento
65.471,28	48.921,62	150.736,65

Toneladas por suscriptor mes

Barrido y limpieza	Limpieza urbana	Rechazo del aprovechamiento
0.0026	0.0010	0.0000

Efectivamente aprovechables | Atoradas - no atoradas: 0.0503 / 0.0998
Residuos no aprovechables: 0.0998

Histórico de vigencias cobradas

3	2	1	1
$177.035	$175.635	$177.652	Días liquidados 61

La tarifa incluye subsidio o aporte*

Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$81.546	Interés mora	$1.280
Aseo pequeño productor	$82.107	Ajuste a la decena -crédito-	$6-
Subsidio	$9.232-		
Aporte	$41.054		

Subsidio (-) 15% Valor Aseo $176.756
Aporte (+) 50% Total ingresos del periodo $176.756
Diferimiento - deuda total Ingreso que Aseo reportó a la DIAN en el periodo actual

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA:3 CICLO: D3 RUTA:D33127 BIMESTRAL

10066520
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

40018396214
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de
CICERON BETANCOURT

Dirección del predio
KR 17 3 15

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

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso:	**Multiusuario**
Estrato:	**3**
Unidades Habitacionales:	**1**
Unidades No Habitacionales:	**1**

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

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

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
MAR/14/2025	ENE/10/2025 09:19:11	ENE/10/2025 13:40:59

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

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

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

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

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 262

MICROCHIP: 990000012130317

FECHA: 3/3/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Mempis

COLOR: Negro

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

RAZA: Mestizo

EDAD: 3 años

PESO: 4.8 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: Camila Alejandra Diaz Gomez

DIRECCION: 06 44 # 18B-25 04 001

TELEFONO: 3125773589

CEDULA: 1000 931 822

CORREO ELECTRÓNICO: Camiladiazpf@gmail.com

BARRIO: El Progreso

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: profesional. NS/NR: __

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO: NO Aplica.

ULT. DESPARASITACION: 21 Febrero/25

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

FELINOS: TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA: / RABIA: NOV 2024

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ____ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA	F. RESPIRATORIA	TEMPERATURA	TLLC	MUCOSAS
167 l/m	31 r/m	38,5 °c	1 seg	Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,24 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,48 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☑
	PROPOFOL	___ ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1,6 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,3 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,04 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Mónica Vc.ázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	FIRMA: MVV
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Yennifer Gutiérrez Nomesque Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358	FIRMA: 46

267

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:
	1000931822

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

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

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.000.931.822

DIAZ GOMEZ

APELLIDOS

CAMILA ALEJANDRA

NOMBRES

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 17-MAR-2002

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

24-JUN-2020 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

P-1500150-01234992-F-1000931822-20210525 0074466099A 1 9915491976

DEL ESTADO CIVIL

Por favor

Factura de gas

Febrero 2025

Cuenta o referencia de pago **62334711**

BOGOTÁ

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	11M3	3.370,88	0,00	37.079,68
FIJO	1UN	4.043,00	0,00	4.043,00
AJUSTE DECENA	1UN	-4,45	0,00	-4,45
Intereses Moratorios Base Recargo	1UN	81,77	0,00	81,77

1 Total $41.200,00

Tus financiaciones

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

2 Total $0,00

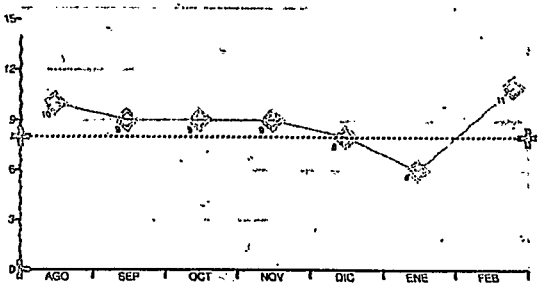
3 **Valor facturas vencidas** $0,00

Total a pagar 1+2+3 **$41.200,00**

Paga por pse

Escanea el código QR

Tus últimas consumos



Datos de medición

Uso Residencial Estrato/Cat. Tres Días de consumo 32

Fecha	Lectura	Tipo
03 Ene. 2025	2669	REAL
03 Feb. 2025	2683	REAL

m³ corregido= 2683 - 2669 * Factor de corrección = 11

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 $ 4120

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. 2028

La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente* *Resoluciones 059 de 2012 y 41385 de 2017

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $3371.

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

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

Componentes tarifarios

Gm: 1844.46 Tm: 817.62 Dm: 617.65 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

Mjm³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 130 kWh y el precio unitario del kWh es: $316.328

Factor de corrección

Vm: 14 Kp: 0.76727 Kt: 1.00662 Ft: 0.77235
Vc: 11 Tm: 13.66 Tc: 15.56 Pc: 1.01008
Pa: 0.752 Pm: 0.023 Ppv: 1.0
Factor de corrección: 0.77235

Indicadores de calidad

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

(415)7709998026025(8020)62334711(3900)00000000041200

Autorizada mediante Resolución No. 4959 del 17-JUL-1998 Autorización de Numeración de Facturación No. Formulario 18764061156808 desde 12/03/2024. Facturación electrónica desde N° 00000001 hasta 50000000 con vigencia de 18 meses

NIT: 800.007.813-5 Revisor fiscal Deloitte Y Touche S.A.S. Esta factura presta mérito ejecutivo. Art 130 Ley 142 de 1994 Cámara de Comercio Bogotá

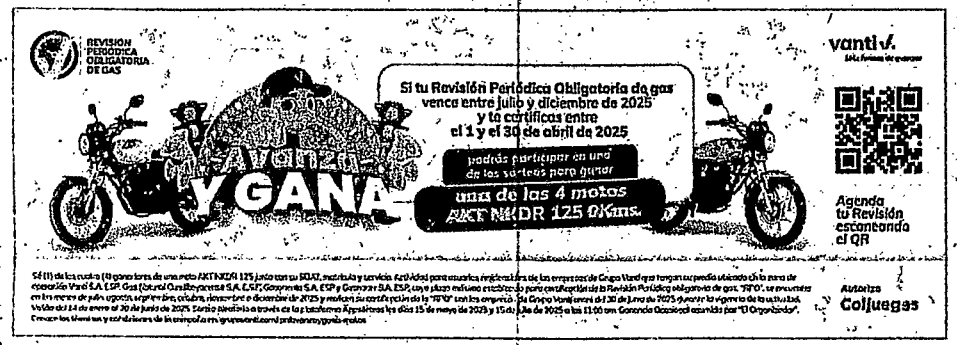
Factura No. F15B26078315

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

AV cl 6ª 18B-25

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 · 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 [illegible] principal causa

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

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

pendará el servicio por falta de pago y cuando se emplee, 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 factura el cliente cuenta con los mecanismos de defensa en la ley 142 de 1994 y puede hacer uso antes de la fecha señalado para el pago oportuno.

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800096812-8 704822072024

Doblá y rasgá para abrir la factura

¡Hola!

MANUEL JOSE GONZALEZ
DG 4A 18B 25 04 00001 - EL PROGRESO
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5007112-820898

Lote: P02GN **Ruta:** 0011240112190005100 **Código del Sector:** 199

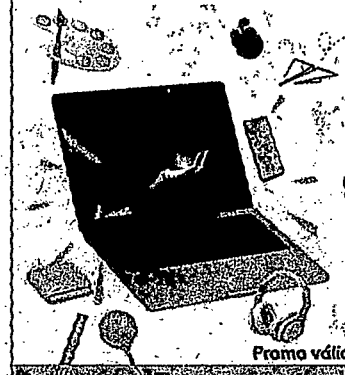
Cuenta o referencia de pago 62334711

199
0011240112190005100
P02GN
25076

vanti Listo

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

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:



CON VANTI LISTO
REGRESA
SÚPER LISTO A CLASE Y GANA UN COMPUTADOR

vanti Listo

Escanea el código QR y participa aquí.

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

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

Paga a cuotas a través de tu factura de gas natural

Éxito · Jumbo · Alkosto · Ktronix

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gasnacer S.A. ESP. Conoce T&C de la campaña ingresando a grupovanti.com/vantilisto/celebraciones. Vanti Listo es la marca que identifica el servicio de financiación no bancaria ofrecido por el Grupo Vanti. Aplican condiciones señaladas en la política de financiación; consúltala en: grupovanti.com/vantilisto/celebraciones.
* Campaña válida entre los días 13 de enero hasta el 28 de febrero de 2025 o hasta agotar existencias, se entregarán en total 10 computadores.

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164
Mi Vanti en línea
https://mi.grupovanti.com/

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

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 263

MICROCHIP: 990000012130305

FECHA: 3/3/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Tony

COLOR: Blanco - Gris

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

RAZA: Mestizo EDAD: 3 años PESO: 4,4Kg

POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Angel de Jesus Peñuela Lopez

DIRECCION: Ak 27 # 16-85

TELEFONO: 3102391414

CEDULA: 1104 069 661

CORREO ELECTRÓNICO: angelosolo973@gmail.com

BARRIO: Santa Isabel ESTRATO: 2 LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
165 l/m	31 r/m	38,3 °c	1 seg	Rosada

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,2 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,4 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☑
	PROPOFOL	— ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1,5 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,3 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,04 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Mónica Vázquez 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 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:
• Angel Parra	• 1104 069 661

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

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

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.104.069.661**

PEÑUELA LOPEZ

APELLIDOS

ANGEL DE JESUS

NOMBRES

Angel Peñuela

FIRMA

ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **31-JUL-1991**
OIBA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.74 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **M** SEXO

26-AGO-2009 OIBA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01263960-M-1104069661-20211107 **0076184668A 2** 8502558613

enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 860063875-6
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas su número de cuenta es: **0359293-5**

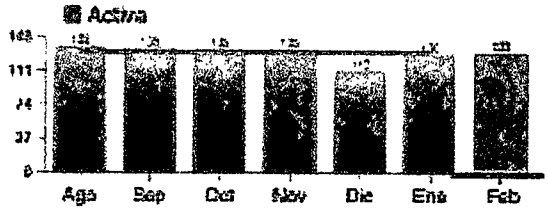
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 241359502-6

CLIENTE

STELLA VARELA
AK 27 ND 1 G 65
BOGOTA, D.C. - SANTA ISABEL

17 222 4453 / 117-20339395

COMPORTAMIENTO DE CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $363,92
CONSUMO DIARIO: 4,53 kWh
VALOR DIARIO: $1.342

PERÍODO FACTURADO: 31 ENERO A 28 FEBRERO
DÍAS FACTURADOS: 29
CONSUMO MES: 131 kWh

Tu consumo actual no supera el consumo máximo presentado en los últimos 12 meses

Tú lo cuentas Enel

Entiende tu factura de energía.

Revisa siempre los siguientes datos:

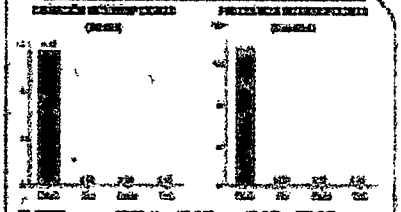
- Historico de consumo
- Periodo facturado
- Consumo kWh
- Cobro de otros servicios

Conocé más en www.enel.com.co o escaneando este QR

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	15,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	[illegible]
RUTA LECTURA:	[illegible]
MANZANA DE LECTURA:	[illegible]
MEDIDOR KD:	117-[illegible]
MEDIDOR KD:	117-[illegible]

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Registro online

Línea gratuita de la página Web

App Enel Clientes Colombia

Bogotá, Cundinamarca y Cundinamarca: 601 6 115 115

115 Opción 1

Atención al cliente

OFICINA DEL CLIENTE

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Puntos virtuales de pago

Alternativa Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Distrital

Centros de Servicio

Código QR

Alternativas de Cashing

Regístrate a Conec

Recibe beneficios como premios, descuentos, bonos y más.

Regístrate aquí

FECHA GENERACIÓN: 21/FEBRERO/2024 17:49:37
FECHA EXPEDICIÓN: 21/FEBRERO/2024 17:19:38

Factura impresa por Consejo Asociativo de Comunicación SAS NIT 830.124.818-6

Prestador: Tecnologías Digitales y Servicios SAS ESP - Nombre al SUI: CDT Facturación - NIT 830.141.116-6

1 Total Energía $96.922 + 2 Portafolio Enel X $129.938 = Total a Pagar $226.860

PAGO OPORTUNO 04 MAR /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN 05 MAR/2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 0359293-5

PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 19 MAR /2025

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

SUBTOTAL $96.922

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena

SUBTOTAL $2

Contribución - Otros cobros asociados a energía

1 TOTAL ENERGÍA $96.922

Otros cobros de productos y servicios

Tarjeta Crédito Amarilla $129.938

enel x

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

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y gas

2 TOTAL OTROS $129.938

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

Oferta sujeta a cupo de Cta Bank d' Nova Scotia, aplicada para Banco Scotiabank Colpatria Especializado en Tarjetas de Crédito. Aprobación a solo criterio de la entidad.

NÚMERO DE CLIENTE
0359293-5

Documento Equivalente Electrónico No.
343320660-6

PAGO OPORTUNO
04 MAR /2025

TOTAL A PAGAR
$226.860

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 264 | MICROCHIP: 990000012130303 | FECHA: 3/3/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Gusi | COLOR: Atigrado Blanco

ESPECIE: CANINO __ FELINO X | SEXO: HEMBRA __ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 8 meses | PESO: 4kg | POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Natalia Piza Gaona | DIRECCION: Kr 19A # 1-27 P13 | TELEFONO: 3133374291

CEDULA: 1022 423 072 | CORREO ELECTRÓNICO: Nataliapizagaona@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: 28 sep/24 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:
167 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	0,4 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☑
	PROPOFOL	___ ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1,4 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,28 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,04 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

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

	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES	
BOGOTÁ	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:
Natalia Pizo	1022423072

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 1.022.423.072

PIZA GAONA
APELLIDOS

NATALIA
NOMBRES

Natalia Piza
FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 17-DIC-1996
TOGUI
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

16-ENE-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00672482-F-1022423072-20150224 0043274885A 2 44057745

8.2

35819

enel Bogotá

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

ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **7285013-0**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 343284345-6

35819

CLIENTE

CLARA ESTELLA FLOREZ DE RIOS
KR 19 A NO 1 27 PI 3
LLAMAR ANTES DE LLEGAR AL PRED
BOGOTA, D.C. - EDUARDO SANTOS

17 227 3530 / 117-18250029

¿Olvidaste tu factura virtual? Escanea el código

Te lo cuenta Enel

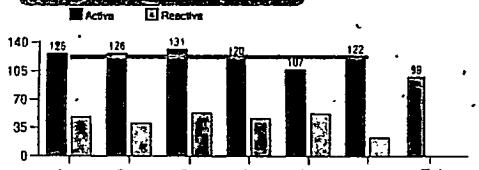
Entiende tu factura de energía.

Revisá 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

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $853,92

CONSUMO DIARIO: 3,38 kWh

VALOR DIARIO: $2.453

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

DÍAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES 98 kWh

CONSUMO PROMEDIO ÚLTIMOS 6 MESES 122 kWh

¡Este mes tuvimos acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía es el cálculo más preciso de lo habitual!

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10002172273530
RUTA LECTURA:	12172160068
MANZANA DE LECTURA:	MS00410555
MEDIDOR NO:	117-18250029
MEDIDOR NO:	117-18250029

CALIDAD DEL SERVICIO

CD: 183,0878 | GRUPO: 11 | HC: 0,00 | VC: 0,00 | CEC: 0,57
PERIODO: 2024/12 | DI: 22,67 | CI: 107,00000 | MC: 0,00 | MF: 1,00 | %: 0,13

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

USO SEGURO DE LA ENERGÍA

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

CONTÁCTANOS

- Trámites y solicitudes
- Chat de servicio en
- 328 690 6003 (Elena Bot o paso Asesor)
- Enel Colombia · @EnelColombiaCO
- Regístrate gratis
- Zona privada de la página Web
- App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 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 · Cajero Electrónico · APP Enel Clientes Colombia · Botón de Pago Online · Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual

Daviplata · Nequi · MOVII · tpaga

Corresponsales Bancarios

CONRED · efecti · Red Servi · Supergiros · Transfiya · Su Red · MOVIRED · Su Red

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 distribuidor. 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: AY2A-1E53BTR1 - - NIVEL DE TENSION: I PROPIEDAD: Empresa

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

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 9061 de 10 de diciembre de 2020.

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

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

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

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

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

Inscríbete a factura electrónica* y aprovecha los beneficios.

Escanea el código

FECHA GENERACIÓN: 21/02/2025 01:11:19
FECHA EXPEDICIÓN: 21/02/2025 18:06:09

CUDE: cae82afdfb4efd3f3e95542d31bb8202939c365ab168d2ffa035674baaba1815467318ecd841562adf5551107d8f698

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 890 321.151-0

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.096.812

275

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 265

MICROCHIP: 990000012130697

FECHA: 3/3/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Igor

COLOR: Atigrado

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

RAZA: Mestizo

EDAD: 4 año

PESO: 4.2 kg

POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Diana Judith Jaramillo Garcia

DIRECCION: CL 3B # 78A-14

TELEFONO: 350 6319371

CEDULA: 20 859 339

CORREO ELECTRÓNICO: 3506319371 @smcorreo.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: NOV 24 / 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: 164 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	0,2 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,4 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☒
	PROPOFOL	— ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1,4 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,28 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,04 ml.	0,2 mg/kg SC

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

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO
Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Diana Jaramillo	20859 339

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

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

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **20.859.339**

JARAMILLO GARCIA

APELLIDOS

DIANA JUDITH

NOMBRES

Diana Judith Jaramillo G

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-MAY-1971**

QUIPILE
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

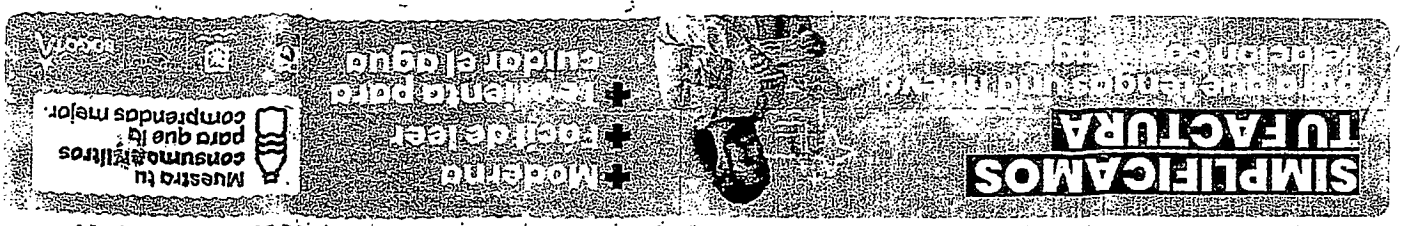
1.60	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

29-ABR-1991 QUIPILE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00966199-F-0020859339-20180103 0059038662A 1 9902341978

277


SIMPLIFICAMOS
TU FACTURA
+ Movilidad
+ Facil de leer
+ Fácil de pago
Cuidar el agua
Muestra tu consumo de litros para que lo comprendas mejor.
Nueva

Costo Fijo Total CFT.
98.206,92
Costo variable no aprovechable
39.539,94
Valor base aprovechamiento
150.736,65
Componentes de tarifas
Frecuencia Barrido:
Frecuencia Recolección:
%Participación
Und. Res. Desocupadas:
Und. No Res. Desocupadas:
Volumen
Und. Res. Ocupadas:
Und. No Res. Ocupadas:
Densidad
Tipo de producto
RESIDENCIAL
Estrato
Datos del usuario
Horario de Atención
LUNES A VIERNES 7:00 AM A 5:00 PM SABADO 9:00 AM A 1:00 PM
KR 56 No. 9-17 LC 2 Ed. Torre Americas
Cuenta contrato
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos
Número de identificación de este predio
Período facturado
NOV/01/2024 - DIC/31/2024
El servicio de aseo se factura de forma bimestral
aseo
Concepto
Valor
Aseo residencial
$184.837
Subsidio
$27.695-
Interés mora
Ajuste a la decena -crédito-
$4.639
$1-
A Estrado de cuenta aseo
Estrato
Barrido y limpieza
Limpieza urbana
Rechazo del aprovechamiento
Efectivamente aprovechables
Residuos no aprovechables | Atoradas - no atoradas
Histórico de vigencias cobradas
Días liquidados
$156.589
$156,722
$159,304
la tarifa incluye subsidio o aporte*
Tendencias por suscriptor/mes

DOCUMENTO SOPORTE 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:D33130
BIMESTRAL
10014562
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio
39352210817
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
MAR/14/2025
Fecha y hora de expedición factura
ENE/10/2025 09:18:55
Fecha y hora de generación factura
ENE/10/2025 13:43:38
¡Hola!
Factura a nombre de
HECTOR J SAAVEDRA H
Dirección del predio
CL 3B 18A 14
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.

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 266 | MICROCHIP: 990000012130690 | FECHA: 3/3/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Haku				COLOR: Amarillo	
ESPECIE: CANINO __ FELINO X	SEXO: HEMBRA __ MACHO X	RAZA: Mestizo	EDAD: 1 año	PESO: 4Kg	POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI __ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X			TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR __ CASERO __ CONCENTRADO X MIXTO __ OTRO __	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Orlando Vargas Quintero		DIRECCION: Kr 25 #2B-702	TELEFONO: 3128774127
CEDULA: 79 202 115		CORREO ELECTRÓNICO: 3128774127@sinterreo.com	
BARRIO: Veraguas	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: LOS MARTIRES	
ESCOLARIDAD: NS/NR: X	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __		

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
171 l/m	33 r/m	38,5 °c	1 seg	Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,2 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,4 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☒
	PROPOFOL	— ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1,4 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,28 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 específicamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_x_ RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Mónica Vázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	FIRMA: MV
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Yennifer Gutiérrez Nomesque Médico Veterinario - Zootecnista TP. 33358	FIRMA: 46

270

MÁRTIRES 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:
	74202815

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Eduardo Santos	17/03/25	8 am

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.202.115

VARGAS QUINTERO
APELLIDOS

ORLANDO
NOMBRES

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-MAY-1962
FUSAGASUGA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

27-AGO-1980 SOACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENDON LOPEZ

A-1500113-45152372-M-0079202115-20061204 0591806335B 02 214893000

puntored

untored no te cobra por esta transacc.

Puntored
Corresponsal Bancario Davivienda

TRANSACCION EXITOSA

echa	28/02/2025
ora	09:41:03
omercio	825320
erminal	275481
peracion	Recaudo
rob Banco	716354
rob Puntored	001114349365
onvenio	VANTI SA ESP
od. Convenio	0000001374404
eferencia 1	60976862
eferencia 2	
alor	$61,350
osto Transaccion	$0
alor Total	$61,350

inea de atencion personalizada: 6088
Mensaje de texto: 85885

BANCO DAVIVIENDA S.A.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA
FINANCIERA DE COLOMBIA

12/03/2024

Febrero 2025

60976862

BOGOTA

Vigilada Superservicios

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

vanti
Más formas de avanzar

69

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

Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
17M3	3.370,88	0,00	57.304,96
1UN	4.043,00	0,00	4.043,00
1UN	2,04	0,00	2,04

1 Total $61.350,00

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

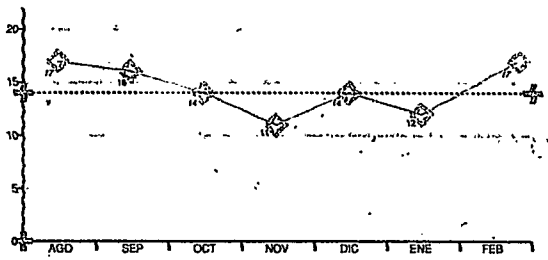
Total a pagar 1+2+3

$61.350,00

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
03 Ene. 2025	4954	REAL
04 Feb. 2025	4976	REAL

m³ corregido= 4976 - 4954 * 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 $ 6135

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 Obligataria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Ago. 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 RPD 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: 617.62 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

M/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 200 kWh y el precio unitario del kWh es: $308.74.

Factor de corrección

Vm: 22 Kp: 0.76727 Kt: 1.00659 Ft: 0.77232
Vc: 17 Tm: 13.67 Te: 15.56 Pe: 1.01008
Pa: 0.752 Pm: 0.023 F pv: 1.0.

Factor de corrección: 0.77232

Indicadores de calidad

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

(415)7709998026025(8020)60976862(3900)00000000061350

Factura No. F15B26076953

38885

C1

58a5185756630ff55c8ce171f1423dd7b721d47862677325 18a2ef7a38d5b152490ac0418d89564481d9be3f6340e23

Ley 142 de 1994
Factura - Transferencia S.A.
NIT 900.352.139-4

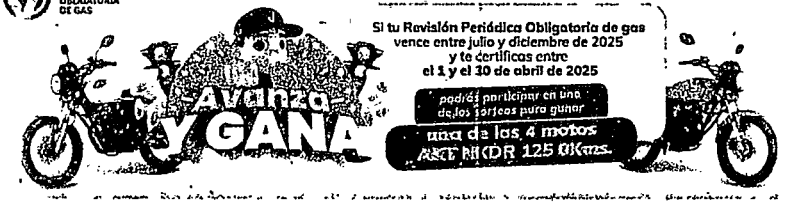
28

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.

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

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

REVISIÓN PERIÓDICA OBLIGATORIA DE GAS



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

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

vanti

Agenda tu Revisión escaneando el QR

Autoriza Coljuegos

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

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

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

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

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

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

¡Hola!

RAFAEL HUMBERTO BARRERO
KR 25-2B 7 02 - VERAGUAS
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5087196-5[illegible]972

198

Lote: P02GN **Ruta:** 0011240152370005200 **Código del Sector:** 198

0011240152370005200

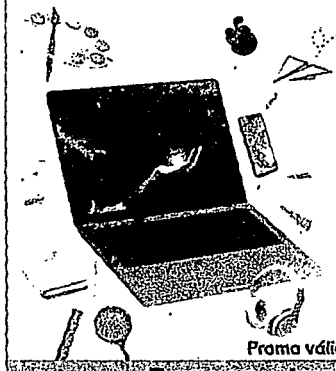
Cuenta o referencia de pago 60976862

P02GN

vanti Listo

Compra tu electrodoméstico de tu preferencia, financiado a tus medios, cuotas, plazos y paga 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

vanti Listo

Escanea el código QR y participa aquí.

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

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

Paga a cuotas a través de tu factura de gas natural

Éxito · Alkosto · Ktronix

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gasnacer S.A. ESP. Conoce T&C de la campaña ingresando a grupovanti.com/vantilisto/celebraciones. Vanti Listo es la marca que identifica el servicio de financiación no bancaria ofrecido por el Grupo Vanti. Aplican condiciones señaladas en la política de financiación; consúltala en: grupovanti.com/vantilisto/celebraciones. Campaña válida entre los días 13 de enero hasta el 28 de febrero de 2025 o hasta agotar existencias, se entregarán en total 10 computadores.

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 267 | MICROCHIP: 990000012130687 | FECHA: 3/3/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Soro | COLOR: Blanco-Gris

ESPECIE: CANINO __ FELINO X | SEXO: HEMBRA __ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 1 año | PESO: 4,3Kg | POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Orlando Vargas Quintero | DIRECCION: Kr 25 # 2B-702 | TELEFONO: 3128774127

CEDULA: 79 202 115 | CORREO ELECTRÓNICO: 3128774127@sincorreo.com

BARRIO: Veraguas | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: LOS MARTIRES

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

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
170 l/m	31 r/m	38,5 °c	1 seg	Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,21 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,43 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☒
	PROPOFOL	— ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1,5 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,3 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,04 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Mónica 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

281

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: 1792021155

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Eduardo Santos	17/03/25	8 am

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.202.115

VARGAS QUINTERO
APELLIDOS

ORLANDO
NOMBRES

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 01-MAY-1962
FUSAGASUGA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

27-AGO-1980 SOACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ REBOLLO LOPEZ

INDICE DERECHO

A-1500113-45152372-M-0079202115-20061204 05918 08335B 02 214893000

puntored

ntored no te cobra por esta transacc.

Correspondal Bancario Davivienda

TRANSACCION EXITOSA

cha	28/02/2025
ra	09:41:03
mercio	825320
minal	275482
eracion	Recaudo
rob Banco	716554
rob Puntored	001114349365
nvenio	VANTI SA ESP
d. Convenio	0000001374404
Referencia 1	60976862
Referencia 2	
lor	$61,350
isa Transaccion	$0
lor Total	$61,350

nea de atencion personalizada: #688
Mensaje de texto: 85886

BANCO DAVIVIENDA S.A.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Febrero 2025

60976862

BOGOTÁ

Vigilada Superservicios

NIT 800.007 813-6
Vanti S.A. ESP
www.grupovanti.com

vanti
Más formas de avanzar

69

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

Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
17M3	3.370,88	0,00	57.304,96
1UN	4.043,00	0,00	4.043,00
1UN	2,04	0,00	2,04

1 Total $61.350,00

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

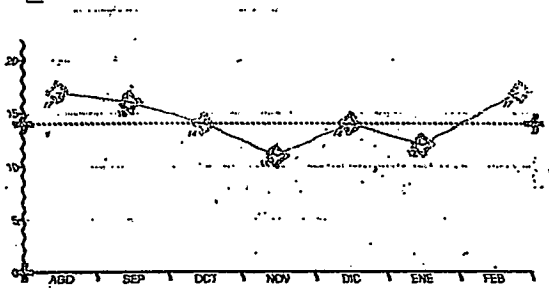
Total a pagar 1 + 2 + 3

$61.350,00

Paga por PSE

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
03 Ene. 2025	4954	REAL
04 Feb. 2025	4976	REAL

m³ corregido= 4976 - 4954 - 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 $ 6135

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)60976862(3900)00000000061350

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Ago. 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 RPD 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: 617.62	Dm: 617.95	Cm: 3370.88
Pc: 90.85	Cvm: 0.0	Cufm: 4043.0	Cuvm: 3370.88
Com: 0.0	Fpcm: 42.438	DAUR: 0.0	DAUNR: 0.0

M/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 200 kWh y el precio unitario del kWh es: $308.74.

Factor de corrección

Vm: 22	Kp: 0.76727	Kt: 1.00659	Ft: 0.77232		
Vc: 17	Tm: 13.67	Tc: 15.56	Pe: 1.01008		
Pa: 0.752	Pm: 0.023	F² pv: 1.0			

Factor de corrección: 0.77232

Indicadores de calidad

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

38885

C1

Factura No. F15B26076953

58a515756530f55c8ce171114230d0b721d47962677325182a2af7a38d5b152490ac0418e8964484f69be3fa034be23

De la ley 142 de 1994 Acceso - Transferencia sin restricción

284

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

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

REVISIÓN PERIÓDICA OBLIGATORIA DE GAS

¡AVÍSO Y GANA

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

podrás participar en una de las 5 fechas para ganar una de las 4 motos AKT NKD 125 CKms.

vanti

Agenda tu Revisión escaneando el QR

Autoriza Coljuegos

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

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

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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
- Banca GNB Sudameris
- Grandes Superficies: Metro, Jumbo, Éxito

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

Eficiencia energética

Reducir nuestra 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.

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

Suspensión del servicio por falta de pago y Cobro de reconexión, en caso de que se haya impedido el acceso al medidor o la instalación interna y de artefactos de consumo. Como consumidor puedes presentar un reclamo ante la empresa y obtener ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los (5) días hábiles siguientes al conocimiento del acto de suspensión. Sobre el contenido de la factura 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!

RAFAEL HUMBERTO BARRERO
KR 25 2B 7 02 - VERAGUAS
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5087196-5[illegible]72

198

00112401523700052000

P02GN

Lote: P02GN **Ruta:** 0011240152370005200 **Código del Sector:** 198

Cuenta o referencia de pago 60976862

vanti Listo

Comfaoro
Tarjeta de crédito de gas modalidad cuotas y pago de facturas a través de la tarjeta 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 válida del 13 de enero al 28 de febrero de 2025

Paga a cuotas a través de tu factura de gas natural

Éxito · Alkosto · Ktronix

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Candelayacense 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://m.grupovanti.com/

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

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 268 | MICROCHIP: 990000012130311 | FECHA: 3/3/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Patricia				COLOR: Blanco Amarillo	
ESPECIE: CANINO __ FELINO X	SEXO: HEMBRA __ MACHO X	RAZA: Mestizo	EDAD: 4 años	PESO: 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 X REGALADO __ PERRO DE CUADRA __ OTRO __

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Esperanza Yazmid Forero Vega	DIRECCION: CL 5A # 19-87 Lc 1	TELEFONO: 3138972589
CEDULA: 52 220 217	CORREO ELECTRÓNICO: Forerovegae@gmail.com	
BARRIO: El Progreso	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: LOS MARTIRES
ESCOLARIDAD: Bachiller. NS/NR: __	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __	

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ____ NO X | SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: 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	31 r/m	38,6 °c	1 seg	Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,2 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,4 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☑
	PROPOFOL	____ ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1,4 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 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

285

	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:
Esperanza forero S.	52.220.217 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 a.m

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
52.220.217
NUMERO

FORERO VEGA
APELLIDOS

ESPERANZA YAZMID
NOMBRES

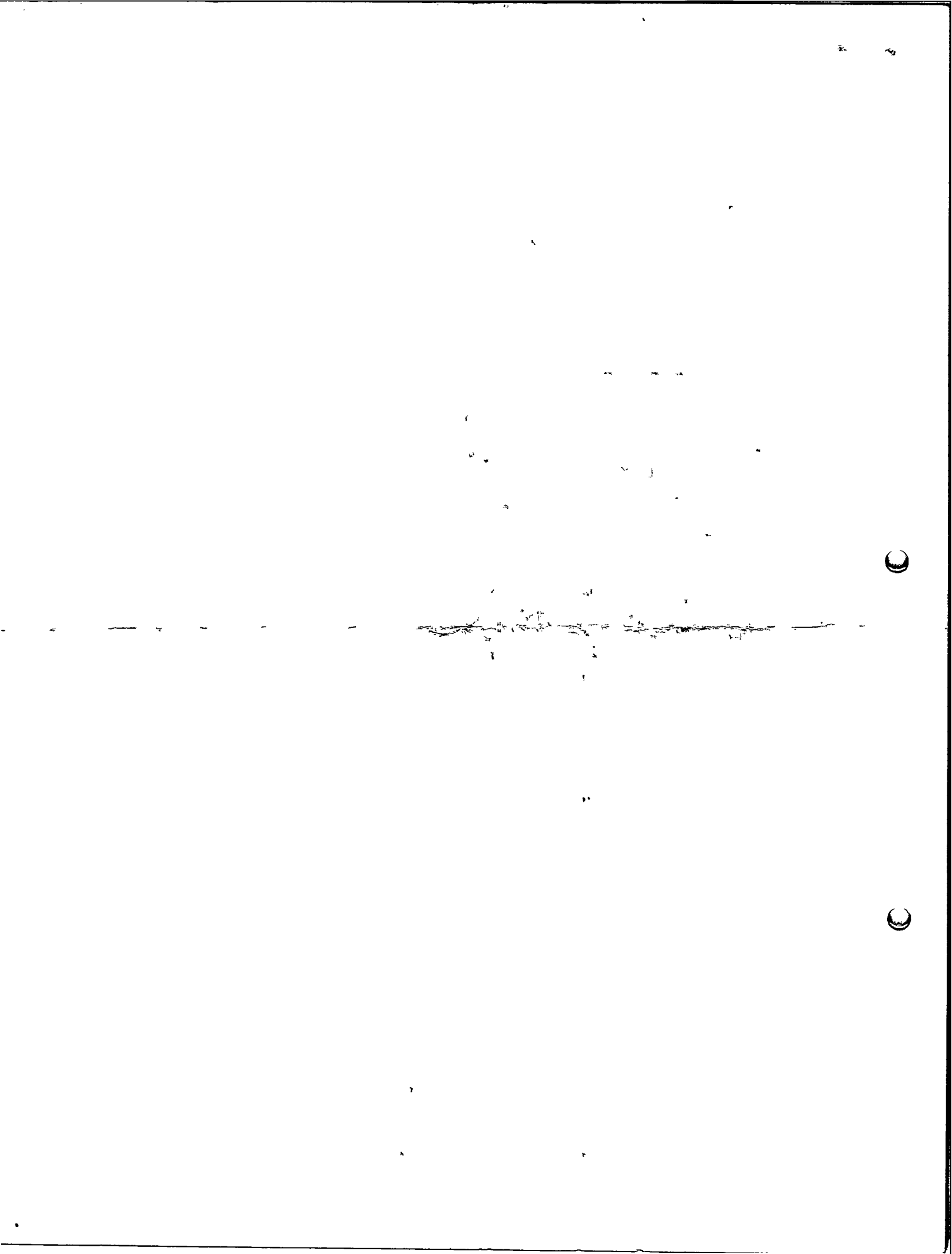
FIRMA

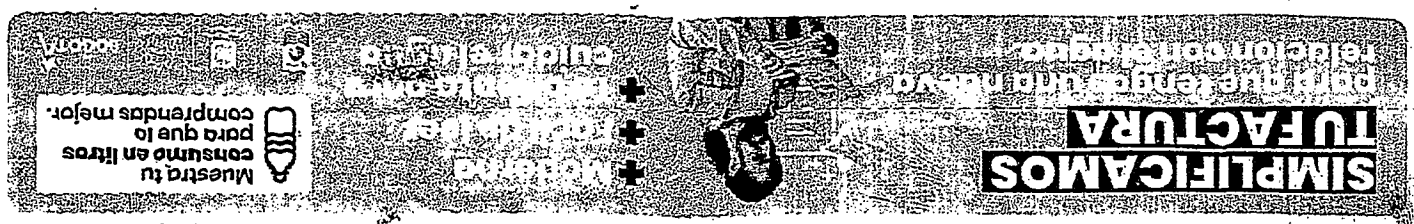
INDICE DERECHO

13-NOV-1973
FECHA DE NACIMIENTO
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.59 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
29-ABR-1992 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ REBOLLO LOPEZ

A-1500117-42127473-F-0052220217-20050112 0040805011B 02 154841966





aseo

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

Cuenta contrato
9025011
Núm. de identificación de este predio

Número para pagos
17156979118
Número de esta factura de servicios públicos

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

Datos del usuario
Tipo de producto: PEQUEÑO PRODUCTOR — Estrato: 3
Und. Res. Ocupada: 0 — Und. No Res. Ocupada: 1 — Densidad: 0.200
Und. Res. Desocupada: 000 — Und. No Res. Desocupada: 000 — Volumen: 0.00
Frecuencia Barrido: 02 — Frecuencia Recolección: 02 — %Participación: 0.000%

Componentes de tarifas

Costo Fijo Total CFT.	Costo variable no aprovechable	Valor base aprovechamiento
32.735,64	33.741,64	150.738,65

Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo pequeño productor	$82.107	Interés mora	$1.632
Aporte	$41.054	Ajuste a la decena -crédito-	$2-

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Saldo (-)	0%	Valor Aseo	91.478
Aporte (+)	50%	Total Aportes del periodo	91.478
Información - deuda total		Impuesto que Aseo reporta a la DIAN en el periodo actual	

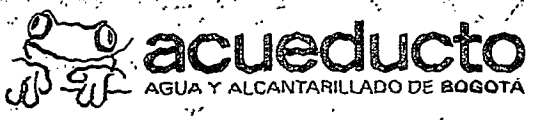
Toneladas por suscriptor mes

Barrido y limpieza	Limpieza urbana	Rechazo del aprovechamiento
0.0026	0.0010	0.0000
Efectivamente aprovechables	Residuos no aprovechables | Aforados - no aforados	
0.0503	0.0988	

Histórico de vigencias cobradas

3	2	1	Días liquidadas
$124.838	$123.394	$124.551	61

La tarifa incluye subsidio o aporte*



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

Responsabilidades fiscales del emisor: Gran contribuyente; Autorretenedor

Natasha Avendaño García
Representante Legal

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

BIMESTRAL

9025011
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

17156979118
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 09:18:44	ENE/10/2025 13:48:12

¡Hola!

Factura a nombre de
CARLOS E CLAVIJO

Dirección del predio
CL 5A 19 67 LC 1

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

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

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

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

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

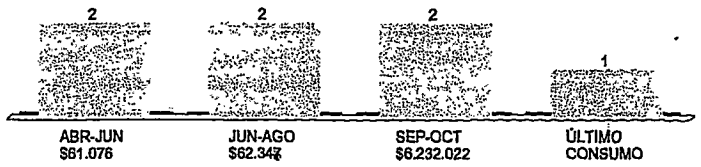
Entra a **www.acueducto.com.co** haz clic en Servicios al Ciudadano y obtén información de los puntos de atención, copia de la factura y realiza tu pago a través de internet.

cadena. NIT. 890.930.534-0 • 30-08/2024 .01214

287

Tu consumo en este período

En los períodos anteriores **tu promedio de consumo fue** 2



En este período consumiste menos agua que en el anterior.

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

En este período 1.000

Promedio al día 17

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período 2
Lectura anterior 1
Tu consumo este período 1

Facturado con Consumo Normal
Base promedio
Descargue fuente alterna 0

Datos de tu medidor

Marca G2 MISURATORI
Serie 24-681887

Tipo VELO016R200
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 $32.855,62 (1) + **Alcantarillado** $18.742,97 (2) + **Otros cobros** $6.742 (3 4 5 6) + **Aseo** $124.790 (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** $183.130

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

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): f899825a740d4d1a9002166e0cb0e1f0f3377085a2f1a1b76c36f7e4fc14796c1691be19a2d3f116a654ce6434d7cc2

Detalle de tu consumo este bimestre

	1 Acueducto						2 Alcantarillado					
	Cant. ×	Valor unitario ×	Aporte (+) o Subsidio (-)** % = Valor	Tarifa*** =	Total (Tarifa × Cant.)		Cant. ×	Valor unitario ×	Aporte (+) o Subsidio (-)** % = Valor	Tarifa*** =	Total (Tarifa × 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	2,00	$4.370,95	50	$4.371	$8.556,43	$13.112,90
Consumo no residencial (m³)	1,00	$3.512,04	50	$1.756	$5.268,06	$5.268,04	1,00	$3.753,07	50	$1.877	$3.629,62	$5.630,07
Subtotal				$10.952		$32.855,62				$6.248		$18.742,97

* 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)	$42,61	$131,96
Tarifa consumo superior a básico ($/m3)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$43	$132

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.

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajuste a la decena	$2
Intereses de mora	$6.740
Subtotal	6.742

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
Valor a pagar
$124.790

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.
Si paga con cheque, girar dos cheques únicamente de gerencia a nombre de la EAAB-ESP NIT 899.999.094-1 y 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)171589791185(3900)000000124790

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$58.340

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)171589791189(3900)000000058340

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: 269

MICROCHIP: 990000012130700

FECHA: 3/3/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Ton Ton

COLOR: Blanco Negro

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

RAZA: Mestizo EDAD: 1 año

PESO: 3,6Kg

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: Monica Andrea Numpaque Castillo

DIRECCION: Kr 14 # 7-67 AP 301

TELEFONO: 3106285682

CEDULA: 1033741685

CORREO ELECTRÓNICO: monicanumpaquecastillo@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: No Aplica

ULT. DESPARASITACION: No Reporta

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

FELINOS: TRIPLE FELINA: /

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI __ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 170 l/m

F. RESPIRATORIA: 32 r/m

TEMPERATURA: 38,4 °c

TLLC 1 seg

MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,18 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,36 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☑
	PROPOFOL	— ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1,2 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,25 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,03 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

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

FIRMA: MV

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

FIRMA: YG

288

	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: 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: Nro. Identificación:	Firma:

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Eduardo Santos	17 marzo 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

116-212-1658 /-110-11052225

Te lo cuenta Enel.

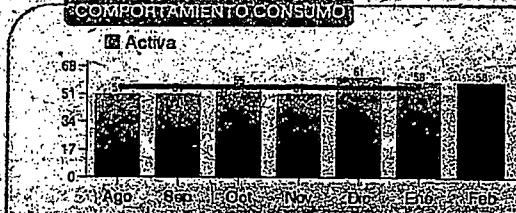
Entiende tu factura de energía.

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 $ 0,0

CONSUMO DIARIO 2,00 kWh

VALOR DIARIO $ 0

PERIODO FACTURADO	DÍAS FACTURADOS	CONSUMO MES	CONSUMO PROMEDIO ÚLTIMOS 6 MESES
22 ENE 2025 A 19 FEB 2025	29	58 kWh	61 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:	10002182121558
RUTA LECTURA:	2182120054
MANZANA DE LECTURA	MS004010457
MEDIDOR NO:	110-11052225
MEDIDOR NO:	110-11052225

CALIDAD DEL SERVICIO

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

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes
Chat de asistencia
Línea 6000 Enel en Bogotá o Línea de Atención Agencia
Redes sociales
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Opción 1 las 24 horas	601 6140053 denuncias@enel.com

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

USO SEGURO DE LA ENERGÍA

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

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

Billeteras Virtuales

Daviplata · Dale! · MOVII · NEQUI · Billeteras

Corresponsales Bancarios

CONRED · Baloto · Efecty · MOVIRED · Punto Red

Red Distrital

SUPERCADE

Centros de Servicio

enel

Almacenes de Cadena

Jumbo · Metro

Código QR

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el desprendible del recibo. 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: $139,49 T: $56,03 D: $250,91 CV: $76,33 Pr: $70,22 R: $12,94 CF: $0,00 / $853,92 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: SUR-SABANA - NIVEL DE TENSIÓN: 1 PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autoretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 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 comunicarse al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá, al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP., Somos grandes contribuyentes según resolución No 8061 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

Consulte aquí el contrato de la resolución CREG 0501 / consulte aquí esta resolución

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 108 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, le invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunicarse a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

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

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

FECHA GENERACIÓN: 24/02/2025 08:49:18
FECHA EXPEDICIÓN: 24/02/2025 15:38:14

CUDE: 1bb3822bd9b5a9d1d72f4c91b9ddd7e4d59a1fadd1fdd634e5c302e41a3bf18b88e8d78d41d3d69ca6d8b1dq1

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.099.012-2 Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 830.321.161-0

3 sep piso

290

Total Energía $42.097 + Portafolio Enel X $152.563 = Total a Pagar $194.660

PAGO OPORTUNO 05 MAR /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN 07 MAR /2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA 0316181-7

PRÓXIMA FECHA DE FACTURA 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		0		0		0	0		$280,91		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh				Valor kWh $853,9223				Beneficio -15.00 %					-$7.429
ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTÓ $1.432.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

(1) Tan en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspende el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con las cifras incluidas en el mismo factura, el costo por concepto de reconexión es hasta de $39.656

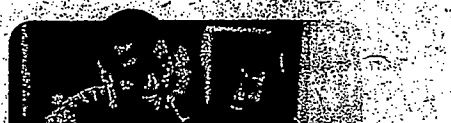
Informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones Crédito Fácil CODENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO, éstas entrarán en mora, ante lo cual se realiza reporte negativo a las bases de información Financiera y cobro por gastos de cobranza si la mora supera 15 días y se realiza gestión de cobro.

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



Vigilada Superintendencia Financiera de Colombia. Entidad Sujeta a Inspección y Vigilancia por la Superintendencia de Economía Solidaria. Operación exclusiva Bancaria. Aprobación sujeta a políticas de la entidad.

NÚMERO DE CUENTE 0316181-7

Documento Equivalente Electrónico No. 9434033841

(415)7707209914253(8020)010316181734340338 41(3900)00000000194660

PAGO OPORTUNO 05 MAR /2025

TOTAL A PAGAR $194.660

ANEXO 3

HISTORIAS CLINICAS PACIENTES ATENDIDOS POR EL COMPONENTE URGENCIAS.

FUNDACIÓN ECODES

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE LOS MÁRTIRES | BOGOTÁ

HOJA DE COSTOS INDIVIDUAL CPS 322 -2024

NOMBRE Simona — HISTORIA CLÍNICA Urg 10-2025

Canino X — Hembra X — Raza : Mestizo

Felino _ — Macho _ — Peso: 12 kg

N	Fecha	Pruebas / Procedimientos	COSTO	Clínica Operadora	Alcaldía Local.
1	04/03/25	Sedación paciente talla mediana (>10kg a 25kg)	178.950	ZOOVET	Camila Aguilar MEDICO VETERINARIA UDCA TP 43597
2	04/03/25	Radiografía paciente talla mediana x 2 (300.810)	601.620	ZOOVET	Camila Aguilar MEDICO VETERINARIA UDCA TP 43597
1	04/03/25	Ecografía abdominal	271.590	ZOOVET	Camila Aguilar MEDICO VETERINARIA UDCA TP 43597
1	04/03/25	Prequirúrgico (CH, ALT y creatinina)	77.630	ZOOVET	Camila Aguilar MEDICO VETERINARIA UDCA TP 43597
1	11/03/25	Tiempo de protombina	46.790	ZOOVET	Camila Aguilar MEDICO VETERINARIA UDCA TP 43597
1	11/03/25	Tiempo protombina tisular.	48.440	ZOOVET	Camila Aguilar MEDICO VETERINARIA UDCA TP 43597
1	11/03/25	Osteosintesis con placa y tornillos (>10 - 25kg)	2'552.860		Camila Aguilar MEDICO VETERINARIA UDCA TP 43597
		TOTAL	//		

292

FUNDACIÓN ECODES

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE LOS MÁRTIRES | BOGOTÁ

HOJA DE COSTOS INDIVIDUALES 2024

NOMBRE

Canino_ Hembra _

Felino _ Macho _

N	Fecha	Pruebas / Procedimientos	Costo	Historia Clínica Operativa
		TOTAL		

FUNDACIÓN ECODES

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE LOS MÁRTIRES | BOGOTÁ

HOJA DE COSTOS INDIVIDUAL CPS 322 -2024

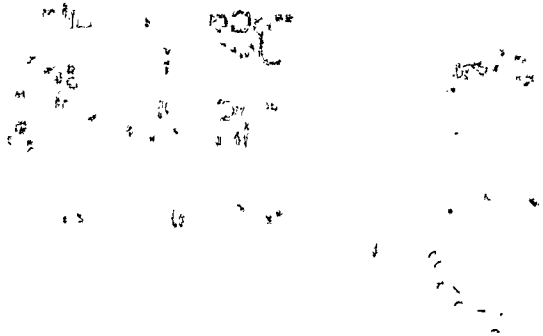
NOMBRE Simona — HISTORIA CLÍNICA Vig10-2025

Canino X — Hembra X — Raza : Mestizo

Felino _ — Macho _ — Peso: 12 kg

N	Fecha	Pruebas / Procedimientos	COSTO	Clínica Operadora	Alcaldía Local.
2	11/03/25	Radiografía de control talla mediana (205.060) x 2	410.120	ZooVet	Camila Aguilar MEDICO VETERINARIA UDCA TP 43597
1	11/03/25	Hospitalización diaria talla mediana	212.050	ZooVet	Camila Aguilar MEDICO VETERINARIA UDCA TP 43597
1	12/03/25	Hospitalización diaria talla mediana	212.050	ZooVet	Camila Aguilar MEDICO VETERINARIA UDCA TP 43597
TOTAL			4'612.100		

293



FUNDACIÓN ECODES

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ | LOS MÁRTIRES | BOGOTÁ

BOGOTA D.C	Fecha: 4 Marzo de 2025	Hora: 9:20	AM ☒ PM ☐	Nº Radicado/ Incidente: Urg 10 -2025

Descripción de la solicitud: Radiografías VD y LL de cadera bajo sedación, exámenos de laboratorio prequirúrgicos y ecografía abdominal.

Canino ☒ Felino ☐ / Macho ☐ Hembra ☒	Nombre: Simona.	Microchip:	
Edad: 1 año	Color: Cafe - Vainilla.	Raza: Criollo.	
Dirección: Calle 4 A bis # 18b30	Barrio: Eduardo Santos	Localidad: 14 Mártires	

Observaciones

La perrita fue atropellada por un carro, sus patitas traseras estan muy lastimadas. y tiene como herida abierta en una de sus patitas, orina demasiado varias veces. al mismo tiempo, su popo creo que es normal (duro), come bien, duerme bien y reacciona bien.
No sabemos cuantos años tiene, ni tampoco su nombre. real, le duele mucho al tocarla. y reacciona bravita. seguramente por dolor.

Triage:

Conductor:	Vehículo:	Destino:

DATOS DEL SOLICITANTE Y/O TESTIGO

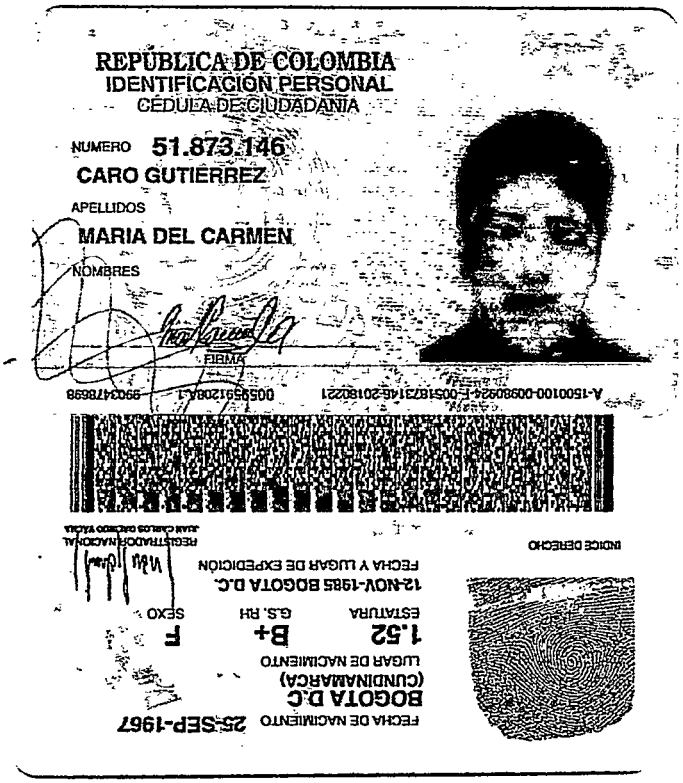
Nombre: Maria del Carmen Cano	N.º Documento: 51873146	Teléfono 3107391363.

CONTRATO N°: 322 de 2024 | **Nombre del operador: FUNDACION ECODES**

Como ciudadano declaro que el canino y/o felino referenciado no es de mi propiedad, por lo tanto, la alcaldía local de los Mártires, será el responsable de atenderlo y custodiarlo.

Se hace entrega del paciente al OPERADOR del Servicio, para su respectiva valoración, atención y demás procedimientos de acuerdo con el anexo técnico y demás documentos integrales que hacen parte del contrato vigente entre las dos partes.

CIUDADANO / TESTIGO	VETERINARIO OPERADOR	ALCALDÍA
NOMBRE: Ma del Carmen Cano Gutierrez	NOMBRE: Jennifer Usecche	NOMBRE: Camila Aguilar
CC. 51873146 Bogotá	T.P 32268	T.P 43597
FIRMA	FIRMA	FIRMA Camila Aguilar MEDICO VETERINARIA UDCA TP 43597



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 51.873.146
CARO GUTIERREZ
APELLIDOS
MARIA DEL CARMEN
NOMBRES

FIRMA

A-1500100-0098092-F-0051873146-20180221 0058591208A1 9903478698

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
12-NOV-1985 BOGOTA D.C.

ESTATURA 1.52 | G.S. RH B+ | SEXO F

LUGAR DE NACIMIENTO
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

FECHA DE NACIMIENTO 25-SEP-1967

URGENCIAS MÉDICAS VETERINARIAS

Contrato de prestación CPS 322 -2024

HISTORIA CLÍNICA: CPP- Urg 10-2025 | MICROCHIP: EN CLINICA ___ LECTOR ___ NO X | FECHA: 04 mano 2025

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE	Simona			PESO:	12 kg
ESPECIE	CANINO: X FELINO: ___	RAZA: Criolla.	EDAD	SEXO	HEMBRA: X MACHO: ___

2. DATOS DE PRESENTACION DE URGENCIA

RESPONSABLE	QUIEN DERIVA:	BARRIO
Maria del Carmen Caro	Los Mártires	Eduardo Santos

3. MOTIVO DE CONSULTA

La paciente fue atropellada por un vehiculo, presenta claudicación del miembro posterior izquierdo con laceraciones en el mismo y episodios de hematuria.

4. EXAMÉN CLÍNICO

TEMPERATURA:	FR. RESPIRATORIA:	FR.CARDIACA:	TLLC	CONDICIÓN CORPORAL	TRIAGE
37.8°	28rpm.	120lpm	2"	3/5	

ESTADO DE CONCIENCIA	Alerta X Deprimido__ Estupor__ Coma__	% DESHIDRATACION	0-5 % X	6 -7 %	8 - 9 %
MUCOSAS	Rosa X Pálidas__ Congest__ Ictéricas__ Cianóticas_	ESTADO REPROD	Castrado __ Entero__ Gestación __ Lactancia __ Sin Evidencia X		

5. DESCRIPCION DE HALLAZGOS ANORMALES

Se evidencia claudicación en el miembro posterior izquierdo, con perdida de continuidad del tejido en la parte interna del mismo miembro, en extensión del miembro se escucha una crepitación de la articulación.

6.ABORDAJE DIAGNÓSTICO

	LISTA DE PROBLEMAS	LISTA MAESTRA	DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES (DAMVIT)
1.	Claudicación miembro posterior izq		Politrauma por atropellamiento
2.	Laceraciones MPI.		
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

7. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS Y RESULTADOS

EXAMEN	R	NR	FECHA	INTERPRETACION DE RESULTADOS
Cuadro hemático	X			Neutrofilia
ALT	X			Levemente aumentada
Creatinina.	X			Normal.

8. PLAN TERAPEUTICO INICIAL

Meloxicam, paracetamol, ampicilina + sulbactam, pregabolina.

9. DIAGNOSTICO(S) DEFINITIVOS

Politrauma por atropellamiento.

10. PRONOSTICO Bueno__ Reservado X. Malo__

FECHA DE CONTROL:

MV NOMBRE Y TP: Jennifer Ubaque TP 32268

FIRMA

	URGENCIAS MÉDICAS VETERINARIAS
	Contrato de prestación de servicios CPS 322-2024
	EPICRISIS

H.C. Urg 10-2025	NOMBRE Simona	ESPECIE: Canino
SEXO: Hembra	PESO 12kg	
RAZA: Criollo.	EDAD: 1 Año	Microchip N/A

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente fue atropellado por un vehículo, presenta claudicación del miembro posterior izquierdo y lesiones / laceraciones en la parte interna del mismo miembro, también ha tenido episodios de hematuria.

EXAMENES, DIAGNOSTICO, PROCEDIMIENTOS

Se realiza toma de cuadro hemático, alt y creatinina, toma de radiografías de cadera lateralateral y ventrodorsal, además ecografía abdominal.

Diagnóstico: Fractura en ala de ileón derecha, pubis bilateral, sínfisis de isquión e isquión derecho craneal cerca al acetábulo.

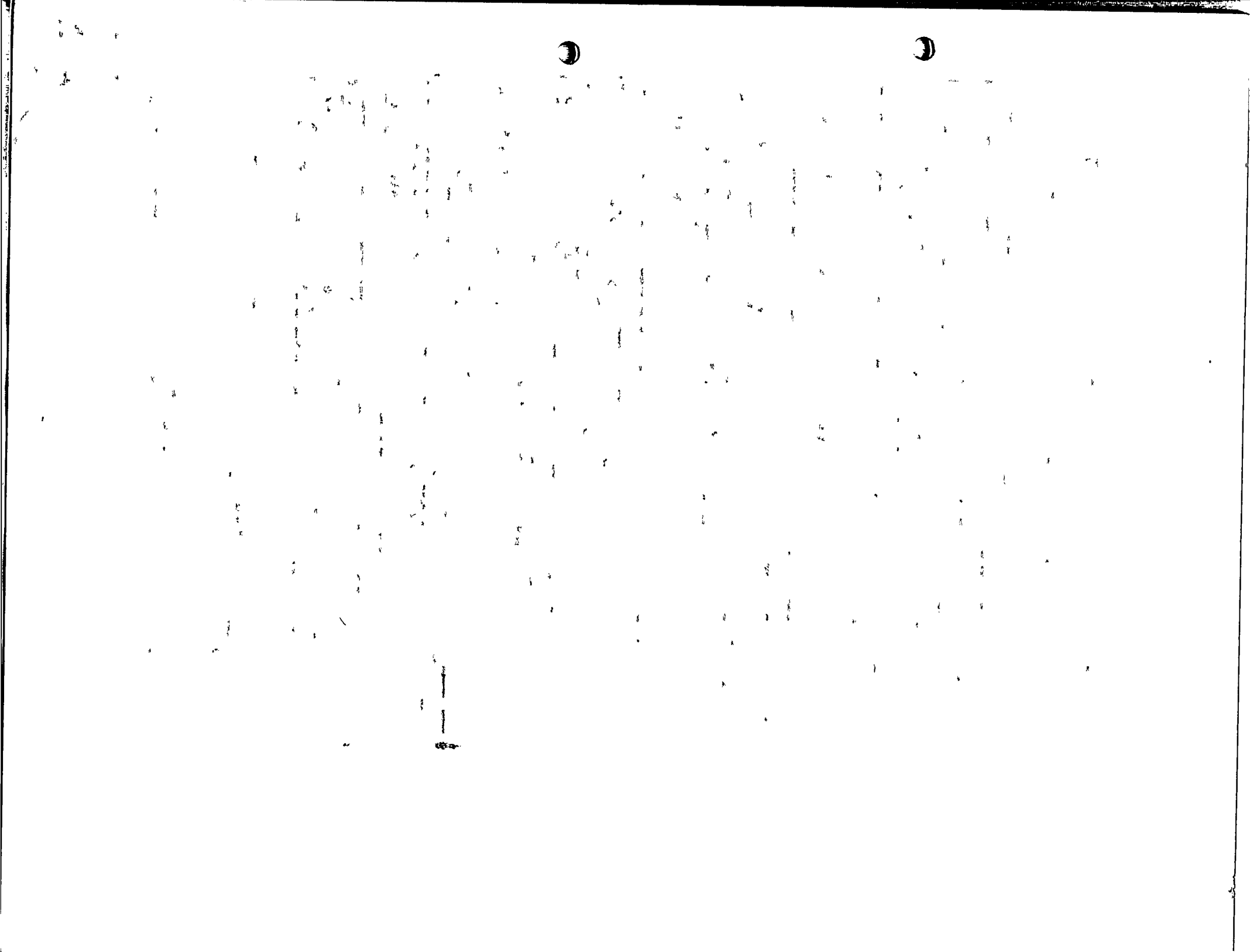
RESUMEN DE TRATAMIENTO

Paciente ingresa a procedimiento quirúrgico 11/marzo de 2024 (osteosíntesis (con placa y tornillos), premedicación meloxicam y ampicilina + sulbactam, Pregabalina, posterior a la cirugía paracetamol e infusión analgésica (fentanilo, lidocaína y ketamina).

CONDICION ACTUAL, PRONOSTICO Y RECOMENDACIONES:

Paciente estable, se hace manejo del dolor con analgésicos, se envía fórmula médica para medicación en casa y se recomienda reposo, paseos cortos y reportar cualquier signo de alerta comunicarse con el médico responsable, uso de collar isabelino o dona hasta nueva orden.

Médico Veterinario: JENNIFER UBALDO	TP: 32268	FIRMA



REPORTE DE LABORATORIO
ZOOVET CLÍNICA VETERINARIA

NOMBRE	: SIMONA	**CONSECUTIVO**	: 3042500304394
ESPECIE	: Canino	**FECHA**	: MARZO-04-2025
RAZA	: CRIOLLO	**ETAPA BIOLÓGICA**	: Adulto
SEXO	: Hembra	**PROPIETARIO**	: ALCALDIA MARTIRES
EDAD	: 1 AÑO	**MV REMITENTE**	: MV TURNO

CANINOS ADULTOS-CACHORRO

QUIMICA SANGUINEA	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
ALT/GPT	*60,8*	19- 57 UI/L
AST/GOT		15-43 UI/L
GGT		1-9.7 U/L
FOSFATASA ALCALINA		16 – 128 UI/L
BILIRRUBINA TOTAL		0.1 – 1.0 mg/dl
BILIRRUBINA DIRECTA		0.0 – 0.3 mg/dl
BILIRRUBINA INDIRECTA		0.1 – 0.7 mg/dl
CREATININA SANGUINEA	*1,2*	0,2 – 2,1 mg/dl
BUN		1,0 – 28,0 mg/dl
UREA SANGUINEA		20,0 – 50,0 mg/dl
COLESTEROL		135 – 315 mg/dL
TRIGLICERIDOS		25- 120 mg/dL

GLICEMIA		70 – 140 mg/dl
AMILASA		350-1000U/L
LIPASA		50-470mg/dL

ELECTROLITOS		
SODIO (Na)		142-156 mmol/L
POTASIO (K)		3.6-6.1 mmol/L
CLORO (cl)		115-124 mmol/L
CALCIO TOTAL (Ca)		8.7-11.8umol/L
FOSFORO (Pho)		3.2-6.6 mg/dL
COAGULOMETRIA		
TIEMPO DE PROTROMBINA (PT)		< 8,0 Segundos
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (PTT)		< 19,0 segundos

Equipo química húmeda CHEM-7

OBSERVACIONES: SUERO NORMAL

REPORTE DE LABORATORIO
ZOOVET CLÍNICA VETERINARIA

NOMBRE	:	SIMONA	**CONSECUTIVO**	:	3042500304394
ESPECIE	:	Canino	**FECHA**	:	MARZO-04-2025
RAZA	:	CRIOLLO	**ETAPA BIOLÓGICA**	:	Adulto
SEXO	:	Hembra	**PROPIETARIO**	:	ALCALDIA MARTIRES
EDAD	:	1 AÑO	**MV REMITENTE**	:	MV TURNO

HEMOGRAMA COMPLETO

ANALITO	RESULTADO	UNIDAD	RANGO ADULTO
LEUCOCITOS	19,0	X 10^9/L	6-17
LINFOCITOS (absolutos)	3,0	X 10^9/L	0.8-6.1
MONOCITOS (absolutos)	0,4	X 10^9/L	0-1.8
NEUTROFILOS (absolutos)	15,2	Pg	4-12.6
EOSINOFILOS (absolutos)	0,4	X 10^9/L	0-1
LINFOCITOS (relativos)	16	%	12-30
MONOCITOS (relativos)	2	%	2-9
NEUTROFILOS (relativos)	80	%	60-77
EOSINOFILOS (relativos)	2	%	2-7
ERITROCITOS	6,5	X 10^{12}/L	5.5-8.5
HEMOGLOBINA	11,3	g/dL	8-18
CHCM	35,4	g/dL	32-36
HCM	20,5	Pg	19-24
VCM	64,3	Fl	60-72
HEMATOCRITO	38,6	%	37-50
PLAQUETAS	340	X 10^9/L	200-460
PROTEINAS	7,5	g/dl	6.0-7.8
ALBUMINA	3,3	g/dl	2.4-3.9
GLOBULINAS	4,2	g/dl	2.1-4.4
ALB/GLO	0,8	/	0.72-1.5
N/O (no			

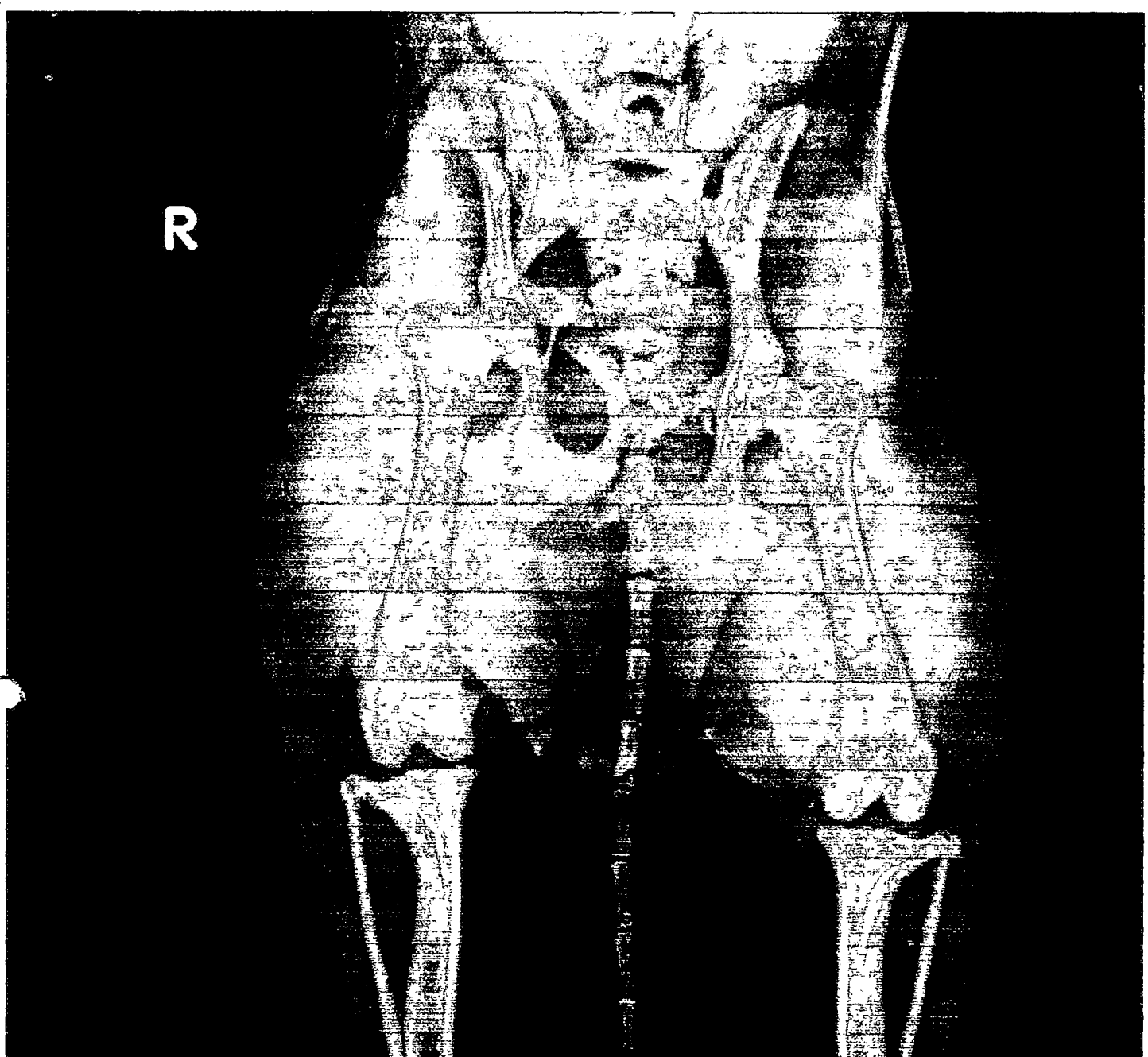
ALTERACIONES ERITROCITARIAS	Estado
Anisocitosis	
Policromasia	
aglutinación	
rouleaux	
Rubricitos	
MORFOLOGIA LEUCOCITOS	
Neu. Tóxicos	
Neu. Bandas	
Hipersegmentados	
Lin. reactivos	
Lin. atípicos	
MORFOLOGIA PLAQUETARIA	
Macro plaquetas	
Micro plaquetas	
Agregados:	
ARTEFACTOS PLASMA	
Micro coágulos	
Coágulos	
Lipemia	
Ictericia	
hemolisis	

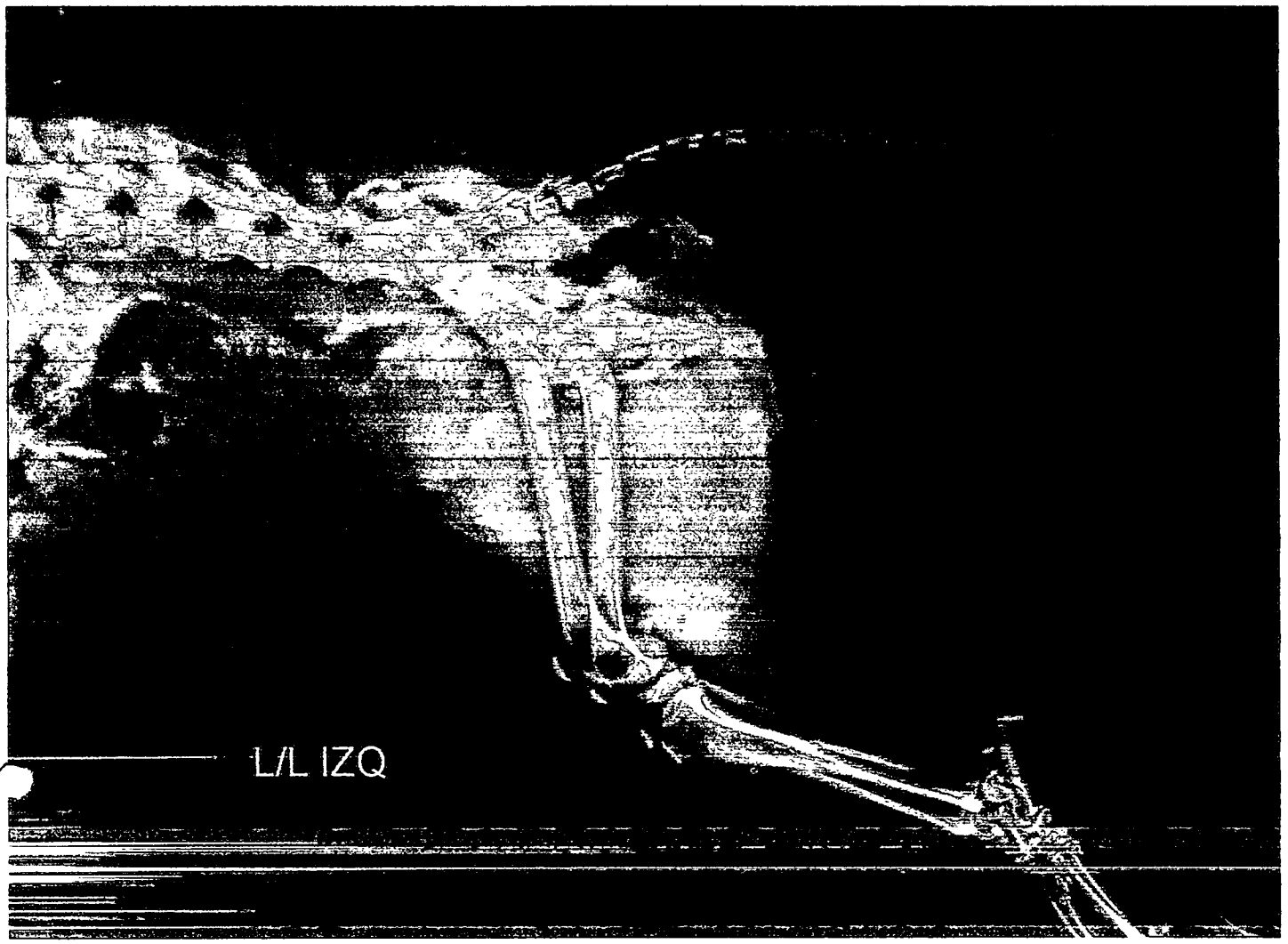
POIQUILOCITOS	Estado
Equinocitos	
Codocitos	
Acantocitos	
Esquinocitos	
Queratocito	
excentrocito	
INCLUSIONES ERITROCTIARIAS	
C. Heinz	
C. Howeel Jolly	
Punteo Basófilico	
ALTERACIONES HALLADAS	
PLASMA NORMAL ERITROCITOS Y LEUCOCITOS NORMALES EN FORMA Y TAMAÑO-LEUCOCTIOSIS-NEUTROFILIA ABSOLUTA-RELATIVA	

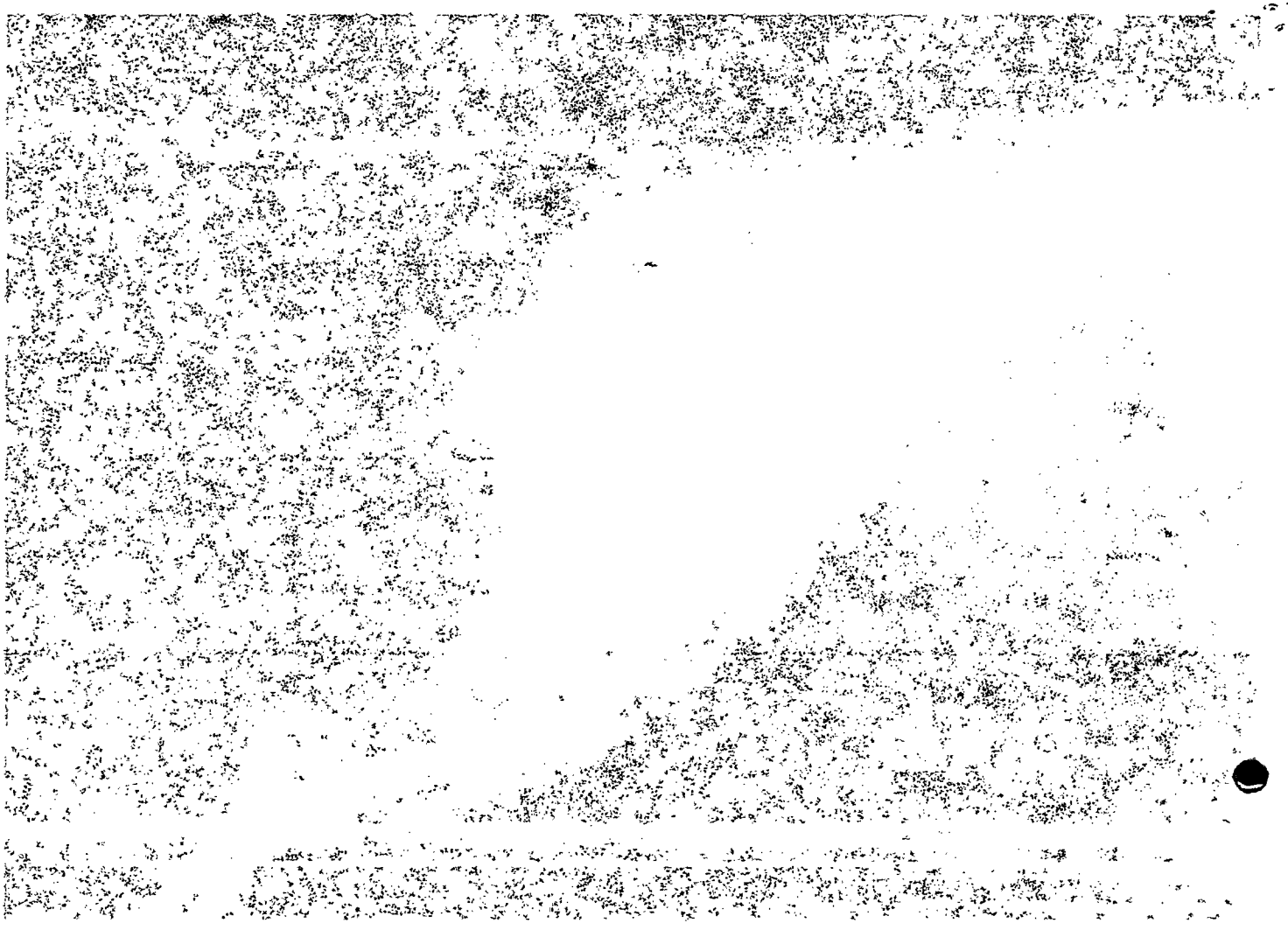
Mayra Rocio Martinez R.
M.V. Esp. Lab. Clínico Veterinario
UDCA TP 27864

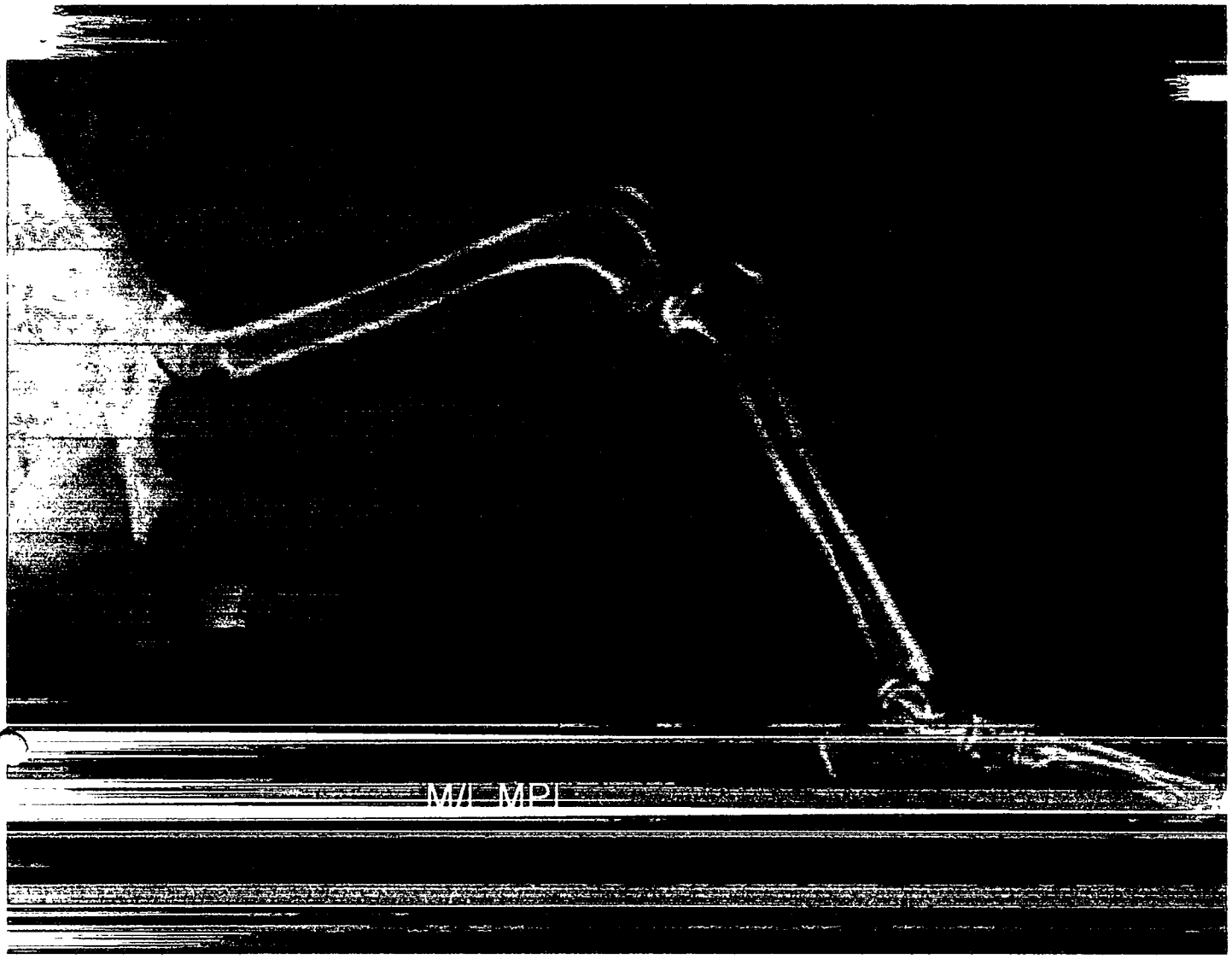
Mayra Rocio Martinez Rojas
Médico veterinario. Esp Lab clínico veterinario
UDCA. TP 27864

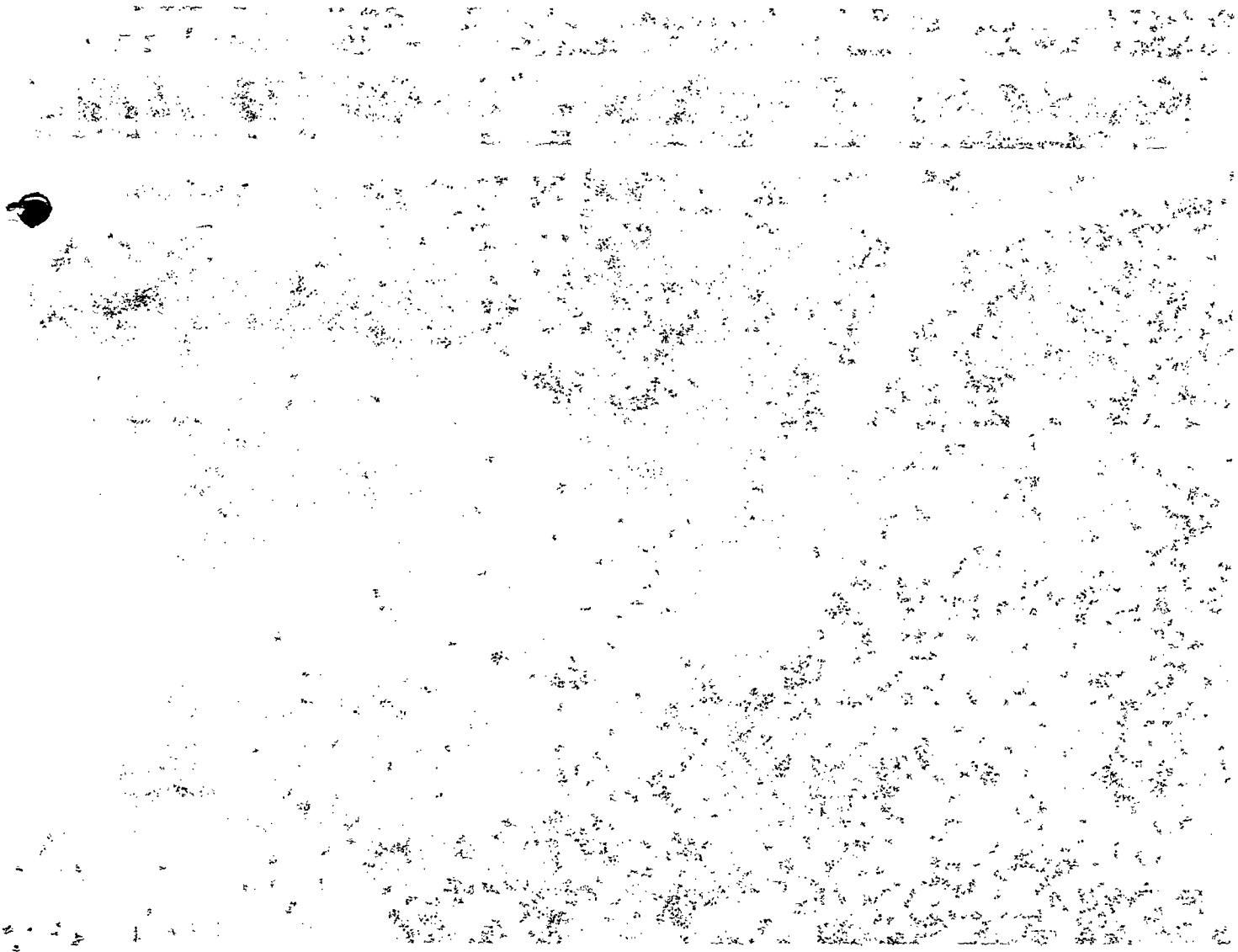
299


R


L/L IZQ




M/I MPI



REPORTE RADIOLÓGICO

Fecha:	Marzo 15 de 2025	**Raza:**	Mestizo
Paciente	SIMONA	**Sexo:**	Hembra
Especie:	Canina	**Edad:**	1 año
Tutor:		**Médico Veterinario:**	
Anamnesis:	Claudicación miembro posterior izquierdo por atropellamiento		
Estudio solicitado:	Cadera proyecciones lateral y ventrodorsal		

DESCRIPCION:

- ✓ La densidad de las estructuras óseas visibles es adecuada.
- ✓ El cuerpo del íleon derecho muestra solución de continuidad completa en dirección transversa con marcado desplazamiento en craneal y leve en lateral del fragmento caudal con respecto al craneal.
- ✓ La base del isquion derecho muestra solución de continuidad completa en dirección transversa con desplazamiento muy leve y angulado en medial del fragmento caudal con respecto al craneal.
- ✓ La rama derecha del pubis muestra solución de continuidad completa en dirección oblicua con desplazamiento en craneal y medial del fragmento lateral con respecto al medial, la rama izquierda del pubis muestra solución de continuidad completa en dirección transversa con visualización de dos pequeños fragmentos libres que se asocian con el fragmento lateral y el arco isquiático muestra solución de continuidad completa en dirección parasagital que en apariencia se proyecta hacia la sínfisis púbica.
- ✓ Las articulaciones coxofemorales se observan afrontadas y congruentes con cobertura acetabular sobre las cabezas femorales superior al 60% en forma bilateral, los bordes y ángulos acetabulares se ven lisos y definidos, las cabezas femorales conservan su redondez y los cuellos su demarcación con índices de inclinación en angulación normal.
- ✓ La imagen lateral permite valorar el segmento espinal lumbosacro observando bordes ventrales y de las placas terminales de las vértebras lumbares L4 a L7 y el hueso sacro lisos y definidos con espacios intervertebrales conservados en amplitud, las facetas articulares son congruentes sin notar signos de degeneración y el canal espinal se percibe amplio y libre con piso alineado sin evidencia de listesis.

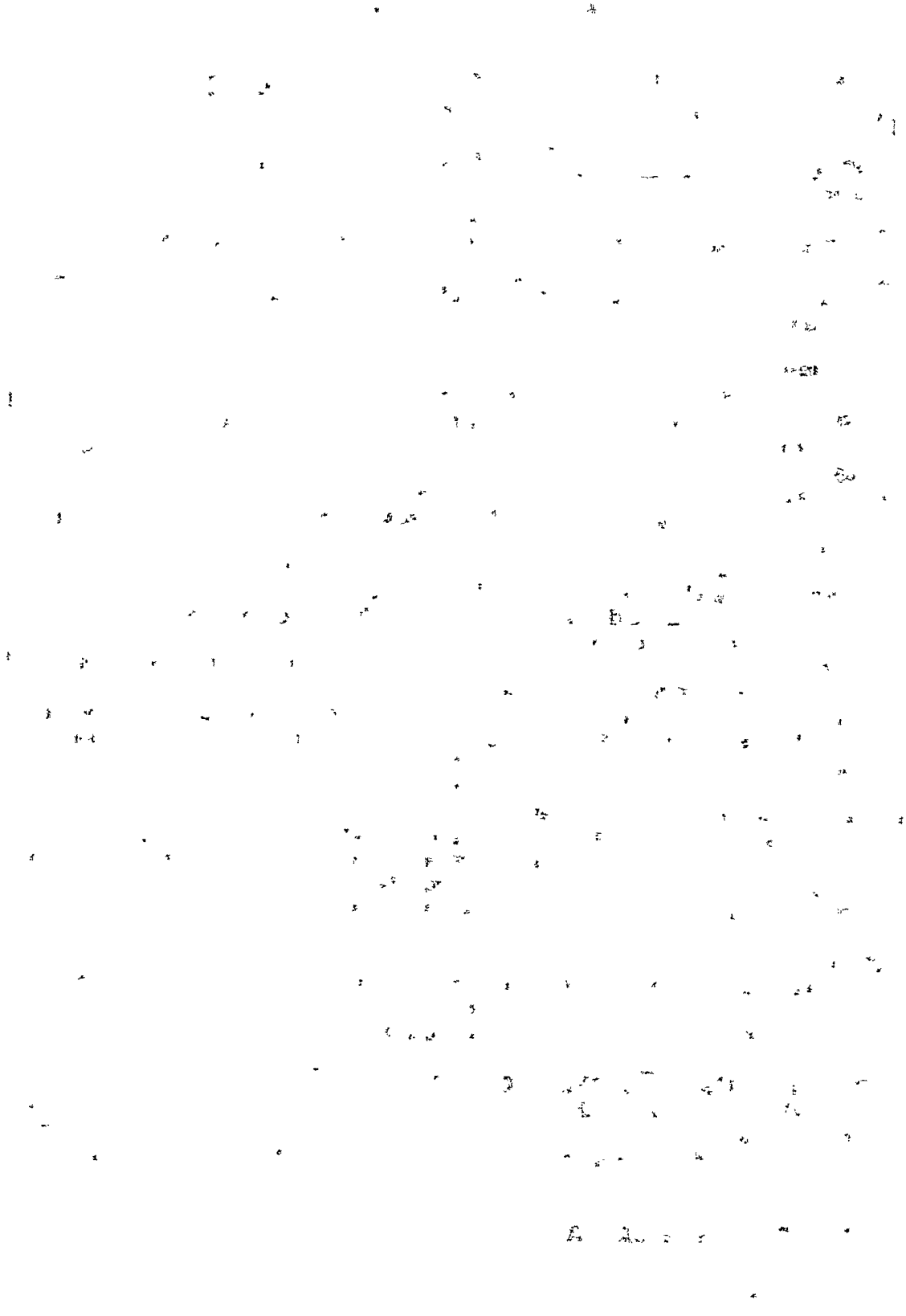
OPINIÓN:

- ✓ Los cambios descritos son indicativos de fractura múltiple de cadera que compromete al cuerpo del íleon derecho, base del isquion derecho, rama derecha e izquierda del pubis, arco isquiático y en apariencia a la sínfisis púbica.

OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES:

- ✓ La valoración y opinión de las imágenes radiográficas emitidas en este reporte corresponden única y exclusivamente a ellas al momento de ser tomadas por lo que la conceptualización diagnóstica es responsabilidad del médico veterinario tratante y/o remitente.

INTERPRETACIÓN REALIZADA PARA ZOOVET POR:



REPORTE DE LABORATORIO
ZOOVET CLÍNICA VETERINARIA

NOMBRE	: SIMONA PT-PTT	**CONSECUTIVO**	: 3112500304478
ESPECIE	: Canino	**FECHA**	: MARZO-11-2025
RAZA	: CRIOLLO	**ETAPA BIOLÓGICA**	: Adulto
SEXO	: Hembra	**PROPIETARIO**	: ALCALDIA MARTIRES
EDAD	: 1 AÑO	**MV REMITENTE**	: MV TURNO

CANINOS ADULTOS-CACHORRO

QUIMICA SANGUINEA	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
ALT/GPT		19- 57 UI/L
AST/GOT		15-43 UI/L
GGT		1-9.7- U/L
FOSFATASA ALCALINA		16 – 128 UI/L
BILIRRUBINA TOTAL		0.1 – 1.0 mg/dl
BILIRRUBINA DIRECTA		0.0 – 0.3 mg/dl
BILIRRUBINA INDIRECTA		0.1 - 0.7 mg/dl
CREATININA SANGUINEA		0,2 – 2,1 mg/dl
BUN		1,0 – 28,0 mg/dl
UREA SANGUINEA		20,0 – 50,0 mg/dl
COLESTEROL		135 – 315 mg/dL
TRIGLICERIDOS		25- 120 mg/dL

GLICEMIA		70 – 140 mg/dl
AMILASA		350-1000U/L
LIPASA		50-470mg/dL

ELECTROLITOS		
SODIO (Na)		142-156 mmol/L
POTASIO (K)		3.6-6.1 mmol/L
CLORO (cl)		115-124 mmol/L
CALCIO TOTAL (Ca)		8.7-11.8umol/L
FOSFORO (Pho)		3.2-6.6 mg/dL
COAGULOMETRIA		
TIEMPO DE PROTROMBINA (PT)	*6,6*	< 8,0 Segundos
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (PTT)	*10,9*	< 19,0 segundos

Equipo química húmeda CHEM-7

OBSERVACIONES: SUERO NORMAL

Dr. John Bernal. Dra. Laura Jiménez. Av Calle 3 No 38B-35. Contacto: 5603040 - 3144545388

ZOOVET JB S.A.S.
N.I.T. No. 901.427.461 – 4
Calle 3 No. 38 B – 29 / Cra 71D No 12ª 92
Contacto 3165798020 / 314454538
Bogotá D.C

Formato No. 008	**AUTORIZACIÓN DE SEDACIÓN Y/O ANESTESIA** Creado con base al Código de Ética para el ejercicio profesional de la medicina veterinaria y zootecnia, Ley 576 DE 2000

DATOS PROPIETARIO Y/O TENEDOR DE LA MASCOTA

Nombre(s) y Apellidos Completos: María del Carmen Caro — identificación C.C. [X] C.E. [ ]

Dirección de su residencia: Calle 4a Bis #10B 30 — Teléfono Fijo: Número 1 — Teléfono Móvil: 3102391363

Email: colombianpetshop2024@gmail.com

De conformidad y en cumplimiento con lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y su Decreto Reglamentario 1377 de 2013, sobre Ley de Tratamiento y Protección de Datos, ZOOVET JB S.A.S., almacena y recolecta datos personales, requiere obtener de manera libre, previa expresa, voluntaria y debidamente informada, recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, dar tratamiento, actualizar y disponer de los datos que han sido suministrados y que se ha incorporado en distintas bases o bancos de datos o en repositorios electrónicos de todo tipo dentro de la compañía ZOOVET JB S.A.S.. Se informa de igual forma que sus datos han sido incorporados a un fichero automatizado con la finalidad de prestar y ofrecer los servicios de ZOOVET JB S.A.S. Los Datos recogidos son almacenados bajo la confidencialidad y las medidas de seguridad legalmente establecidas y no serán cedidos, ni compartidos con empresas, ni entidades ajenas a ZOOVET JB S.A.S. Igualmente deseamos infórmale que podrá ejercer los derechos que le asisten en cualquier momento según la Ley 1581 de 2012.

DATOS MASCOTA

Nombre(s) Mascota: Simona

Especie Mascota: Canino — Raza Mascota: Amarillo

Edad Mascota: 1 AÑO. — Sexo Mascota: Hembra — Nombre Mascota: Nestno

TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTO

El PROPIETARIO Y/O TENEDOR DE LA MASCOTA manifiesta de forma libre, espontanea con total capacidad y consentimiento, que ha recibido y entendido de manera amplia y comprensible la información sobre el procedimiento que se llevara a cabo con la mascota relacionada, y autorizo expresamente a ZOOVET JB CLINICA VETERINARIA NIT. 901427461-4, para que le realice el (o los) siguiente (s) procedimiento (s):

Anestesia y osteosintesis con placa y tornillos.

ZOOVET JB S.A.S.
N.I.T. No. 901.427.461 – 4
Calle 3 No. 38 B – 29 / Cra 71D No 12ª 92
Contacto 3165798020 / 314454538
Bogotá D.C

DECLARACIONES Y MANIFESTACIONES

El PROPIETARIO Y/O TENEDOR DE LA MASCOTA declara y/o manifiesta que le han explicado de forma amplia y comprensible el procedimiento médico de sedación y/o anestesia, o el tratamiento alternativo a que haya lugar a favor de su mascota. Así mismo, que no ha omitido o alterado datos del historial y antecedentes médicos clínicos o quirúrgicos de la mascota en mención pues dicho ocultamiento de información podría hacer incurrir en error al profesional adscrito en la sociedad ZOOVET JB S.A.S. trayendo consigo riesgos de aplicar tratamientos inadecuados conllevando a empeorar su diagnóstico o la muerte de la mascota.
No obstante, el PROPIETARIO Y/O TENEDOR DE LA MASCOTA declara y/o manifiesta que, dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar existe un cierto grado de riesgo como apnea, depresión cardiorrespiratoria, inmunosupresión, hipotensión, hipotermia, alteraciones vasculares, reacciones alérgicas derivadas de la anestesia o de medicamentos instaurados como parte del tratamiento médico.

El PROPIETARIO Y/O TENEDOR DE LA MASCOTA reconoce que, durante el transcurso del tratamiento médico anestesia o sedación, pueden presentarse condiciones imprevistas que requieran métodos diferentes o adicionales a los propuestos inicuamente, por lo tanto, autorizo en forma libre, plena, espontanea, formal, expresa con total consentimiento y capacidad a la sociedad ZOOVET JB S.A.S. para realizar las intervenciones que considere necesarios en procura del bienestar de la mascota relacionada.

Por otro lado, el PROPIETARIO Y/O TENEDOR DE LA MASCOTA acepta que, para fines médicos, científicos, o educativos sea filmado o fotografiado el procedimiento.

Con base a lo anterior, el PROPIETARIO Y/O TENEDOR DE LA MASCOTA acepta de forma expresa que para retirar la mascota deberá cancelar la totalidad de los costos de: hospitalización, cirujano, material quirúrgico, anestesia, pruebas de laboratorio, exámenes, transporte y demás cargos derivados de la cirugía o tratamientos realizados a la mascota.

De esta forma, las partes aquí descritas aceptan que el presente documento junto con la correspondiente factura de venta prestará merito ejecutivo, renunciando expresamente a cualquier requerimiento judicial o extrajudicial para ser constituido en mora, conforme a lo descrito en el artículo 422 del Código General del Proceso.

El PROPIETARIO Y/O TENEDOR DE LA MASCOTA acepta voluntariamente que la sociedad ZOOVET JB S.A.S., no se hace responsable de la mascota en caso de extravío, incapacidad o muerte de la misma en ningún evento, y consiguiente por eventos ocasionados, tales como fuerza mayor, caso fortuito, tratamiento, cirugía o cualquier clase de accidente impredecible que se presente.

De la misma forma acepto y autorizo a ZOOVET JB S.A.S., para que una vez transcurridos tres (03) días posteriores al aviso para la entrega de la mascota y esta no se haya retirado, considere este hecho como abandono de la misma y disponga de ella según las normas colombianas sobre el asunto (Leyes 1774 de 2016, 84 de 1989, 5 de 1989 y otras concordantes con la jurisprudencia). En consecuencia, lo anterior no exonera al propietario o autorizado de cancelar los servicios o suministros facturados.

Autorizo expresa e inequívocamente a ZOOVET JB CLINICA VETERINARIA NIT. 901427461-4 para que publique de diversas maneras, imágenes y videos de mi mascota y todo lo relacionado a su tratamiento médico quirúrgico entre otros.

En señal de aceptación, suscribo el presente consentimiento a los once (11) días del mes de Mayo de 2025

Nombre y firma del empleado responsable
Cargo

Nombre PROPIETARIO Y/O TENEDOR DE LA MASCOTA y firma
Cédula de ciudadanía 51.873.146 Bogotá

Se adjunta fotocopia del documento de identificación de la persona que autoriza.

ZOOVET JB S.A.S.
N.I.T. No. 901.427.461 – 4
Calle 3 No. 38 B – 29 / Cra 71D No 12ª 92
Contacto 3165798020 / 314454538
Bogotá D.C

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

REPORTE DE ANESTESIA

CPS 322 -2024

Fecha: 11/03/2025	HC: Urg 10-2025	Nombre: Simona	Microchip:		
Canino ☒ Felino ☐	Macho ☐ Hembra X	Edad: 1 año 1/2	Color: Beige	Raza: Mestizo	Peso: 12 kg
Diagnóstico Prequirúrgico: Fracturas múltiples en cadera		Procedimiento: Osteosíntesis con placa y tornillos.			

Examen clínico prequirúrgico:

C.C:	T (°C)	F.C (L/min)	F.R (R/min)	% Deshidratación:
3/5	37.8	124	32	<5%

Pulso:	TLLC:	Mucosas:	Clasificación ASA I II III IV E
124	2"	Rosadas	

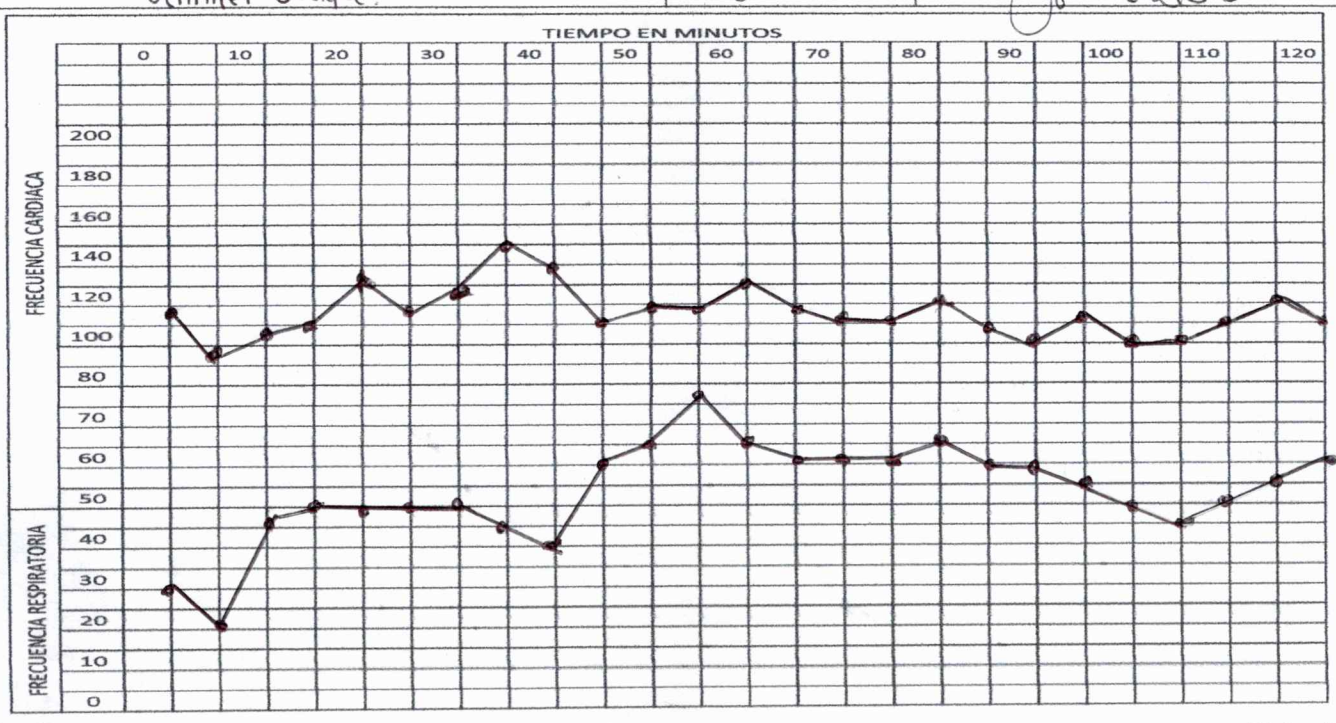
Protocolo Anestésico

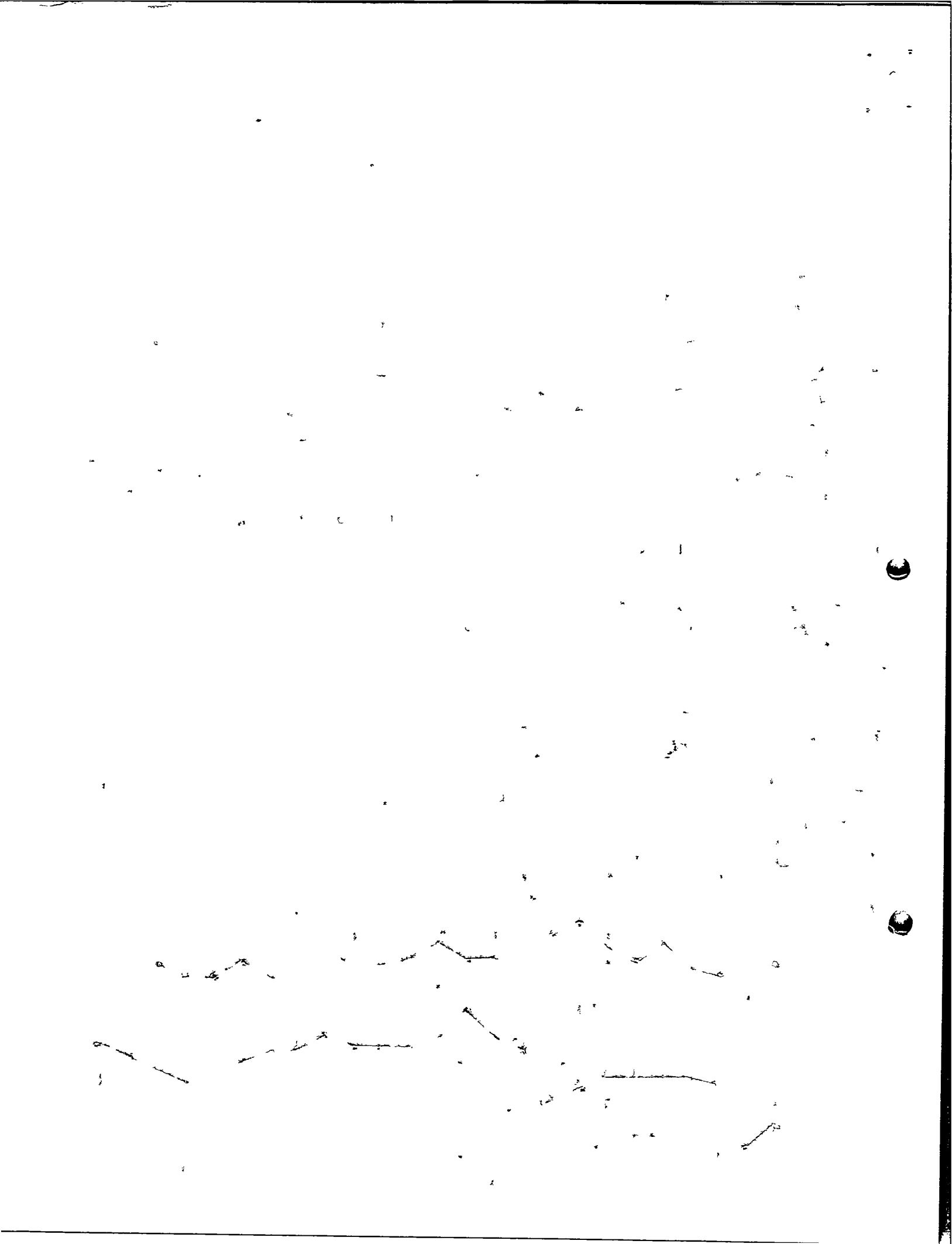
Premedicación			Inducción			Mantenimiento		
Medicamento	Dosis	vía	Medicamento	Dosis	vía	Medicamento	Dosis	vía
Ampicilina + sulbactam	25mg/kg		Fentanilo	0.1mg/kg	IV	Isofluano	5%	Intubado
Meloxicam	0,1mg/kg	SC	Ketamina Midazolam	2mg/kg 0.2mg/kg	IV			
			Propofol	2mg/kg	IV			

Medicamentos - fluidos / intraoperatorios.

Medicamento / Fluido	Dosis	Vía, Vel de Admon (gotas/min)
Cloruro de sodio al 0.9%	50ml/kg	IV, 1 gota / 2 seg.

Cirujano (a): Snayder Baez	T.P 8305	Firma: Snayder Fdez	
Anestesista: Jennifer Ubaque.	T.P 32268	Firma:	



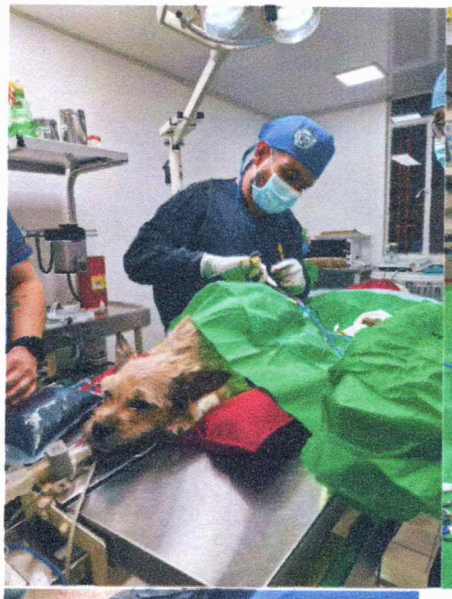


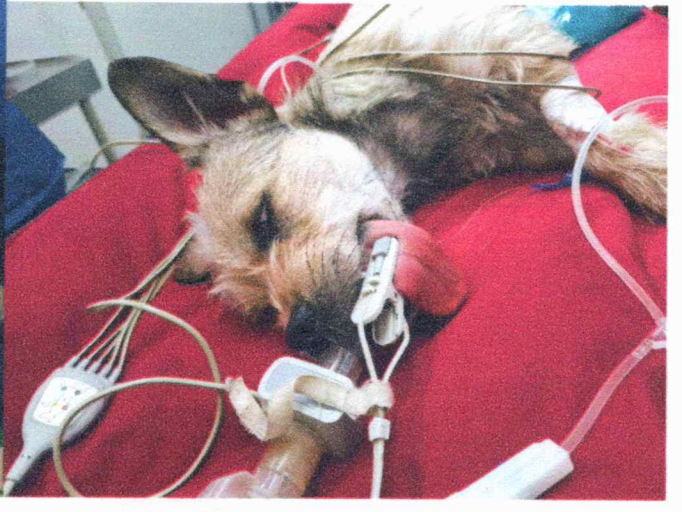
	URGENCIAS MÉDICAS VETERINARIAS
	Contrato de prestación de servicios CPS 322-2024
	REPORTE DE CIRUGÍA

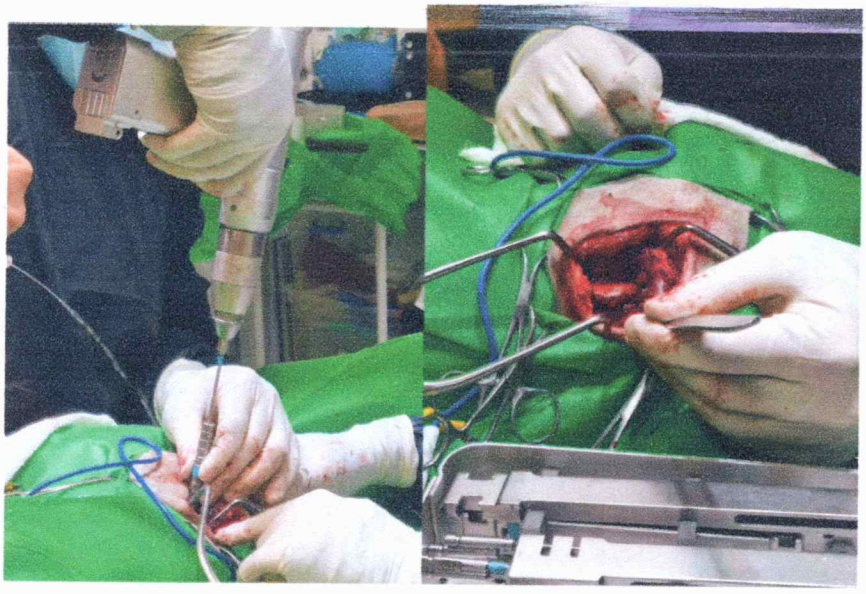
FECHA: 11/03/25		
PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO: Osteosintesis con placa y tornillos.		
H.C. Urg 10-2025	**NOMBRE** Simona	**ESPECIE** Canino.
SEXO Hembra	**PESO** 12kg	**Microchip**

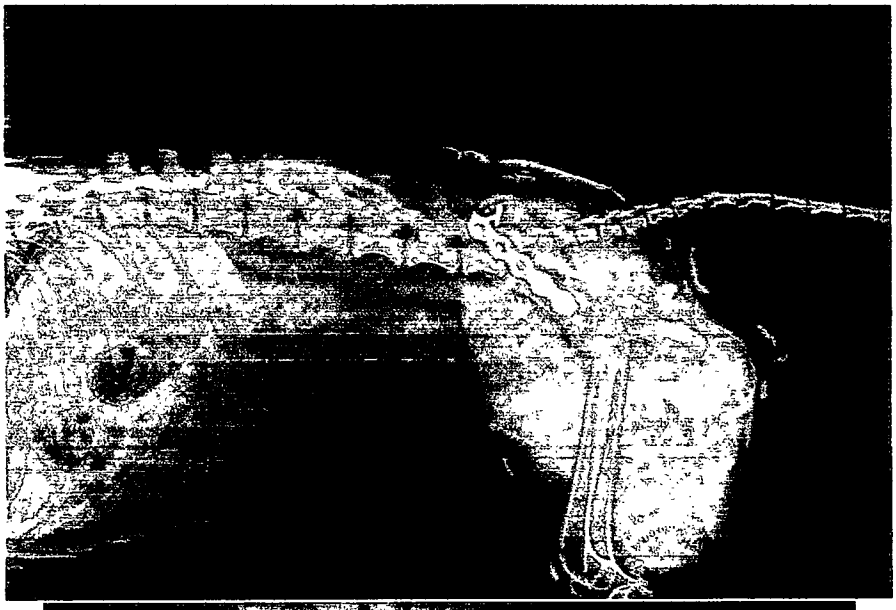
Se realizó un abordaje lateral a la hemipelvis derecha para acceder al ilion, se hizo estabilización con una placa longitudinal a lo largo del ilion, placa PCPL de 90 mm con 4 pernos bloqueados y se diseco músculo, tejido subcutáneo y piel. Posteriormente, en porción craneal se realizó un abordaje a las alas del ilion, pasando clavo transiliaco para reducir luxación sacroiliaca izquierda, el clavo se dobla en ambos extremos, se realiza cierre por capa muscular, subcutáneo y piel sobre alas del ilion.

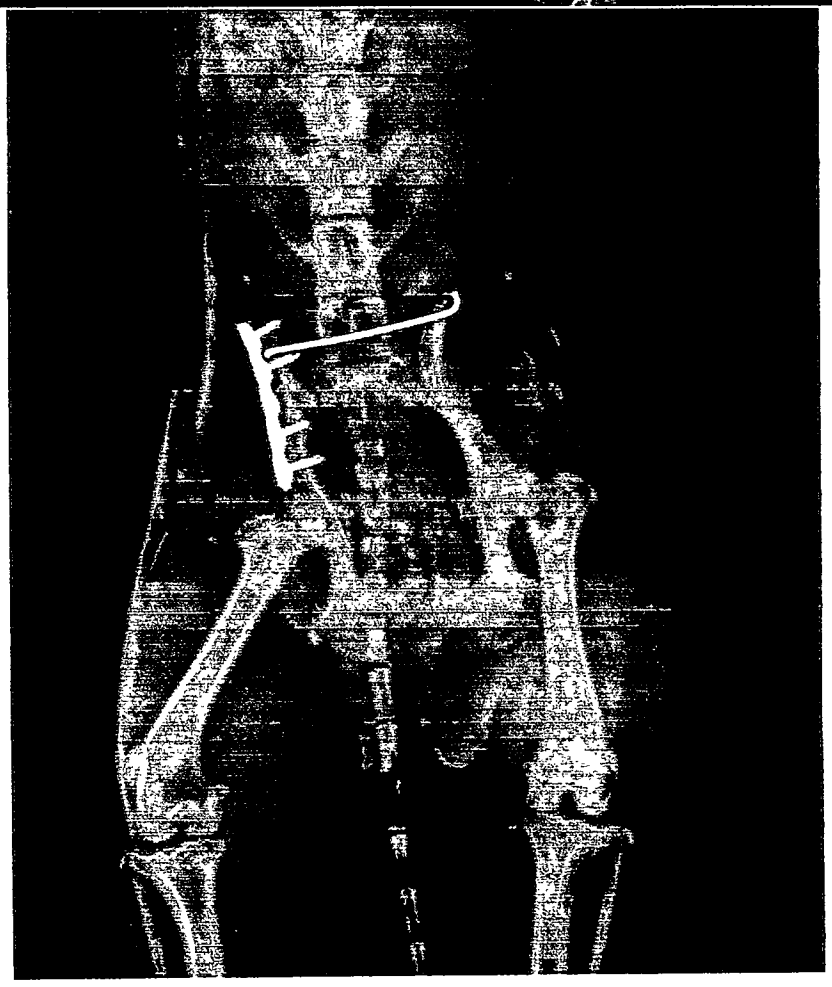
CIRUJANO: Sneyder Fernandez	TP 205	FIRMA Sneyder Paez











REPORTE RADIOLÓGICO

Fecha:	Marzo 11 de 2025	**Raza:**	Mestizo
Paciente:	Simona	**Sexo:**	Hembra
Especie:	Canino	**Edad:**	1 año
Tutor(a):	Maria del Carmen Caro	**Médico Veterinario:**	Zoovet
Anamnesis:	Evaluación post-quirúrgica		
Estudio solicitado:	Evaluación post-quirúrgica de la región lumbosacra y pelvis tras procedimiento ortopédico.		

DESCRIPCIÓN:

Se evaluaron dos estudios radiográficos obtenidos en las siguientes proyecciones:

- **Proyección Latero-Lateral (LL):** Permite evaluar la columna lumbosacra y la pelvis, observándose una adecuada calidad de imagen con diferenciación de estructuras óseas y tejidos blandos.
- Se evidencia la presencia de material de osteosíntesis correctamente posicionado.
- **Proyección Ventro-Dorsal (VD):** Permite una evaluación simétrica de la pelvis y la columna lumbosacra, con adecuada visualización de las articulaciones sacroilíacas y coxofemorales.
- No hay signos de rotación pélvica significativa que afecte la interpretación.

CALIDAD DE LA IMAGEN:

- Adecuada para la interpretación, sin artefactos que dificulten la evaluación.

HALLAZGOS RADIOGRÁFICOS:

- **Columna Lumbosacra y Pelvis:** Se identifica una placa ortopédica metálica fijada en la región lumbosacra con seis tornillos óseos, proporcionando estabilidad a la articulación sacroilíaca y la vértebra lumbar caudal.
- El material de osteosíntesis está bien posicionado, sin signos de desplazamiento o aflojamiento de los tornillos.

- **Vértebras Lumbares Caudales:** Se mantiene una alineación adecuada de los cuerpos vertebrales y los espacios intervertebrales.
- No hay signos de colapso vertebral ni compromiso del canal medular.

- **Articulaciones Sacroilíacas:** Se observa una alteración en la continuidad del contorno sacroilíaco derecho, evidente en radiografías previas, causado por el politraumatismo.
- No hay evidencia de signos de osteólisis o proliferación ósea reactiva sugestiva de complicaciones inflamatorias o infecciosas.

- **Cadera y Extremidades Pélvicas:** La articulación coxofemoral mantiene una morfología y simetría adecuadas, sin signos de luxación.
- Los fémures y tibias presentan una mineralización adecuada sin evidencia de fracturas o alteraciones estructurales.

- **Tejidos Blandos:** Se observa un leve aumento en la densidad de los tejidos blandos perilesionales, compatible con inflamación postquirúrgica.
- No se evidencian colecciones líquidas o gas subcutáneo sugestivos de infecciones

profundas.

INTERPRETACION DIAGNOSTICA:

- Los hallazgos radiográficos sugieren una correcta estabilidad del material ortopédico sin evidencia de complicaciones tempranas como aflojamiento de tornillos, fracturas inducidas por estrés o infecciones óseas.

RECOMENDACIONES:

- Seguimiento radiográfico en 4 a 6 semanas para evaluar la consolidación ósea y la estabilidad del material de osteosíntesis.
- Monitoreo clínico de signos neurológicos y musculoesqueléticos como dolor, cojera o alteraciones en la movilidad.
- Control postquirúrgico regular, evitando ejercicio de alto impacto hasta confirmación de consolidación ósea.
- Evaluación adicional en caso de inflamación persistente, secreción en la herida o signos de infección.
- Los cambios descritos en el segundo dedo de la mano derecha son indicativos de lesión ósea en patrón lítico permeativo que compromete a la segunda y tercera falange con escasa reacción perióstica y severo proceso neoproliferativo y/o inflamatorio asociados, considerar neoplasia digital como el carcinoma de células escamosas y el melanoma dentro de los principales diferenciales.
- Los cambios descritos en la superficie medial del radio distal se pueden relacionar con estadios leves o incipientes de tendinopatía del músculo aductor largo del pulgar.

CONCLUSIÓN:

- El procedimiento de fijación ortopédica en la región lumbosacra de Simona se encuentra estable, con seis tornillos óseos en posición adecuada. No hay signos evidentes de complicaciones mecánicas o infecciosas en esta evaluación.
- Se recomienda control clínico y radiográfico para monitoreo de la recuperación.

Informe basado en evaluación radiográfica y sin sustitución de consulta veterinaria presencial.

INTERPRETACIÓN REALIZADA POR:

Laura Jimenez Caicedo
Médico Veterinario - Universidad Nacional
M.P. 17582 COMVEZCOL

ALCALDIA LOCAL DE LOS MARTIRES

Contrato de prestación CPS 322-2024

HOJA INTERNA DE HOSPITALIZACIÓN

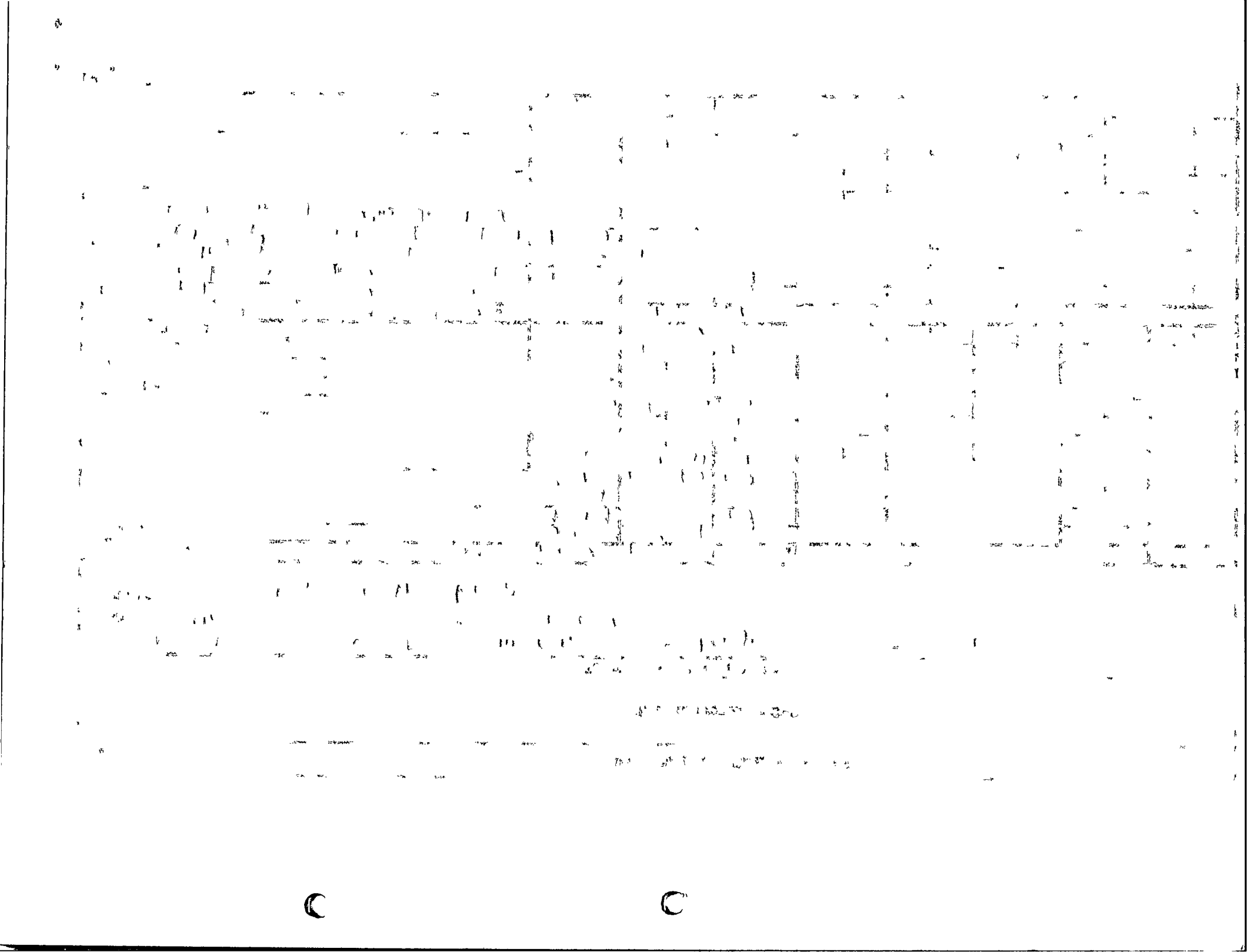
Historia Clínica Urg 10-2025 Nombre Paciente Simona. Peso (k) 12kg.
Fecha Ingreso 11/03/2025 Fechas Salida 13/03/2025
Diagnostico presuntivo Politrauma por atropellamento

Formula médica: Anexa.

Parámetro de Evaluación	Fecha	11-03-25		12-03-25		13-03-25
Temperatura Corporal		38°	37.8°	37.7°	38.1°	38.2
Frecuencia Cardíaca		109	124	120	120	130
Frecuencia Respiratoria		28	34	18	32	20
Frecuencia Pulso		104	124	120	120	130
Color de mucosas		Rosa	Rosa	Rosa	Rosa	Rosa
Apetito		Ayuno	Ayuno	Si	Si	Si
Sed		Si	NO	Si	Si	Si
Estado de ánimo		Alerta	Alerta	Alerta	Alerta	Alerta
Consist. Heces		Blanda	NO	NO	Duro	NO
Vómito		NO	NO	NO	NO	NO
Producción de orina		Si	Si	Si	Si	Si
Grado de deshidratación		<5%	<5%	<5%	<5%	<5%

Tratamiento	Vía Admon	Dosis	AM	PM	AM	PM	AM
Fluidoterapia	IV	60ml/kg.					
Ampicilina + sulbactam 25mg/kg	IV INF-BID	1 ml	(11)	(8)	(8)	(8)	(8)
Metodol 0.1mg/kg	SC-SID	0.06ml	(11)	—	(11)	—	
Pregabalina 25mg (2mg/kg)	PO-BID	1 cápsula.	(4)	(4)	(8)	(8)	(8)
Acetaminofén 10mg/kg	IV-INF-BID	12ml		(8)	(8)	(8)	(8)

Observaciones



URGENCIAS MEDICAS VETERINARIAS

Contrato de prestación de servicios CPS 322-2024

RECETA MÉDICA

H.C. URG10-2025	**NOMBRE** SIMONA	**ESPECIE** CANINO
SEXO HEMBRA	**PESO** 12kl	
RAZA MESTIZA	**EDAD** 1 AÑO y 1/2	**Microchip** NR

I) NICILAN TABLETAS 250mg #7

ADMINISTRAR VIA ORAL 1/2 (MEDIA) TABLETA CADA 12 HORAS POR 7 DIAS CONSECUTIVOS, SOBRE ALGUN ALIMENTO

II) MELOXIFIN 2.0 TABLETAS #1

ADMINISTRAR VIA ORAL 1/2 (MEDIA) TABLETA CADA 24 HORAS POR 2 DIAS CONSECUTIVOS SOBRE ALGUN ALIMENTO.

III) PARACETAMOL (2) TABLETAS 500mg.

ADMINISTRAR VIA ORAL 1/4 (UN CUARTO) DE TABLETA CADA 12 HORAS POR 5 DIAS CONSECUTIVOS, SOBRE ALGUN ALIMENTO.

IV) BAXIOVAL (2) SPRAY - FRASCO #1

IMPREGNAR UNA GASA CON EL PRODUCTO Y REALIZAR LIMPIEZA DE LAS ZONAS AFECTADAS EVITANDO LA FORMACIÓN DE COSTRAS 2 VECES AL DIA POR 10 DIAS

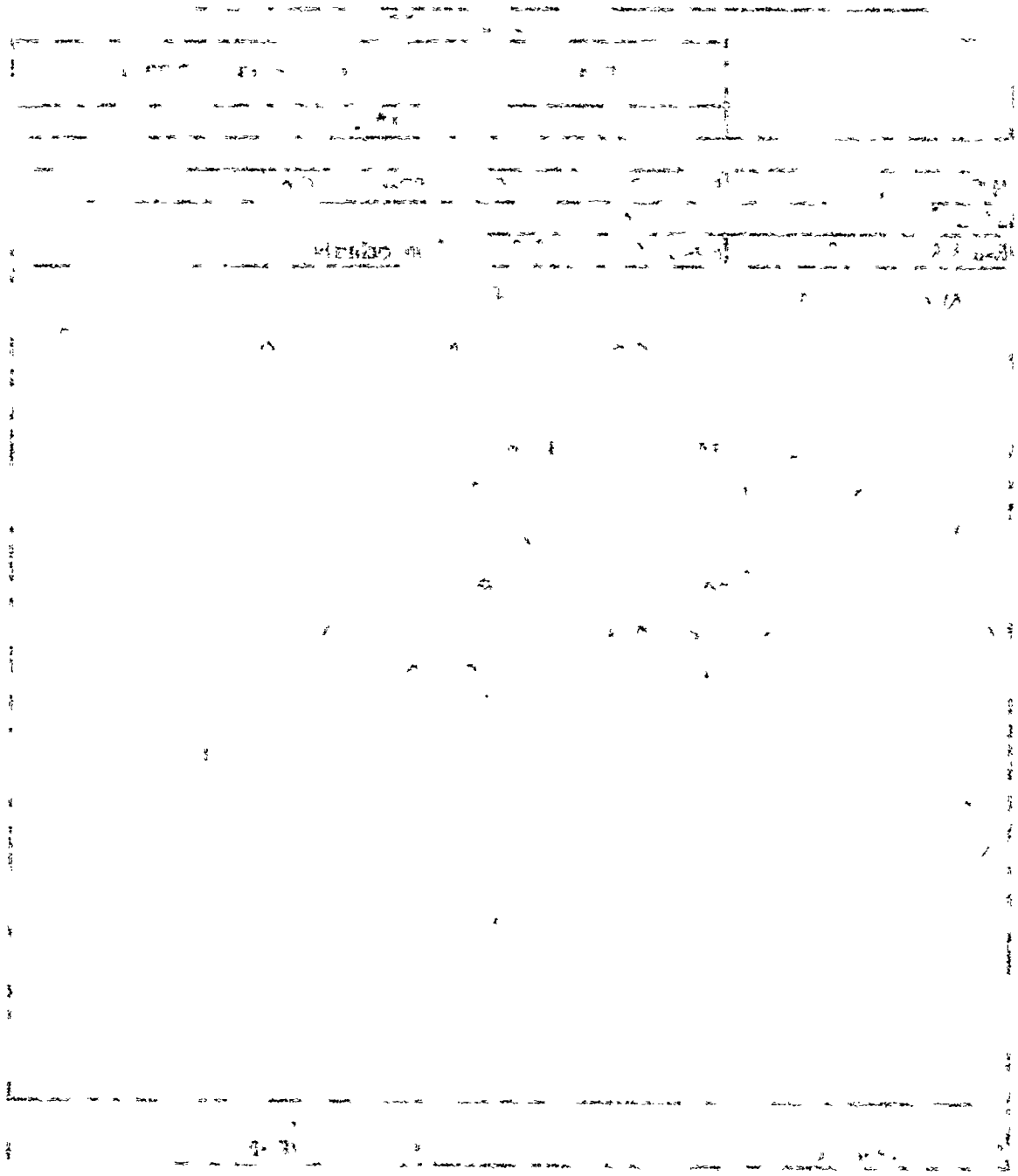
V) COLLAR ISABELINO

DE USO PERMANENTE POR 10 DIAS INICIALMENTE

Médico Veterinario: JENNIFER UBAQUE	**TP** 32258	**FIRMA**	

RECOMENDACIONES:

- REPOSO, EVITAR CORRER, SALTAR, SUBIR Y BAJAR ESTRUCTURAS CON FRECUENCIA
- REALIZAR COMPRESAS FRIAS ALREDEDOR DE LA HERIDA 3 A 5 VECES AL DIA POR LOS PRIMEROS 2 DIAS, POSTERIORMENTE REALIZAR COMPRESAS TIBIAS CON SULFATO DE MAGNESIO 2 VECES AL DIA POR 5 DIAS.
- REALIZAR RADIOGRAFIA CONTROL EN 30 DIAS



FUNDACIÓN ECODES

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | LOS MÁRTIRES | BOGOTÁ

URGENCIAS MÉDICAS VETERINARIAS	
FDLM-CPS-322-2024	
ACTA DE ENTREGA DE PACIENTES DADOS DE ALTA	
FECHA: 13/03/2025	**ACTA DE ENTREGA N°.**

LUGAR DE ENTREGA: 2coovet clínica veterinaria.

El prestador de servicios de Urgencias Veterinarias **FUNDACION ECODES,** a través de su clínica operadora hace entrega del (los) paciente (s) relacionados a continuación, quienes fueron atendidos en el programa de **URGENCIAS VETERINARIAS** de la Alcaldía Local de los Mártires y por su evolución clínica puede (n) ser dado(s) DE ALTA:

N°.	NOMBRE	H.C.	ESPECIE	SEXO	EDAD	PESO
1	Simona	ug 10 2025	canino	Hembra	1año	12kg

ENTREGA OPERADOR DEL SERVICIO

Nombre	JENNIFER CHACON
Cargo	MV
Firma	JENNIFER CHACON

RECIBE TENEDOR RESPONSABLE

Nombre	Mª del Carmen Cano G.
C.C.	51'873.146 Bgtá.
Firma	

AUTORIZACIÓN ALCALDÍA LOCAL

Nombre	Camila Aguilar
Cargo	Referente PyBA FDLM
Firma	Camila Aguilar MEDICO VETERINARIA UDCA T.P. 43597

	ALCALDIA LOCAL DE LOS MARTIRES PROGRAMA DE URGENCIAS VETERINARIAS CPS-322-2024 **ENTREGA SATISFACTORIA DE MASCOTA**	

Yo Mariakl Carmen Caro Gutierrez. Actuando en calidad de persona mayor de edad con C.C : 51'873.146 de Bogotá PROPETARIO Y/O RESPONSABLE de la Mascota con nombre y características descritas en este documento; por medio del presente escrito (de manera libre y espontánea, sin ninguna clase de presión) DECLARO recibir en buenas condiciones, después de los PROCEDIMIENTOS, TRATAMIENTOS, CIRUGIA (S) Y AYUDAS DIAGNOSTICAS REALIZADAS.

PACIENTE: Simona
HISTORIA: Urg 10-2025.
RAZA: Mestino
ESPECIE: Canino
SEXO: Hembra
EDAD: 1 AÑO / 1/2.

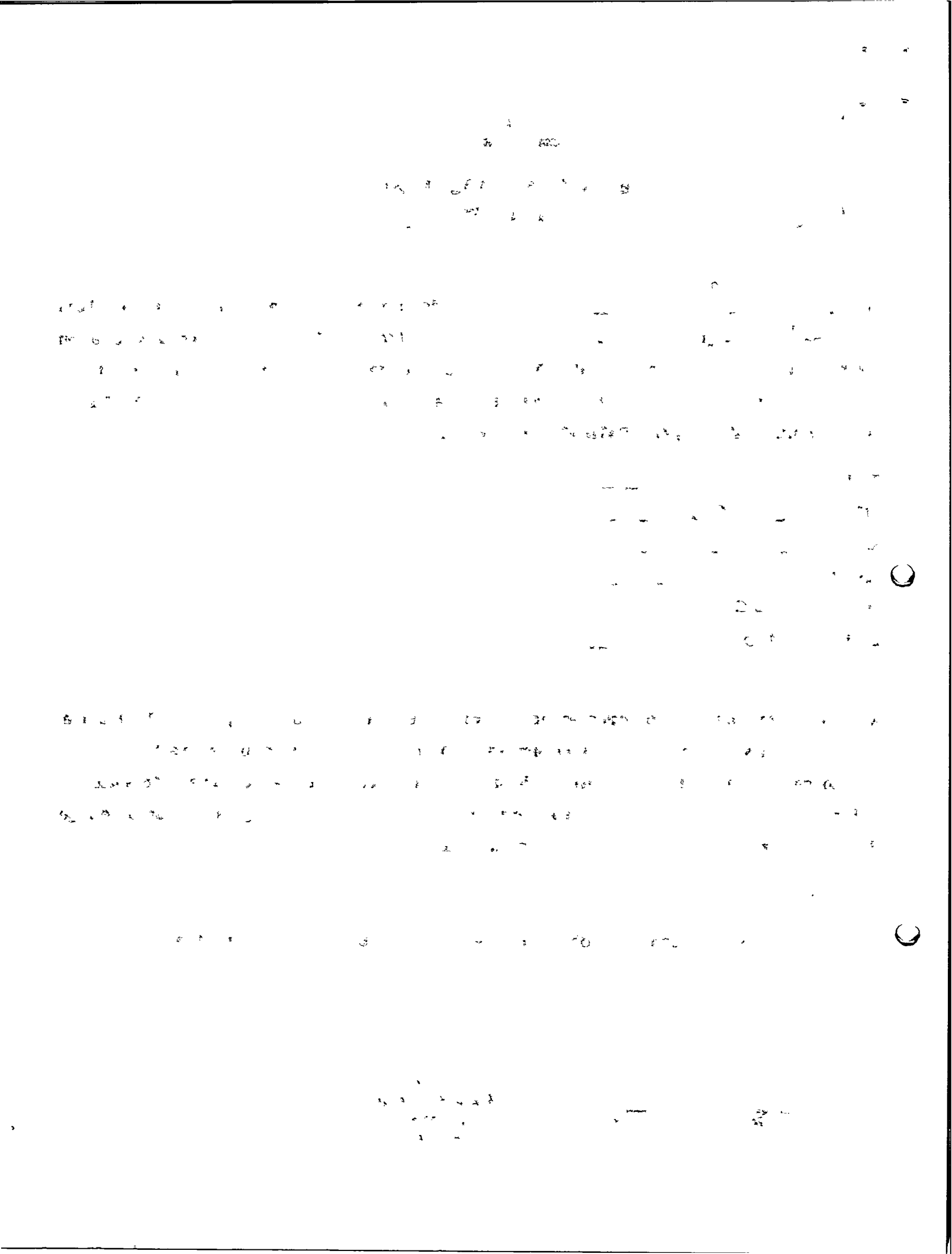
Me comprometo a abstenerme de realizar escritos, publicaciones en las redes sociales en la página WEB de la clínica, frente a opiniones personales ante las inconformidades, sin antes haber agotado los procedimientos internos y procesos de responsabilidad judicial en los que se hallan fallado a mi favor, ello atendiendo al Derecho Constitucional de la presunción de inocencia. Y en caso, de no cumplir con ello, tengo claro que puede llegar a responder por el pago de una indemnización de carácter económica por perjuicios causados.

Por ser un documento que contiene una obligación expresa, clara y exigible presta Mérito Ejecutivo.

Propietario o persona autorizada
C.C 51'873.146 Bta'.
Tel 3102391363

Médico Veterinario
T.P 32268

316



	ALCALDIA LOCAL DE LOS MARTIRES PROGRAMA DE URGENCIAS VETERINARIAS CPS-322-2024 **ENTREGA SATISFACTORIA DE MASCOTA**	FUNDACION ECODES

Yo María Del Carmen Cano Gutierrez. Actuando en calidad de persona mayor de edad con C.C : 51'873.146 de Bogotá PROPETARIO Y/O RESPONSABLE de la Mascota con nombre y características descritas en este documento; por medio del presente escrito (de manera libre y espontánea, sin ninguna clase de presión) DECLARO recibir en buenas condiciones, después de los PROCEDIMIENTOS, TRATAMIENTOS, CIRUGIA (S) Y AYUDAS DIAGNOSTICAS REALIZADAS.

PACIENTE: Simona
HISTORIA: Urg 10-2025
RAZA: Mestizo
ESPECIE: Canino
SEXO: Hembra
EDAD: 1 AÑO.

Me comprometo a abstenerme de realizar escritos, publicaciones en las redes sociales en la página WEB de la clínica, frente a opiniones personales ante las inconformidades, sin antes haber agotado los procedimientos internos y procesos de responsabilidad judicial en los que se hallan fallado a mi favor, ello atendiendo al Derecho Constitucional de la presunción de inocencia. Y en caso, de no cumplir con ello, tengo claro que puede llegar a responder por el pago de una indemnización de carácter económica por perjuicios causados.

Por ser un documento que contiene una obligación expresa, clara y exigible presta Mérito Ejecutivo.

Propietario o persona autorizada
C.C 51'873.146 Bta
Tel 3102391363.

Médico Veterinario
T.P 32268

FUNDACIÓN ECODES

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE LOS MÁRTIRES | BOGOTÁ

HOJA DE COSTOS INDIVIDUAL CPS 322 -2024

NOMBRE Muñeco — HISTORIA CLÍNICA Urg 11-2025

Canino X — Hembra _ — Raza: Cocker Spaniel

Felino _ — Macho X — Peso 20 kg

N	Fecha	Pruebas / Procedimientos	COSTO	Clínica Operadora	Alcaldía
1	04/03/25	Prequirúrgico (CH, ALT y creatinina).	77.630	Zoovet	Camila Aguilar MEDICO VETERINARIA UDCA TP 43597
1	05/03/25	Hospitalización diana talla mediana (>10 a 25 kg)	212.050	Zoovet	Camila Aguilar MEDICO VETERINARIA UDCA TP 43597
1	06/03/25	Hospitalización diana talla mediana (>10 a 25kg)	212.050	Zoovet	Camila Aguilar MEDICO VETERINARIA UDCA TP 43597
1	07/03/25	Hospitalización diana talla mediana (>10 a 25kg)	212.050	Zoovet	Camila Aguilar MEDICO VETERINARIA UDCA TP 43597
1	06/03/25	Perfil hepático canino #3 (ALT, FA, Bilirrubinas T y D, globulina y proteínas totales).	139.220	Zoovet	Camila Aguilar MEDICO VETERINARIA UDCA TP 43597
1	07/03/25	Ecografía abdominal	271.590	Zoovet	Camila Aguilar MEDICO VETERINARIA UDCA TP 43597
1	07/03/25	Frotis para hemoparásitos	34.720	Zoovet	Camila Aguilar MEDICO VETERINARIA UDCA TP 43597
		TOTAL	//	//	

318

FUNDACIÓN ECODES

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MÁRTIRES | BOGOTÁ

HOJA DE COSTOS INDIVIDUAL CPS 322 -2024

NOMBRE Muñeco — HISTORIA CLÍNICA Vig 11-2025

Canino X — Hembra _ — Raza : Locker Spaniel

Felino _ — Macho X — Peso: 20 kg.

N	Fecha	Pruebas / Procedimientos	COSTO	Clínica Operadora	Alcaldía Local.
1	17/03/25	Exodoncia radical	520.930	Zoovet	Camila Aguilar MEDICO VETERINARIA UDCA TP 43597
1	17/03/25	Sutura compleja.	388.420	Zoovet	Camila Aguilar MEDICO VETERINARIA UDCA TP 43597
TOTAL			$ 2'068.660		

FUNDACIÓN ECODES

BOGOTA D.C	Fecha: 04/03/2025	Hora:	AM ☐ PM ☒	Nº Radicado/ Incidente:	Urg 11-2025

Descripción de la solicitud: Consulta, toma de exámenes de laboratorio y hospitalización Exodoncia radical y sutura compleja

Canino ☒ Felino ☐ / Macho ☒ Hembra ☐	Nombre: Sandra Martinez	Microchip: N/A.	
Edad: 12 años	Color: Amarillo / Dorado	Raza: Cocker	
Dirección: Cra 28 # 1B 41	Barrio: Santa Isabel	Localidad: Mártires.	

Observaciones: Está decaído desde hace 2 días, desde esta mañana no quiso comer, ha hecho chichi y popo normal y consistencia normal, el colmillo se lo quitaron hace más de un año, es adoptado y cada año le realiza profilaxis, al comer no evidencia dolor, tampoco a la palpación, le dio media tableta de meloxicam, agua toma a voluntad.

Triage:

Conductor:	Vehículo:	Destino:

DATOS DEL SOLICITANTE Y/O TESTIGO

Nombre: Sandra Martinez	N.º Documento: 52103356	Teléfono 3152684502

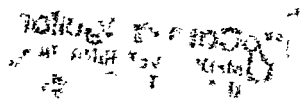
CONTRATO N°: 322 de 2024 | **Nombre del operador: FUNDACION ECODES**

Como ciudadano declaro que el canino y/o felino referenciado no es de mi propiedad, por lo tanto, la alcaldía local de los Mártires, será el responsable de atenderlo y custodiarlo.

Se hace entrega del paciente al OPERADOR del Servicio, para su respectiva valoración, atención y demás procedimientos de acuerdo con el anexo técnico y demás documentos integrales que hacen parte del contrato vigente entre las dos partes.

CIUDADANO / TESTIGO	VETERINARIO OPERADOR	ALCALDÍA
NOMBRE: Sandra Martinez	NOMBRE: Jennifer Ibarra	NOMBRE: Camila Aguila
CC. 52103356.	T.P 322683	T.P 43597
FIRMA	FIRMA	FIRMA

Camila Aguilar MEDICO VETERINARIA UDCA T.P 43597



ZOOVET JB S.A.S.
N.I.T. No. 901.427.461 – 4
Calle 3 No. 38 B – 29 / Cra 71D No 12ª 92
Contacto 3165798020 / 314454538
Bogotá D.C

Formato No. 002	**ACTA DE CONSENTIMIENTO DE HOSPITALIZACIÓN** Creado con base al Código de Ética para el ejercicio profesional de la medicina veterinaria y zootecnia, Ley 576 DE 2000

DATOS PROPIETARIO Y/O TENEDOR DE LA MASCOTA

Sandra Liliana Martinez P. identificación C.C. [X] C.E. [ ]

√2103356 Teléfono Fijo 2477744

Teléfono Móvil 3172684702

Email salome5martinez@gmail.com

De conformidad y en cumplimiento con lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y su Decreto Reglamentario 1377 de 2013, sobre Ley de Tratamiento y Protección de Datos, ZOOVET JB S.A.S., almacena y recolecta datos personales, requiere obtener de manera libre, previa expresa, voluntaria y debidamente informada, recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, dar tratamiento, actualizar y disponer de los datos que han sido suministrados y que se ha incorporado en distintas bases o bancos de datos o en repositorios electrónicos de todo tipo dentro de la compañía ZOOVET JB S.A.S.. Se informa de igual forma que sus datos han sido incorporados a un fichero automatizado con la finalidad de prestar y ofrecer los servicios de ZOOVET JB S.A.S. Los Datos recogidos son almacenados bajo la confidencialidad y las medidas de seguridad legalmente establecidas y no serán cedidos, ni compartidos con empresas, ni entidades ajenas a ZOOVET JB S.A.S. Igualmente deseamos infórmale que podrá ejercer los derechos que le asisten en cualquier momento según la Ley 1581 de 2012.

DATOS MASCOTA

Muñeco Nombre(s) Mascota

Canino Mascota Amarillo Mascota

12 años Macho Cocker Mascota

TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTO

El PROPIETARIO Y/O TENEDOR DE LA MASCOTA manifiesta de forma libre, espontanea con total capacidad y consentimiento, que ha recibido y entendido de manera amplia y comprensible la información sobre el procedimiento que se llevara a cabo con la mascota relacionada, y autorizo expresamente a ZOOVET JB CLINICA VETERINARIA NIT. 901427461-4, para que le realice el (o los) siguiente (s) procedimiento (s):

Hospitalización, toma de muestras

ZOOVET JB S.A.S.
N.I.T. No. 901.427.461 – 4
Calle 3 No. 38 B – 29 / Cra 71D No 12ª 92
Contacto 3165798020 / 314454538
Bogotá D.C

ZOOVET JB S.A.S.
N.I.T. No. 901.427.461 – 4
Calle 3 No. 38 B – 29 / Cra 71D No 12ª 92
Contacto 3165798020 / 314454538
Bogotá D.C

DECLARACIONES Y MANIFESTACIONES

El PROPIETARIO Y/O TENEDOR DE LA MASCOTA manifiesta y/o declara que le ha sido expuesta de forma clara y explícita, la necesidad que requiere la mascota de hospitalización a fin de mejorar en su estado de salud y diagnóstico con base a un tratamiento médico intrahospitalario, quirúrgico o en su defecto cualquier otro procedimiento según requiera la mascota. No obstante, el PROPIETARIO Y/O TENEDOR DE LA MASCOTA acepta de forma expresa que para retirar la mascota deberá cancelar la totalidad de los costos de: hospitalización, cirugía, material quirúrgico, anestesia, pruebas de laboratorio, interconsulta con especialistas, transporte y demás cargos derivados del tratamiento realizado a la mascota durante su estancia en hospitalización.

De esta forma, las partes aquí descritas aceptan que el presente documento junto con la correspondiente factura de venta prestará merito ejecutivo, renunciando expresamente a cualquier requerimiento judicial o extrajudicial para ser constituido en mora, conforme a lo descrito en el artículo 422 del Código General del Proceso.

El PROPIETARIO Y/O TENEDOR DE LA MASCOTA acepta voluntariamente que la sociedad ZOOVET JB S.A.S., no se hace responsable de la mascota en caso de extravío, incapacidad o muerte de la misma en ningún evento, y consiguiente por eventos ocasionados, tales como fuerza mayor, caso fortuito, tratamiento, cirugía o cualquier clase de accidente impredecible que se presente.

De la misma forma acepto y autorizo a ZOOVET JB S.A.S., para que una vez transcurridos tres (03) días posteriores al alta médica de la mascota y esta no se haya retirado, considere este hecho como abandono de la misma y disponga de ella según las normas colombianas sobre el asunto (Leyes 1774 de 2016, 84 de 1989, 5 de 1989 y otras concordantes con la jurisprudencia). En consecuencia, lo anterior no exonera al propietario o autorizado de cancelar los servicios o suministros facturados.

Autorizo expresa e inequívocamente a ZOOVET JB CLINICA VETERINARIA NIT. 901427461-4 para que publique de diversas maneras, imágenes y videos de mi mascota y todo lo relacionado a su tratamiento médico quirúrgico entre otros.

En señal de aceptación, suscribo el presente consentimiento a los Cuatro ( ) días del mes de Marzo de 202 2 5

SANDRA MARTINEZ P.

Nombre y firma del propietario responsable

Nombre PROPIETARIO Y/O TENEDOR DE LA MASCOTA y firma

Cédula de ciudadanía

Se adjunta fotocopia del documento de identificación de la persona que autoriza.

Elaborado por: BGA Jurídicos S.A.S.
Revisado y aprobado: BGA Jurídicos S.A.S.

ZOOVET JB S.A.S.
N.I.T. No. 901.427.461 – 4
Calle 3 No. 38 B – 29 / Cra 71D No 12ª 92
Contacto 3165798020 / 314454538
Bogotá D.C

URGENCIAS MÉDICAS VETERINARIAS

Contrato de prestación CPS 322 -2024

HISTORIA CLÍNICA: CPP- Urg 11-2025 | MICROCHIP: EN CLINICA ___ LECTOR ___ NO X | FECHA: 4 marzo 2025

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE	Muñeco			PESO:	20kg
ESPECIE	CANINO: X FELINO: ___	RAZA: Cocker	EDAD: 12 años	SEXO	HEMBRA: ___ MACHO: X

2. DATOS DE PRESENTACION DE URGENCIA

RESPONSABLE	QUIEN DERIVA:	BARRIO
Sandra Martinez.	Alcaldía Martires	Tibaná

3. MOTIVO DE CONSULTA

Hace 2 días está decaído, hoy no ha querido comer, solo ha tomado agua

4. EXAMÉN CLÍNICO

TEMPERATURA:	FR. RESPIRATORIA:	FR.CARDIACA:	TLLC	CONDICIÓN CORPORAL	TRIAGE
39.4	50 rpm	94 rpm	2" seg	4/5.	

ESTADO DE CONCIENCIA		% DESHIDRATACION	0-5 %	6 -7 %	8 - 9 %
	Alerta X Deprimido__ Estupor__ Coma__		X		
MUCOSAS	Rosa X Pálidas__Congest__ Ictéricas__ Cianóticas_	ESTADO REPROD	Castrado X Entero__ Gestación __ Lactancia __ Sin Evidencia__		

5. DESCRIPCION DE HALLAZGOS ANORMALES

Enfermedad periodontal grado 4, canino derecho ausente, fistula en el mismo (superior)

6.ABORDAJE DIAGNÓSTICO

	LISTA DE PROBLEMAS	LISTA MAESTRA	DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES (DAMVIT)
1.	Fistula en canino superior derecho		Enfermedad Periodontal grado 4.
2.	Cálculo dental		Fistula / Absceso periapical.
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

7. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS Y RESULTADOS

EXAMEN	R	NR	FECHA	INTERPRETACION DE RESULTADOS
Cuadro hemático	X			Sin alteraciones.
ALT	X			Aumentada.
Creatinina	X			Sin alteraciones

8. PLAN TERAPEUTICO INICIAL

Fluidoterapia, meloxicam, clindamicina, dextromin, omeprazol.

9. DIAGNOSTICO(S) DEFINITIVOS

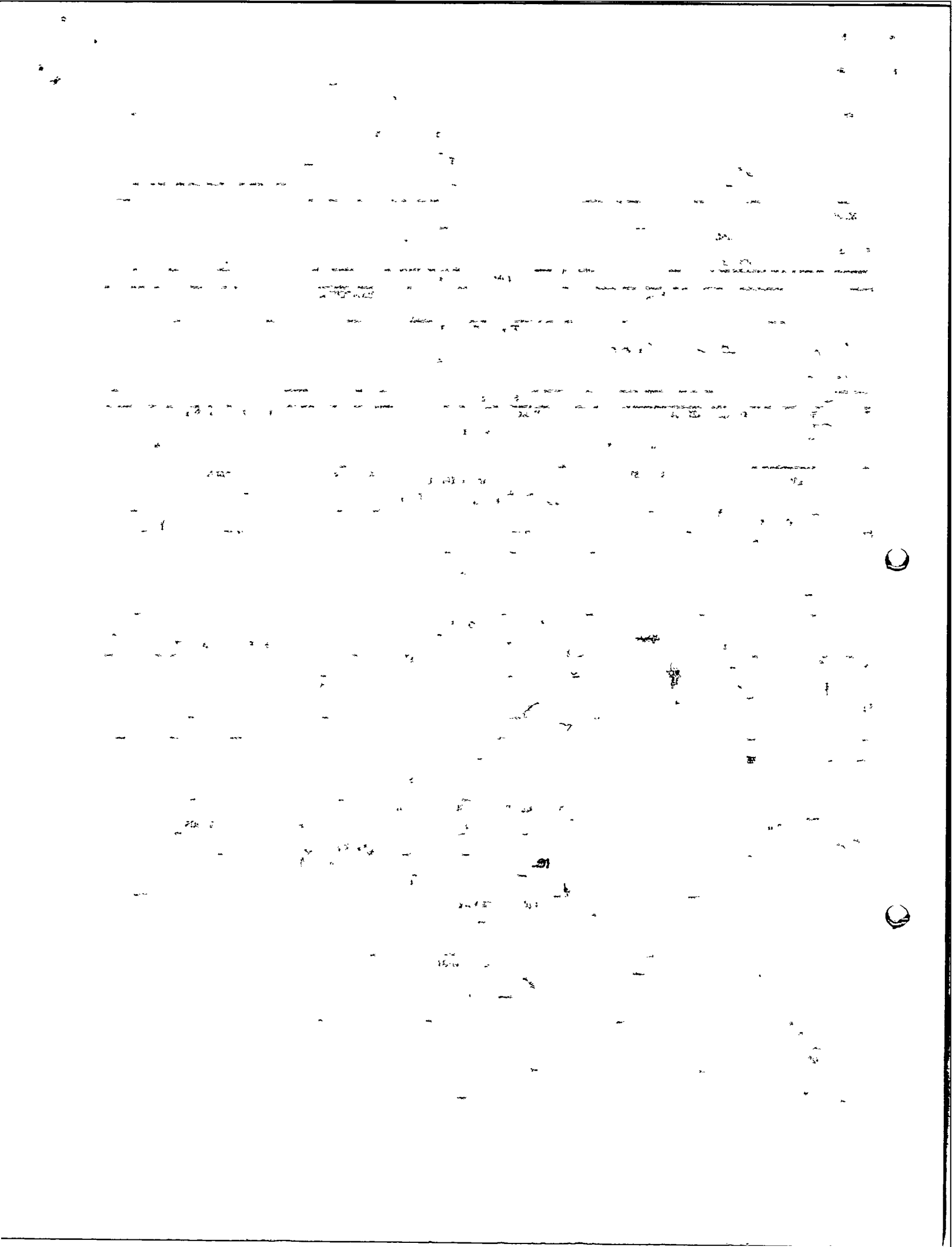
Enfermedad periodontal grado 4, fistula/absceso periapical

10. PRONOSTICO Bueno __ Reservado X Malo __

FECHA DE CONTROL:

MV NOMBRE Y TP: Jennifer Chacon 32263

FIRMA: Jennifer Chacon



	URGENCIAS MÉDICAS VETERINARIAS
	Contrato de prestación de servicios CPS 322-2024
	EPICRISIS

H.C. Urg112025	NOMBRE Muñeco	ESPECIE: Canino
SEXO: Macho	PESO 20kg	
RAZA: Cocker.	EDAD: 12 años	Microchip N/A

MOTIVO DE CONSULTA

Hace dos días lo notan decaido, comia con menos avidez, hoy no ha recibido alimento, solo toma agua, no le ve dolor al comer ni al tocarle la boca.

EXAMENES, DIAGNOSTICO, PROCEDIMIENTOS

Se realizan exámenes de laboratorio: Cuadro hemático, ALT y Creatinina

Diagnóstico: Enfermedad periodontal grado 4.

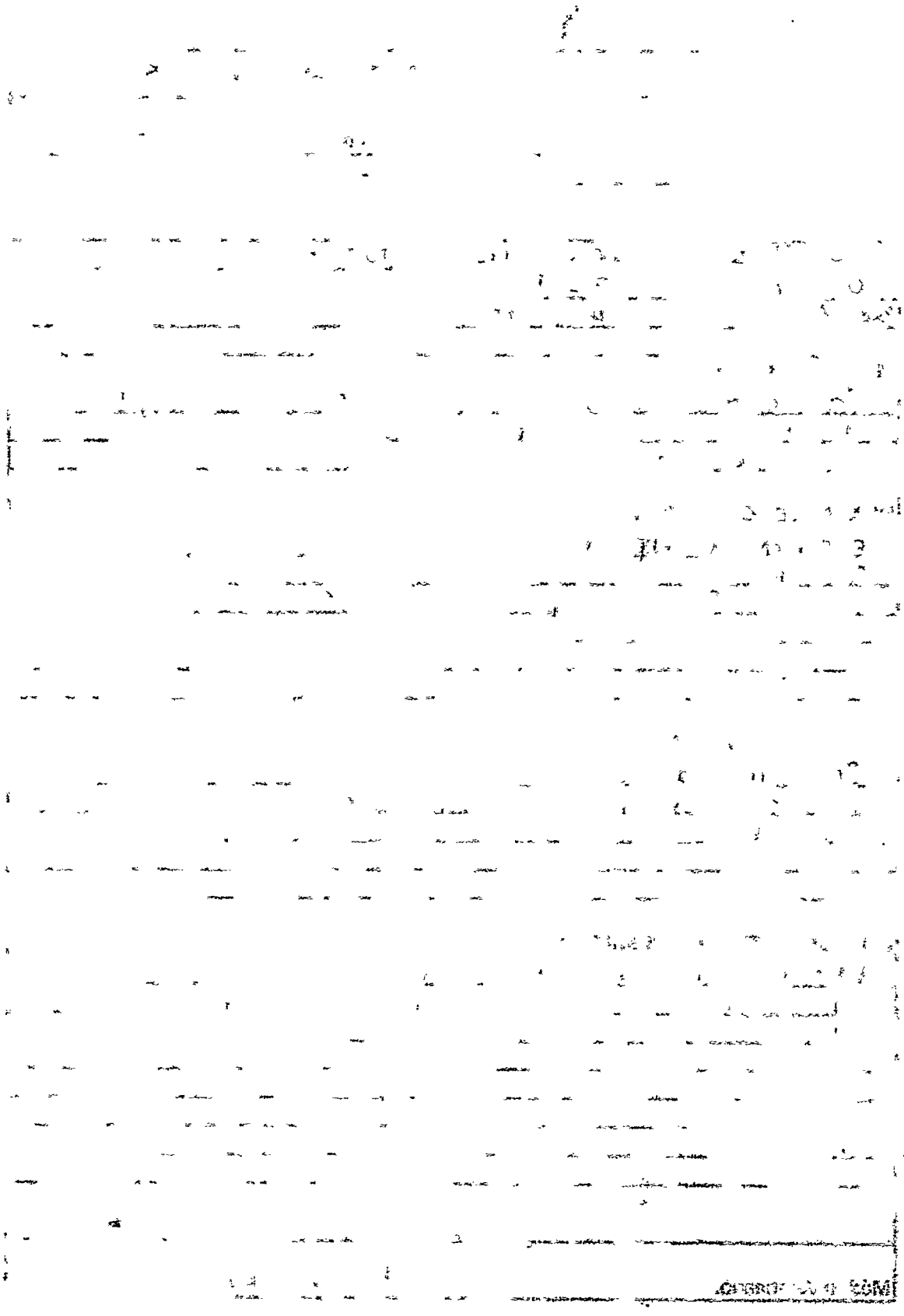
RESUMEN DE TRATAMIENTO

Se canaliza al paciente para administrar terapia de fluidos, meloxicam, clindamicina, dextromin y omeprazol, se espera evolución del paciente para ajustar medicación

CONDICION ACTUAL, PRONOSTICO Y RECOMENDACIONES:

Paciente estable, pronóstico reservado, se recomienda profilaxis más exodoncia y colgajo mucogingival para canino maxilar derecho.

Médico Veterinario:	Jennifer Usaquen	TP: 32258	FIRMA



ALCALDIA LOCAL DE LOS MARTIRES

Contrato de prestación CPS 322-2024

HOJA INTERNA DE HOSPITALIZACIÓN

Historia Clínica Urg 11-2025 Nombre Paciente Peso (k) 20kg

Fecha Ingreso 04-03-2025 Fechas Salida 08-03-25

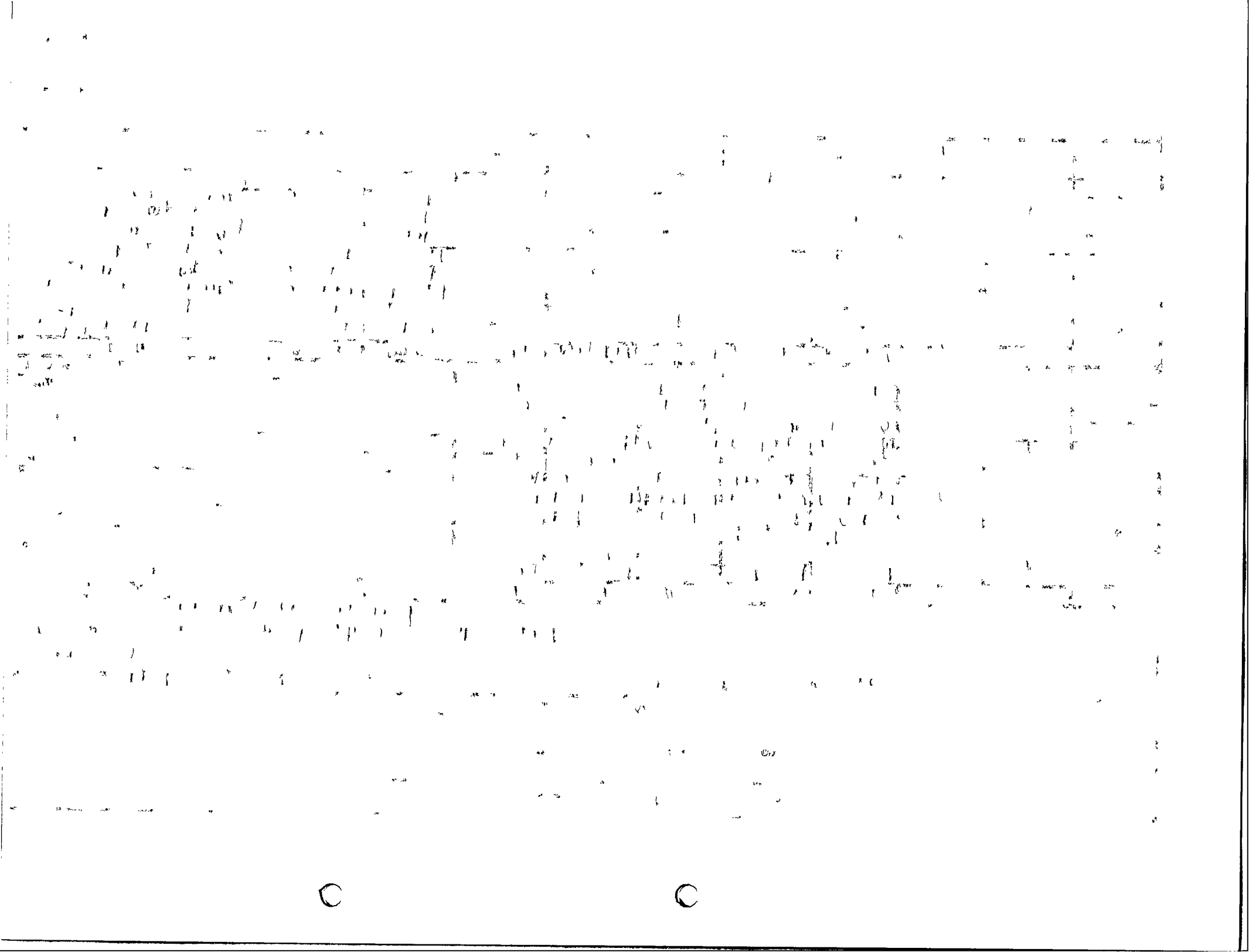
Diagnostico presuntivo Indisgestión alimenticia. / Hemoparásitos. Fístula / absceso Periapical

Formula médica: Anexo.

Parámetro de Evaluación	Fecha	04/03/25		05/03/25		06/03/25		07/03/25		08/03/25							
Temperatura Corporal		39.4		38.7	38.4	38.3	40.5	38.1	38.1	38.4	38.1						
Frecuencia Cardíaca		94		104	112	120	120	80	104	100	120						
Frecuencia Respiratoria		30		30	38	32	30	40	32	41	30						
Frecuencia Pulso		94		104	112	120	120	80	104	100	120						
Color de mucosas		Rosa		Rosa	Rosa	Rosa	Rosa	Rosa	Rosa	Rosa	Rosa						
Apetito		No Hx		Si	Si	Si	Si	NO	Si	No	Si						
Sed		Si Hx		Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si						
Estado de ánimo		Decaido		Decaido	Alerta	Decaido	Alerta	Decaido	Alerta	Alerta	Alerta						
Consist. Heces		NO		NO	Duro	NO	Blando	Blando	NO	Si	NO						
Vómito		NO		NO	NO	Si	Si	Si	NO	NO	NO						
Producción de orina		Si		Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si						
Grado de deshidratación		7%		7%	7%	7%	7%	7%	6%	6%	6%						

Tratamiento	Vía Admon	Dosis	04/03/25 PM	05/03/25 AM	05/03/25 PM	06/03/25 AM	06/03/25 PM	07/03/25 AM	07/03/25 PM	08/03/25 AM	08/03/25 PM
Fluidoterapia	IV INF CONST	60 ml/kg									
Melodol 0,1 mg/kg	SC-SID	0,1 ml	(5)	—	(5)	—	(5)	—	—	—	—
Clindamicina 11 mg/kg	IV-INF-BID	1,4 ml	(5)	5	(5)	(5)	(5)	(5)	(5)	(5)	(5)
Dextromin 5 ml/kg	IV-INF-BID	100 ml	(7)	(7)	(7)	(7)	(7)	(7)	(7)	(7)	(7)
Omeprazol 0,7 mg/kg	IV-INF-BID	1,7 ml	(6)	(7)	(7)	(7)	(7)	(7)	(7)	(7)	(7)
Ondansetron 0,2 mg/kg	IV-INF-BID	2 ml				(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)
Diprona 25 mg/kg	IV-INF-BID	1 ml					(3)	(3)	(3)	(3)	(3)
Oxitetraciclina 5 mg/kg	IV-INF-BID	2 ml							(6)	(6)	(6)

Observaciones



REPORTE DE LABORATORIO
ZOOVET CLÍNICA VETERINARIA

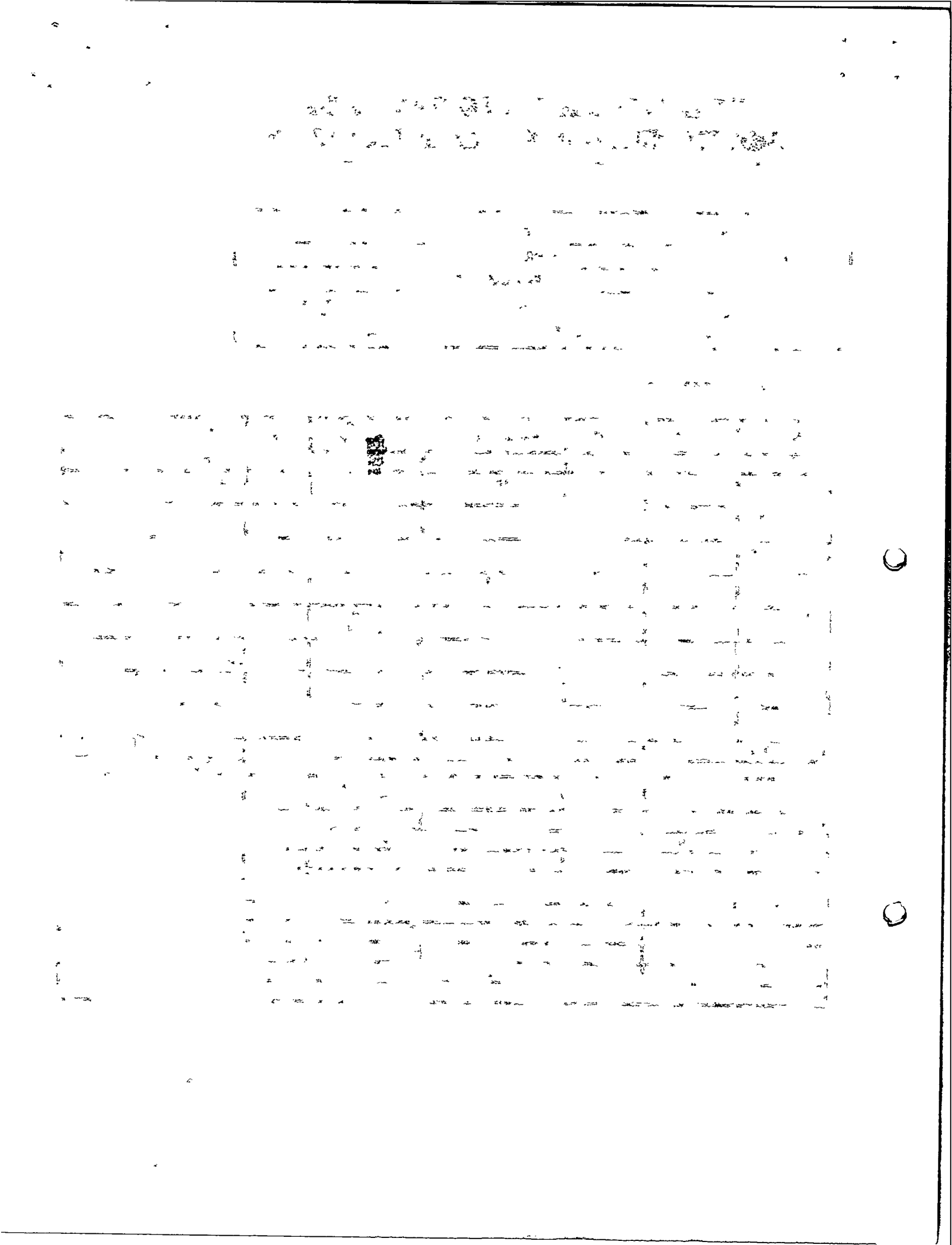
NOMBRE :	MUÑECO	**CONSECUTIVO :**	3042500304399
ESPECIE :	Canino	**FECHA :**	MARZO-04-2025
RAZA :	COCKER SPANIEL	**ETAPA BIOLÓGICA :**	Adulto
SEXO :	Macho	**PROPIETARIO :**	ALCALDIA MARTIRES
EDAD :	10 AÑOS	**MV REMITENTE :**	MV TURNO

HEMOGRAMA COMPLETO

ANALITO	RESULTADO	UNIDAD	RANGO ADULTO	ALTERACIONES ERITROCITARIAS	Estado	POIQUILOCITOS	Estado
LEUCOCITOS	8,8	X 10^9/L	6-17	Anisocitosis		Equinocitos	
LINFOCITOS (absolutos)	2,6	X 10^9/L	0.8-6.1	Policromasia		Codocitos	
MONOCITOS (absolutos)	0,4	X 10^9/L	0-1.8	aglutinación		Acantocitos	
NEUTROFILOS (absolutos)	5,3	Pg	4-12.6	rouleaux		Esquinocitos	
EOSINOFILOS (absolutos)	0,4	X 10^9/L	0-1	Rubricitos		Queratocito	
LINFOCITOS (relativos)	30	%	12-30	MORFOLOGIA LEUCOCITOS		excentrocito	
MONOCITOS (relativos)	5	%	2-9	Neu. Tóxicos		INCLUSIONES ERITROCTIARIAS	
NEUTROFILOS (relativos)	60	%	60-77	Neu. Bandas		C. Heinz	
EOSINOFILOS (relativos)	5	%	2-7	Hipersegmentados		C. Howeel Jolly	
ERITROCITOS	8	X 10^{12}/L	5.5-8.5	Lin. reactivos		Punteo Basófilico	
HEMOGLOBINA	10	g/dL	8-18	Lin. atípicos		ALTERACIONES HALLADAS	
CHCM	35	g/dL	32-36	MORFOLOGIA PLAQUETARIA		PLASMA NORMAL ERITROCITOS Y LEUCOCITOS NORMALES EN FORMA Y TAMAÑO	
HCM	22,6	Pg	19-24	Macro plaquetas			
VCM	71,4	Fl	60-72	Micro plaquetas			
HEMATOCRITO	43,6	%	37-50	Agregados:			
PLAQUETAS	299	X 10^9/L	200-460	ARTEFACTOS PLASMA			
PROTEINAS	6	g/dl	6.0-7.8	Micro coágulos			
ALBUMINA	3,4	g/dl	2.4-3.9	Coágulos			
GLOBULINAS	2,6	g/dl	2.1-4.4	Lipemia			
ALB/GLO	1,3	/	0.72-1.5	Ictericia			
N/O (no				hemolisis			

Mayra Rocio Martinez R.
M.V. Esp Lab Clinico Veterinario
UDCA TP 27864

Mayra Rocio Martinez Rojas
Médico veterinario. Esp Lab clínico veterinario
UDCA. TP 27864



REPORTE DE LABORATORIO
ZOOVET CLÍNICA VETERINARIA

NOMBRE	: MUÑECO	**CONSECUTIVO**	: 3042500304399
ESPECIE	: Canino	**FECHA**	: MARZO-04-2025
RAZA	: COCKER SPANIEL	**ETAPA BIOLÓGICA**	: Adulto
SEXO	: Macho	**PROPIETARIO**	: ALCALDIA MARTIRES
EDAD	: 10 AÑOS	**MV REMITENTE**	: MV TURNO

CANINOS ADULTOS-CACHORRO

QUIMICA SANGUINEA	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
ALT/GPT	*91,8*	19- 57 UI/L
AST/GOT		15-43 UI/L
GGT		1-9.7 U/L
FOSFATASA ALCALINA		16 – 128 UI/L
BILIRRUBINA TOTAL		0.1 – 1.0 mg/dl
BILIRRUBINA DIRECTA		0.0 – 0.3 mg/dl
BILIRRUBINA INDIRECTA		0.1 - 0.7 mg/dl
CREATININA SANGUINEA	*2,0*	0,2 – 2,1 mg/dl
BUN		1,0 – 28,0 mg/dl
UREA SANGUINEA		20,0 – 50,0 mg/dl
COLESTEROL		135 – 315 mg/dL
TRIGLICERIDOS		25- 120 mg/dL

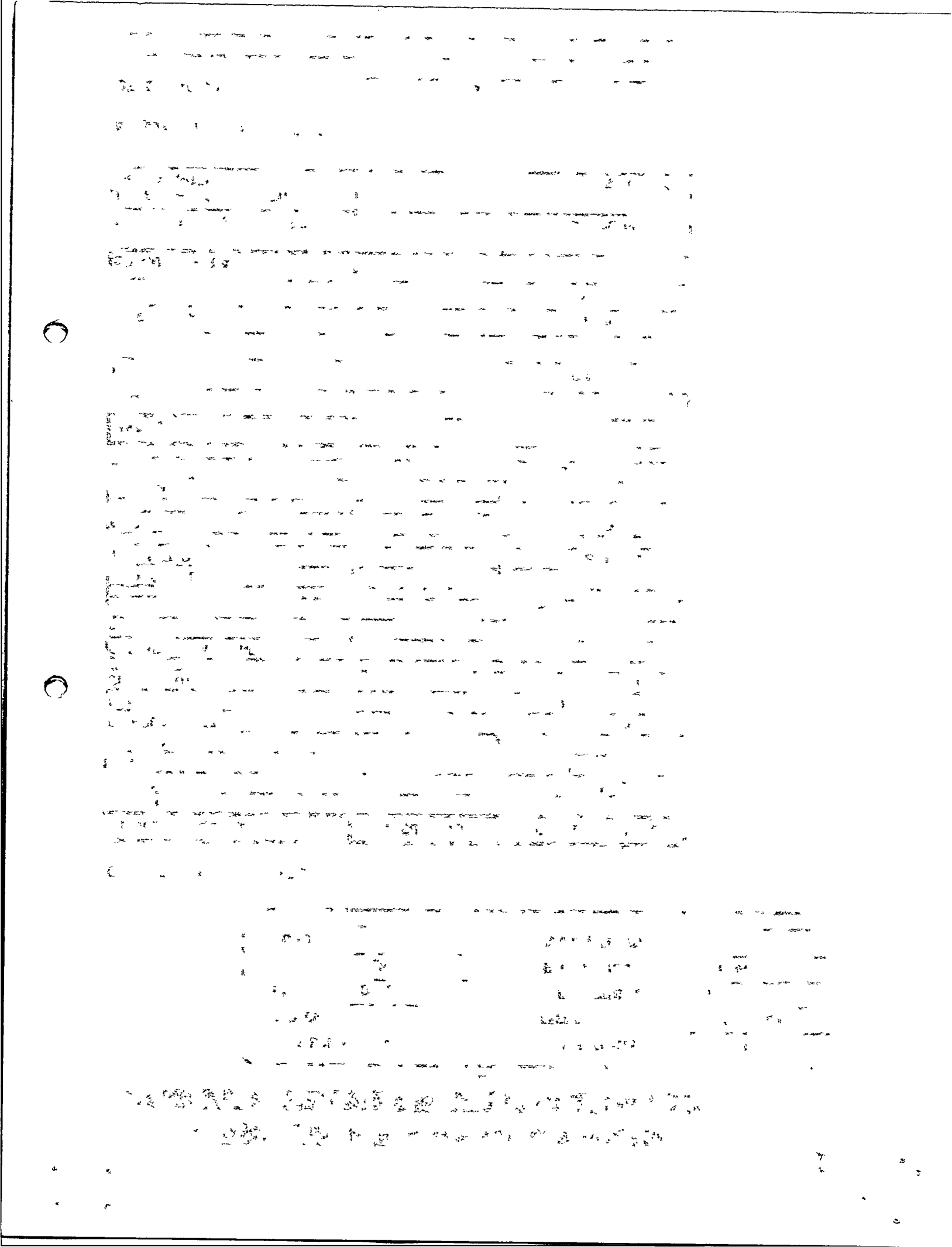
GLICEMIA		70 – 140 mg/dl
AMILASA		350-1000U/L
LIPASA		50-470mg/dL

ELECTROLITOS		
SODIO (Na)		142-156 mmol/L
POTASIO (K)		3.6-6.1 mmol/L
CLORO (cl)		115-124 mmol/L
CALCIO TOTAL (Ca)		8.7-11.8umol/L
FOSFORO (Pho)		3,2-6.6 mg/dL
COAGULOMETRIA		
TIEMPO DE PROTROMBINA (PT)		< 8,0 Segundos
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (PTT)		< 19,0 segundos

Equipo química húmeda CHEM-7

OBSERVACIONES: SUERO NORMAL

325



REPORTE DE LABORATORIO
ZOOVET CLÍNICA VETERINARIA

NOMBRE	:	MUÑECO	**CONSECUTIVO**	:	3062500304421
ESPECIE	:	Canino	**FECHA**	:	MARZO-06-2025
RAZA	:	COCKER SPANIEL	**ETAPA BIOLÓGICA**	:	Adulto
SEXO	:	Macho	**PROPIETARIO**	:	ALCALDIA MARTIRES
EDAD	:	12 AÑOS	**MV REMITENTE**	:	MV TURNO

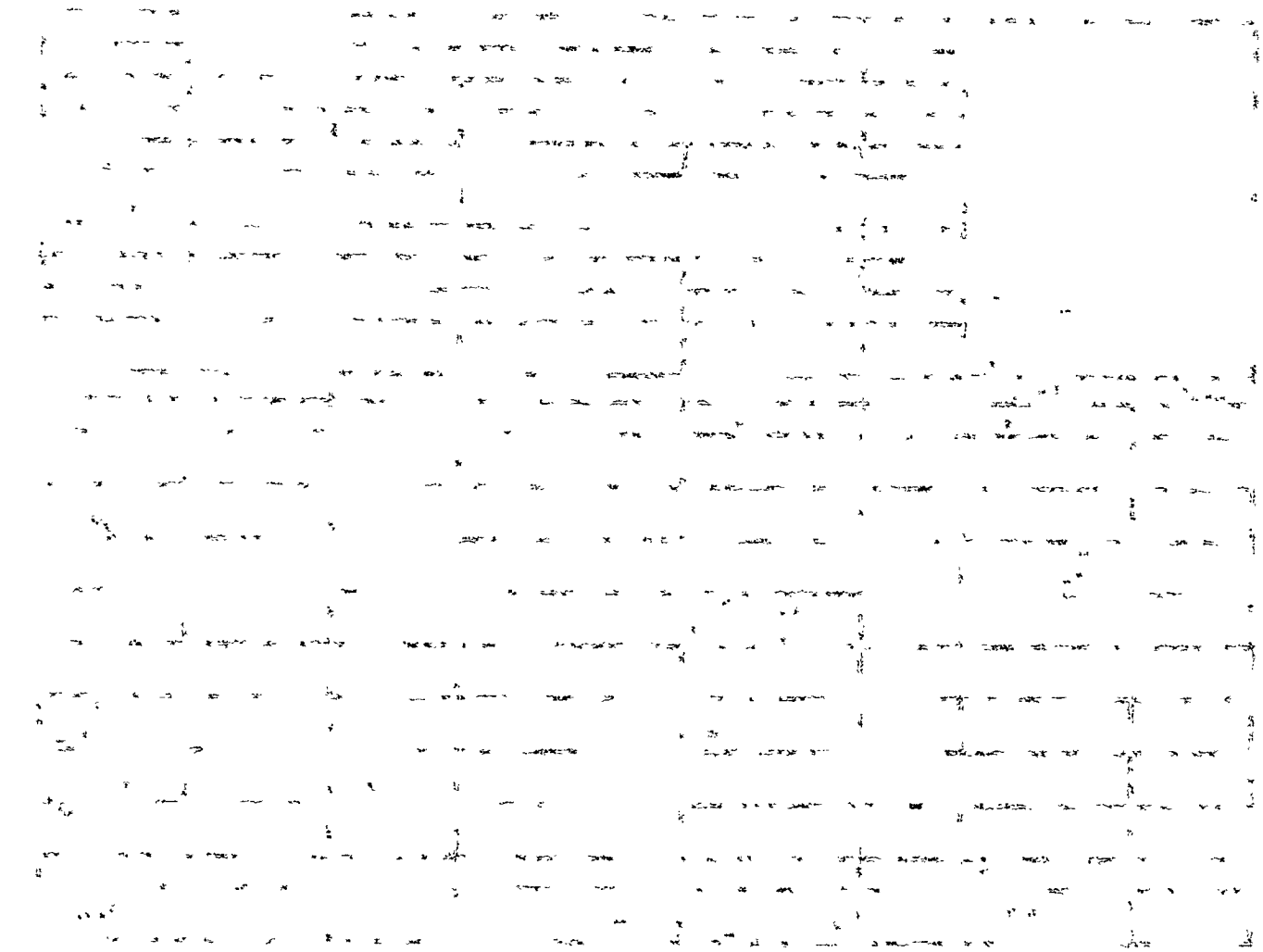
HEMOGRAMA COMPLETO

ANALITO	RESULTADO	UNIDAD	RANGO ADULTO	ALTERACIONES ERITROCITARIAS	Estado	POIQUILOCITOS	Estado
LEUCOCITOS	14,5	X 10^9/L	6-17	Anisocitosis		Equinocitos	
LINFOCITOS (absolutos)	2,2	X 10^9/L	0.8-6.1	Policromasia		Codocitos	
MONOCITOS (absolutos)	0,4	X 10^9/L	0-1.8	aglutinación		Acantocitos	
NEUTROFILOS (absolutos)	11,6	Pg	4-12.6	rouleaux		Esquinocitos	
EOSINOFILOS (absolutos)	0,3	X 10^9/L	0-1	Rubricitos		Queratocito	
LINFOCITOS (relativos)	15	%	12-30	MORFOLOGIA LEUCOCITOS		excentrocito	
MONOCITOS (relativos)	3	%	2-9	Neu. Tóxicos		INCLUSIONES ERITROCTIARIAS	
NEUTROFILOS (relativos)	80	%	60-77	Neu. Bandas		C. Heinz	
EOSINOFILOS (relativos)	2	%	2-7	Hipersegmentados		C. Howeel Jolly	
ERITROCITOS	7,4	X 10^{12}/L	5.5-8.5	Lin. reactivos		Punteo Basófilico	
HEMOGLOBINA	16,9	g/dL	8-18	Lin. atípicos		ALTERACIONES HALLADAS	
CHCM	32,4	g/dL	32-36	MORFOLOGIA PLAQUETARIA		PLASMA NORMAL ERITROCITOS Y LEUCOCITOS NORMALES EN FORMA Y TAMAÑO-NEUTROFILIA RELATIVA-HIPERGLOBULINEMIA	
HCM	20,9	Pg	19-24	Macro plaquetas			
VCM	61,7	Fl	60-72	Micro plaquetas			
HEMATOCRITO	40,5	%	37-50	Agregados:	Leve		
PLAQUETAS	201	X 10^9/L	200-460	ARTEFACTOS PLASMA			
PROTEINAS	7,8	g/dl	6.0-7.8	Micro coágulos			
ALBUMINA	3,3	g/dl	2.4-3.9	Coágulos			
GLOBULINAS	4,5	g/dl	2.1-4.4	Lipemia			
ALB/GLO	0,7	/	0.72-1.5	Ictericia			
N/O (no				hemolisis			

Mayra Rocio Martinez R.
M.V. Esp. Lab. Clinico Veterinario
UDCA TP 27864

Mayra Rocio Martinez Rojas
Médico veterinario. Esp Lab clínico veterinario
UDCA. TP 27864

326



REPORTE DE LABORATORIO
ZOOVET CLINICA VETERINARIA

NOMBRE	: MUÑECO	**CONSECUTIVO**	: 3062500304421
ESPECIE	: Canino	**FECHA**	: MARZO-06-2025
RAZA	: COCKER SPANIEL	**ETAPA BIOLÓGICA**	: Adulto
SEXO	: Macho	**PROPIETARIO**	: ALCALDIA MARTIRES
EDAD	: 12 AÑOS	**MV REMITENTE**	: MV TURNO

CANINOS ADULTOS-CACHORRO

QUIMICA SANGUINEA	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
ALT/GPT	*84,5*	19- 57 UI/L
AST/GOT		15-43 UI/L
GGT		1-9.7 U/L
FOSFATASA ALCALINA	*66,7*	16 – 128 UI/L
BILIRRUBINA TOTAL	*1,1*	0.1 – 1.0 mg/dl
BILIRRUBINA DIRECTA	*0,2*	0.0 – 0.3 mg/dl
BILIRRUBINA INDIRECTA	*0,9*	0.1 - 0.7 mg/dl
CREATININA SANGUINEA		0,2 – 2,1 mg/dl
BUN		1,0 – 28,0 mg/dl
UREA SANGUINEA		20,0 – 50,0 mg/dl
COLESTEROL		135 – 315 mg/dL
TRIGLICERIDOS		25- 120 mg/dL
GLICEMIA		70 – 140 mg/dl
AMILASA		350-1000U/L
LIPASA		50-470mg/dL
ELECTROLITOS		
SODIO (Na)		142-156 mmol/L
POTASIO (K)		3.6-6.1 mmol/L
CLORO (cl)		115-124 mmol/L
CALCIO TOTAL (Ca)		8.7-11.8umol/L
FOSFORO (Pho)		3.2-6.6 mg/dL
COAGULOMETRIA		
TIEMPO DE PROTROMBINA (PT)		< 8,0 Segundos
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (PTT)		< 19,0 segundos

Equipo química húmeda CHEM-7

OBSERVACIONES: SUERO NORMAL

REPORTE DE LABORATORIO
ZOOVET CLINICA VETERINARIA

NOMBRE	:	MUÑECO FROTIS	**CONSECUTIVO**	:	3072500304421
ESPECIE	:	Canino	**FECHA**	:	MARZO-07-2025
RAZA	:	COCKER SPANIEL	**ETAPA BIOLÓGICA**	:	Adulto
SEXO	:	Macho	**PROPIETARIO**	:	ALCALDIA MARTIRES
EDAD	:	12 AÑOS	**MV REMITENTE**	:	MV TORNO

HEMOPARÁSITOS

PRUEBA REALIZADA: TINCION DE WRIGHT

RESULTADO

NO SE OBSERVAN ESTRUCTURAS COMPATIBLES CON HEMOPARASITOS EN MUESTRA REMITIDA

MORFOLOGIA CÉLULAS BLANCAS: FORMAS Y TAMAÑOS NORMALES
MORFOLOGÍA ERITROCITARIA: FORMAS Y TAMAÑOS NORMALES

Resultados válidos solo para la muestra remitida

Mayra Paola Martinez R.
MV Esp Ley Clinico Veterinario

Atendidos Veterinarios a domicilio

REPORTE ECOGRAFICO PACIENTE
ALCALDIA MÁRTIRES

MASCOTA	**MUÑECO**	**Hc: A. Mártires**		**ESPECIE**	Canina
RAZA	Cocker	**Peso:** 20 kg		**SEXO**	Macho castrado
EDAD	12 años	**PROPIETARIO**	alcaldía mártires		**FECHA:** 07/03/25

ANAMNESIS:

Paciente ingresa a servicio de ecografía abdominal, por solicitud directa de profesional a cargo, alcaldía de mártires (Sandra Liliana Martínez), donde se reporta acerca del paciente antecedentes de otitis crónica además de enfermedad periodontal 4/4, vómitos recurrentes y decaimiento moderado.

Paciente cooperante al momento del examen, (NO SEDADO)

Se realiza ecografía abdominal con equipo VINNO D1 VET portátil, con transductor microconvex 5.0 - 11.o MHz, en modalidad harmónico, en decúbito dorsal, y decúbito lateral derecho e izquierdo y se evidencian los siguientes hallazgos:

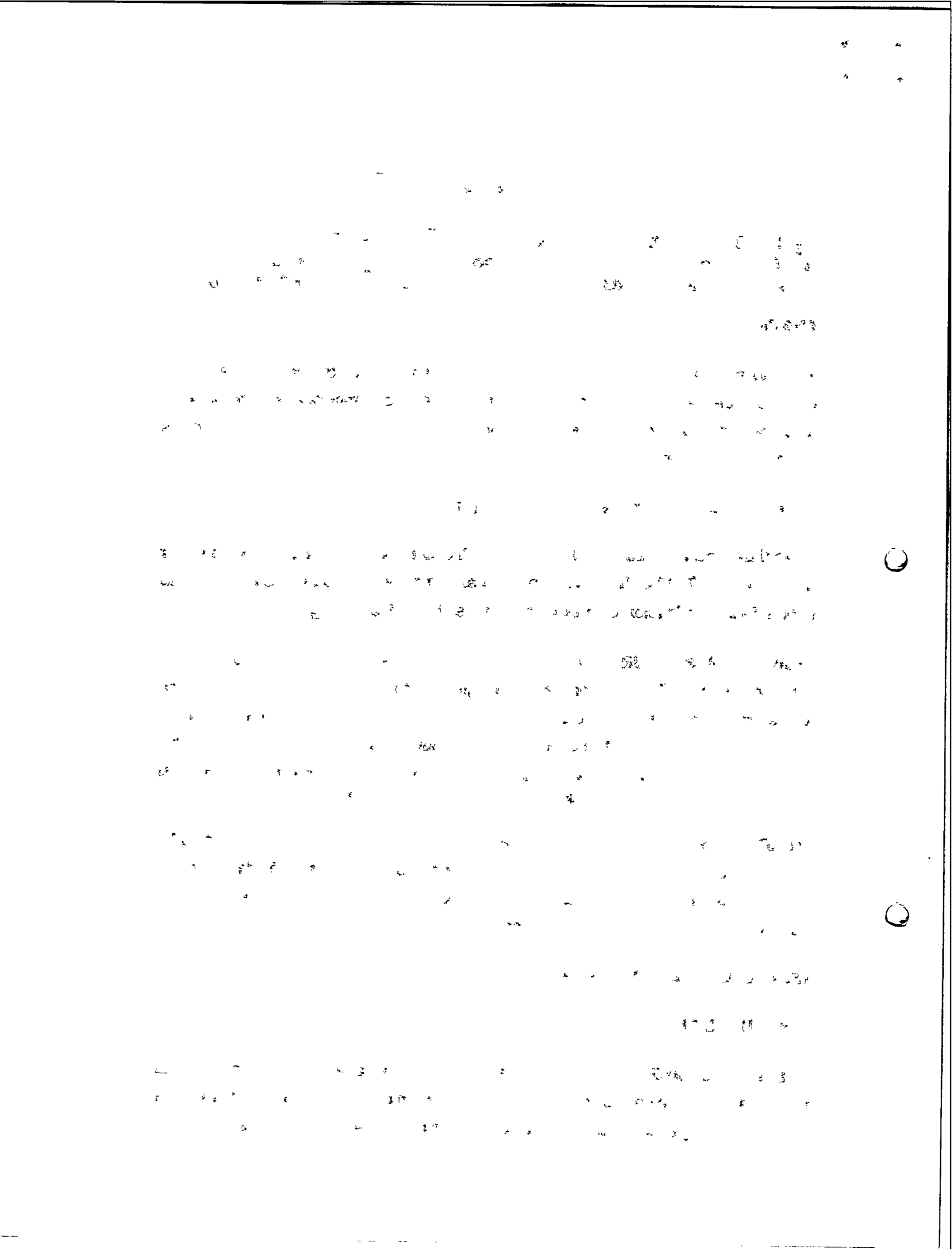
VEJIGA URINARIA Y URETRA: Localizado en el hipogastrio, pared vesical de aspecto estratificado y superficie lisa trilaminar, con un grosor promedio de 0,13 cm de diámetro en todo su contorno, contenido **leve** de tipo anecoico; cuello vesical de aspecto usual, uretra abdominal con diámetro dentro de parámetros en su lumen durante su recorrido de 0,08 cm de diámetro para este examen. (Grosor de pared vesical **mínima**:2,3 (desv. 0,43) **leve** 1,6 (desv. 0,29) **moderada** 1,4 (desv.0,28)). ref. Atlas ecografías Penninck D. 2 ED. 2015. (uretra en perros: hasta 0,10 cm).

PRÓSTATA: Situada al inicio de la uretra pélvica, bordes regulares, pared conservada, patrón ecogénico homogéneo durante el recorrido de ambos lóbulos, tamaño del órgano en vista longitudinal de: 2,20 cm x 1,29 cm. Vista en corte transversal de 1,18 cm x 0,62 cm en lóbulo derecho y 0,60 cm en lóbulo izquierdo.

TESTICULO DERECHO: Ausente

TESTICULO IZQUIERDO: Ausente.

COLON DESCENDENTE: Patrón de contenido fecal mínimo aparente, además se denota presencia importante de gas en su interior, estratificación de pared se observa conservada hiperecogénica, grosor de pared con diámetro dentro de rangos de referencia en sus capas,



REPORTE ECOGRAFICO PACIENTE
ALCALDIA MÁRTIRES

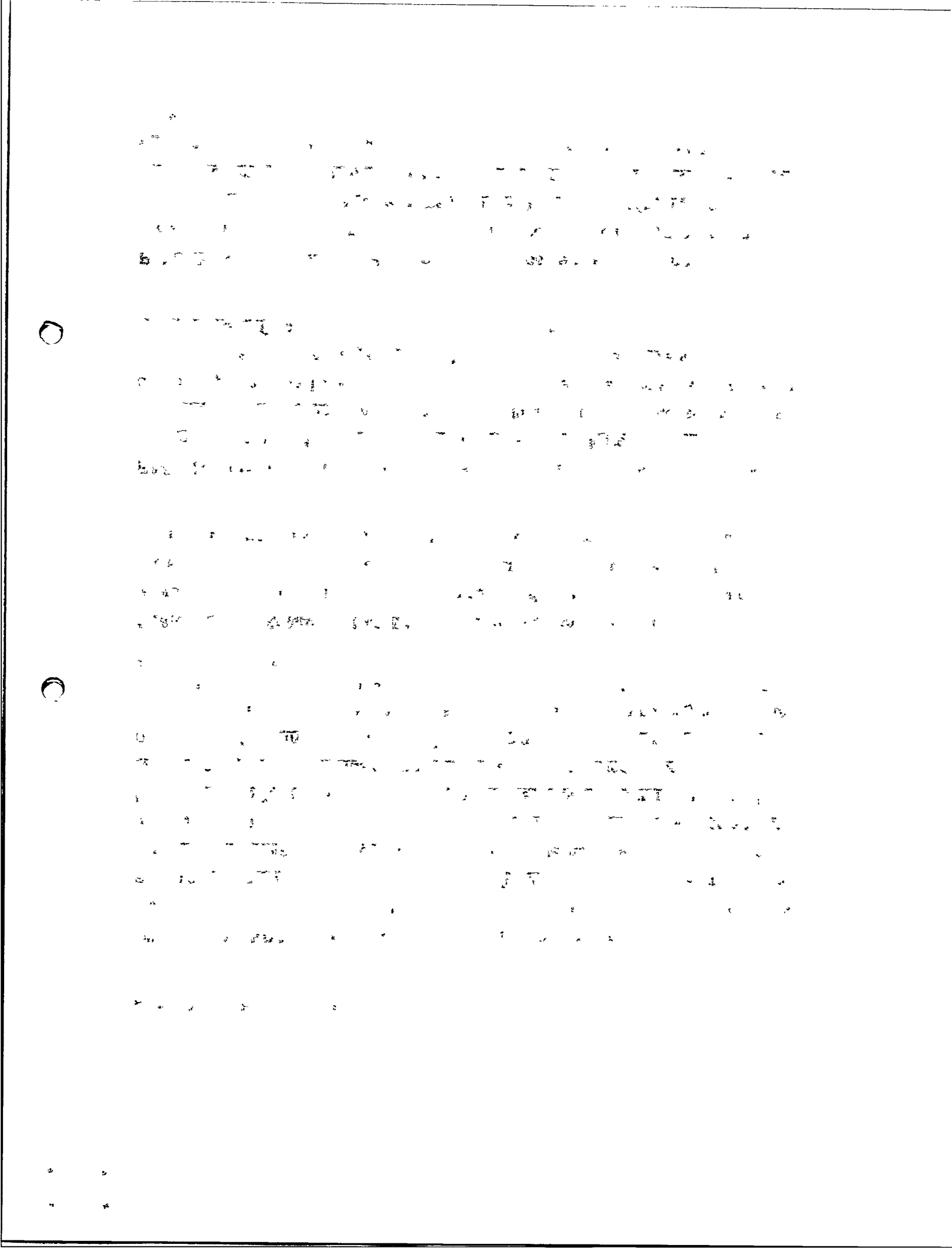
pues se reporta 0,14 cm. (medida promedio para perros de 10 a 20 kg: 0,15 cm ref. Atlas ecografías Penninck D. 2 ED. 2015)

RIÑON IZQUIERDO: De morfología ovalada, contornos de superficie lisa, capsula de espesor y aspecto usual, ecogenicidad isoecoico al parénquima esplénico, unión corticomedular no logra ser identificada ni tampoco definida, irrigación de seno renal aumentado al efecto Doppler; sin evidencia de presencia de líquido a su alrededor, tamaño por encima de rangos de referencia para su especie y su peso en corte longitudinal de 6,83 cm x 3,68 cm y corteza lo logra ser evaluada. Durante su recorrido se logran evaluar unas estructuras de formas irregulares de contenido anecoico de tamaños promedios de 0,20 cm x 0,12 cm y 0,44 cm x 0,28 cm en la corteza dorso caudal y ventro caudal. En corte transversal se evidencia pelvis renal sin cambio patológico aparente. (Tamaño esperado en perros de 10 kg a 19 kg es de: 4,8 cm – 6,7 cm; fuente Dr. Carlos Núñez Esp. Ultrasonografía diagnostica en p/e FCU/UBA.)

GLANDULA ADRENAL IZQUIERDA: Forma y posición dentro de parámetros de referencia, contorno liso en polo craneal y en polo caudal, hipoecoico al tejido circundante, ecotextura se observa conservada, tamaño polo craneal actual promedio de 0,64 cm de diámetro; tamaño promedio de polo caudal 0,69 cm de diámetro. (medida promedio para perro: 0,60 – 0,80 cm ref. Atlas ecografías Penninck D. 2 ED. 2015)

BAZO: Localizado en flanco izquierdo, bordes regulares, redondeados y lisos, se evidencia aumento tamaño importante en corte longitudinal pues incluso logra tener contacto hasta la parte medial de la vejiga, parénquima de ecotextura granular homogéneo en todo su contorno, parénquima hiperecoico en comparativa con el parénquima hepático, patrón vascular al parecer normal; grosor a nivel del hilio esplénico aumentado en medición transversal de 2,07 cm. (Tamaño esperado en perros medianos hasta 2,0 cm a nivel del hilo esplénico; fuente Dr. Carlos Núñez Esp. Ultrasonografía diagnostica en p/e FCU/UBA.)

PANCREAS: *Rama Izquierda:* Posición en parámetros de referencia, forma conservada, ecotextura isoecoico, ecogenicidad homogénea en comparación a tejidos circundantes, grosor en parénquima levemente aumentado de 0,85 cm de diámetro; se evidencia conducto pancreático con mínimo aumento en su tamaño pues su diámetro oscila en 0,08 cm durante su recorrido. (medida promedio para perro: hasta 0,65 cm y conducto pancreático de 0,06 cm; ref. Atlas ecografías Penninck D. 2 ED. 2015)



REPORTE ECOGRAFICO PACIENTE
ALCALDIA MÁRTIRES

Rama Derecha: Posición en parámetros de referencia, forma conservada, ecotextura esperada, isoecoico a tejidos circundantes, grosor en parénquima dentro de rangos pues su diámetro oscila en 0,58 cm de diámetro; se evidencia conducto pancreático dentro de rangos pues su diámetro oscila en 0,05 cm. (medida promedio para perro: hasta 0,81 cm y conducto pancreático de 0,06 cm ref. Atlas ecografías Penninck D. 2 ED. 2015)

ESTOMAGO: Con ubicación normal a nivel de epigastrio, distensión mínima observada, normomotil aparente. *Antro:* Patrón de contenido mucoso; pared con estratificación aparentemente normal con tamaño promedio aumentado hasta de 0,55 cm. *Fundus:* Patrón de contenido mucoso, pared con estratificación normal, grosor de sus capas, visible de tamaño normal según rangos de referencia hasta de 0,46 cm. (medida promedio para perros de 20 a 30 kg: 0,20 – 0,50 cm ref. Atlas ecografías Penninck D. 2 ED. 2015)

HIGADO: Densidad de parénquima granular de aspecto hiperecogénico, en región izquierda durante todo su recorrido; se evidencian lóbulos con contornos aparentemente lisos y bordes ahusados hipoecoicos en región media y derecha, órgano se observa hipoecoico en relación al bazo en región media y derecha, región izquierda se observa hiperecogénico respecto al bazo, e isoecoico en relación con el parénquima renal en región media y derecha. Ramificación vascular de aspecto y recorrido aparentemente tortuoso, se reporta grasa falciforme reactiva durante todo su recorrido. Sin evidencia de masas o estructuras compatibles con estas

VESICULA BILIAR: Forma piriforme, contorno irregular y pared rugosa hiperecogénica con efecto de doble pared; de espesor 0,21 cm. Contenido moderado de aspecto hipoecoico, con presencia moderada de moco y sedimento biliar. El conducto biliar se observa de aspecto y recorrido aumentado de tamaño, con diámetro en su lumen de hasta 0,33 cm, se evidencia reacción hiperecogénica alrededor de su recorrido por el parénquima hepático. El volumen al momento de la valoración se reporta por ayuno prolongado aumentada para su peso de 29,4 cm3 promedio. (Tamaño esperado en perros de 0,20 cm – 0,30 cm en su pared; fuente Dr. Carlos Núñez Esp. Ultrasonografía diagnostica en p/e FCU/UBA.)

RIÑON DERECHO: Forma ovalada, contornos de superficie lisa, capsula de espesor y aspecto usual, ecogenicidad isoecoico al parénquima esplénico, unión cortico medular no se logra observar definida, ni tampoco se logra evidenciar conservada, bordes

REPORTE ECOGRAFICO PACIENTE
ALCALDIA MARTIRES

aparentemente normales, sin evidencia de contenido a su alrededor, irrigación en seno renal aumentado; tamaño observado sobre del rango de referencia para su especie y peso actual pues su diámetro oscila en promedio al corte longitudinal de 5,57 cm x 3,54 cm y corteza no logra ser evaluada. Durante su recorrido se logran evaluar unas estructuras de formas irregulares de contenido anecoico de tamaños promedios de 0,26 cm x 0,23 cm y 0,30 cm x 0,29 cm en la corteza. En corte transversal se evidencia pelvis renal sin cambio patológico aparente. (Tamaño esperado en perros de 10 kg a 19 kg es de: 4,8 cm – 6,7 cm; fuente Dr. Carlos Núñez Esp. Ultrasonografía diagnostica en p/e FCU/UBA.)

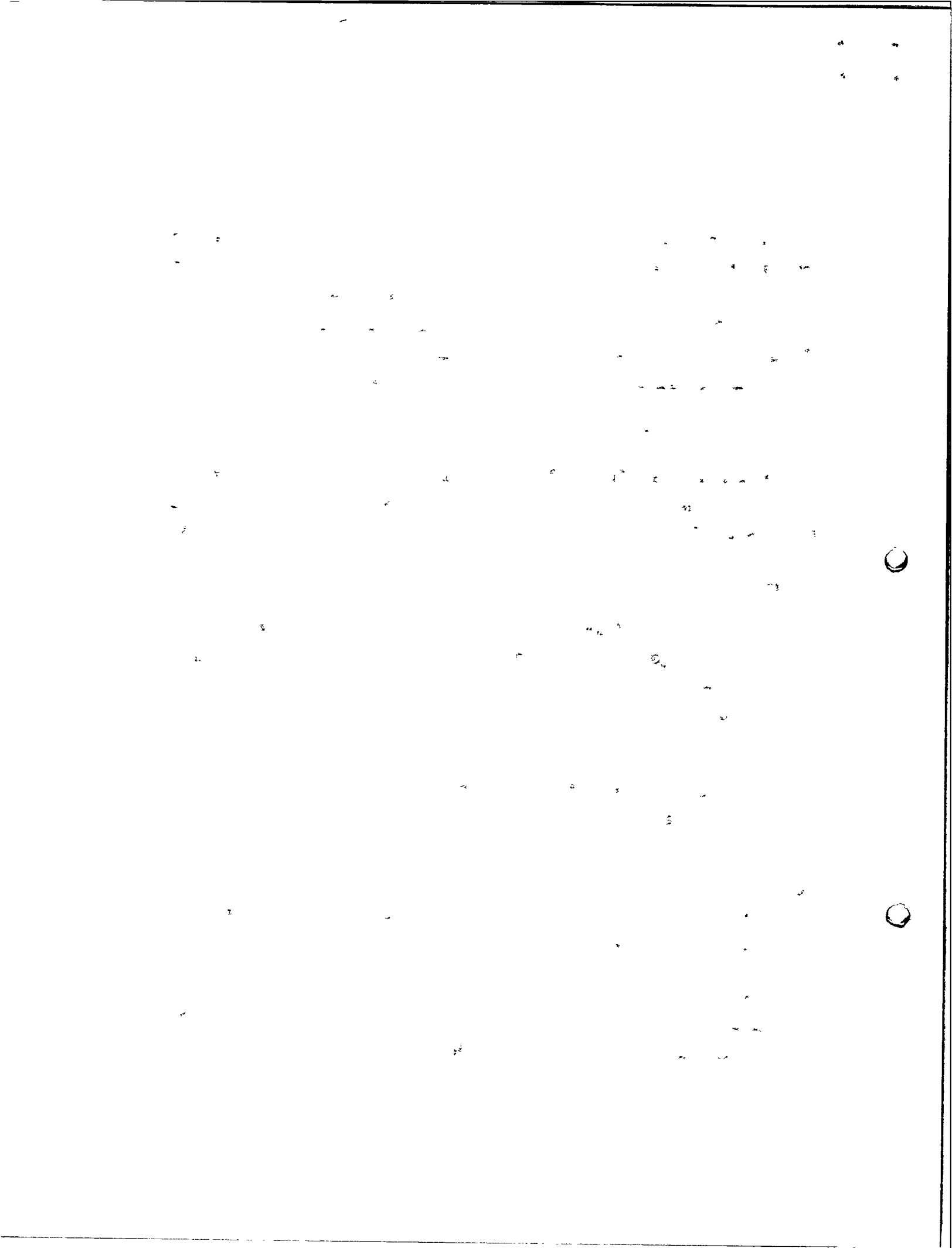
GLANDULA ADRENAL DERECHA: Forma regular aparente; posición esperada, polo craneal se reporta con ecotextura conservada en sus bordes los cuales se mantienen regulares, tamaño de 0,59 cm; se logra evaluar el polo caudal con contorno liso, hipoecoico al tejido circundante, ecotextura conservada, ancho de 0,68 cm. (medida promedio para perro: 0,60 – 0,80 cm ref. Atlas ecografías Penninck D. 2 ED. 2015)

INTESTINO DELGADO: Duodeno: Posición en parámetros de referencia, patrón de contenido mucoso, gaseoso, normotilidad aparente, pared examinada estratificada con normalidad aparente y grosor se reporta dentro de rangos durante todo su recorrido de 0,32 cm. (medida promedio para perro de 15 a 30 kg: 0,41 cm ref. Atlas ecografías Penninck D. 2 ED. 2015).

yeyuno: Ubicado en mesogastrio, patrón de contenido mucoso y gaseoso, normotilidad aparente, pared examinada estratificada se evidencia conservada y grosor normal de hasta 0,28 cm en varias de sus asas. (medida promedio para perro de 15 a 30 kg: 0,35 cm ref. Atlas ecografías Penninck D. 2 ED. 2015).

Íleon: con paredes aparentemente conservadas estratificación esperada, con grosor promedio mínimamente aumentado durante su recorrido de 0,36 cm. Normomotilidad aparente. (medida promedio para perro de 15 a 30 kg: 0,35 cm ref. Atlas ecografías Penninck D.

LINFONODOS: Para esta valoración ecográfica se evidencian o identifican: ganglio iliaco medio, de ecogenicidad hipoecoica a tejidos circundantes y forma ovoide aparentemente reactivo de tamaño promedio de 0,80 cm x 0,43 cm.



REPORTE ECOGRAFICO PACIENTE
CLINICA DIA MARTIRES

No se evidencia contenido líquido en ninguno de sus cuatro cuadrantes: de aspecto anecoico. A- FAST (**NEGATIVO**).

OPINION ECOGRÁFICA:

Los hallazgos ecográficos en Páncreas, sugieren:

- Hiperplasia
- Pancreatitis

Los hallazgos ecográficos en Riñones. sugieren:

- Nefritis intersticial
- Insuficiencia renal aguda
- Cambios degenerativos por edad y raza

Los hallazgos ecográficos en Bazo. sugieren:

- Hiperplasia nodular
- Proceso infeccioso, viral, intoxicación

Los hallazgos ecográficos en Estómago, sugieren:

- Gastritis aguda
- Gastropatia inespecifica

Los hallazgos ecográficos en Hígado, sugieren:

- Hepatopatía aguda
- Intoxicacion
- Esteatosis hepática

Los hallazgos ecográficos en Vesícula biliar, sugieren:

- Intoxicación aguda

REPORTE ECOGRAFICO PACIENTE
ALCALDIA MÁRTIRES

- Colecistitis
- Colestasis

RECOMENDACIONES:

- Toma de exámenes complementarios, según criterio propio de profesional tratante entre otros:
- Perfil geriátrico (transaminasas hepáticas, ácidos biliares, SDMA)
- Lipasa pancreática especifica canina
- Realizar lectura y análisis comparativo de exámenes, con reporte ecográfico y signos clínicos actuales del paciente
- Manejo terapéutico sintomático, y/o complemento de tratamiento actual sugerido por médico (a) tratante
- Ecografía control y de seguimiento en 3 a 4 meses o según evolución.

Nota: se subraya dentro de la descripción de cada órgano lo que se considera anormal.

Estas recomendaciones quedan sujetas a evaluación y toma de decisiones a criterio propio del médico (a) veterinario (a) tratante.

Las opiniones dadas se enlistan en orden de probabilidad según una apreciación subjetiva del ultrasonografista, fundamentada únicamente en las imágenes obtenidas en este examen, al momento que se realiza. Tenga en cuenta que los exámenes por imagen, son solo un apoyo diagnóstico y su importancia se basa en el análisis e interpretación que realice el médico (a) veterinario (a) tratante, teniendo en cuenta el cuadro clínico y otros exámenes realizados; por tanto, el ultrasonografista no se involucra en los procedimientos que realice el profesional tratante. La ecografía es un examen dinámico, los hallazgos acá reportados pueden tener cambios en la exploración ultrasonográfica en horas, días, semanas, meses o años después.

Atte.

REPORTE ECOGRAFICO PACIENTE
ALCALDIA MÁRTIRES

Dr. John Bernal Pacabaque

Médico Veterinario – T.P. 13503 Comvezcol.
Universidad Antonio Nariño
Diplomado Internacional de Ultrasonido en Veterinaria EIDM.
Registro: 7415 / enero 2024.

[illegible]

ZOOVET JB S.A.S.
N.I.T. No. 901.427.461 – 4
Calle 3 No. 38 B – 29 / Cra 71D No 12ª 92
Contacto 3165798020 / 314454538
Bogotá D.C

Formato No. 008	**AUTORIZACIÓN DE SEDACIÓN Y/O ANESTESIA** Creado con base al Código de Ética para el ejercicio profesional de la medicina veterinaria y zootecnia, Ley 576 DE 2000

DATOS PROPIETARIO Y/O TENEDOR DE LA MASCOTA

Nombre del propietario o tenedor: Sandra Liliana Martinez — identificación C.C. [X] C.E. [ ]

Dirección de su residencia: Cra 28 #18B 45 Santa Isabel — Teléfono Fijo: 2477744

Teléfono Móvil: 3152684502

Email: salomeSmartinez@gmail.com

De conformidad y en cumplimiento con lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y su Decreto Reglamentario 1377 de 2013, sobre Ley de Tratamiento y Protección de Datos, ZOOVET JB S.A.S., almacena y recolecta datos personales, requiere obtener de manera libre, previa expresa, voluntaria y debidamente informada, recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, dar tratamiento, actualizar y disponer de los datos que han sido suministrados y que se ha incorporado en distintas bases o bancos de datos o en repositorios electrónicos de todo tipo dentro de la compañía ZOOVET JB S.A.S.. Se informa de igual forma que sus datos han sido incorporados a un fichero automatizado con la finalidad de prestar y ofrecer los servicios de ZOOVET JB S.A.S. Los Datos recogidos son almacenados bajo la confidencialidad y las medidas de seguridad legalmente establecidas y no serán cedidos, ni compartidos con empresas, ni entidades ajenas a ZOOVET JB S.A.S. Igualmente deseamos infórmale que podrá ejercer los derechos que le asisten en cualquier momento según la Ley 1581 de 2012.

DATOS MASCOTA

Nombre Mascota: Muñeco

Especie Mascota: Canino — Animal Mascota: Amanito

Edad Mascota: 12 años — Sexo Mascota: Macho — Raza Mascota: Cocker

TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTO

El PROPIETARIO Y/O TENEDOR DE LA MASCOTA manifiesta de forma libre, espontanea con total capacidad y consentimiento, que ha recibido y entendido de manera amplia y comprensible la información sobre el procedimiento que se llevara a cabo con la mascota relacionada, y autorizo expresamente a ZOOVET JB CLINICA VETERINARIA NIT. 901427461-4, para que le realice el (o los) siguiente (s) procedimiento (s):

Exodoncia radical, sutura compleja (muscular o colgajo).

ZOOVET JB S.A.S.
N.I.T. No. 901.427.461 – 4
Calle 3 No. 38 B – 29 / Cra 71D No 12ª 92
Contacto 3165798020 / 314454538
Bogotá D.C

ZOOVET JB S.A.S.
N.I.T. No. 901.427.461 – 4
Calle 3 No. 38 B – 29 / Cra 71D No 12ª 92
Contacto 3165798020 / 314454538
Bogotá D.C

DECLARACIONES Y MANIFESTACIONES

El PROPIETARIO Y/O TENEDOR DE LA MASCOTA declara y/o manifiesta que le han explicado de forma amplia y comprensible el procedimiento médico de sedación y/o anestesia, o el tratamiento alternativo a que haya lugar a favor de su mascota. Así mismo, que no ha omitido o alterado datos del historial y antecedentes médicos clínicos o quirúrgicos de la mascota en mención pues dicho ocultamiento de información podría hacer incurrir en error al profesional adscrito en la sociedad ZOOVET JB S.A.S. trayendo consigo riesgos de aplicar tratamientos inadecuados conllevando a empeorar su diagnóstico o la muerte de la mascota.
No obstante, el PROPIETARIO Y/O TENEDOR DE LA MASCOTA declara y/o manifiesta que, dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar existe un cierto grado de riesgo como apnea, depresión cardiorrespiratoria, inmunosupresión, hipotensión, hipotermia, alteraciones vasculares, reacciones alérgicas derivadas de la anestesia o de medicamentos instaurados como parte del tratamiento médico.

El PROPIETARIO Y/O TENEDOR DE LA MASCOTA reconoce que, durante el transcurso del tratamiento médico anestesia o sedación, pueden presentarse condiciones imprevistas que requieran métodos diferentes o adicionales a los propuestos inicuamente, por lo tanto, autorizo en forma libre, plena, espontanea, formal, expresa con total consentimiento y capacidad a la sociedad ZOOVET JB S.A.S. para realizar las intervenciones que considere necesarios en procura del bienestar de la mascota relacionada.

Por otro lado, el PROPIETARIO Y/O TENEDOR DE LA MASCOTA acepta que, para fines médicos, científicos, o educativos sea filmado o fotografiado el procedimiento.

Con base a lo anterior, el PROPIETARIO Y/O TENEDOR DE LA MASCOTA acepta de forma expresa que para retirar la mascota deberá cancelar la totalidad de los costos de: hospitalización, cirujano, material quirúrgico, anestesia, pruebas de laboratorio, exámenes, transporte y demás cargos derivados de la cirugía o tratamientos realizados a la mascota.

De esta forma, las partes aquí descritas aceptan que el presente documento junto con la correspondiente factura de venta prestará merito ejecutivo, renunciando expresamente a cualquier requerimiento judicial o extrajudicial para ser constituido en mora, conforme a lo descrito en el artículo 422 del Código General del Proceso.

El PROPIETARIO Y/O TENEDOR DE LA MASCOTA acepta voluntariamente que la sociedad ZOOVET JB S.A.S., no se hace responsable de la mascota en caso de extravío, incapacidad o muerte de la misma en ningún evento, y consiguiente por eventos ocasionados, tales como fuerza mayor, caso fortuito, tratamiento, cirugía o cualquier clase de accidente impredecible que se presente.

De la misma forma acepto y autorizo a ZOOVET JB S.A.S., para que una vez transcurridos tres (03) días posteriores al aviso para la entrega de la mascota y esta no se haya retirado, considere este hecho como abandono de la misma y disponga de ella según las normas colombianas sobre el asunto (Leyes 1774 de 2016, 84 de 1989, 5 de 1989 y otras concordantes con la jurisprudencia). En consecuencia, lo anterior no exonera al propietario o autorizado de cancelar los servicios o suministros facturados.

Autorizo expresa e inequívocamente a ZOOVET JB CLINICA VETERINARIA NIT. 901427461-4 para que publique de diversas maneras, imágenes y videos de mi mascota y todo lo relacionado a su tratamiento médico quirúrgico entre otros.

En señal de aceptación, suscribo el presente consentimiento a los _____( ) días del mes de_____ de 202_.

Nombre y firma del empleado responsable
Cargo

Nombre PROPIETARIO Y/O TENEDOR DE LA MASCOTA y firma
Cédula de ciudadania

Se adjunta fotocopia del documento de identificacion de la persona que autoriz

Elaborado por: BGA Jurídicos S.A.S.
Revisado y aprobado: BGA Jurídicos S.A.S.

ZOOVET JB S.A.S.
N.I.T. No. 901.427.461 – 4
Calle 3 No. 38 B – 29 / Cra 71D No 12ª 92
Contacto 3165798020 / 314454538
Bogotá D.C

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

REPORTE DE ANESTESIA

CPS 322 -2024

Fecha: 17/03/25	HC: Ung11-2025	Nombre: Muñeco		Microchip:	
Canino ☒ Felino ☐	Macho ☒ Hembra ☐	Edad: 12 AÑOS	Color: Amarillo	Raza: Cocker Spaniel	Peso: 20 KS
Diagnóstico Prequirúrgico: Periodontitis grado 4		Procedimiento: Exodoncia radical			

Examen clínico prequirúrgico:

C.C: 3/5	T (°C) 38.0	F.C (L/min) 94	F.R (R/min) 30	% Deshidratación: <5%
Pulso: 94 /FSC.	TLLC: 2"	Mucosas: Rosadas.	Clasificación ASA I (II) III IV E	

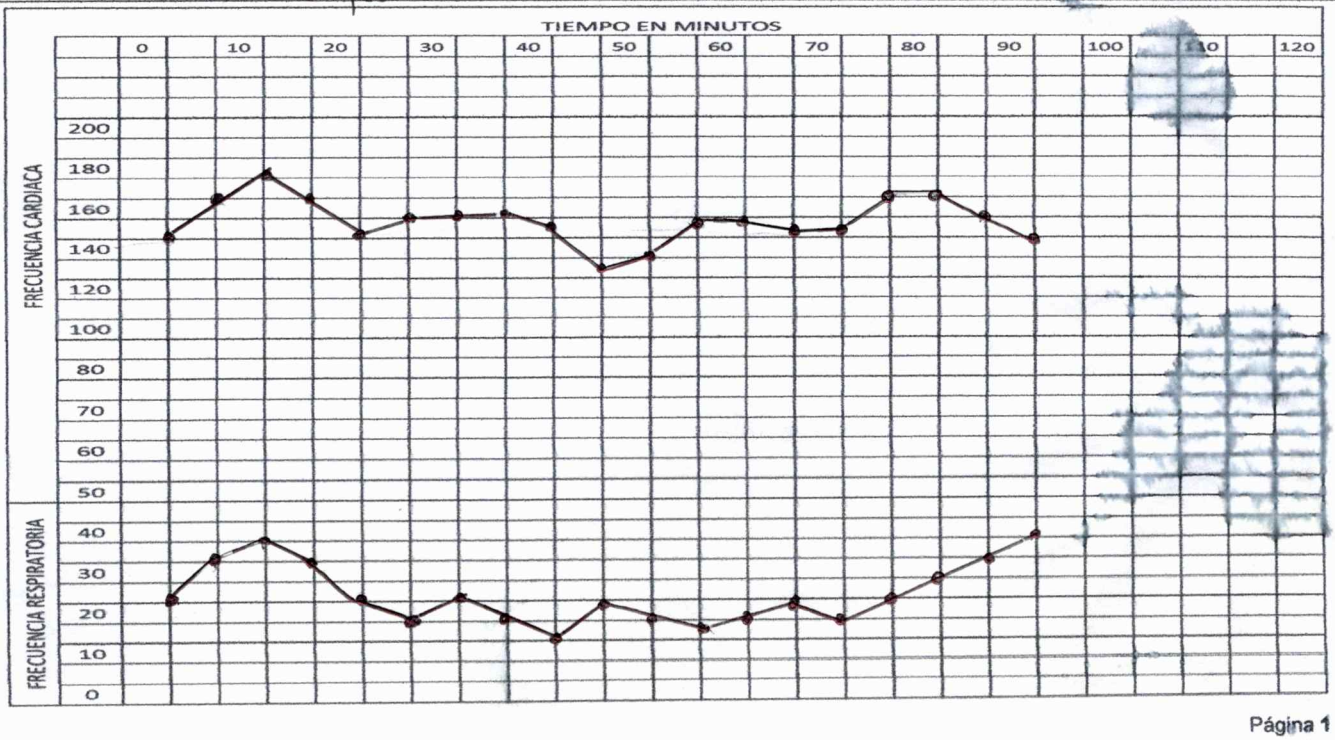
Protocolo Anestésico

Premedicación			Inducción			Mantenimiento		
Medicamento	Dosis	vía	Medicamento	Dosis	vía	Medicamento	Dosis	vía
Meloxicam	0.1mg/kg	IV	Fentanilo	001mg/kg	IV	Isoflurano	5%	
Clindamicina	11mg/kg	IV	Midazolam	0.2mg/kg	IV			
			Propofol.	2mg/kg	IV			

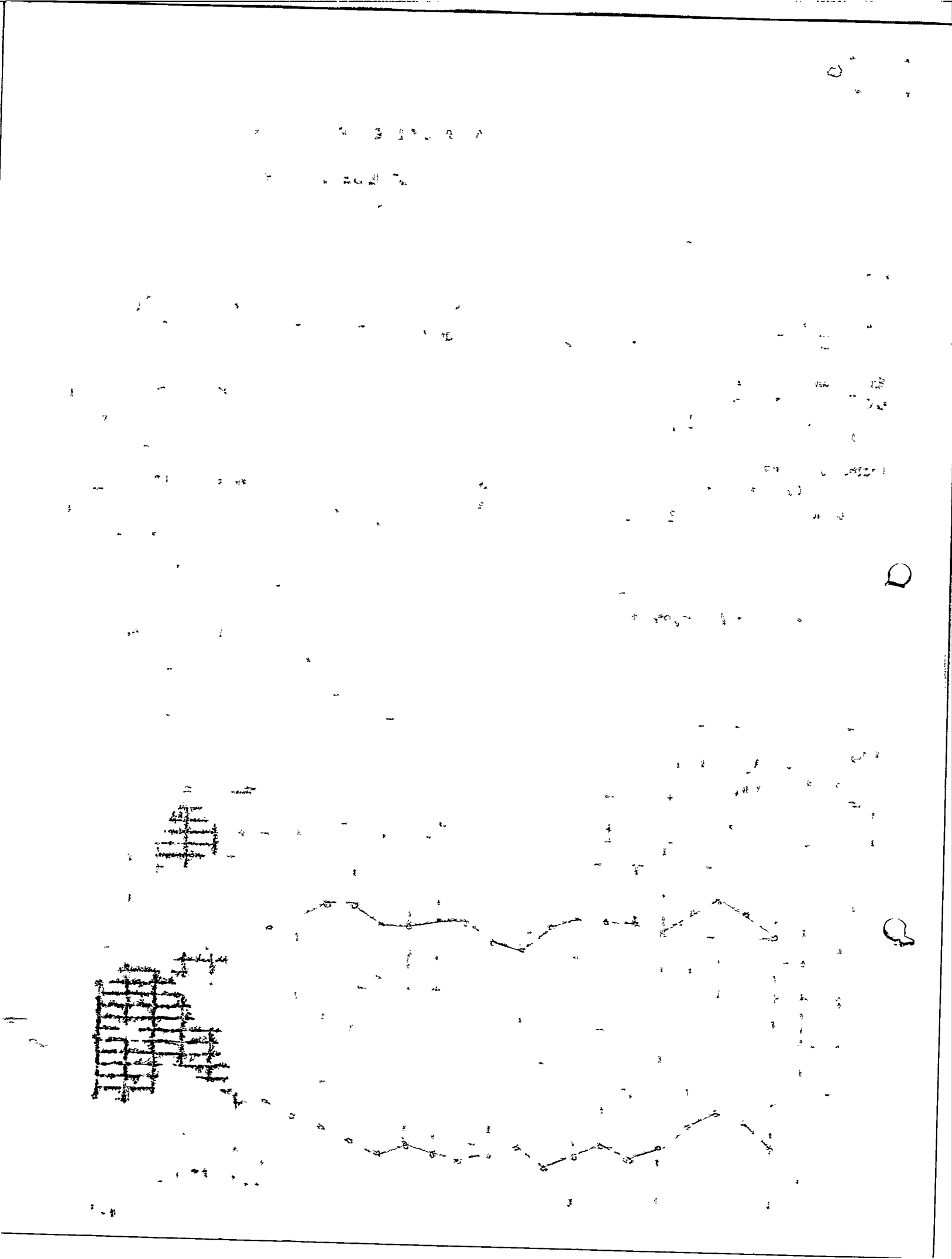
Medicamentos - fluidos / intraoperatorios.

Medicamento / Fluido	Dosis	Vía, Vel de Admon (gotas/min)
Cloruro de sodio 0.9%	60 ml / kg	1 gota / seg

Cirujano (a): Laura Jimenez		T.P	Firma:
Anestesista: Jennifer Ubaque		T.P	Firma:



337

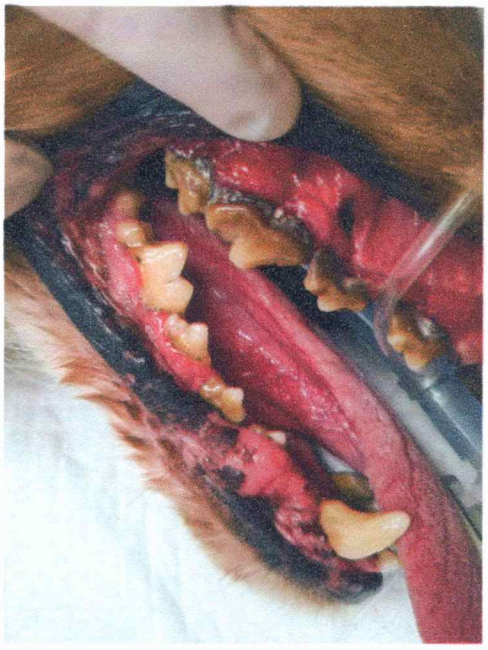


	URGENCIAS MÉDICAS VETERINARIAS
	Contrato de prestación de servicios CPS 322-2024
	REPORTE DE CIRUGÍA

FECHA: 17/03/25		
PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO: Exodoncia radical y sutura compleja.		
H.C. Urg 11-2025	**NOMBRE** Muñeco	**ESPECIE** Canino
SEXO Macho	**PESO** 20kg	**Microchip** NR.

Se elera todo el colgajo de mucosa gingival y con ayuda de elevador de periostio se hace odontosección separando raíces dentales, con ayuda de fresa y pieza de alta, y se hace fresado de hueso alveolar que rodea los raices y con luxador lalado se eliminan piezas dentales 101, 104, 105, 106, 108, 109, 203, 205, 206, 207, 208, 303, 304, 305, 306, 307, 408, 404, 405 y 406, Se hace un colgajo de mucosa gingival donde presentaba fistula oronasal

CIRUJANO: Yaira Jimenez Cancedo	**TP** 17582	**FIRMA**	



MUÑECO

URGENCIAS MÉDICAS VETERINARIAS

Contrato de prestación de servicios CPS 322-2024

RECETA MÉDICA

H.C. Urg 10 2025	**NOMBRE** Muñeco	**ESPECIE** Canino	
SEXO Macho	**PESO** 20kg		
RAZA Cocker Spaniel	**EDAD** 12 años	**Microchip NR**	

I. Stomizol® 20mg tabletas #8.
Administrar vía oral 1 tableta cada 24 horas durante 8 días consecutivos sobre algún alimento.

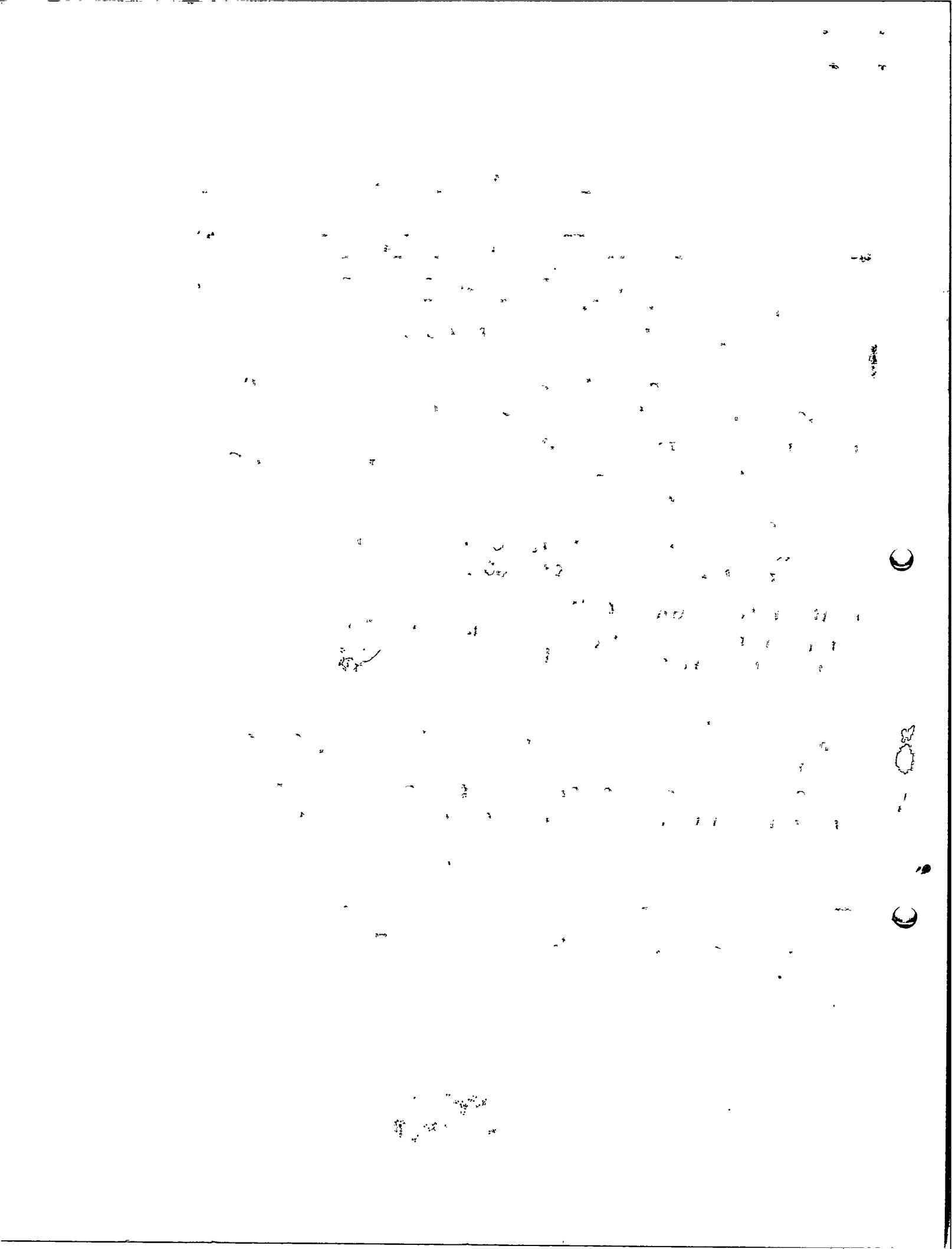
II. Meloxicam 2mg tabletas #4.
Administrar vía oral 1 tableta cada 24 horas durante 4 días consecutivos sobre algún alimento.

III. Clordent® spray 120 ml #1.
Realizar limpiezas dianas con una gaso impregnada del spray por tiempo indefinido.

IV. Pregabalina 50mg cápsulas #16.
Administrar vía oral 1 cápsula cada 12 horas durante 8 días consecutivos sobre algún alimento.

Recomendaciones:
- Comunicarse con el médico responsable en caso de presentar algún signo de alarma.
- Evitar dieta blanda durante los primeros 5 días
- Agendar control dentro de 8 días con el médico responsable.

Médico Veterinario: Jennifer Ubaque.	TP 32268	FIRMA Jennifer Paola Ubaque	



	URGENCIAS MÉDICAS VETERINARIAS
	Contrato de prestación de servicios CPS 322-2024
	RECETA MÉDICA

H.C.	Org 11-2025	NOMBRE	Muñeco	ESPECIE Canino
SEXO	M	PESO	20kg	
RAZA	Cocker Spaniel	EDAD	12 años	Microchip NR

I. Sugastrin® (sucralfato) tabletas 1g # 10 (uso humano).
Administrar vía oral 1/2 (media) tableta cada 12 horas durante 5 días consecutivos 20 minutos antes del alimento.

II. Doxiciclino 100mg tabletas #15
Administrar vía oral 1 tableta cada 12 horas durante 15 días consecutivos después del alimento.

III. Clindamicina 300mg tabletas # 14.
Administrar vía oral 1 tableta cada 12 horas durante 7 días consecutivos luego del alimento.

Recomendaciones: Dependiendo evolución con tratamiento en casa, realizar procedimiento de exodoncia y si presenta algún signo de alarma comunicarse con el médico encargado.

Médico Veterinario:	Jennifer Ubaque	TP 32268	FIRMA Jennifer Ubaque

FUNDACIÓN ECODES

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE LOS MÁRTIRES | BOGOTÁ

URGENCIAS MÉDICAS VETERINARIAS

FDLM-CPS-322...

ACTA DE ENTREGA DE PACIENTES DADOS DE ALTA

FECHA: 19 marzo 2025 **ACTA DE ENTREGA N°.** Urg 11-2025

LUGAR DE ENTREGA: Zoovet clínica veterinaria

El prestador de servicios de Urgencias Veterinarias **FUNDACION ECODES,** a través de su clínica operadora hace entrega del (los) paciente (s) relacionados a continuación, quienes fueron atendidos en el programa de **URGENCIAS VETERINARIAS** de la Alcaldía Local de los Mártires y por su evolución clínica puede (n) ser dado(s) DE ALTA:

N°.	NOMBRE	H.C.	ESPECIE	SEXO	EDAD	PESO
1	Muñeco	Urg 11 2025	canino	Macho	12 años	20kg

ENTREGA OPERADOR DEL SERVICIO

Nombre	JENNIFER USACHE
Cargo	32268
Firma	JENNIFER USACHE

RECIBE TENEDOR RESPONSABLE

Nombre	Sandra Martinez
c.c.	52103356
Firma	

AUTORIZACIÓN ALCALDÍA LOCAL

Nombre	Camila Aguila
Cargo	Referente PyBA FDLM
Firma	Camila Aguilar MEDICO VETERINARIA UDCA TP 23597

	ALCALDIA LOCAL DE LOS MARTIRES PROGRAMA DE URGENCIAS VETERINARIAS CPS-322-2024 **ENTREGA SATISFACTORIA DE MASCOTA**	FUNDACIÓN ECODES

Yo SANDRA L. MARTINEZ P Actuando en calidad de persona mayor de edad con C.C : 52103356 de Bta PROPETARIO Y/O RESPONSABLE de la Mascota con nombre y características descritas en este documento; por medio del presente escrito (de manera libre y espontánea, sin ninguna clase de presión) DECLARO recibir en buenas condiciones, después de los PROCEDIMIENTOS, TRATAMIENTOS, CIRUGIA (S) Y AYUDAS DIAGNOSTICAS REALIZADAS.

PACIENTE: Muñeco
HISTORIA: Urg 11-2025
RAZA: Locker
ESPECIE: Canino
SEXO: Macho
EDAD: 12 años.

Me comprometo a abstenerme de realizar escritos, publicaciones en las redes sociales en la página WEB de la clínica, frente a opiniones personales ante las inconformidades, sin antes haber agotado los procedimientos internos y procesos de responsabilidad judicial en los que se hallan fallado a mi favor, ello atendiendo al Derecho Constitucional de la presunción de inocencia. Y en caso, de no cumplir con ello, tengo claro que puede llegar a responder por el pago de una indemnización de carácter económica por perjuicios causados.

Por ser un documento que contiene una obligación expresa, clara y exigible presta Mérito Ejecutivo.

Propietario o persona autorizada
C.C 52103356 Bta
TeL

Médico Veterinario
T.P 3226

FUNDACION ECOBIOS

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C | ALCALDIA LOCAL DE LOS MÁRTIRES | BOGOTÁ

HOJA DE COSTOS INDIVIDUAL CPS 322 -2024

NOMBRE Apolo — HISTORIA CLÍNICA Urg 12-2025.

Canino X — Hembra _ — Raza : Mestizo

Felino _ — Macho X — Peso: 24 kg.

N	Fecha	Pruebas / Procedimientos	COSTO	Clínica Operadora	Alcaldía Local.
1	04/03/25	Prequirúrgico (CH, AIT, creatinina)	77.630	2oovet	Mártires
1	10/03/25	Sedación paciente talla mediana (>10 a 25kg)	178.950	2oovet	Mártires
1	10/03/25	Radiofiafía paciente talla mediana (>10 a 25kg)	601.620.	2oovet	Mártires
TOTAL			858.200		

Camila Aguilar MEDICO VETERINARIA UDCA TP 43597

344

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE GOBIERNO | ALCALDÍA LOCAL DE LOS MÁRTIRES | BOGOTÁ

HISTORIA CLINICA
N°12-2025

BASE DE DATOS PERSONAL DE LA ALCALDIA

FECHA: 04/03/2025		**MICROCHIP N°:**	
NOMBRE PACIENTE: **APOLO**	**ESPECIE**	**RAZA**	**EDAD:**
	CANINO: X	**CRIOLLO: X**	**12 AÑOS**
	FELINO:	**OTRO:**	
COLOR: **BEIGE**	**SEXO**	**CASTRADO/ESTERILIZADA: SI**	
	MACHO X	**GARRAPATAS:**	
	HEMBRA	**PESO: 24**	
TUTOR: **Sandra Liliana Martinez Pinilla** **CRA 28 No 1 B 41 Sta Isabel**		**N° DOCUMENTO:**	
CORREO ELECTRONICO: xsalome5martinez@gmail.com		**CEL:3152684502**	

EXAMEN FÍSICO

VACUNACION: X	**DESPARASITACION: X**
ALIMENTACION: MIXTO	

ANTECEDENTES:

12/11/2024 PRESENTA MASA EN HUESO NASAL.

REVISIÓN POR SISTEMAS

SISTEMA CARDIOVASCULAR. Hallazgos: SI___ NO X_

SISTEMA RESPIRATORIO. Hallazgos: SI___ NO X

SISTEMA NEUROLÓGICO. Hallazgos: SI___ NO X

SISTEMA GASTROINTESTINAL. Hallazgos: SI___ NO X

SISTEMA RENAL Y GENITO-URINARIO. Hallazgos: SI___ NO X

PIEL Y MUCOSAS. Hallazgos: SI X NO

MASA A NIVEL DORSAL DEL HUESO NASAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR. Hallazgos: SI _ NO X

DIFICULTAD PARA DESPLAZARSE TREN POSTERIOR

ORGANOS DE LOS SENTIDOS. Hallazgos: SI___NO X

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

OSTEOSARCOMA
ADENOCARSINOMA
MELANOMA
DISPLASIA DE CADERA
DISCOESPONDILOSIS

HISTORIA CLINICA
N° 12-2025

HOJA DE MEDICACION

BIOLOGICOS

Caninos		Felinos	
Pentavalente	X	Triple Viral	☐
Tos de las Perreras	☐	Leucemia Felina	☐
Parvovirus+Moquillo	☐	Otra:	
Otra:			

MEDICAMENTOS

Endoparacitida: SI __ NO _____ **Producto:** Galgocal 200 ___ 600 ___ # _____

Ectoparasitida: SI___ NO___ **Producto:** Pulfen _____ml

OTRO: _____

Observaciones Médico veterinario:

PACIENTE ESTABLE, SE REMITE A CLINICA OPERADORA PARA REALIZAR RX DE HUESO NASAL Y PREQ 1

Camila Aguilar
MEDICO VETERINARIA
U.D.C.A T.P 43597

ANDREA ABRIL /TP 33346
Médico Veterinario/Matricula Profesional

SANDRA L MARTINEZ P.
Firma y Cédula Propietario
C.C. V21033V6BH4

347

FUNDACION ECODES

BOGOTA D.C	Fecha: 10/03/25	Hora: 10	AM ☒ PM ☐	Nº Radicado/ Incidente:	Urg 12-2025

Descripción de la solicitud: Exámenes prequirúrgicos y radiografías rostrales bajo sedación

Canino ☒ Felino ☐	Macho ☒ Hembra ☐	Nombre: Apolo	Microchip:
Edad: 1	Color: Blanco	Raza: Mestizo	
Dirección: Cra 28 # 1B 41	Barrio: Santa Isabel	Localidad: Mártires	

Observaciones

Tiene una masa en la región de la nariz hace 5 años, no le ha creado, a veces sangra y el se la molesta y le duele, la región de la cadera le duele pero camina con normalidad, no sabe de peso desde que tuvo giardia hace unos años, come, orina y defeca con normalidad.

Triage:

Conductor:	Vehículo:	Destino:

DATOS DEL SOLICITANTE Y/O TESTIGO

Nombre: Sandra Martinez	N.º Documento: 52103356	Teléfono 3152684502

CONTRATO N°: 322 de 2024	**Nombre del operador: FUNDACION ECODES**

Como ciudadano declaro que el canino y/o felino referenciado no es de mi propiedad, por lo tanto, la alcaldía local de los Mártires, será el responsable de atenderlo y custodiardo.

Se hace entrega del paciente al OPERADOR del Servicio, para su respectiva valoración, atención y demás procedimientos de acuerdo con el anexo técnico y demás documentos integrales que hacen parte del contrato vigente entre las dos partes.

CIUDADANO / TESTIGO	VETERINARIO OPERADOR	ALCALDÍA
NOMBRE: Sandra Martinez	NOMBRE: Jennifer Ubaque	NOMBRE: Camila Aguilar
CC. 52103356.	T.P 32268	T.P 43597
FIRMA Sandra Martinez	FIRMA Jennifer Ubaque	FIRMA Camila Aguilar MEDICO VETERINARIA UDCAIP 43597

REPORTE DE LABORATORIO
ZOOVET CLÍNICA VETERINARIA

NOMBRE :	APOLO	**CONSECUTIVO :**	3052500304416
ESPECIE :	Canino	**FECHA :**	MARZO-05-2025
RAZA :	CRIOLLO	**ETAPA BIOLÓGICA :**	Adulto
SEXO :	Macho	**PROPIETARIO :**	ALCALDIA MARTIRES
EDAD :	12 AÑOS	**MV REMITENTE :**	MV TURNO

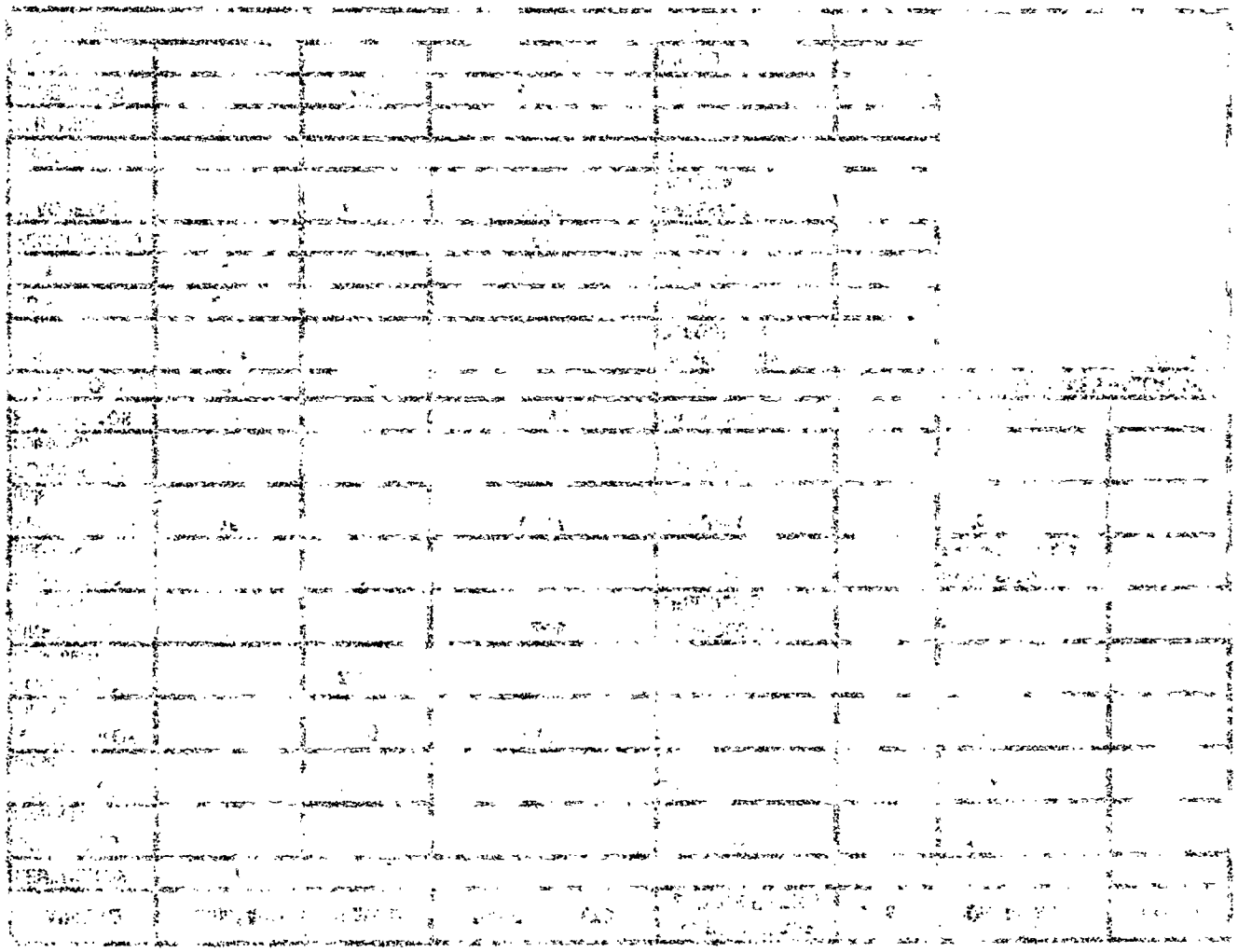
HEMOGRAMA COMPLETO

ANALITO	RESULTADO	UNIDAD	RANGO ADULTO	ALTERACIONES ERITROCITARIAS	Estado	POIQUILOCITOS	Estado
LEUCOCITOS	8,1	X 10^9/L	6-17	Anisocitosis		Equinocitos	
LINFOCITOS (absolutos)	1,6	X 10^9/L	0.8-6.1	Policromasia		Codocitos	
MONOCITOS (absolutos)	0,2	X 10^9/L	0-1.8	aglutinación		Acantocitos	
NEUTROFILOS (absolutos)	6,1	Pg	4-12.6	rouleaux		Esquinocitos	
EOSINOFILOS (absolutos)	0,2	X 10^9/L	0-1	Rubricitos		Queratocito	
LINFOCITOS (relativos)	20	%	12-30	MORFOLOGIA LEUCOCITOS		excentrocito	
MONOCITOS (relativos)	3	%	2-9	Neu. Tóxicos		INCLUSIONES ERITROCTIARIAS	
NEUTROFILOS (relativos)	75	%	60-77	Neu. Bandas		C. Heinz	
EOSINOFILOS (relativos)	2	%	2-7	Hipersegmentados		C. Howeel Jolly	
ERITROCITOS	8,4	X 10^{12}/L	5.5-8.5	Lin. reactivos		Punteo Basófilico	
HEMOGLOBINA	17,6	g/dL	8-18	Lin. atípicos		ALTERACIONES HALLADAS	
CHCM	32,9	g/dL	32-36	MORFOLOGIA PLAQUETARIA		PLASMA NORMAL ERITROCITOS Y LEUCOCITOS NORMALES EN FORMA Y TAMAÑO	
HCM	22,7	Pg	19-24	Macro plaquetas			
VCM	60,8	Fl	60-72	Micro plaquetas			
HEMATOCRITO	43,3	%	37-50	Agregados:			
PLAQUETAS	297	X 10^9/L	200-460	ARTEFACTOS PLASMA			
PROTEINAS	6,7	g/dl	6.0-7.8	Micro coágulos			
ALBUMINA	3,6	g/dl	2.4-3.9	Coágulos			
GLOBULINAS	3,1	g/dl	2.1-4.4	Lipemia			
ALB/GLO	1,2	/	0.72-1.5	Ictericia			
N/O (no				hemolisis			

Mayra Rocio Martinez R.
M.V. Esp. Lab. Clinico Veterinario
UDCA TP: 27864

Mayra Rocio Martinez Rojas
Médico veterinario. Esp Lab clínico veterinario
UDCA. TP 27864

350



REPORTE DE LABORATORIO
ZOOVET CLÍNICA VETERINARIA

NOMBRE	: APOLO	**CONSECUTIVO**	: 3052500304416
ESPECIE	: Canino	**FECHA**	: MARZO-05-2025
RAZA	: CRIOLLO	**ETAPA BIOLÓGICA**	: Adulto
SEXO	: Macho	**PROPIETARIO**	: ALCALDIA MARTIRES
EDAD	: 12 AÑOS	**MV REMITENTE**	: MV TURNO

CANINOS ADULTOS-CACHORRO

QUIMICA SANGUINEA	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
ALT/GPT	*33,7*	19-57 UI/L
AST/GOT		15-43 UI/L
GGT		1-9.7 U/L
FOSFATASA ALCALINA		16 – 128 UI/L
BILIRRUBINA TOTAL		0.1 – 1.0 mg/dl
BILIRRUBINA DIRECTA		0.0 – 0.3 mg/dl
BILIRRUBINA INDIRECTA		0.1 - 0.7 mg/dl
CREATININA SANGUINEA	*1,9*	0,2 – 2,1 mg/dl
BUN		1,0 – 28,0 mg/dl
UREA SANGUINEA		20,0 – 50,0 mg/dl
COLESTEROL		135 – 315 mg/dL
TRIGLICERIDOS		25- 120 mg/dL
GLICEMIA		70 – 140 mg/dl
AMILASA		350-1000U/L
LIPASA		50-470mg/dL

ELECTROLITOS		
SODIO (Na)		142-156 mmol/L
POTASIO (K)		3.6-6.1 mmol/L
CLORO (cl)		115-124 mmol/L
CALCIO TOTAL (Ca)		8.7-11.8umol/L
FOSFORO (Pho)		3.2-6.6 mg/dL
COAGULOMETRIA		
TIEMPO DE PROTROMBINA (PT)		< 8,0 Segundos
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (PTT)		< 19,0 segundos

Equipo química húmeda CHEM-7

OBSERVACIONES: SUERO NORMAL

REPORTE RADIOLÓGICO

Fecha:	Marzo 10 de 2025	**Raza:**	Mestizo
Paciente:	Apolo	**Sexo:**	Macho
Especie:	Canino	**Edad:**	11 años
Tutor(a):	Sandra Martinez	**Médico Veterinario:**	Zoovet
Anamnesis:	Masa en región nasal		
Estudio solicitado:	Radiografías rostrales VD y LL		

DESCRIPCIÓN:

- Se han realizado proyecciones ventrodorsal y lateral izquierda del cráneo.
- La calidad de la imagen es adecuada, con óptima exposición y contraste radiográfico que permite una adecuada diferenciación de las estructuras óseas y de los espacios aéreos.
- La alineación y el posicionamiento del paciente permiten una correcta evaluación de las estructuras anatómicas de interés.

HALLAZGOS RADIOGRÁFICOS:

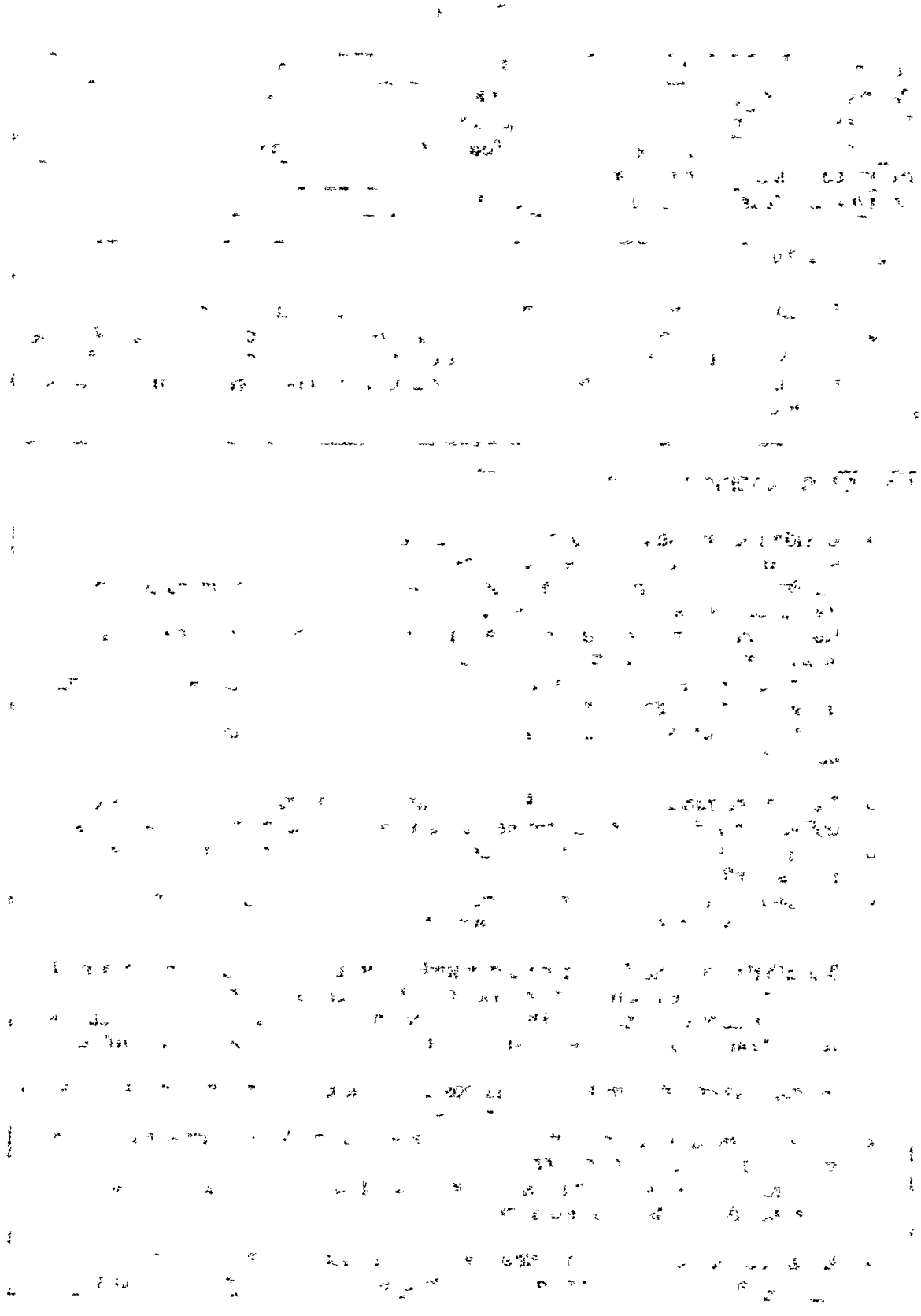
- **Cavidad nasal y senos paranasales**: La cavidad nasal presenta simetría bilateral, sin signos de desplazamiento ni asimetrías óseas.
- Se observa una buena definición de los cornetes nasales, sin alteraciones en su patrón trabecular ni evidencia de destrucción ósea.
- No se identifican zonas de aumento de radiodensidad ni áreas líticas que sugieran inflamación, infección o procesos proliferativos.
- Los senos frontales muestran su contenido aéreo sin signos de ocupación por material denso o presencia de exudado.
- La placa cribiforme se percibe íntegra, sin evidencia de erosión ni irregularidades en su contorno.

- **Maxilar y estructuras dentales**: El maxilar superior presenta contornos óseos bien definidos, con densidad ósea homogénea y sin signos de reabsorción o hiperostosis.
- La integridad de los alveolos dentales se mantiene, sin signos de destrucción ósea o procesos inflamatorios activos.
- Los dientes muestran buena implantación y alineación, sin signos de enfermedad periodontal avanzada ni pérdida ósea evidente.

- **Mandíbula y articulaciones temporomandibulares**: La mandíbula muestra continuidad ósea sin signos de fracturas, áreas líticas ni proliferación ósea reactiva.
- Las articulaciones temporomandibulares presentan congruencia, con bordes articulares lisos y definidos, sin evidencia de subluxación, luxación o alteraciones degenerativas.

- **Estructuras óseas craneales:** Los huesos del cráneo presentan contornos regulares, sin signos de reacción perióstica ni alteraciones en la textura ósea.
- No se evidencian engrosamientos, irregularidades ni áreas de radiolucidez o esclerosis que sugieran procesos patológicos.
- La estructura ósea del hueso nasal, maxilar y frontal es homogénea en densidad y sin áreas de pérdida ósea ni proliferación atípica.

- **Espacios aéreos y tejidos blandos**: Se observa un contenido aéreo homogéneo en la cavidad nasal, sin evidencia de masas, cuerpos extraños o procesos obstructivos.



- Los tejidos blandos perinasales y periorbitarios tienen espesor y densidad dentro de los parámetros normales, sin signos de inflamación o edema.

INTERPRETACIÓN DIAGNÓSTICA:

- No se identifican alteraciones estructurales ni funcionales en la cavidad nasal, senos paranasales, estructuras maxilofaciales ni craneales.
- No hay signos de neoplasia, inflamación, infección o enfermedad ósea degenerativa en las proyecciones analizadas.
- El patrón radiográfico es compatible con una anatomía normal para la edad del paciente.

OPINIÓN Y RECOMENDACIONES:

- Los hallazgos radiográficos se encuentran dentro de los parámetros normales, sin evidencia de procesos patológicos o alteraciones en la cavidad nasal, senos paranasales, maxilar, mandíbula ni estructuras óseas del cráneo.
- Si se presentan signos clínicos en el futuro, se recomienda seguimiento con estudios de diagnóstico por imagen complementarios según criterio clínico

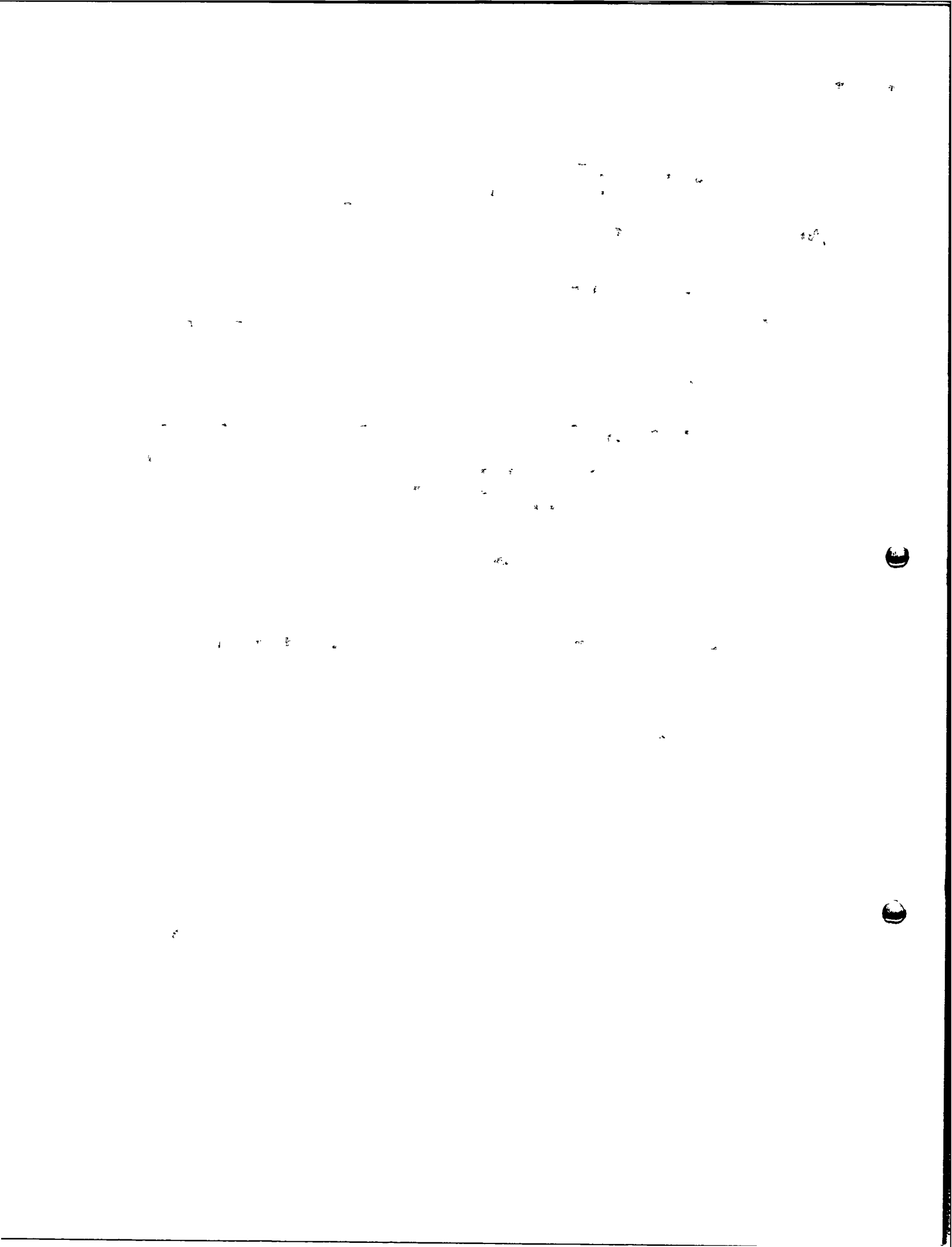
Informe basado en evaluación radiográfica y sin sustitución de consulta veterinaria presencial.

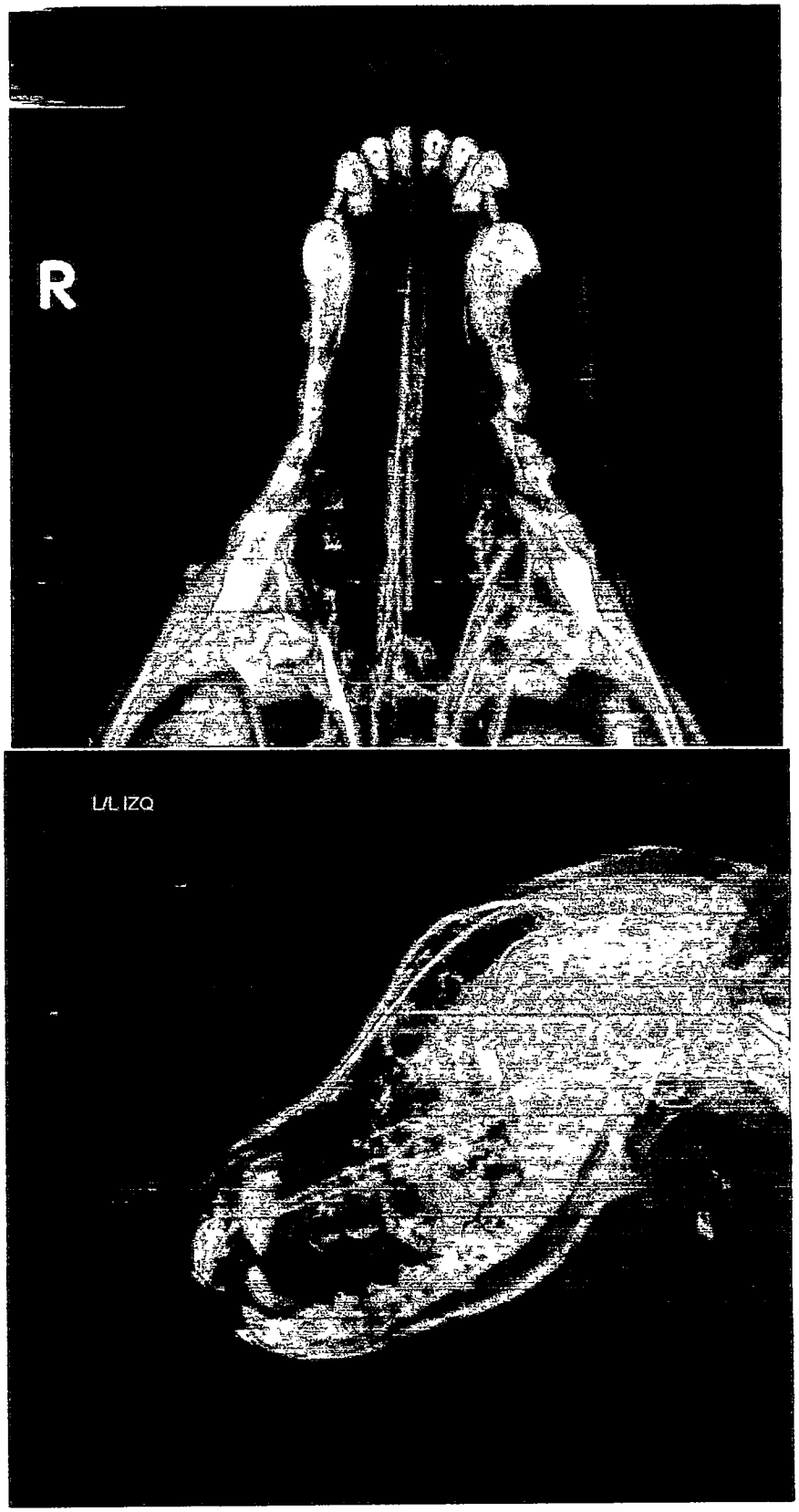
INTERPRETACIÓN REALIZADA POR:

Laura Jiménez Caicedo

Médico Veterinario - Universidad Nacional

M.P. 17582 COMVEZCOL




R
L/L IZQ

	ALCALDIA LOCAL DE LOS MARTIRES
	PROGRAMA DE URGENCIAS VETERINARIAS
	CPS-322-2024
	ENTREGA SATISFACTORIA DE MASCOTA

Yo Sandra Martinez Actuando en calidad de persona mayor de edad con C.C : 3210335 de Bogotá PROPETARIO Y/O RESPONSABLE de la Mascota con nombre y características descritas en este documento; por medio del presente escrito (de manera libre y espontánea, sin ninguna clase de presión) DECLARO recibir en buenas condiciones, después de los PROCEDIMIENTOS, TRATAMIENTOS, CIRUGIA (S) Y AYUDAS DIAGNOSTICAS REALIZADAS.

PACIENTE: Apolo
HISTORIA: Ug 12-2025
RAZA: Mestizo
ESPECIE: Canino
SEXO: Macho
EDAD: 11 AÑOS

Me comprometo a abstenerme de realizar escritos, publicaciones en las redes sociales en la página WEB de la clínica, frente a opiniones personales ante las inconformidades, sin antes haber agotado los procedimientos internos y procesos de responsabilidad judicial en los que se hallan fallado a mi favor, ello atendiendo al Derecho Constitucional de la presunción de inocencia. Y en caso, de no cumplir con ello, tengo claro que puede llegar a responder por el pago de una indemnización de carácter económica por perjuicios causados.

Por ser un documento que contiene una obligación expresa, clara y exigible presta Mérito Ejecutivo.

Propietario o persona autorizada
C.C 1210335
TeL

Médico Veterinario
T.P 32268

355

FUNDACIÓN ECOBIOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE LOS MÁRTIRES | BOGOTÁ

HOJA DE COSTOS INDIVIDUAL CPS 322 -2024

NOMBRE Odin. HISTORIA CLÍNICA Urg 13-2025

Canino X Hembra _ Raza : Mestizo

Felino _ Macho X Peso: 12 kg

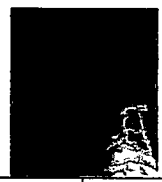
N	Fecha	Pruebas / Procedimientos	COSTO	Clínica Operadora	Alcaldía Local.
1	06/03/25	Prequirúrgico (CH, ALT y Creatinina)	77.630	2oovet	Camila Aguilar MÉDICO VETERINARIA T.P. 43597
2	06/03/25	Radiografía talla mediana (>10 - 25kg)	601.620	2oovet	Camila Aguilar MÉDICO VETERINARIA T.P. 43597
TOTAL			679.250		

356

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE GOBIERNO | ALCALDÍA LOCAL DE LOS MÁRTIRES | BOGOTÁ

HISTORIA CLINICA
N° URG 13-2025

BASE DE DATOS PERSONAL DE LA ALCALDIA



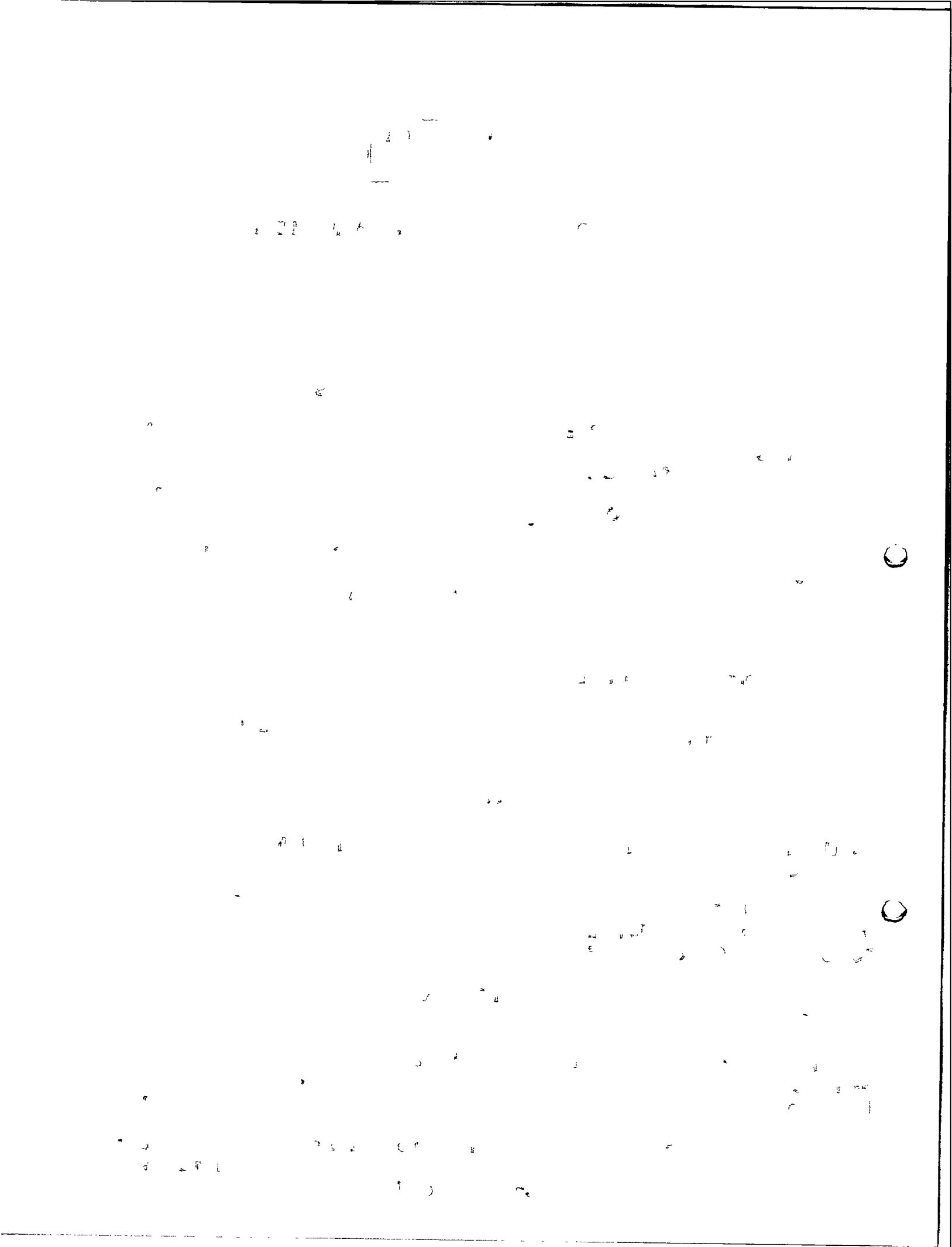
FECHA: 06/03/2025		**MICROCHIP N°: SI**	
NOMBRE PACIENTE: **ODIN MAMUEL**	**ESPECIE**	**RAZA**	**EDAD:**
	CANINO: X	**CRIOLLO: X**	**3 años**
	FELINO:	**OTRO:**	
COLOR: **BLACK AND TAN**	**SEXO**	**CASTRADO/ESTERILIZADA: SI**	
	MACHO X	**GARRAPATAS: SI**	
	HEMBRA	**PESO: 12 KG**	
TUTOR: Martha Yamile Gómez Bautista		**N° DOCUMENTO: 52427878**	
CORREO ELECTRONICO: **lemiya_go@hotmail.com**		**CEL: 302 699 05 50**	

EXAMEN FÍSICO

VACUNACION: NO TIENE HEXAVALENTE. NO TIENE	**DESPARASITACION: 22/AGOSTO/2024**
ALIMENTACION: Sopas de arroz/pasta/zanahoria/habichuela/acelga / DONCAN o RINGO CROQUETAS	

ANTECEDENTES:

La mama de Odin es positiva a Ehrlichia Canis y actualmente es ciega. No se ha realizado exámenes en Odin. Recibio Tto homeopático para Ehrlichia de forma preventiva hace 3 años. Lo dio en adopción y debido a que lo maltrataron en su nuevo hogar en un paciente bastante nervioso.
Reporta que en ocasiones Odin aparentara que no tuviese vista o su vista fallara.
03/JULIO/2024: Paciente presento una Enf. Respiratoria aguada la cual fue tratada con Meloxicam / Tusivet / Inmunair.



REVISIÓN POR SISTEMAS

SISTEMA CARDIOVASCULAR. Hallazgos: SI___ NOX

SISTEMA RESPIRATORIO. Hallazgos: SI__ NOX

SISTEMA NEUROLÓGICO. Hallazgos: SI___ NOX

Nervioso

SISTEMA GASTROINTESTINAL. Hallazgos: SI___ NOX

SISTEMA RENAL Y GENITO-URINARIO. Hallazgos: SI___ NOX

PIEL Y MUCOSAS. Hallazgos: SI___ NOX

SISTEMA OSTEOMUSCULAR. Hallazgos: SI___ NOX

Dificultad para desplazarse, dolor a la palpación en columna y cadera, lordosis

ORGANOS DE LOS SENTIDOS. Hallazgos: SI___NOX

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE LOS MÁRTIRES | BOGOTÁ

HISTORIA CLINICA
Nº_____

HOJA DE MEDICACION

BIOLOGICOS	
Caninos	**Felinos**
Pentavalente ☐ Tos de las Perreras ☐ Parvovirus+Moquillo ☐ Otra: _____	Triple Viral ☐ Leucemia Felina ☐ Otra: _____

MEDICAMENTOS

Endoparacitida: SI____ NO____ **Producto:** Galgocal 200 ___ 600 ___ # _____

Ectoparasitida: SI____ NO____ **Producto:** Pulfen _____ml

OTRO: Dar via oral 4 gotas de vitamina C cada 12 horas durante 7 dias _____

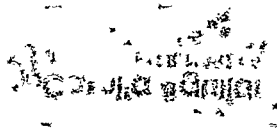
Observaciones Médico veterinario:

Paciente es remitido a clinica Opercadora para realizar Rx de Cadera y Columna bajo Sedación

Camila Aguilar
MEDICO VETERINARIA
U.D.C.A T.P 43597

Médico Veterinario/Matricula Profesional

Firma y Cédula Propietario



FUNDACIÓN ECODES

BOGOTA D.C	Fecha: 06/03/25	Hora: 10:35 AM ☒ PM ☐	Nº Radicado/ Incidente: Urg 13- 2025

Descripción de la solicitud: Exámenes de laboratorio ; Radiografías 2 vistas LL y VD de cadera.

Canino ☒ Felino ☐	Macho ☒ Hembra ☐	Nombre: Jamile Gomez	Microchip: S.
Edad: 4 años	Color: Bicolor.	Raza: Mestizo	
Dirección: Cra 18 1f 21	Barrio: Eduardo Santos	Localidad: Mártires.	

Observaciones

A la manipulación del lomo muestra dolor, al caminar le cuesta por momentos, se rasca la cola y se lame, hace 1 año, come normal, orina bastante y varios veces al día, popo consistente, toma agua con normalidad.

- Tenía tratamiento para los riñones UT balance media tableta. Le dio un tratamiento homeopático cuando cachorro.

Triage:

Conductor:	Vehículo:	Destino:

DATOS DEL SOLICITANTE Y/O TESTIGO

Nombre: Yamile Gomez	N.º Documento: 52427878	Teléfono 3026990550.

CONTRATO N°: 322 de 2024	**Nombre del operador: FUNDACION ECODES**

Como ciudadano declaro que el canino y/o felino referenciado no es de mi propiedad, por lo tanto, la alcaldía local de los Mártires, será el responsable de atenderlo y custodiarlo.

Se hace entrega del paciente al OPERADOR del Servicio, para su respectiva valoración, atención y demás procedimientos de acuerdo con el anexo técnico y demás documentos integrales que hacen parte del contrato vigente entre las dos partes.

CIUDADANO / TESTIGO	VETERINARIO OPERADOR	ALCALDÍA
NOMBRE: Jamile Gomez	NOMBRE: Jennifer Ubaque	NOMBRE: Camila Aguila
CC. 52427878	T.P 32268	T.P 43597
FIRMA	FIRMA	FIRMA

Camila Aguilar
MEDICO VETERINARIA
UDCA T.P 43597

360

REPORTE DE LABORATORIO
ZOOVET CLÍNICA VETERINARIA

NOMBRE :	ODIN	**CONSECUTIVO :**	3062500304424
ESPECIE :	Canino	**FECHA :**	MARZO-06-2025
RAZA :	CRIOLLO	**ETAPA BIOLÓGICA :**	Adulto
SEXO :	Macho	**PROPIETARIO :**	ALCALDIA MARTIRES
EDAD :	4 AÑOS	**MV REMITENTE :**	MV TURNO

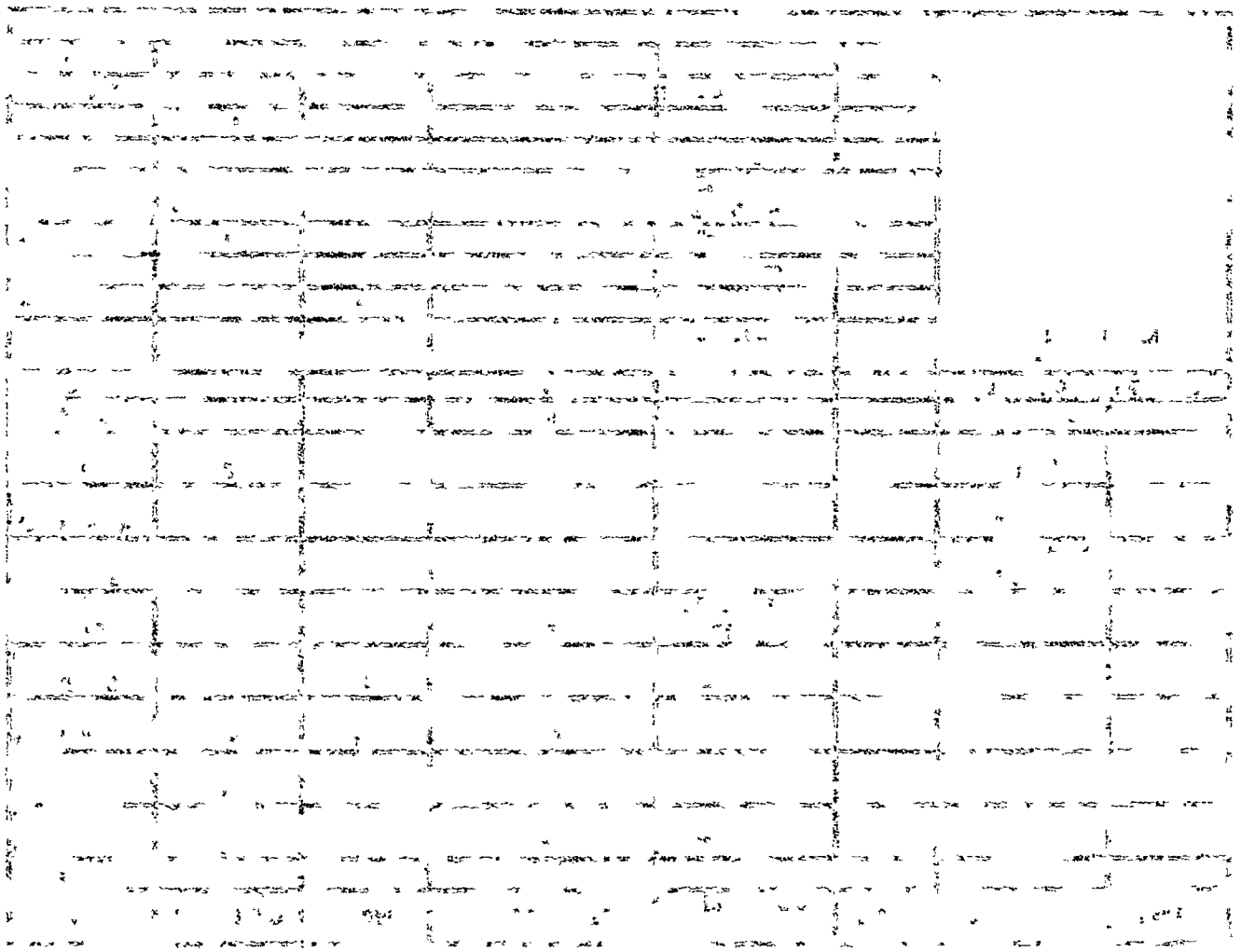
HEMOGRAMA COMPLETO

ANALITO	RESULTADO	UNIDAD	RANGO ADULTO	ALTERACIONES ERITROCITARIAS	Estado	POIQUILOCITOS	Estado
LEUCOCITOS	6,5	X 10^9/L	6-17	Anisocitosis		Equinocitos	
LINFOCITOS (absolutos)	1,7	X 10^9/L	0.8-6.1	Policromasia		Codocitos	
MONOCITOS (absolutos)	0,1	X 10^9/L	0-1.8	aglutinación		Acantocitos	
NEUTROFILOS (absolutos)	4,6	Pg	4-12.6	rouleaux		Esquinocitos	
EOSINOFILOS (absolutos)	0,1	X 10^9/L	0-1	Rubricitos		Queratocito	
LINFOCITOS (relativos)	26	%	12-30	MORFOLOGIA LEUCOCITOS		excentrocito	
MONOCITOS (relativos)	2	%	2-9	Neu. Tóxicos		INCLUSIONES ERITROCTIARIAS	
NEUTROFILOS (relativos)	70	%	60-77	Neu. Bandas		C. Heinz	
EOSINOFILOS (relativos)	2	%	2-7	Hipersegmentados		C. Howeel Jolly	
ERITROCITOS	6	X 10^{12}/L	5.5-8.5	Lin. reactivos		Punteo Basófillco	
HEMOGLOBINA	10	g/dL	8-18	Lin. atipicos		ALTERACIONES HALLADAS	
CHCM	33,3	g/dL	32-36	MORFOLOGIA PLAQUETARIA		PLASMA NORMAL ERITROCITOS Y LEUCOCITOS NORMALES EN FORMA Y TAMAÑO	
HCM	19,7	Pg	19-24	Macro plaquetas			
VCM	66,4	Fl	60-72	Micro plaquetas			
HEMATOCRITO	41,3	%	37-50	Agregados:			
PLAQUETAS	399	X 10^9/L	200-460	ARTEFACTOS PLASMA			
PROTEINAS	6,5	g/dl	6.0-7.8	Micro coágulos			
ALBUMINA	3,3	g/dl	2.4-3.9	Coágulos			
GLOBULINAS	3,2	g/dl	2.1-4.4	Lipemia			
ALB/GLO	1,0	/	0.72-1.5	Ictericia			
N/O (no				hemolisis			

Mayra Rocio Martinez R.
M.V. Esp. Lab. Clinico Veterinario
UDCA TP 27864

Mayra Rocio Martinez Rojas
Médico veterinario. Esp Lab clínico veterinario
UDCA. TP 27864

361



REPORTE DE LABORATORIO
ZOOVET CLÍNICA VETERINARIA

NOMBRE	: ODIN	**CONSECUTIVO**	: 3062500304424
ESPECIE	: Canino	**FECHA**	: MARZO-06-2025
RAZA	: CRIOLLO	**ETAPA BIOLÓGICA**	: Adulto
SEXO	: Macho	**PROPIETARIO**	: ALCALDIA MARTIRES
EDAD	: 4 AÑOS	**MV REMITENTE**	: MV TURNO

CANINOS ADULTOS-CACHORRO

QUIMICA SANGUINEA	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
ALT/GPT	*40,3*	19- 57 UI/L
AST/GOT		15-43 UI/L
GGT		1-9,7 U/L
FOSFATASA ALCALINA		16 – 128 UI/L
BILIRRUBINA TOTAL		0.1 – 1.0 mg/dl
BILIRRUBINA DIRECTA		0.0 – 0.3 mg/dl
BILIRRUBINA INDIRECTA		0.1 - 0.7 mg/dl
CREATININA SANGUINEA	*0,7*	0,2 – 2,1 mg/dl
BUN		1,0 – 28,0 mg/dl
UREA SANGUINEA		20,0 – 50,0 mg/dl
COLESTEROL		135 – 315 mg/dL
TRIGLICERIDOS		25- 120 mg/dL

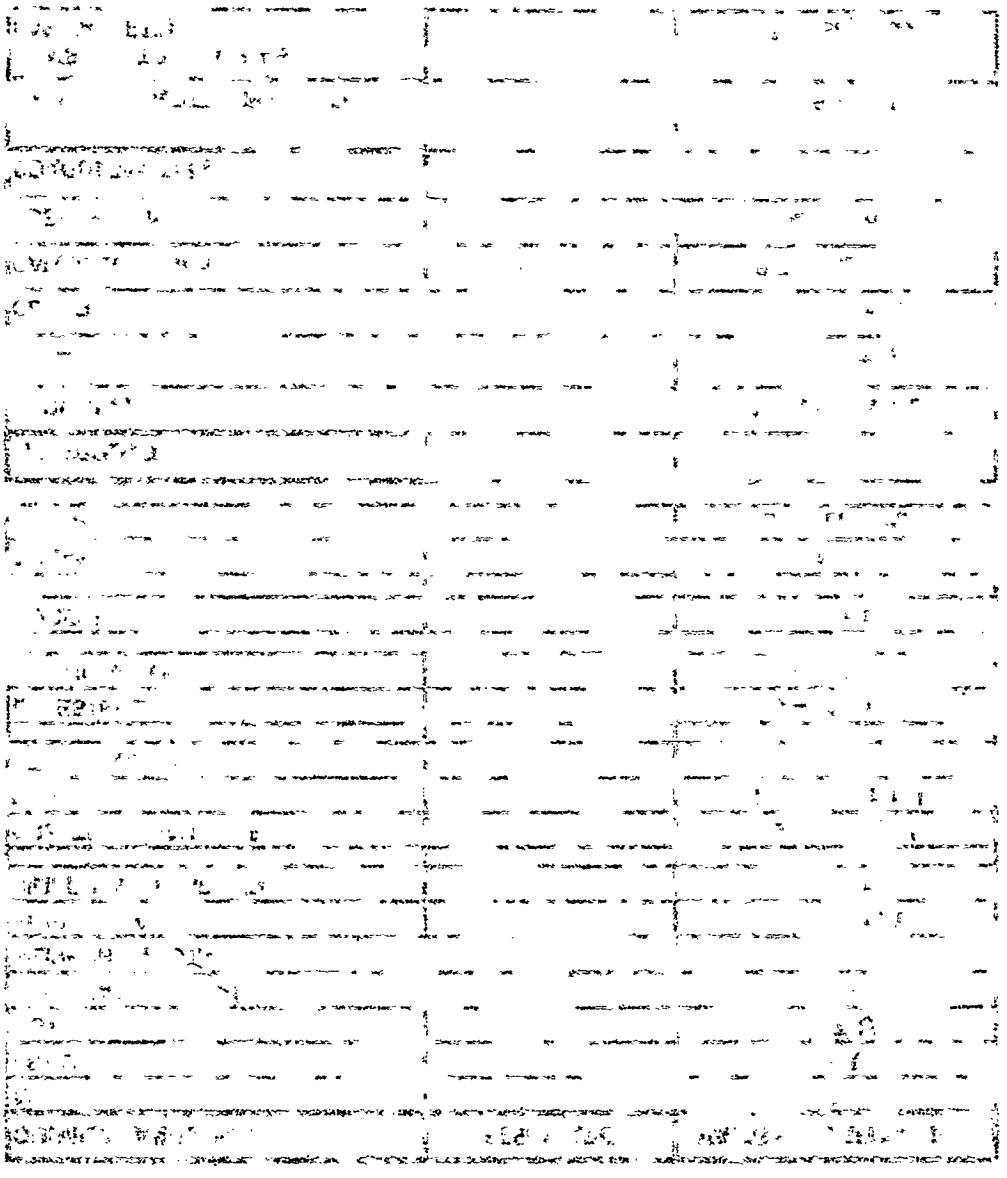
GLICEMIA		70 – 140 mg/dl
AMILASA		350-1000U/L
LIPASA		50-470mg/dL

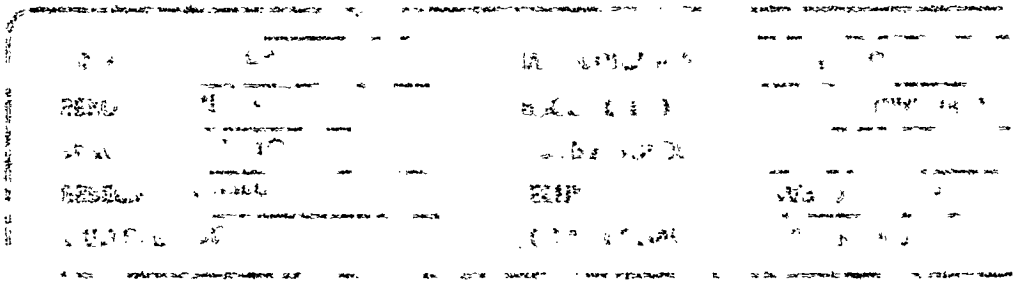
ELECTROLITOS		
SODIO (Na)		142-156 mmol/L
POTASIO (K)		3.6-6.1 mmol/L
CLORO (cl)		115-124 mmol/L
CALCIO TOTAL (Ca)		8.7-11.8umol/L
FOSFORO (Pho)		3.2-6.6 mg/dL
COAGULOMETRIA		
TIEMPO DE PROTROMBINA (PT)		< 8,0 Segundos
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (PTT)		< 19,0 segundos

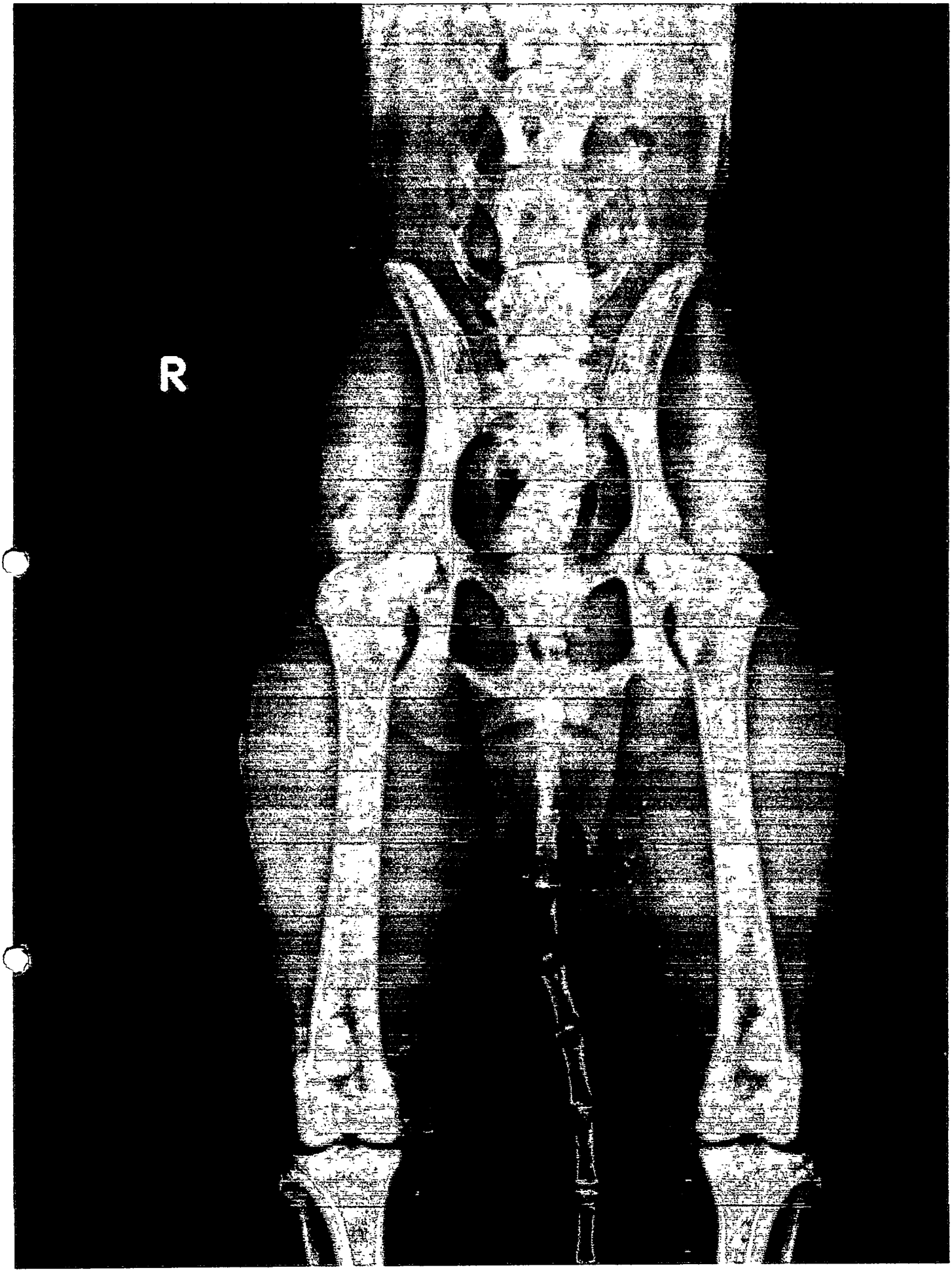
Equipo química húmeda CHEM-7

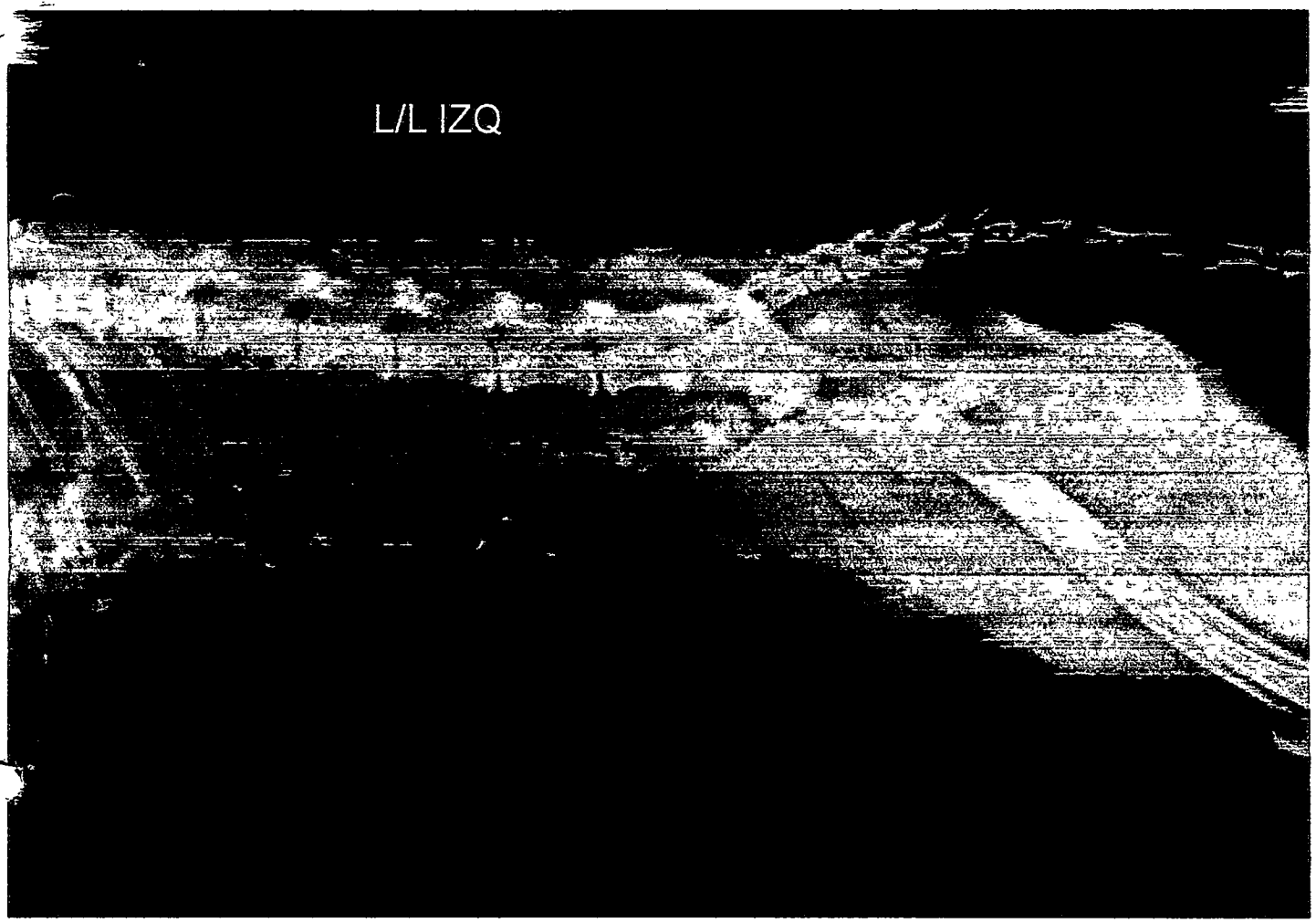
OBSERVACIONES: SUERO NORMAL

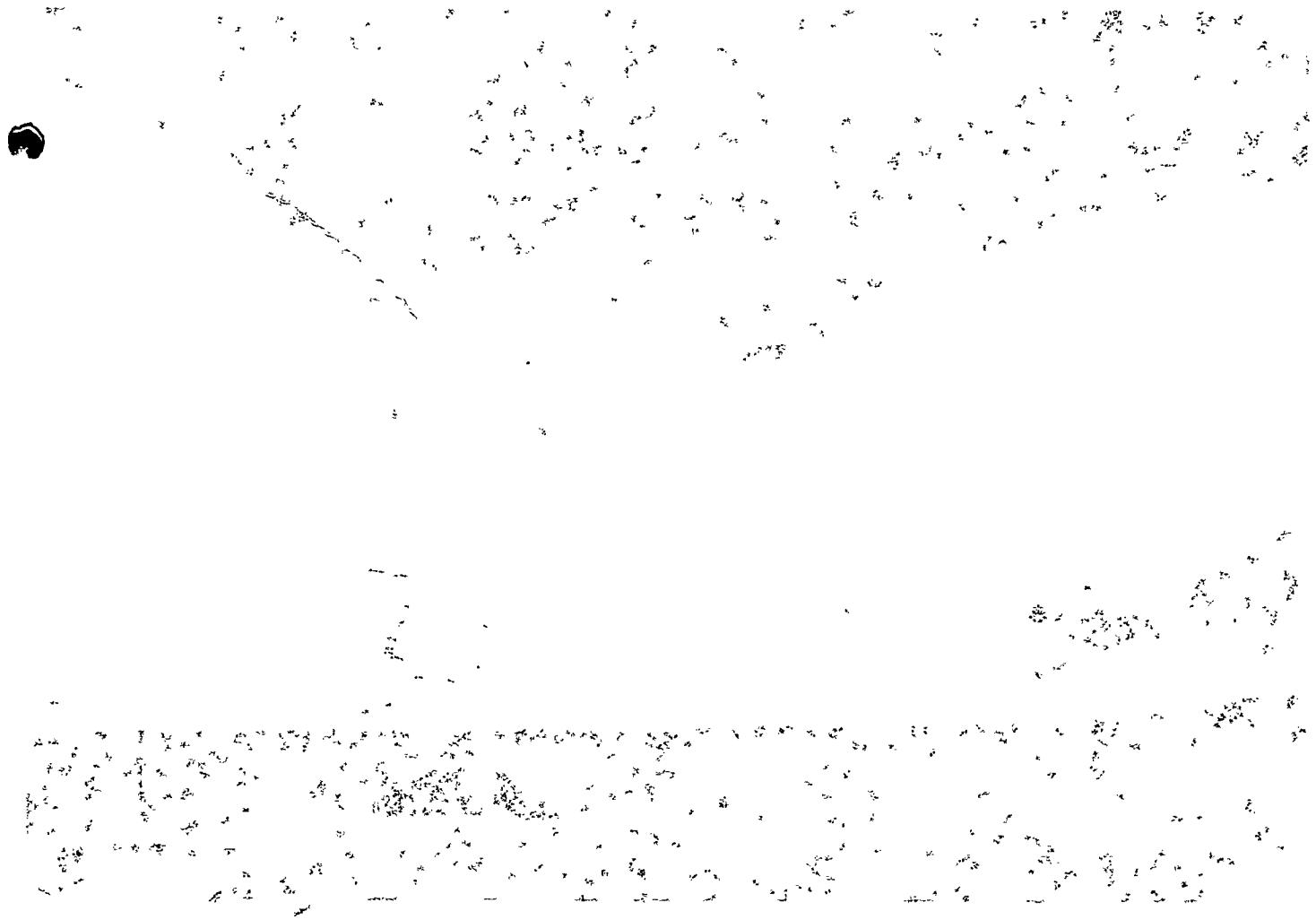
362






R


L/L IZQ



	ALCALDIA LOCAL DE LOS MARTIRES	
	PROGRAMA DE URGENCIAS VETERINARIAS	
	CPS-322-2024	
	ENTREGA SATISFACTORIA DE MASCOTA	FUNDACION ECODES

Yo Yamile Gomez Actuando en calidad de persona mayor de edad con C.C : 52427.878 de Bogotá . PROPETARIO Y/O RESPONSABLE de la Mascota con nombre y características descritas en este documento; por medio del presente escrito (de manera libre y espontánea, sin ninguna clase de presión) DECLARO recibir en buenas condiciones, después de los PROCEDIMIENTOS, TRATAMIENTOS, CIRUGIA (S) Y AYUDAS DIAGNOSTICAS REALIZADAS.

PACIENTE: Odin
HISTORIA: Urg 13-2025
RAZA: Mestizo
ESPECIE: Canino
SEXO: Macho
EDAD: 4 años.

Me comprometo a abstenerme de realizar escritos, publicaciones en las redes sociales en la página WEB de la clínica, frente a opiniones personales ante las inconformidades, sin antes haber agotado los procedimientos internos y procesos de responsabilidad judicial en los que se hallan fallado a mi favor, ello atendiendo al Derecho Constitucional de la presunción de inocencia. Y en caso, de no cumplir con ello, tengo claro que puede llegar a responder por el pago de una indemnización de carácter económica por perjuicios causados.

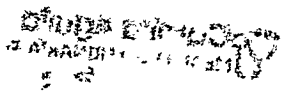
Por ser un documento que contiene una obligación expresa, clara y exigible presta Mérito Ejecutivo.

Propietario o persona autorizada
C.C 52.427.878
Tel 302.6990550.

Camila Aguilar
MEDICO VETERINARIA
UDCA TP 43597

Médico Veterinario
T.P

B65



FUNDACIÓN ECODES

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE LOS MÁRTIRES | BOGOTÁ

HOJA DE COSTOS INDIVIDUAL CPS 322 -2024

NOMBRE Jupiter. HISTORIA CLÍNICA Urg 14-2025

Canino_ Hembra_ Raza : MPC.

Felino X Macho X Peso: 5kg

N	Fecha	Pruebas / Procedimientos	COSTO	Clínica Operadora	Alcaldía Local.
1	05/03/25	Prequirúrgico (CH, ALT y Creatinina).	77.630	Zoovet	Camila Aguilar MEDICO VETERINARIA UDCA TP 43597
1	05/03/25	Coprológico	49.850	Zoovet	Camila Aguilar MEDICO VETERINARIA UDCA TP 43597
1	14/03/25	Ecografía abdominal	271.590	Zoovet	Camila Aguilar MEDICO VETERINARIA UDCA TP 43597
1	14/03/25	Sedación paciente talla pequeña (0-10kg)	151.980	Zoovet	Camila Aguilar MEDICO VETERINARIA UDCA TP 43597
2	14/03/25	Radiografías paciente talla pequeña (311.050)	622.100	Zoovet	Camila Aguilar MEDICO VETERINARIA UDCA TP 43597
1	25/03/25	Leucemia viral felina (cromatografía detección antígeno)	112.130	Zoovet	Camila Aguilar MEDICO VETERINARIA UDCA TP 43597
1	29/03/25	Inmunodeficiencia viral felina (cromatografía detección antígeno)	135.040	Zoovet	Camila Aguilar MEDICO VETERINARIA UDCA TP 43597
TOTAL			$ 1.173.150		

Nota → Las pruebas de VIF-VILEF y el Frotis de Hemoparásitos Fueron tomados el día 25 de marzo 2025, por tal razon estos examenes Seran Repoltados y Cobrados en el mes 4 de ejecución.

366

FUNDACIÓN ECODES

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MÁRTIRES | BOGOTÁ

HOJA DE COSTOS INDIVIDUAL CPS 322 -2024

NOMBRE Jupiter HISTORIA CLÍNICA Vrg 14-2025.

Canino_ Hembra _ Raza : M.P.C

Felino x Macho x Peso: 5kg

N	Fecha	Pruebas / Procedimientos	COSTO	Clínica Operadora	Alcaldía Local
1	25/03/25	Frotis para hemoparásitos.	34.720	Toovet	Camila Aguilar MEDICO VETERINARIA UDCA TP 43597
TOTAL			1'455.050		

HISTORIA CLINICA
N° 14-2025

BASE DE DATOS PERSONAL DE LA ALCALDIA

FECHA: 25/03/2025		**MICROCHIP N°:**	
NOMBRE PACIENTE: **JUPITER**	**ESPECIE**	**RAZA**	**EDAD**
	CANINO:	**CRIOLLO: X**	**3 AÑOS**
	FELINO: X	**OTRO:**	
COLOR: **BARANO**	**SEXO**	**CASTRADO/ESTERILIZADA: SI**	
	MACHO X	**GARRAPATAS:**	
	HEMBRA	**PESO: 5KG**	
TUTOR: CANDELARIA ROMERO BOHORQUEZ **DIRECCION: Cra 27 # 1B 52 Santa Isabel**		**N° DOCUMENTO: 64476703**	
CORREO ELECTRONICO: candyrb1368@gmail.com		**CEL: 3142668040**	

EXAMEN FÍSICO

FR: 18,FC: 90, CC:2/5 , MUCOSAS ROSADAS,TLLC: -2 SEG

VACUNACION: NO REPORTA	**DESPARASITACION: NO REPORTA**
ALIMENTACION: CONCENTRADO	

Paciente llego hace un par de dias al hogar de paso y presenta problemas para moverse. Sus condiciones eran muy malas

REVISIÓN POR SISTEMAS

SISTEMA CARDIOVASCULAR. Hallazgos: SI __ NO X_

SISTEMA RESPIRATORIO. Hallazgos: SI NO X__

SISTEMA NEUROLÓGICO. Hallazgos: SI_ NO X___

SISTEMA GASTROINTESTINAL. Hallazgos: SI x NO ___

HERNIA ABDOMINAL, DEPOSICIONES CON SANGRE Y MAL OLIENTES

SISTEMA RENAL Y GENITO-URINARIO. Hallazgos: SI___ NO X

PIEL Y MUCOSAS. Hallazgos: SI X NO ___

ICTERICIA, PRESENCIA DE ECTOPRASITOS PULGAS

SISTEMA OSTEOMUSCULAR. Hallazgos: SI_ NO X_

. CLAUDICACION DEL MPI

ORGANOS DE LOS SENTIDOS. Hallazgos: SI _NO_X_

HISTORIA CLINICA
N° 14-2025

HOJA DE MEDICACION

BIOLOGICOS

Caninos

Pentavalente ☐
Tos de las Perreras ☐
Parvovirus+Moquillo ☐
Otra: _____

Felinos

Triple Viral ☐
Leucemia Felina ☐
Otra: _____

MEDICAMENTOS

Endoparacitida: SI____ NO____ **Producto:** Galgocal 200 ____ 600 ____ # _____

Ectoparasitida: SI____ NO____ **Producto:** Pulfen _____ml

OTRO: _____

Observaciones Médico veterinario:

Se remite paciente para realizar toma rx de cadera y mps, prueba de hemoparasitos, virales y coprológico

Camila Aguilar
MEDICO VETERINARIA
UDCA TP 43597

Médico Veterinario/Matricula Profesional

Candelaria Romero

Firma y Cédula Propietario
CC 64476703 San Pedro(S)

FUNDACION ECODES

LOS MÁRTIRES | BOGOTÁ

BOGOTA D.C	Fecha: 14/05/25	Hora: 11	AM ☒ PM ☐	Nº Radicado/ Incidente:	Urg 14-2025

Descripción de la solicitud: Placas radiográficas cadera VD y LL y ecografía abdominal, exámenes de laboratorio

Canino ☐ Felino ☒	Macho ☒ Hembra ☐	Nombre: Júpiter		Microchip: N/A.	
Edad: 4 años		Color: Barano		Raza: D.S.H.	
Dirección: Cra 27 # 1B 52		Barrio: Santa Isabel		Localidad: Mártires	

Observaciones: Es rescatado hace 2 meses, cojea miembro posterior izquierdo, una masa abdominal desde que lo recogió, tenía Gardia pero ha mejorado, tenía pulgas, sospechoso a hemoparásitos, come bien (Max, pollo y sopa), toma agua, orina normal y defera normal, tratado con One.

Triage:

Conductor:	Vehículo:	Destino:

DATOS DEL SOLICITANTE Y/O TESTIGO

Nombre: Candelano Romero	N.º Documento: 64476703	Teléfono 3142668040.

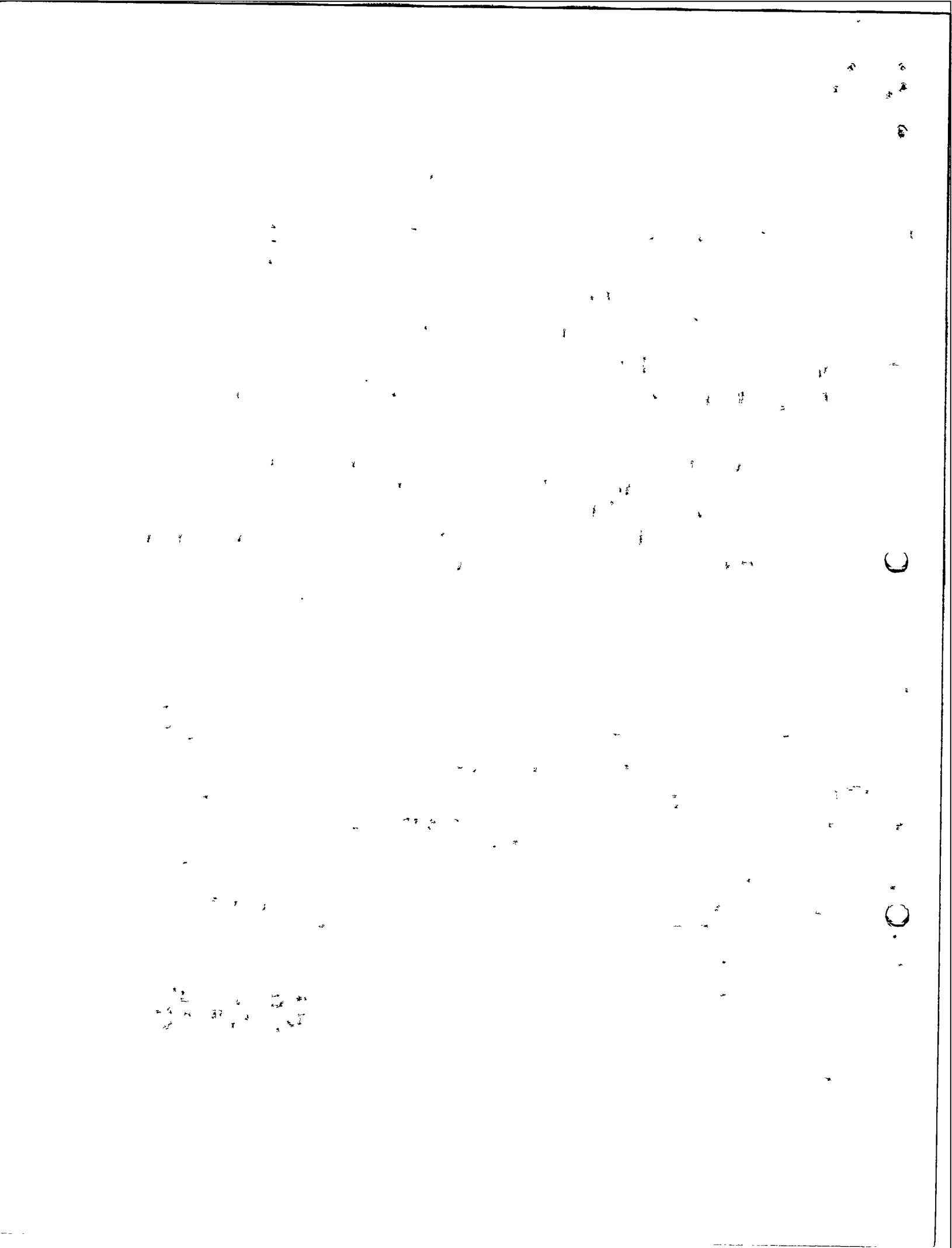
CONTRATO N°: 322 de 2024 | **Nombre del operador: FUNDACION ECODES**

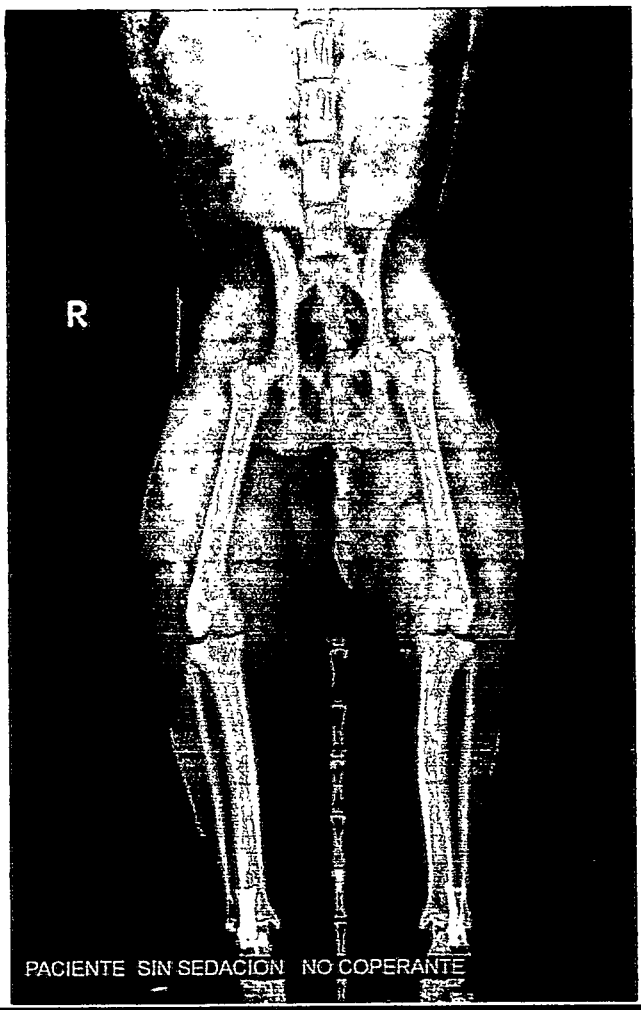
Como ciudadano declaro que el canino y/o felino referenciado no es de mi propiedad, por lo tanto, la alcaldía local de los Mártires, será el responsable de atenderlo y custodiarlo.

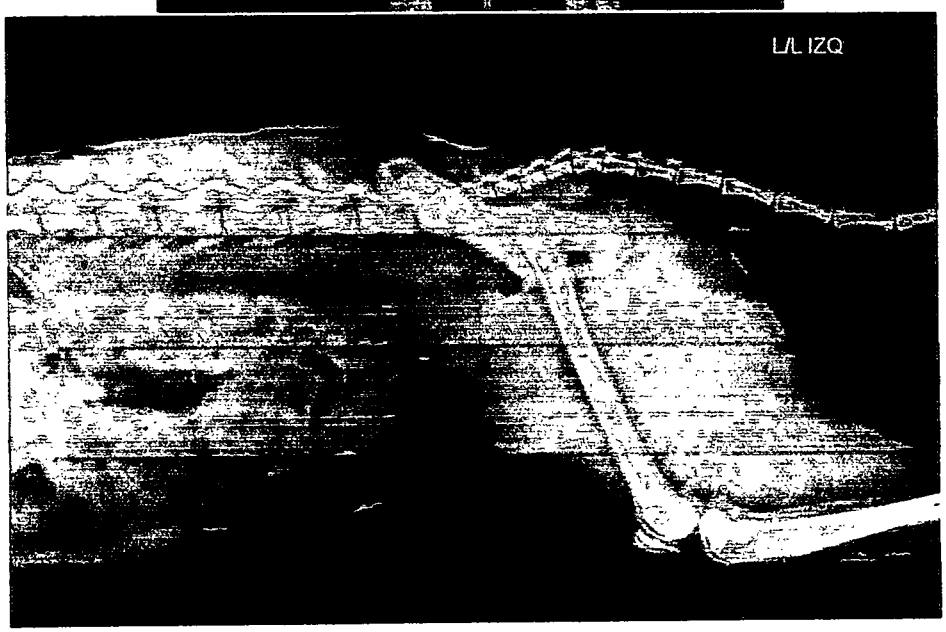
Se hace entrega del paciente al OPERADOR del Servicio, para su respectiva valoración, atención y demás procedimientos de acuerdo con el anexo técnico y demás documentos integrales que hacen parte del contrato vigente entre las dos partes.

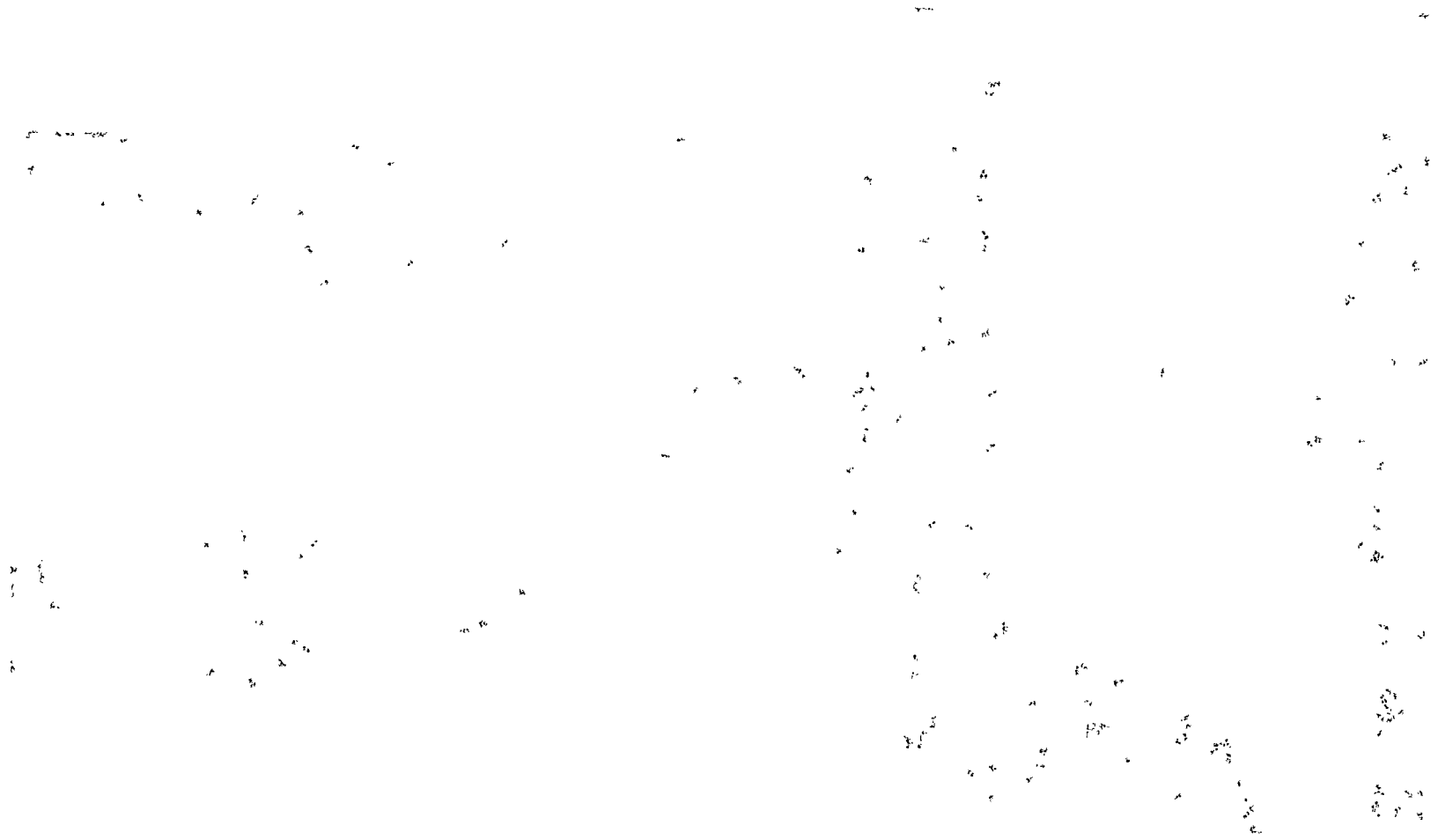
CIUDADANO / TESTIGO	VETERINARIO OPERADOR	ALCALDÍA
NOMBRE: Candelano Romero.	NOMBRE: Jennifer Ubaque	NOMBRE: Camila Aguilar
CC. 64476703.	T.P 32268	T.P 43597
FIRMA Candelano Romero	FIRMA Jennifer Ubaque	FIRMA Camila Aguilar MEDICO VETERINARIA UDCA TP 43597

370




R
PACIENTE SIN SEDACION NO COPERANTE


L/L IZQ



REPORTE DE LABORATORIO
ZOOVET CLÍNICA VETERINARIA

NOMBRE	: JUPITER	**CONSECUTIVO**	: 3052500304417
ESPECIE	: Felino	**FECHA**	: MARZO-05-2025
RAZA	: MESTIZO	**ETAPA BIOLÓGICA**	: Adulto
SEXO	: Macho	**PROPIETARIO**	: ALCALDIA MARTIRES
EDAD	: 3 AÑOS	**MV REMITENTE**	: MV TURNO

EXAMEN FÍSICO

COLOR	**AMARILLO**	CAFE
OLOR	**FETIDO**	SG
CONSISTENCIA	**LIQUIDO**	FORMADO
MOCO	NEGATIVO	NEGATIVO
SANGRE MACROSCOPICA	NEGATIVO	NEGATIVO

EXAMEN MICROSCÓPICO

LEUCOCITOS	NEGATIVO
ERITROCITOS	NEGATIVO
ALMIDÓNES DIGERIDOS	NEGATIVO
ALMIDONES NO	NEGATIVO
CELULOSA	NEGATIVO
GRASAS	**1+**
LEVADURAS	NEGATIVO
FLORA BACTERIANA	**LIG DISMINUIDA,MIXTA**
CELULAS EPITELIALES	NEGATIVO
FIBRA VEGETAL	**1+**
FIBRA MUSCULAR	NEGATIVO
NEMATODOS	NEGATIVO
CESTODOS	NEGATIVO
PROTOZOARIOS	***Quistes de Giardia spp 2+***
COCCIDIAS	NEGATIVO

domicilio

EXAMEN QUIMICO

PH	7	7,0-7,5
SANGRE OCULTA	NEGATIVO	NEGATIVO

OBSERVACIONES:

Examen realizado por Método Directo y de Flotación Fecal
Resultados Válidos únicamente para la muestra remitida

372

REPORTE DE LABORATORIO
ZOOVET CLÍNICA VETERINARIA

NOMBRE	: JUPITER	**CONSECUTIVO**	: 3052500304417
ESPECIE	: Felino	**FECHA**	: MARZO-05-2025
RAZA	: MESTIZO	**ETAPA BIOLÓGICA**	: Adulto
SEXO	: Macho	**PROPIETARIO**	: ALCALDIA MARTIRES
EDAD	: 3 AÑOS	**MV REMITENTE**	: MV TURNO

FELINOS ADULTOS-CACHORRO

QUIMICA SANGUINEA	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
ALT/GPT	*31,8*	10 – 95 Ul/L
AST/GOT		NO
GGT		NO
FOSFATASA ALCALINA		25 – 110 Ul/L
BILIRRUBINA TOTAL		0.1 – 0.9 mg/dl
BILIRRUBINA DIRECTA		0.0 – 0.4 mg/dl
BILIRRUBINA INDIRECTA		0.1 - 0.5 mg/dl
CREATININA SANGUINEA	*1,6*	0,1 – 1.6 mg/dl
BUN		1,0 – 28,0 mg/dl
UREA SANGUINEA		30,0 – 58,0 mg/dl
COLESTEROL		71-156mg/dl
TRIGLICERIDOS		25- 120 mg/dL

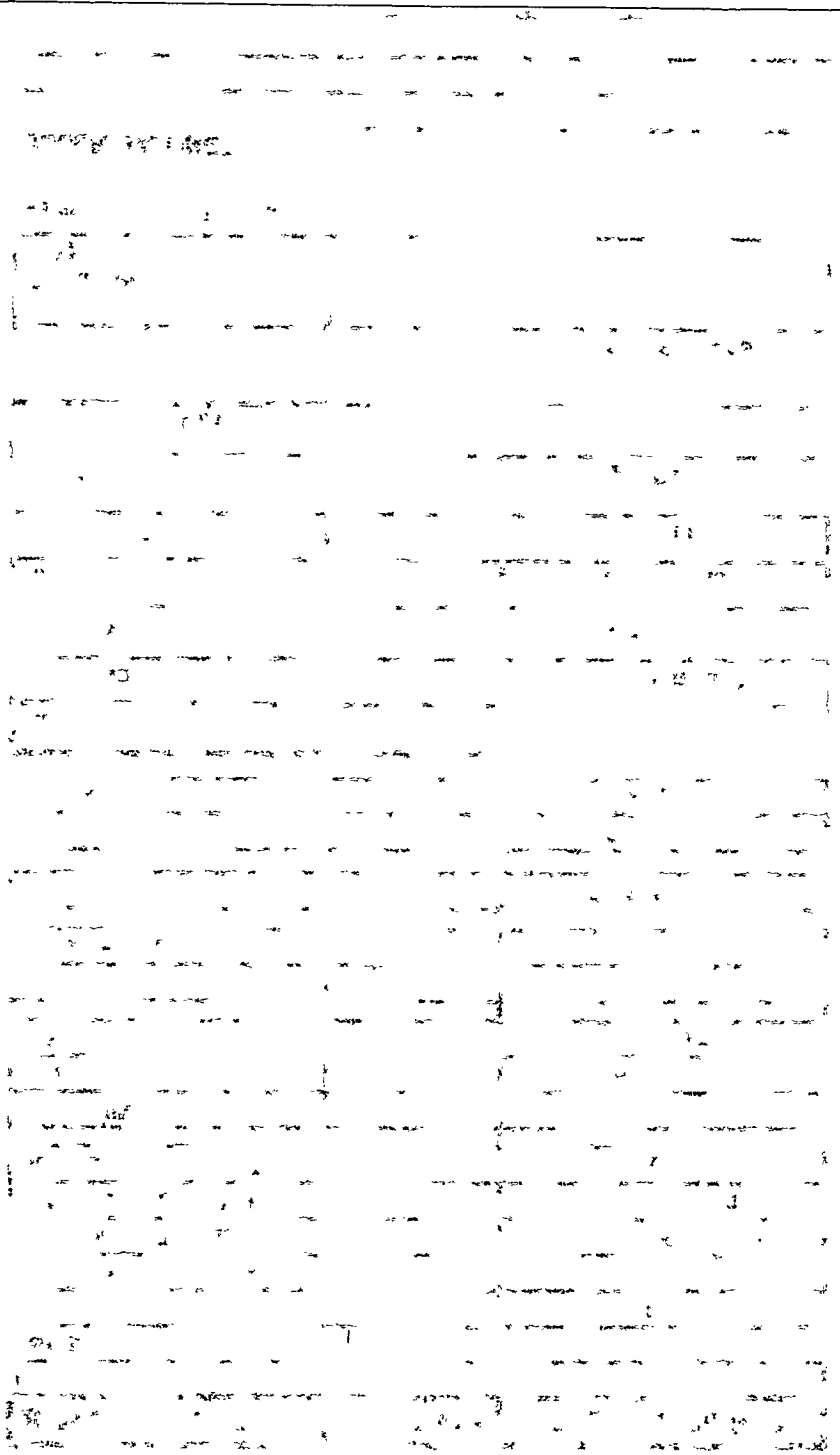
GLICEMIA		70-149 mg/dl
AMILASA		550-1458 U/l
LIPASA		<170 mg/dL

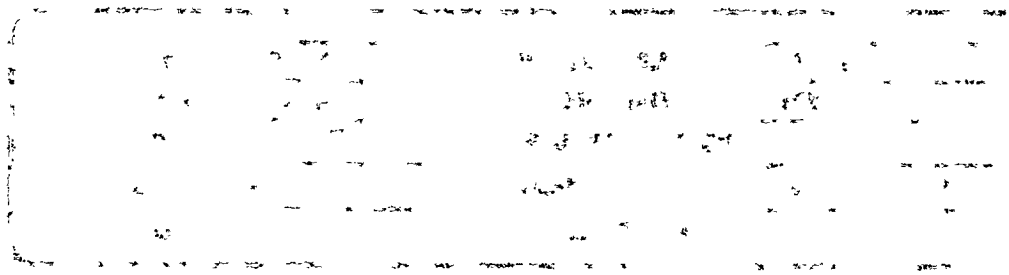
ELECTROLITOS		
SODIO (Na)		146-156 mmol/L
POTASIO (K)		3.6-7.1 mmol/L
CLORO (cl)		115-124 mmol/L
CALCIO TOTAL (Ca)		8.7-11.8umol/L
FOSFORO (Pho)		3.2-6.6 mg/dL
COAGULOMETRIA		
TIEMPO DE PROTROMBINA (PT)		< 8,0 Segundos
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (PTT)		< 19,0 segundos

Equipo química húmeda CHEM-7

OBSERVACIONES: SUERO NORMAL

3731





REPORTE DE LABORATORIO
ZOOVET CLÍNICA VETERINARIA

NOMBRE :	JUPITER	**CONSECUTIVO :**	3052500304417
ESPECIE :	Felino	**FECHA :**	MARZO-05-2025
RAZA :	MESTIZO	**ETAPA BIOLÓGICA :**	Adulto
SEXO :	Macho	**PROPIETARIO :**	ALCALDIA MARTIRES
EDAD :	3 AÑOS	**MV REMITENTE :**	MV TURNO

HEMOGRAMA COMPLETO

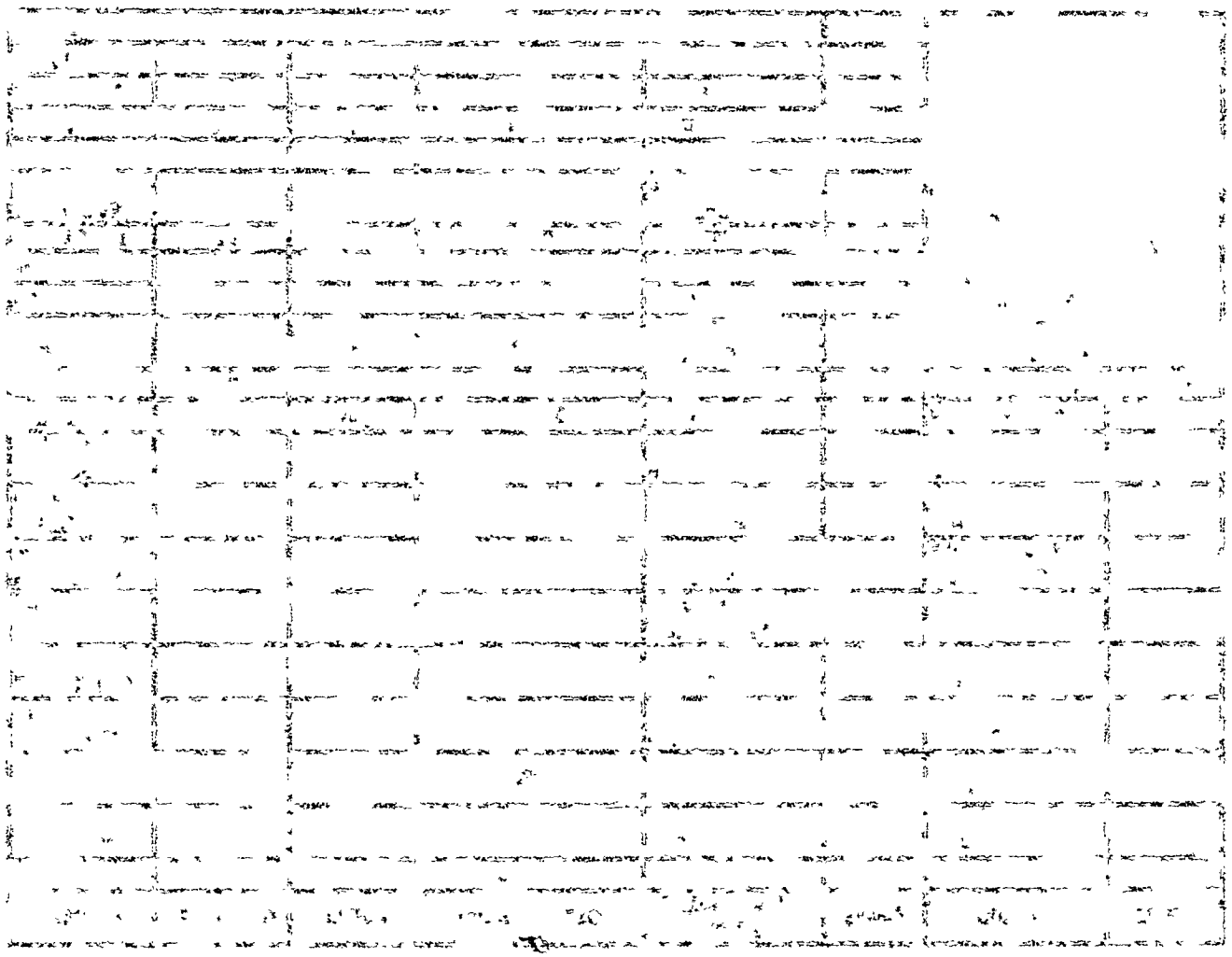
ANALITO	RESULTADO	UNIDAD	RANGO ADULTO	ALTERACIONES ERITROCITARIAS	Estado	POIQUILOCITOS	Estado
LEUCOCITOS	34,5	X 10^9/L	5.5-19.5	Anisocitosis		Equinocitos	
LINFOCITOS (absolutos)	24,2	X 10^9/L	0.8-7.0	Policromasia		Codocitos	
MONOCITOS (absolutos)	1,0	X 10^9/L	0.15-1.9	aglutinación		Acantocitos	
NEUTROFILOS (absolutos)	8,6	X 10^9/L	2-15.0	rouleaux		Esquinocitos	
EOSINOFILOS (absolutos)	0,7	X 10^9/L	0.1-1.25	Rubricitos		Queratocito	
LINFOCITOS (relativos)	70	%	27-63	MORFOLOGIA LEUCOCITOS		excentrocito	
MONOCITOS (relativos)	3	%	2-10	Neu. Tóxicos		INCLUSIONES ERITROCTIARIAS	
NEUTROFILOS (relativos)	25	%	45-64	Neu. Bandas		C. Heinz	
EOSINOFILOS (relativos)	2	%	2-8	Hipersegmentados		C. Howeel Jolly	
ERITROCITOS	8,8	X 10^{12}/L	4.59-10.0	Lin. reactivos	Leve	Punteo Basófilico	
HEMOGLOBINA	15,2	g/dL	9.3-15.3	Lin. atípicos		ALTERACIONES HALLADAS	
CHCM	33,9	g/dL	32-36	MORFOLOGIA PLAQUETARIA		PLASMA NORMAL ERITROCITOS Y LEUCOCITOS NORMALES EN FORMA Y TAMAÑO-TROMBOCITOPENIA-LEUCOCITOSIS-LINFOCITOSIS ABSOLUTA-RELATUIVA-NEUTROPENIA RELATIVA- **SOSPECHOSO A HEMOPARASITOS**	
HCM	20,6	Pg	13-21	Macro plaquetas			
VCM	50,8	Fl	39-55	Micro plaquetas			
HEMATOCRITO	37,1	%	28-45	Agregados:			
PLAQUETAS	195	344	300-596	ARTEFACTOS PLASMA			
PROTEINAS	7	g/dl	5.6-7.6	Micro coágulos			
ALBUMINA	3,4	g/dl	2.5-3.5	Coágulos			
GLOBULINAS	3,6	g/dl	2.9-4.1	Lipemia			
ALB/GLO	0,9	/	0.7-1.13	Ictericia			
N/O (no				hemolisis			

Mayra Rocío Martínez R.
M.V. Esp. Lab. Clínico Veterinario
UDCA TP. 27864

Mayra Rocio Martinez Rojas

Médico veterinario. Esp Lab clínico veterinario

UDCA. TP 27864



ZOOVET JB S.A.S.
N.I.T. No. 901.427.461 – 4
Calle 3 No. 38 B – 29 / Cra 71D No 12ª 92
Contacto 3165798020 / 314454538
Bogotá D.C

Formato No. 008	**AUTORIZACIÓN DE SEDACIÓN Y/O ANESTESIA** Creado con base al Código de Ética para el ejercicio profesional de la medicina veterinaria y zootecnia, Ley 576 DE 2000

DATOS PROPIETARIO Y/O TENEDOR DE LA MASCOTA

Nombre: Candelaria Romero identificación C.C. ☑ C.E. ☐ 64476703

Dirección: Cra 27 # 1B 52 Sta Isabel. Teléfono Fijo

Teléfono Móvil 3142668040

Email

De conformidad y en cumplimiento con lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y su Decreto Reglamentario 1377 de 2013, sobre Ley de Tratamiento y Protección de Datos, ZOOVET JB S.A.S., almacena y recolecta datos personales, requiere obtener de manera libre, previa expresa, voluntaria y debidamente informada, recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, dar tratamiento, actualizar y disponer de los datos que han sido suministrados y que se ha incorporado en distintas bases o bancos de datos o en repositorios electrónicos de todo tipo dentro de la compañía ZOOVET JB S.A.S.. Se informa de igual forma que sus datos han sido incorporados a un fichero automatizado con la finalidad de prestar y ofrecer los servicios de ZOOVET JB S.A.S. Los Datos recogidos son almacenados bajo la confidencialidad y las medidas de seguridad legalmente establecidas y no serán cedidos, ni compartidos con empresas, ni entidades ajenas a ZOOVET JB S.A.S. Igualmente deseamos infórmale que podrá ejercer los derechos que le asisten en cualquier momento según la Ley 1581 de 2012.

DATOS MASCOTA

Nombre Mascota: Júpiter.

Especie Mascota: Felino Color Mascota: Barcino

Edad Mascota: 4 años Sexo Mascota: Macho Raza Mascota: Mestizo

TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTO

El PROPIETARIO Y/O TENEDOR DE LA MASCOTA manifiesta de forma libre, espontanea con total capacidad y consentimiento, que ha recibido y entendido de manera amplia y comprensible la información sobre el procedimiento que se llevara a cabo con la mascota relacionada, y autorizo expresamente a ZOOVET JB CLINICA VETERINARIA NIT. 901427461-4, para que le realice el (o los) siguiente (s) procedimiento (s):

Sedación para ecografía abdominal

ZOOVET JB S.A.S.
N.I.T. No. 901.427.461 – 4
Calle 3 No. 38 B – 29 / Cra 71D No 12ª 92
Contacto 3165798020 / 314454538
Bogotá D.C

ZOOVET JB S.A.S.
N.I.T. No. 901.427.461 – 4
Calle 3 No. 38 B – 29 / Cra 71D No 12ª 92
Contacto 3165798020 / 314454538
Bogotá D.C

DECLARACIONES Y MANIFESTACIONES

El PROPIETARIO Y/O TENEDOR DE LA MASCOTA declara y/o manifiesta que le han explicado de forma amplia y comprensible el procedimiento médico de sedación y/o anestesia, o el tratamiento alternativo a que haya lugar a favor de su mascota. Así mismo, que no ha omitido o alterado datos del historial y antecedentes médicos clínicos o quirúrgicos de la mascota en mención pues dicho ocultamiento de información podría hacer incurrir en error al profesional adscrito en la sociedad ZOOVET JB S.A.S. trayendo consigo riesgos de aplicar tratamientos inadecuados conllevando a empeorar su diagnóstico o la muerte de la mascota.
No obstante, el PROPIETARIO Y/O TENEDOR DE LA MASCOTA declara y/o manifiesta que, dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar existe un cierto grado de riesgo como apnea, depresión cardiorrespiratoria, inmunosupresión, hipotensión, hipotermia, alteraciones vasculares, reacciones alérgicas derivadas de la anestesia o de medicamentos instaurados como parte del tratamiento médico.

El PROPIETARIO Y/O TENEDOR DE LA MASCOTA reconoce que, durante el transcurso del tratamiento médico anestesia o sedación, pueden presentarse condiciones imprevistas que requieran métodos diferentes o adicionales a los propuestos inicuamente, por lo tanto, autorizo en forma libre, plena, espontanea, formal, expresa con total consentimiento y capacidad a la sociedad ZOOVET JB S.A.S. para realizar las intervenciones que considere necesarios en procura del bienestar de la mascota relacionada.

Por otro lado, el PROPIETARIO Y/O TENEDOR DE LA MASCOTA acepta que, para fines médicos, científicos, o educativos sea filmado o fotografiado el procedimiento.

Con base a lo anterior, el PROPIETARIO Y/O TENEDOR DE LA MASCOTA acepta de forma expresa que para retirar la mascota deberá cancelar la totalidad de los costos de: hospitalización, cirujano, material quirúrgico, anestesia, pruebas de laboratorio, exámenes, transporte y demás cargos derivados de la cirugía o tratamientos realizados a la mascota.

De esta forma, las partes aquí descritas aceptan que el presente documento junto con la correspondiente factura de venta prestará merito ejecutivo, renunciando expresamente a cualquier requerimiento judicial o extrajudicial para ser constituido en mora, conforme a lo descrito en el artículo 422 del Código General del Proceso.

El PROPIETARIO Y/O TENEDOR DE LA MASCOTA acepta voluntariamente que la sociedad ZOOVET JB S.A.S., no se hace responsable de la mascota en caso de extravío, incapacidad o muerte de la misma en ningún evento, y consiguiente por eventos ocasionados, tales como fuerza mayor, caso fortuito, tratamiento, cirugía o cualquier clase de accidente impredecible que se presente.

De la misma forma acepto y autorizo a ZOOVET JB S.A.S., para que una vez transcurridos tres (03) días posteriores al aviso para la entrega de la mascota y esta no se haya retirado, considere este hecho como abandono de la misma y disponga de ella según las normas colombianas sobre el asunto (Leyes 1774 de 2016, 84 de 1989, 5 de 1989 y otras concordantes con la jurisprudencia). En consecuencia, lo anterior no exonera al propietario o autorizado de cancelar los servicios o suministros facturados.

Autorizo expresa e inequívocamente a ZOOVET JB CLINICA VETERINARIA NIT. 901427461-4 para que publique de diversas maneras, imágenes y videos de mi mascota y todo lo relacionado a su tratamiento médico quirúrgico entre otros.

En señal de aceptación, suscribo el presente consentimiento a los Catorce (14) días del mes de Marzo de 2025

ZOOVET

Nombre y firma del empleado responsable
Cargo

Nombre PROPIETARIO Y/O TENEDOR DE LA MASCOTA y firma
Cédula de ciudadanía

Se adiunta fotocopia del documento de identificación de la persona que autoriza.

ZOOVET JB S.A.S.
N.I.T. No. 901.427.461 – 4
Calle 3 No. 38 B – 29 / Cra 71D No 12ª 92
Contacto 3165798020 / 314454538
Bogotá D.C

REPORTE ECOGRAFICO PACIENTE
ALCALDIA MÁRTIRES

MASCOTA	**JUPITER**	**Hc: A. Mártires**	**ESPECIE**	Felina	
RAZA	A.P.C	**Peso:** 4 kg	**SEXO**	Macho	
EDAD	+/- 4 años	**PROPIETARIO**	alcaldía mártires	**FECHA:** 14/03/25	

ANAMNESIS:

Paciente ingresa a servicio de ecografía abdominal, por solicitud directa de profesional a cargo, (alcaldía de mártires), donde se reporta presencia de masa en región ventral del abdomen de la cual se sospecha que sea al parecer, hernia en esa área, Sin más datos específicos del paciente se realiza valoración.

Paciente inconsciente, (sedado).

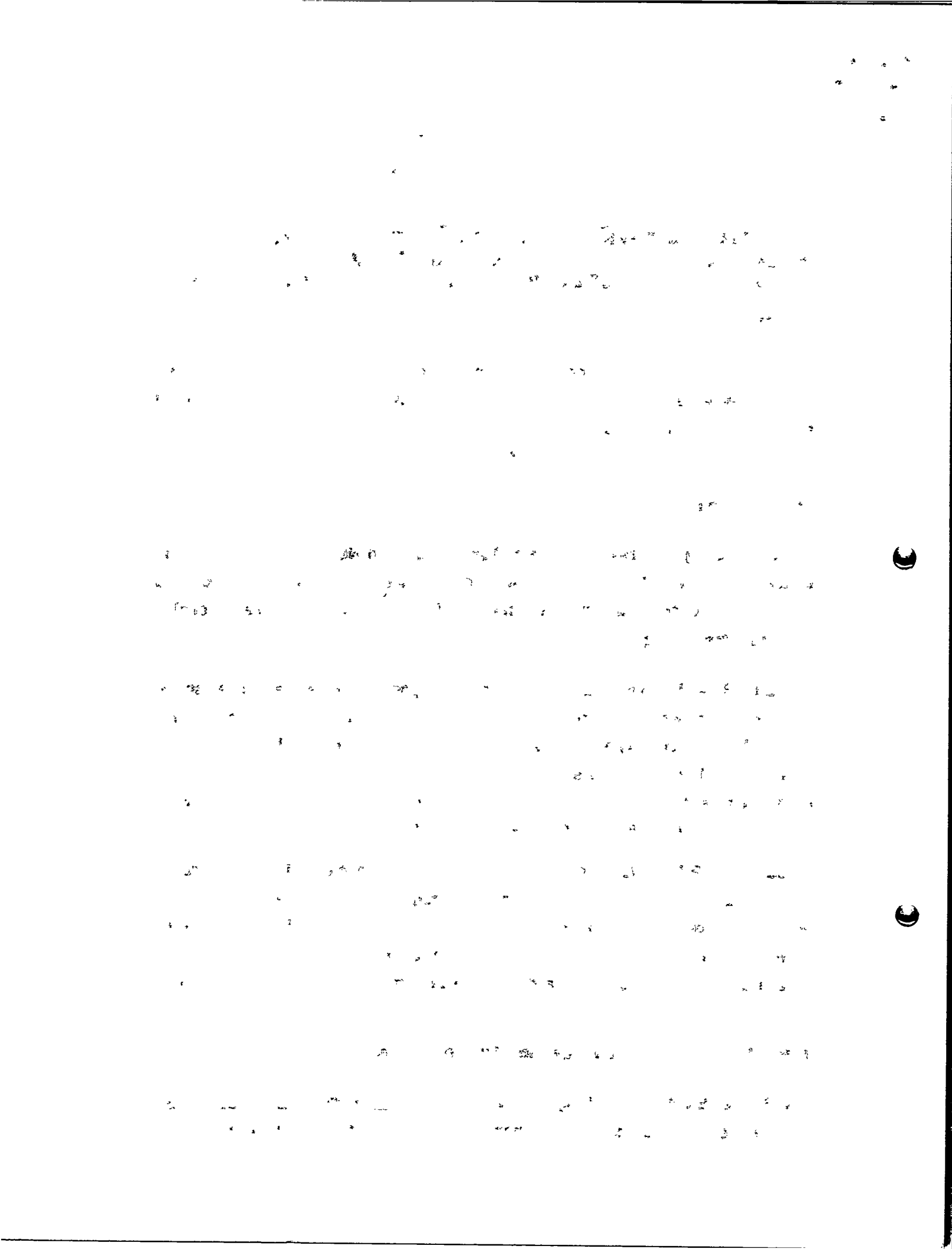
Se realiza ecografía abdominal control con equipo VINNO D1 VET portátil, con transductor lineal 4.0 – 10 MHz y microconvex 5.0 - 11.o MHz, en modalidad harmónico, en decúbito dorsal, y decúbito lateral derecho e izquierdo y se evidencian los siguientes hallazgos:

VEJIGA URINARIA Y URETRA: Localizado en el hipogastrio, pared vesical de aspecto estratificado y superficie lisa, trilaminar con un grosor promedio de 0.08 cm de diámetro; **moderado** contenido de tipo anecoico, con presencia de leve de contenido hiperecogénico en su lumen, el cual no genera sombra acústica; cuello vesical de aspecto aparentemente usual, uretra abdominal con grosor de pared promedio de 0.07 cm. Grosor de pared vesical **mínima**:2,3 (desv. 0,43) **leve** 1,6 (desv. 0,29) **moderada** 1,4 (desv.0,28)). ref. Atlas ecografías Penninck D. 2 ED. 2015.

COLON DESCENDENTE: Patrón de contenido fecal moderado durante su recorrido, se evidencia de sombra acústica sucia compatible con gas reverberante en dicha zona, estratificación de pared normal en esta región, hiperecogénica, de hasta 0,11 cm de diámetro. Se reporta en colon transverso al igual contenido mínimo fecal aparente y estratificación aparentemente normal de 0,09 cm de diámetro. (medida promedio para gato: 0,15 cm ref. Atlas ecografías Penninck D. 2 ED. 2015)

TESTICULOS: Ausentes, no evaluados durante el examen.

RIÑON IZQUIERDO: De morfología ovoide; contornos de superficie levemente irregular, capsula de espesor y aspecto aparentemente usual, ecogenicidad isoecoico al parénquima



REPORTE ECOGRAFICO PACIENTE
ALCALDIA MÁRTIRES

esplénico, diferenciación cortico medular se evidencia poco definida mas aun se logra identificar conservada, bordes marcados poco regulares; irrigación al efecto Doppler a nivel de la misma área se evidencia disminuido; se evidencia hiperecogenicidad marcada en seno a nivel medial, sin evidencia de contenido liquido a su alrededor, tamaño acorde a la especie de 4,31 cm x 2,35 cm de diámetro y corteza de 0,39 cm. En corte transversal se evalúa pelvis renal sin cambio especifico aparente. (Tamaño esperado en gatos de 3,0 cm – 4,3 cm; fuente Dr. Carlos Núñez Esp. Ultrasonografía diagnostica en p/e FCU/UBA.)

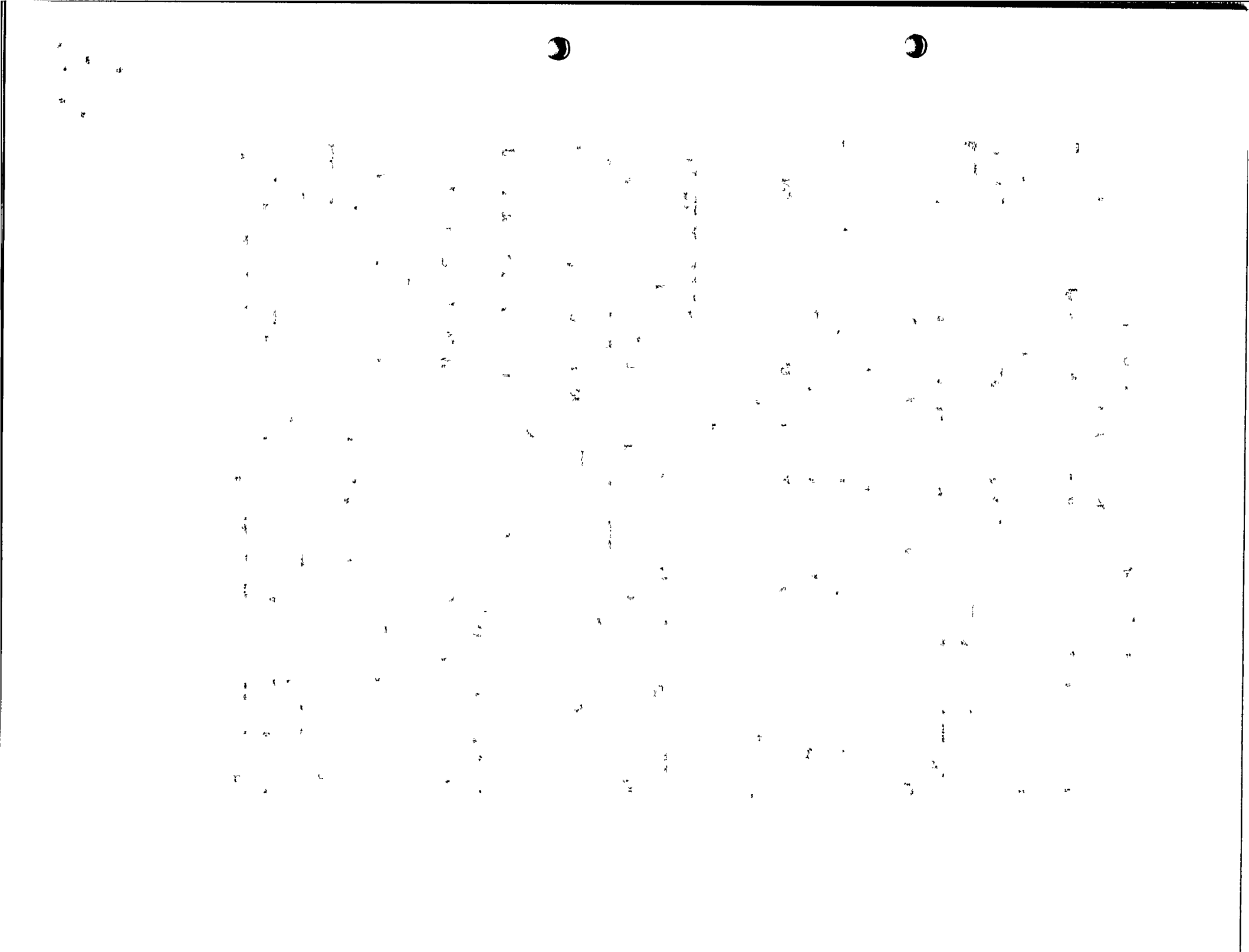
GLANDULA ADRENAL IZQUIERDA: Forma y posición dentro de parámetros de referencia, contornos moderadamente lisos, hipoecoico al tejido circundante, ecotextura aparentemente conservada, ancho de polo craneal 0.43 cm, ancho de polo caudal 0.38 cm. (medida promedio para gato: 0,35 – 0,45 cm ref. Atlas ecografías Penninck D. 2 ED. 2015)

BAZO: Localizado en flanco izquierdo, bordes moderadamente irregulares, redondeados, parénquima de ecotextura hipoecoica homogénea, parénquima isoecoico en comparativa con el parénquima hepático, patrón vascular aparentemente normal; grosor a nivel del hilio esplénico de 1,01 cm. En corte longitudinal se evidencia aumento de tamaño respecto a ubicación anatómica habitual. (Tamaño esperado en gatos hasta 1.5 cm a nivel del hilo esplénico; fuente Dr. Carlos Núñez Esp. Ultrasonografía diagnostica en p/e FCU/UBA.)

PANCREAS: *Rama Izquierda:* Posición en parámetros de referencia aparente, grosor en parénquima dentro del promedio para la especie pues su diámetro oscila en 0,47 cm. Forma no alterada, isoecoico respecto a tejidos circundantes; Conducto pancreático con distancia en su lumen normal de tamaño pues su diámetro es de 0,10 cm. (medida promedio para gato: 0,58 cm y conducto pancreático de 0,10 cm ref. Atlas ecografías Penninck D. 2 ED. 2015)

Rama Derecha: posición en parámetros de referencia, forma no alterada aparente, ecotextura no modificada, isoecoico a tejidos circundantes, grosor en parénquima aumentado para este examen o por encima del promedio para la especie de 0,67 cm, se evidencia conducto pancreático aumentado de tamaño con distancia en su lumen de 0,17 cm. (medida promedio para gato: 0,44 cm y conducto pancreático de 0,10 cm, ref. Atlas ecografías Penninck D. 2 ED. 2015)

ESTÓMAGO: Con ubicación normal a nivel de epigastrio, se evidencia mínima distensión, normomotil. *Antro:* Patrón de contenido mucoso y gaseoso, pared con estratificación normal, con tamaño dentro de rangos para la especie, hiperecogénica visible de 0,31 cm



REPORTE ECOGRAFICO PACIENTE
ALCALDIA MÁRTIRES

de grosor. *Fundus:* Patrón de contenido mucoso, y gaseoso, pared visible con mínima reacción hiperecogénica, forma regular con diámetro promedio de hasta 0,22 cm de grosor. (medida promedio para gato: 0,20 – 0,40 cm ref. Atlas ecografías Penninck D. 2 ED. 2015)

HÍGADO: Densidad de parénquima granular levemente heterogéneo, en región *derecha, central e izquierda,* lóbulos con contornos lisos y bordes ahusados, hiperecogénico en relación al bazo e hiperecoico y en relación con el parénquima renal. Ramificación vascular de aspecto mínimamente alterado a nivel de venas hepáticas. sin evidencia de masas y cambios en su ecogenicidad especifica que sugiere presencia de estas en todo su contorno.

VESÍCULA BILIAR: Forma piriforme, contorno medianamente regular y pared hiperecogénica levemente rugosa a parecer edematizada de espesor de 0,10 cm además de efecto de doble pared. se evidencia contenido de aspecto anecoico en moderada cantidad; sin evidencia contenido en su interior compatible con barro biliar. Conducto cistico evaluable con diámetro normal en su lumen durante su recorrido que referencia dimensión promedio de 0,15 cm; reacción hiperecogénica moderada alrededor de su recorrido en el parénquima hepático. Volumen evaluado al momento del examen de 2,45 cm3 (Tamaño esperado en gatos de hasta 0,10 cm en su pared; fuente Dr. Carlos Núñez Esp. Ultrasonografía diagnostica en p/e FCU/UBA.)

RIÑON DERECHO: Forma ovalada, contornos de superficie lisa regular, capsula de espesor y aspecto usual, ecogenicidad isoecoico al parénquima esplénico, se evidencia diferenciación cortico medular poco definida más aún se logra observar conservada; bordes levemente irregulares, sin evidencia de contenido liquido de aspecto hipoecoico a su alrededor, irrigación al efecto Doppler a nivel del seno renal disminuido; tamaño dentro según rangos de referencia para la especie de 4,41 cm x 2,60 cm y corteza de 0,37 cm. En corte transversal se evidencia la pelvis renal aparentemente normal. (Tamaño esperado en gatos de 3 cm – 4.3 cm; fuente Dr. Carlos Núñez Esp. Ultrasonografía diagnostica en p/e FCU/UBA.)

GLÁNDULA ADRENAL DERECHA: Forma y posición dentro de parámetros de referencia, contornos aparentemente lisos, hipoecoico al tejido circundante, ecotextura aparentemente conservada, ancho de polo craneal de 0.38 cm, ancho de polo caudal 0,36 cm. (medida promedio para gato: 0,35 – 0,45 cm ref. Atlas ecografías Penninck D. 2 ED. 2015)

INTESTINO DELGADO; Duodeno: posición en parámetros de referencia, patrón de contenido digestivo, mucoso y gaseoso, normomotilidad aparente, pared examinada

REPORTE ECOGRAFICO PACIENTE
ALCALDIA MÁRTIRES

estratificada mínimamente alterada, con diámetro en promedio en sus capas aumentado durante su recorrido de hasta 0,33 cm. (medida promedio para gato: 0,22 cm ref. Atlas ecografías Penninck D. 2 ED. 2015)

Yeyuno: Ubicado en mesogastrio, patrón de contenido mucoso, gaseoso aparente, normomotilidad observada, pared examinada estratificada mínimamente alterada, se evidencia mínimo corrugamiento en sus capas externas; tamaño en sus capas aumentada de 0,32 cm de diámetro; se realiza medición especifica de cada una de sus capas donde se evalúan: mucosa: 0,17 cm submucosa: 0,08 cm muscular: 0,08 cm y serosa: 0,07 cm (medida promedio para gato: 0,22 cm ref. Atlas ecografías Penninck D. 2 ED. 2015)

Íleon: Ubicado en mesogastrio, patrón de contenido mucoso, gaseoso aparente, normotilidad moderada, pared examinada con alteraciones mínimas en su estratificación, grosor en sus capas promedio aumentado de hasta 0.39 cm. (medida promedio para gato: 0,22 cm ref. Atlas ecografías Penninck D. 2 ED. 2015)

LINFONODOS: yeyunal: Morfología aparentemente normal y ecotextura hipoecoico en relación al tejido circundante, aparentemente reactivo de 1,73 cm x 0,40 cm de diámetro.

NOTA: A nivel de mesogastrio derecho externa al abdomen, se logra evidenciar una estructura de forma irregular de ecogenicidad mixta, capa externa hiperecogénica la cual no responde de manera importante respecto al efecto Doppler; su tamaño promedio es de 1,03 cm x 0,13 cm de diámetro. Sin compromiso aparente con asas intestinales lo cual descarta la posibilidad aparente de hernia abdominal a nivel de esa área.

No se evidencia contenido líquido en ninguno de sus cuatro cuadrantes; de aspecto anecoico. A- FAST (**NEGATIVO**).

OPINION ECOGRÁFICA:

Los hallazgos ecográficos en Páncreas, sugieren:

- Pancreatitis aguda
- Hiperplasia fisiológica

REPORTE ECOGRAFICO PACIENTE
ALCALDIA MÁRTIRES

Los hallazgos ecográficos en Hígado, sugieren:

- Enfermedad hepatobiliar en curso
- Hepatitis por enfermedad de base
- Enfermedad viral

Los hallazgos ecográficos en Intestino delgado, sugieren:

- Proceso inflamatorio intestinal agudo de origen inespecífico
- Proceso degenerativo intestinal en curso
- Enteritis de origen por establecer (viral, bacteriano, protozoario, parasitario, similar)

Los hallazgos ecográficos en Vesícula biliar, sugieren:

- Colecistitis
- Colestasis

Los hallazgos ecográficos en Linfonodos regionales, sugieren:

- Enfermedad viral en progreso
- Proceso infeccioso
- Reacción inflamatoria regional

Los hallazgos ecográficos en Bazo, sugieren:

- Proceso infeccioso, viral, bacteriano

Los hallazgos ecográficos en Riñones, sugieren:

- Nefritis intersticial
- Glomerulonefritis
- Injuria renal
- Proceso degenerativo por enfermedad de base

REPORTE ECOGRAFICO PACIENTE
ALCALDIA MÁRTIRES

Los hallazgos ecográficos en Masa extra abdominal, sugieren:

- Tejido conectivo
- Lipoma
- Masa tumoral

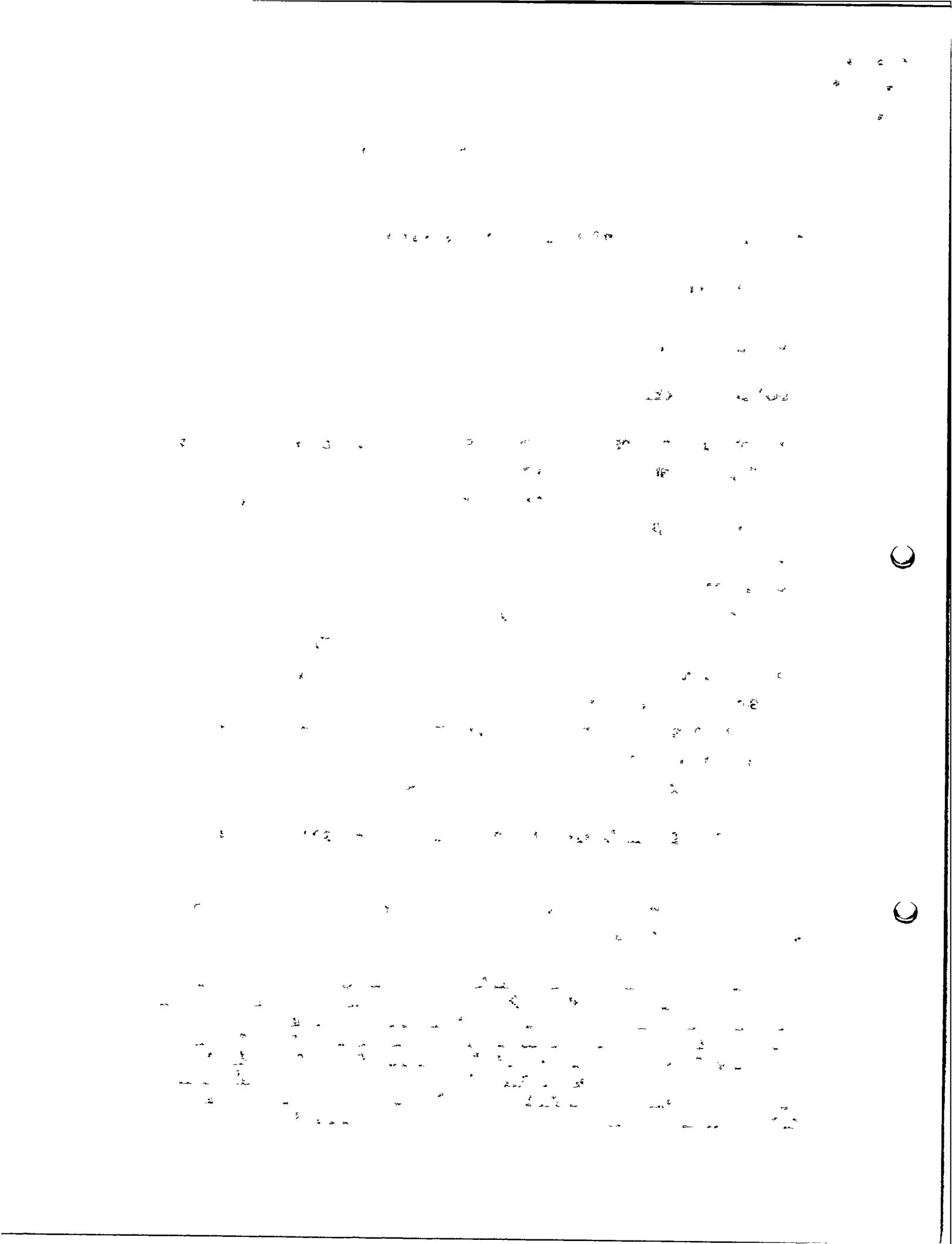
RECOMENDACIONES:

- Toma de exámenes complementarios (específicos) y control, según criterio propio de profesional tratante entre otros:
- Perfil general completo (frotis para hemoparásitos, transaminasas hepáticas, ácidos biliares, SDMA)
- Perfil viral felino: VIF, ViLeF, PIF
- Coproscópico
- Lipasa pancreática especifica felina
- Biopsia de masa bajo sedación por punción ecoguiada (PAF)
- Realizar lectura y análisis comparativo de exámenes, con reporte ecográfico y signos clínicos actuales del paciente
- Manejo terapéutico sintomático, y/o complemento de tratamiento actual sugerido por médico (a) tratante
- Ecografía control y de seguimiento en 1 a 2 meses o según evolución.

Nota: se subraya dentro de la descripción de cada órgano lo que se considera anormal.

Estas recomendaciones quedan sujetas a evaluación y toma de decisiones a criterio propio del médico (a) veterinario (a) tratante.

Las opiniones dadas se enlistan en orden de probabilidad según una apreciación subjetiva del ultrasonografista, fundamentada únicamente en las imágenes obtenidas en este examen, al momento que se realiza. Tenga en cuenta que los exámenes por imagen, son solo un apoyo diagnóstico y su importancia se basa en el análisis e interpretación que realice el médico (a) veterinario (a) tratante, teniendo en cuenta el cuadro clínico y otros exámenes realizados; por tanto, el ultrasonografista no se involucra en los procedimientos que realice el profesional tratante. La ecografía es un examen dinámico, los hallazgos acá reportados pueden tener cambios en la exploración ultrasonográfica en horas, días, semanas, meses o años después.



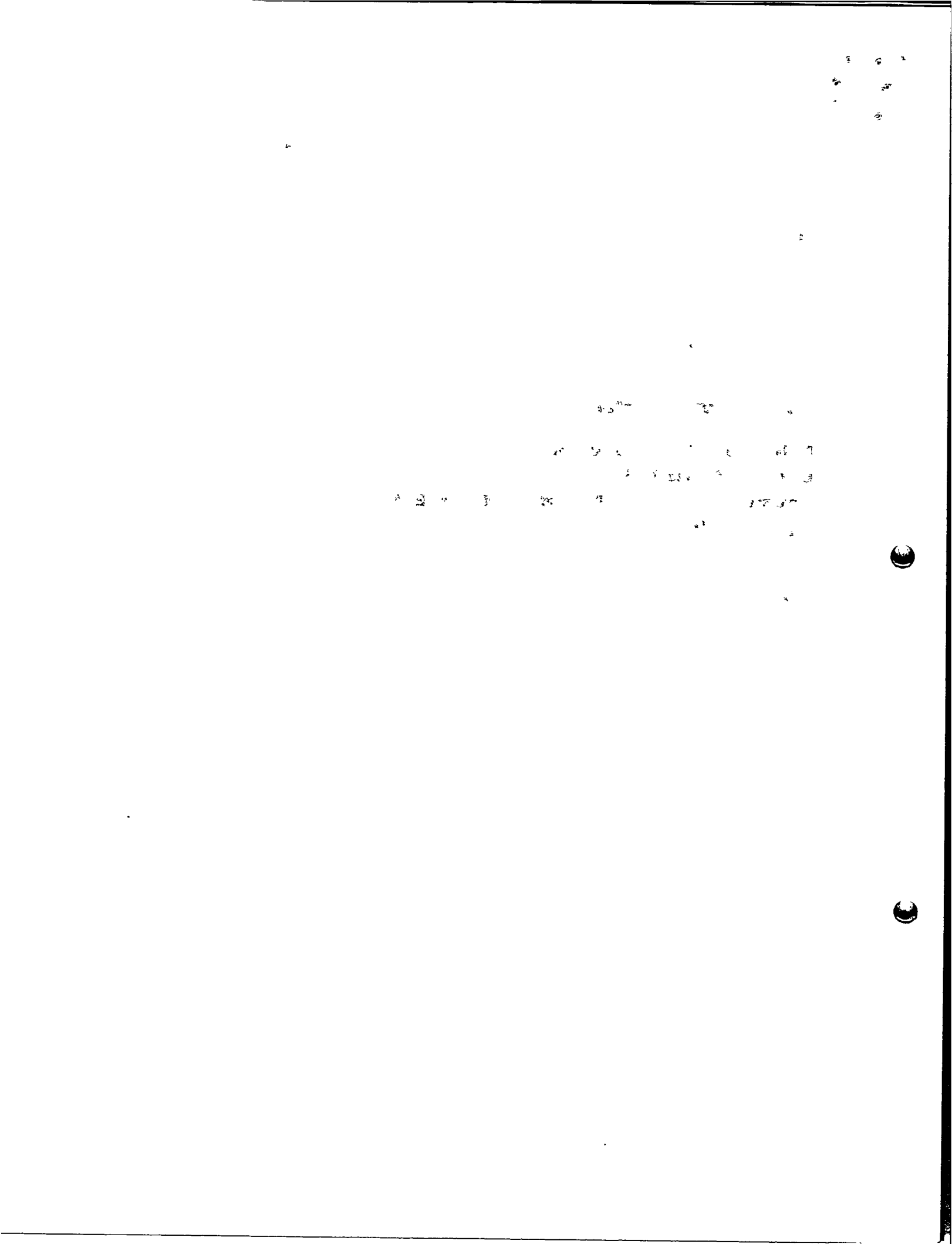
REPORTE ECOGRAFICO PACIENTE
ALCALDIA MÁRTIRES

Atte.

Dr. John Bernal Pacabaque

Médico Veterinario – T.P. 13503 Comvezcol.
Universidad Antonio Nariño
Diplomado Internacional de Ultrasonido en Veterinaria EIDM.
Registro: 7415 / enero 2024.

382



	ALCALDIA LOCAL DE LOS MARTIRES PROGRAMA DE URGENCIAS VETERINARIAS CPS-322-2024 **ENTREGA SATISFACTORIA DE MASCOTA**	

Yo Candelaria Romero Actuando en calidad de persona mayor de edad con C.C : 64476703. de Bogota. PROPETARIO Y/O RESPONSABLE de la Mascota con nombre y características descritas en este documento; por medio del presente escrito (de manera libre y espontánea, sin ninguna clase de presión) DECLARO recibir en buenas condiciones, después de los PROCEDIMIENTOS, TRATAMIENTOS, CIRUGIA (S) Y AYUDAS DIAGNOSTICAS REALIZADAS.

PACIENTE: Júpter
HISTORIA: Urg 19-2025
RAZA: Mestizo
ESPECIE: Felino
SEXO: Macho
EDAD: 4 años

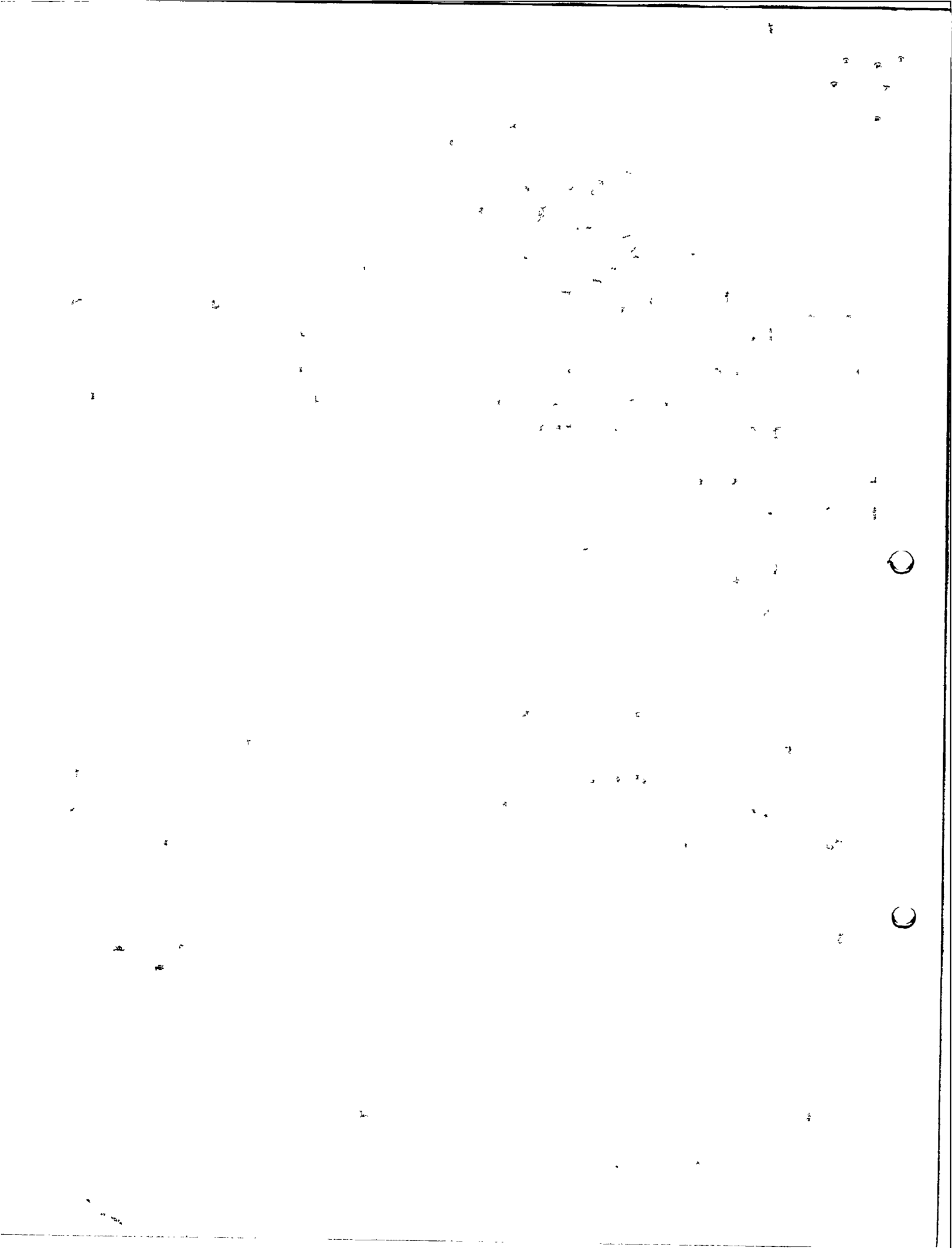
Me comprometo a abstenerme de realizar escritos, publicaciones en las redes sociales en la página WEB de la clínica, frente a opiniones personales ante las inconformidades, sin antes haber agotado los procedimientos internos y procesos de responsabilidad judicial en los que se hallan fallado a mi favor, ello atendiendo al Derecho Constitucional de la presunción de inocencia. Y en caso, de no cumplir con ello, tengo claro que puede llegar a responder por el pago de una indemnización de carácter económica por perjuicios causados.

Por ser un documento que contiene una obligación expresa, clara y exigible presta Mérito Ejecutivo.

Candelaria Romero
Propietario o persona autorizada
C.C 64476703
Tel 3142668040

Médico Veterinario
T.P 32268

383



FUNDACIÓN ECODES

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE LOS MÁRTIRES | BOGOTÁ

HOJA DE COSTOS INDIVIDUAL CPS 322 -2024

NOMBRE Juana — HISTORIA CLÍNICA Urg 15-2025.

Canino X — Hembra X — Raza : Pitbull

Felino _ — Macho _ — Peso: 40kg

N	Fecha	Pruebas / Procedimientos	COSTO	Clínica Operadora	Alcaldía Local.
1	07/03/25	Parcial de orina	54.980	Zoovet	Camila Aguilar MEDICO VETERINARIA UDCA TP 43597
1	07/03/25	Cultivo para selecciones con crecimiento de colonias, coloración de gram y antibiograma.	201.970.	Zoovet	Camila Aguilar MEDICO VETERINARIA UDCA TP 43597
1	07/03/25	Perfil tiroideo (T4 libre y T4 total, TSH)	134.360	Zoovet	Camila Aguilar MEDICO VETERINARIA UDCA TP 43597
1	07/03/25	Ecografía abdominal	271.590.	Zoovet	Camila Aguilar MEDICO VETERINARIA UDCA TP 43597
2	17/03/25	Radiografías talla grande. (<25kg) x2	559.840	Zoovet	Camila Aguilar MEDICO VETERINARIA UDCA TP 43597
TOTAL			$ 1'222.740		

384

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE GOBIERNO | ALCALDÍA LOCAL DE LOS MÁRTIRES | BOGOTÁ

HISTORIA CLINICA
N°15-2025

BASE DE DATOS PERSONAL DE LA ALCALDIA

FECHA: 07/03/2025		**MICROCHIP N°: SI**	
NOMBRE PACIENTE: **JUANA**	**ESPECIE**	**RAZA**	**EDAD:**
	CANINO: X	**CRIOLLO: con Pitbull**	**7 años**
	FELINO:	**OTRO:**	
COLOR: **BARCINO**	**SEXO**	**CASTRADO/ESTERILIZADA: SI**	
	MACHO	**GARRAPATAS: NO**	
	HEMBRA X	**PESO: 40 Kg**	
TUTOR: LIGIA ALEXANDRA HERNANDEZ MORALES		**N° DOCUMENTO: 52108100**	
CORREO ELECTRONICO: **lialexahermo@hotmail.com**		**CEL: 310 331 10 73**	

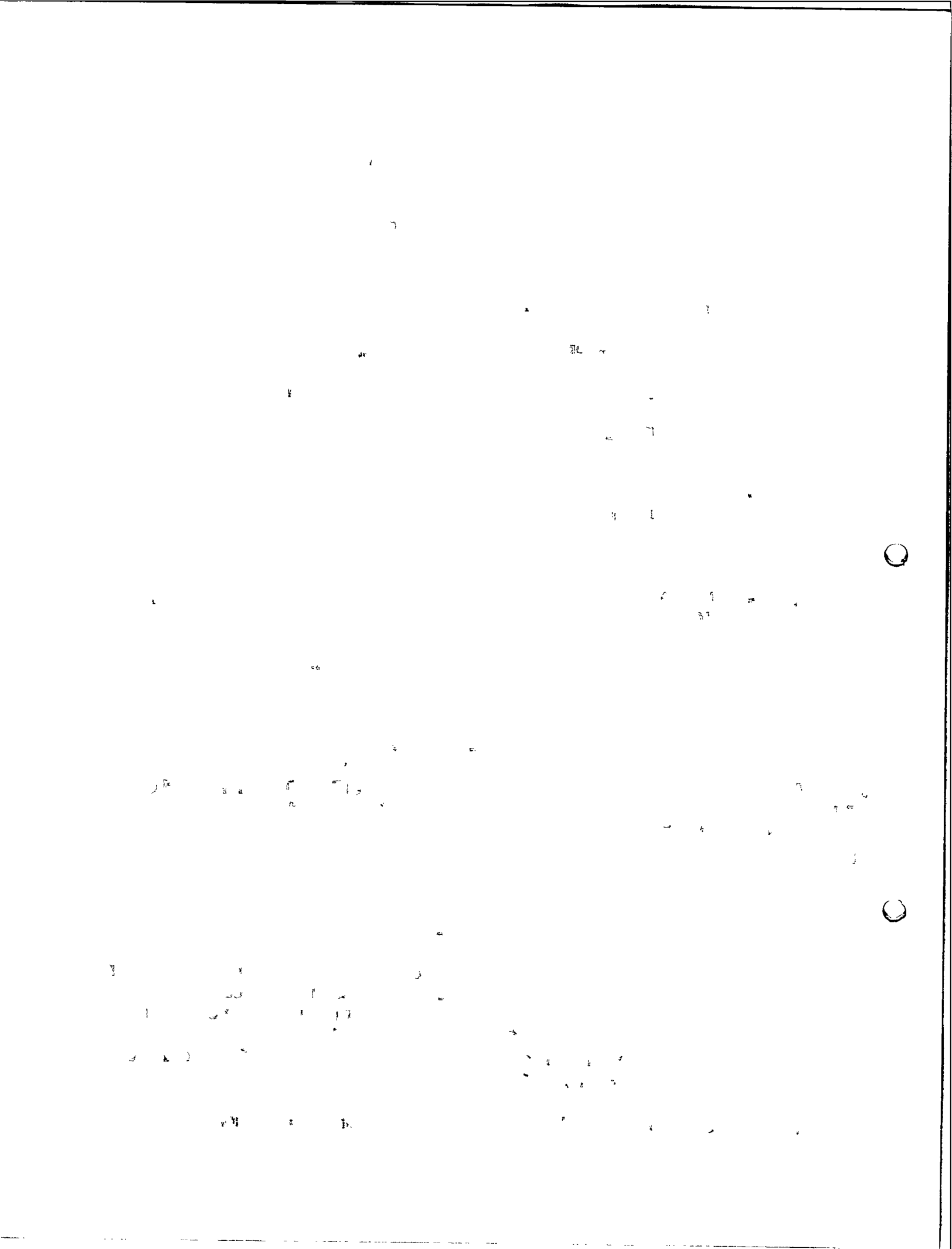
EXAMEN FÍSICO

VACUNACION: 10/FEB/2024 PENTAVALENTE ANTIRRABICA NO VIGENTE	**DESPARASITACION: Enero/2024 Galgocal Agosto/2024 Rondel**
ALIMENTACION: Ringo/sopas de hígado y proteínas	

ANTECEDENTES:

Problemas hepáticos hace 2 años. No se ha realizado exámenes de control desde esa época. Después de tto hepático la paciente no volvió a presentar antecedentes.
Problemas de otitis posiblemente por hongos. Ha presentado mejoría con el tto: Orenda limpiador otico BID * 15 dias. Gentax ótico crema BID * 15 días.
De forma preventiva se recomienda el uso de Condroprotectores, FOLREX susp oral: Administrar via oral 4 ml cada 24 horas durante tiempo indefinido.

paciente la cual presenta problemas dermatológicos según reporta la proteccionista.



ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE LOS MÁRTIRES | BOGOTÁ

REVISIÓN POR SISTEMAS

SISTEMA CARDIOVASCULAR. Hallazgos: SI___NOX

11 sep sin hallazgos

SISTEMA RESPIRATORIO. Hallazgos: SI___NOX

11sep sin hallazgos

SISTEMA NEUROLÓGICO. Hallazgos: SI___NOX

11/sep sin hallazgos

SISTEMA GASTROINTESTINAL. Hallazgos: SI___NOX

11/sep sin hallazgos

SISTEMA RENAL Y GENITO-URINARIO. Hallazgos: SIX NO_____

11/sep hematuria

PIEL Y MUCOSAS. Hallazgos: SIX NO_____

11/sep/24 dermatitis atópica generalizada, cayos en ambos miembros anteriores en la articulación del codo con secreción sanguinolenta, pododermatitis en ambos MA

SISTEMA OSTEOMUSCULAR. Hallazgos: SIX NO_____

Dolor moderado a la extensión del codo MAD. Dx presuntivo EDA en codo.

ORGANOS DE LOS SENTIDOS. Hallazgos: SIX NO_____

NL. POPLITEOS REACTIVOS. Lesiones de descamación en pabellón auricular derecha, olor fetido moderado. Dx presuntivo Otitis fúngica

11/sep/24 otitis crónica, secreción en el canal auditivo malassezia

DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES
DERMATITIAS ATÓPICA
DERMATITIS NUTRICIONAL
DERMATITIS CAUSAS HORMONALES

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MÁRTIRES | BOGOTÁ

HISTORIA CLINICA
N° 15-2025

HOJA DE MEDICACION

BIOLOGICOS	
Caninos	**Felinos**
Pentavalente ☐ Tos de las Perreras ☐ Parvovirus+Moquillo ☐ Otra: _____	Triple Viral ☐ Leucemia Felina ☐ Otra: _____

MEDICAMENTOS

Endoparacitida: SI____ NO____ **Producto:** Galgocal 200____ 600____ #_____

Ectoparasitida: SI____ NO____ **Producto:** Pulfen _____ml

OTRO: Dar via oral 4 gotas de vitamina C cada 12 horas durante 7 dias _____

Observaciones Médico veterinario:

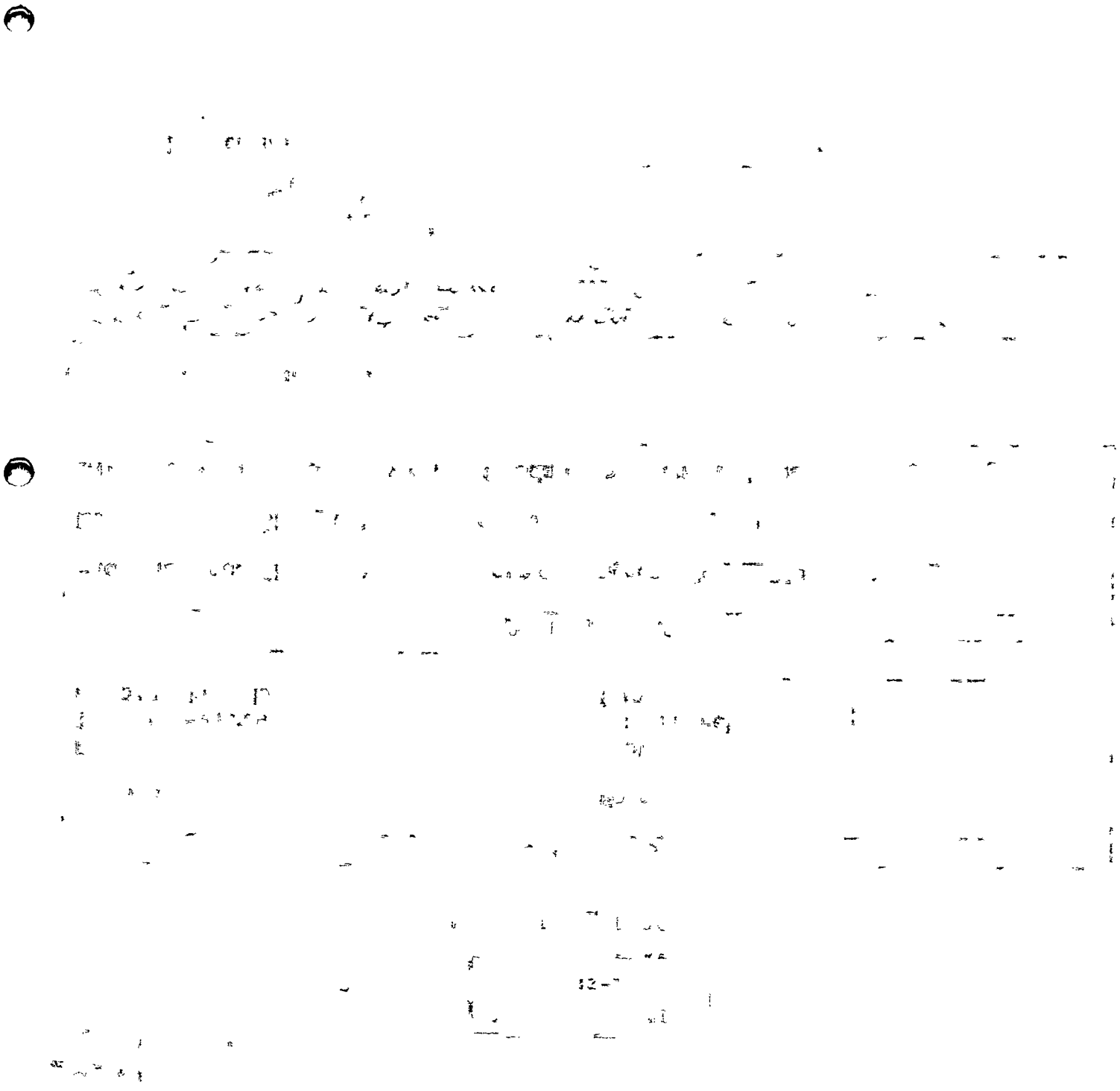
Paciente es remitida a clinica operadora para realizar examenes de tiroides, secreción de origen otico, ecografia abdominal Rx de torax y parcial de orina

Camila Aguilar
MEDICO VETERINARIA
UDCA TP 43597

Médico Veterinario/Matricula Profesional

Firma y Cédula Propietario

388



FUNDACIÓN ECODES

LOS MÁRTIRES | BOGOTÁ

Fecha: 4 marzo 2025 — Urg 15-2025.

Descripción de la solicitud: Ecografía abdominal, perfil tiroideo, cultivo secreciones y parcial de orina.

Canino [X] Felino [ ]	Macho [ ] Hembra [X]	Nombre: Juana	Microchip: Si.
Edad: 8 AÑOS	Color: Bicolor	Raza: Pitbull	
Dirección: Cra 15B #4 42 Piso 1	Barrio: Eduardo Santos	Localidad: Mártires	

Observaciones

Problemas dermatologicos, patas peladas e inflamadas, aceite de naranja en la piel y hace 8 días, a la palpación la doctora que la revisó sintió tiroides inflamada, tiene otitis recurrente hace 4 meses la ha tratado pero vuelve, orina con sangre hace 1 año, han probado con antibióticos (cefalexina, marboquín y enrofloxacina). Come muy bien, defeca bien. Cuando le aplicaron la vacuna pentavalente estuvo muy "mocosa" y luego ya se le resecó la nariz. Solicitan exámenes para origen de otitis, ecografía abdominal por hematuria y sospecha de tiroides.

Imagen:

Conductor:	Vehículo:	Destino:

DATOS DEL SOLICITANTE Y/O TESTIGO

Nombre: Alexandra Hernandez	N.º Documento: 52108100	Teléfono: 3103311073.

CONTRATO N°: 322 de 2024 | **Nombre del operador: FUNDACION ECODES**

Como ciudadano declaro que el canino y/o felino referenciado no es de mi propiedad, por lo tanto, la alcaldía local de los Mártires, será el responsable de atenderlo y custodiarlo.

Se hace entrega del paciente al OPERADOR del Servicio, para su respectiva valoración, atención y demás procedimientos de acuerdo con el anexo técnico y demás documentos integrales que hacen parte del contrato vigente entre las dos partes.

CIUDADANO / TESTIGO	VETERINARIO OPERADOR	ALCALDÍA
NOMBRE: Alexandra Hernandez	NOMBRE: Jennifer Ochoa	NOMBRE: Camila Aguilar
CC. 52108100 Bta	T.P 32268	T.P 43597
FIRMA	FIRMA	FIRMA

Camila Aguilar
MEDICO VETERINARIA
UDCA T.P 43597

REPORTE DE LABORATORIO
ZOOVET CLÍNICA VETERINARIA

NOMBRE	: JUANA	3072500304436
ESPECIE	: Canino	MARZO-07-2025
RAZA	: PITBULL	Adulto
SEXO	: Hembra	ALCALDIA MARTIRES
EDAD	: 8 AÑOS	MV TURNO

EXÁMEN FÍSICO — **CANINO**

Parámetro	Resultados	Valores Referencia
COLOR:	AMARILLO	——
OLOR:	SG	S.G.
APARIENCIA:	LIG TURBIO	LIMPIDO
GRAVEDAD ESPECIFICA:	1022	1015-1030
ESPUMA:	NEGATIVO	NEGATIVO
pH:	7	5,5-7

EXÁMEN QUÍMICO

SANGRE	NEGATIVO	NEGATIVO
BILIRRUBINA	NEGATIVO	NEGATIVO
UROBILINOGENO	NEGATIVO	NORMAL
CETONAS	NEGATIVO	NEGATIVO
PROTEINAS	1+(0,13g/L)	NEGATIVO
NITRITOS	NEGATIVO	NEGATIVO
GLUCOSA	NEGATIVO	< 40 mg/dL
LEUCOCITOS	NEGATIVO	NEGATIVO

SEDIMENTO URINARIO

CELULAS	EPIT PLANAS 0-1 X CAMPO	NEGATIVO
CILINDROS	NEGATIVO	NEGATIVO
CRISTALES	NEGATIVO	NEGATIVO
URATOS AMORFOS	NEGATIVO	NEGATIVO
FOSFATOS AMORFOS	NEGATIVO	NEGATIVO
PIGMENTOS BILIARES	NEGATIVO	NEGATIVO
GRASAS	NEGATIVO	NEGATIVO
LEUCOCITOS	NEGATIVO	NEGATIVO
ERITROCITOS	NEGATIVO	NEGATIVO
BACTERIAS	NEGATIVO	NEGATIVO
MOCO	NEGATIVO	NEGATIVO
ESPERMATOZOIDES	NEGATIVO	NEGATIVO

Mayra Rocío Martínez Rojas
Médico veterinario. Esp Lab clínico veterinario
UDCA. TP 27864

RTE DE LABORATORIO
ZOOVET CLINICA VETERINA

FECHA: 03-08-2025	**CONSECUTIVO:** 03082500304436		
NOMBRE: JUANA	**RAZA: PITBULL**	**EDAD:** 8 AÑOS	**SEXO: H**
PROPIETARIO: ALCALDIA MARTIRES	**MV REMITENTE: MV TURNO**		

TECNICA ELISA ENZIMATICA MICROPLACA

Parámetro	Valor	Valores Referencia
T4 LIBRE CANINO	1.66	0.75 - 3.60ng/dL
TSH	0.437	0.00-0,592 UI/mL

SUERO NORMAL

INTERPRETACION

T4 LIBRE	INTERPRETACION
T4 libre sobre 1 ng/dL	Paciente Eutiroideo
0.75 ng/dL – 1 ng/dL	Zona Gris / Posible Hipotiroideo
< 0.75 ng/dL	Hipotiroideo

Mayra Rocio Martinez R.
M.V. Esp Lab Clinico Veterinario
UDCA TP 27864

Mayra Rocío Martínez Rojas
Médico veterinario. Esp Lab clínico veterinario
UDCA. TP 27864

REPORTE ECOGRAFICO PACIENTE
ALCALDIA MÁRTIRES

MASCOTA	**JUANA**	**Hc: A. Mártires**		**ESPECIE**	Canina
RAZA	Mestiza	**Peso:** 40 kg		**SEXO**	Hembra p/e
EDAD	+/- 7 años	**PROPIETARIO**	alcaldía mártires		**FECHA:** 07/03/25

ANAMNESIS:

Paciente ingresa a servicio de ecografía abdominal, por solicitud directa de profesional a cargo, (alcaldía de mártires y tutora), donde se reporta antecedentes de hematuria constante con previos tratamientos no responsivos.

Paciente inconsciente, **(sedado).**

Se realiza ecografía abdominal control con equipo VINNO D1 VET portátil, con transductor microconvex 5.0 - 11.o MHz, en modalidad harmónico, en decúbito dorsal, y decúbito lateral derecho e izquierdo y se evidencian los siguientes hallazgos:

VEJIGA URINARIA Y URETRA: Localizado en el hipogastrio, pared vesical de aspecto estratificado y superficie lisa trilaminar, con un grosor promedio de 0,26 cm de diámetro en todo su contorno, contenido **moderado** de tipo anecoico, se observa presencia de moderadas estructuras en su lumen, compatibles con sedimento urinario; cuello vesical de aspecto aparentemente usual, uretra abdominal con aumento de tamaño en su lumen durante su recorrido aparente de hasta 0,16 cm de diámetro para este examen. (Grosor de pared vesical **mínima**:2,3 (desv. 0,43) **leve** 1,6 (desv. 0,29) **moderada** 1,4 (desv.0,28)). ref. Atlas ecografías Penninck D. 2 ED. 2015.

UTERO: Ausente, no se observa en el presente examen

OVARIO IZQUIERDO: Ausente, no se observa en el presente examen.

OVARIO DERECHO: Ausente, no se observa en el presente examen.

COLON DESCENDENTE: Patrón de contenido fecal moderado aparente, además de gas en su interior, estratificación de pared conservada hiperecogénica, grosor de pared con diámetro promedio aumentado en sus capas, pues se reporta 0,29 cm. (medida promedio para perros mayores a 30 kg: 0,15 cm ref. Atlas ecografías Penninck D. 2 ED. 2015)

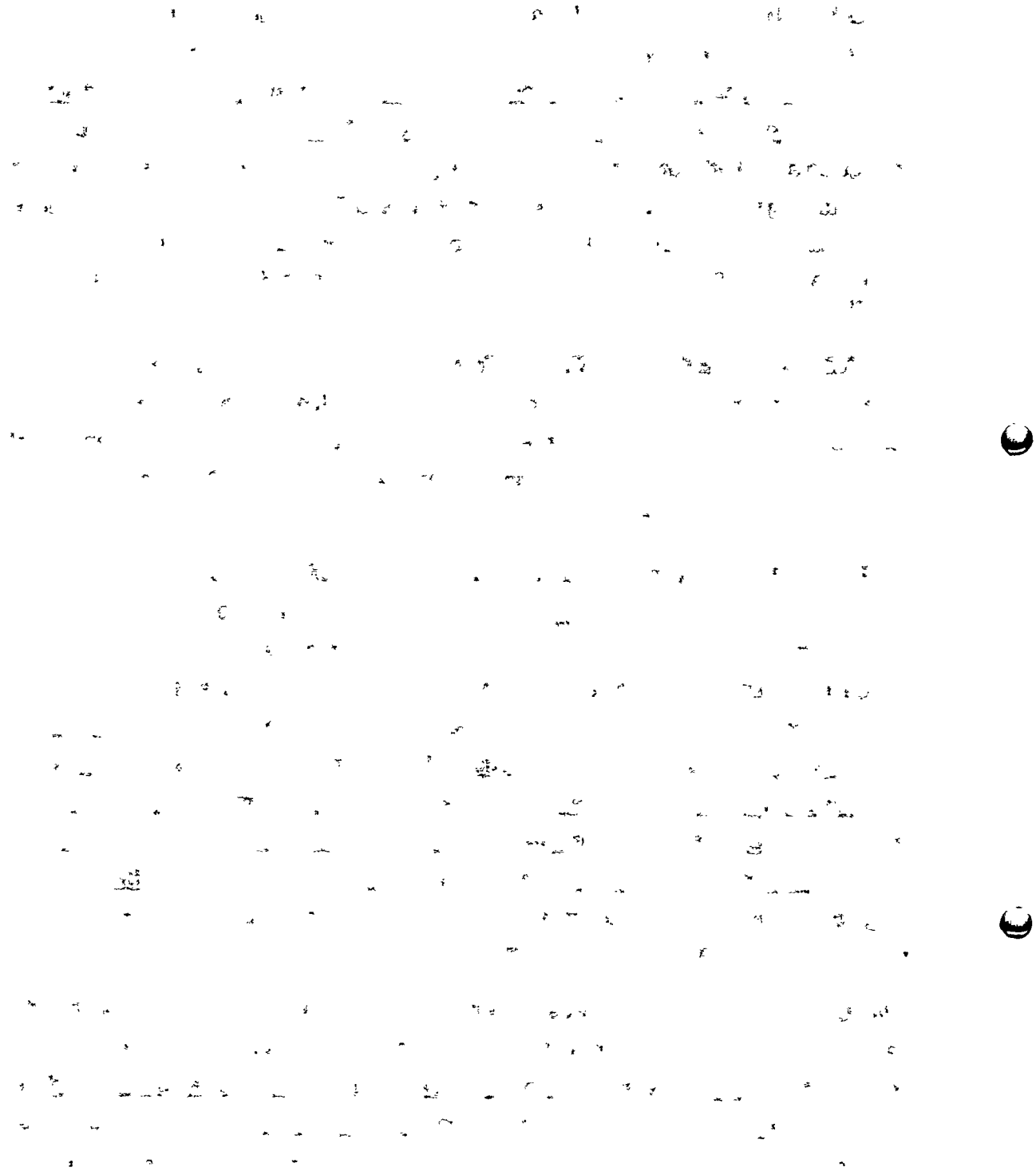
REPORTE ECOGRAFICO PACIENTE
ALCALDIA MÁRTIRES

RIÑON IZQUIERDO: De morfología ovalada, contornos de superficie lisa, capsula de espesor y aspecto aparentemente usual, ecogenicidad isoecoico al parénquima esplénico, unión corticomedular se logra identificar medianamente conservada y definida, irrigación de seno renal levemente disminuido al efecto Doppler; sin evidencia de presencia de líquido a su alrededor, tamaño dentro de rangos de referencia para su especie y su peso en corte longitudinal de 7,73 cm x 4,50 cm y corteza 0,91 cm. En corte transversal se evidencia pelvis renal sin cambio patológico aparente de 0,24 cm de diametro. (Tamaño esperado en perros de 40 kg a 49 kg es de: 6,3 cm – 9,1 cm; fuente Dr. Carlos Núñez Esp. Ultrasonografía diagnostica en p/e FCU/UBA.)

GLANDULA ADRENAL IZQUIERDA: Forma y posición dentro de parámetros de referencia, contorno liso en polo craneal y en polo caudal, hipoecoico al tejido circundante, con ubicación anatómica esperada; ecotextura conservada, tamaño polo craneal actual promedio de 0,56 cm de diámetro; tamaño promedio de polo caudal 0,72 cm de diámetro. (medida promedio para perro: 0,60 – 0,80 cm ref. Atlas ecografías Penninck D. 2 ED. 2015)

BAZO: Localizado en flanco izquierdo, bordes regulares, redondeados y lisos, se evidencia aumento tamaño al parecer en corte longitudinal, parénquima de ecotextura granular homogéneo en todo su contorno, parénquima hiperecoico en comparativa con el parénquima hepático, patrón vascular al parecer normal; grosor a nivel del hilio esplénico aparentemente normal en medición transversal de 2,33 cm. Se evidencia a nivel de cuerpo de la estructura dos anomalías en su ecogenicidad de aspecto hipoecoico y forma irregular tipo masas una ubicada en el cuerpo de la estructura de 0,64 cm x 0,42 cm de aspecto hiperecogénico y forma irregular; otra en región caudal (cola) de la estructura de forma semiredonda aspecto heterogéneo e hipoecoica a tejidos circundantes de 0,87 cm x 0,66 cm; no presentan una irrigación importante al efecto Doppler. (Tamaño esperado en perros grandes hasta 3,0 cm a nivel del hilo esplénico; fuente Dr. Carlos Núñez Esp. Ultrasonografía diagnostica en p/e FCU/UBA.)

PANCREAS: *Rama Izquierda:* Posición en parámetros de referencia, forma conservada, ecotextura isoecoico, ecogenicidad homogénea en comparación a tejidos circundantes, grosor en parénquima aumentado de hasta 1,45 cm de diámetro; se evidencia conducto pancreático con aumento en su tamaño pues su diámetro oscila en 0,18 cm durante su recorrido. (medida promedio para perro: hasta 0,65 cm y conducto pancreático de 0,06 cm; ref. Atlas ecografías Penninck D. 2 ED. 2015)



REPORTE ECOGRAFICO PACIENTE
ALCALDIA MÁRTIRES

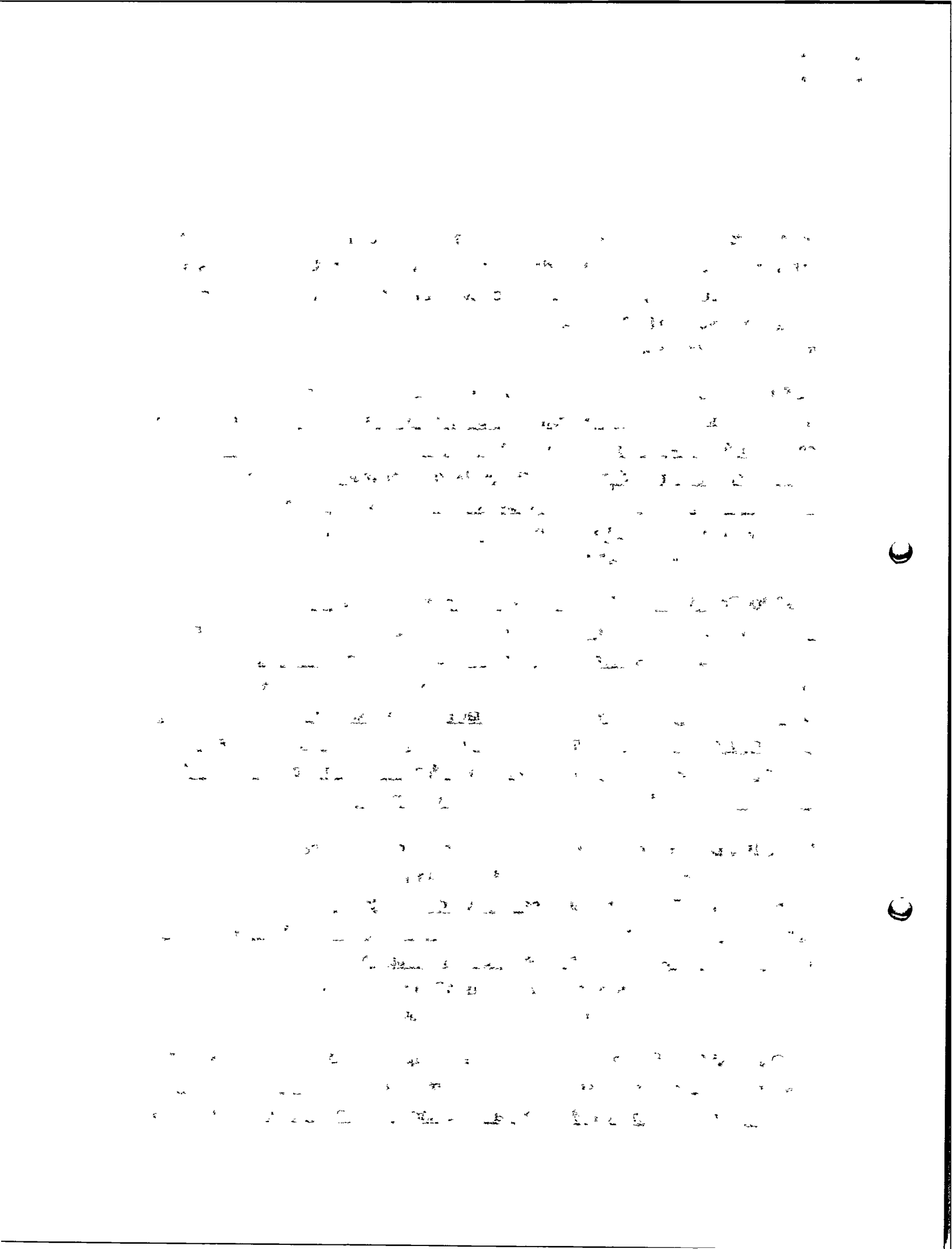
Rama Derecha: Posición en parámetros de referencia, forma conservada, ecotextura esperada, isoecoico a tejidos circundantes, grosor en parénquima dentro de rangos pues su diámetro oscila en 0,76 cm de diámetro; se evidencia conducto pancreático normal pues su diámetro oscila en 0,06 cm. (medida promedio para perro: hasta 0,81 cm y conducto pancreático de 0,06 cm ref. Atlas ecografías Penninck D. 2 ED. 2015)

ESTOMAGO: Con ubicación normal a nivel de epigastrio, distensión mínima observada, normomotil aparente. *Antro:* Patrón de contenido mucoso y gaseoso; pared con estratificación aparentemente normal con tamaño promedio aumentado hasta de 0,55 cm en la mayoría de su recorrido. *Fundus:* Patrón de contenido mucoso y gaseoso, pared con estratificación aparentemente normal, grosor de sus capas, visible de tamaño aumentado según rangos de referencia hasta de 0,56 cm. (medida promedio para perros de 20 a 30 kg: 0,20 – 0,50 cm ref. Atlas ecografías Penninck D. 2 ED. 2015)

HIGADO: Densidad de parénquima granular de aspecto moderadamente heterogéneo, en región izquierda, *derecha y media*; se evidencian lóbulos con contornos aparentemente lisos y bordes ahusados, órgano se observa heterogéneo en relación al bazo e isoecoico en relación con el parénquima renal. Ramificación vascular de aspecto y recorrido usual, Se evidencian multiples estructuras en su mayoría hipoecoicas en todas sus regiones, masas de formas irregulares o semiredondas y diferentes tamaños, se resalta en region derecha 3 en específico las cuales logran ser medidas con diámetros promedio de 1,1 cm x 1,04 cm; 1,25 cm x 1,38 cm; 0,85 cm x 0,73 cm en promedio.

VESICULA BILIAR: Forma piriforme, contorno regular y pared lisa hiperecogénica de espesor 0,20 cm. Contenido moderado de aspecto hiperecogénico, sin presencia de sedimento biliar. El conducto biliar se observa de aspecto y recorrido aumentado de tamaño, con diámetro en su lumen de 0,28 cm, se evidencia reacción hiperecogénica mínima alrededor de su recorrido por el parénquima hepático. El volumen al momento de la valoración se reporta por ayuno prolongado de 17,1 cm3 promedio. (Tamaño esperado en perros de 0,20 cm – 0,30 cm en su pared; fuente Dr. Carlos Núñez Esp. Ultrasonografía diagnostica en p/e FCU/UBA.)

RIÑON DERECHO: Forma ovalada, contornos de superficie lisa, capsula de espesor y aspecto usual, ecogenicidad isoecoico al parénquima esplénico, unión cortico medular se observa medianamente definida, más aún se logra evidenciar conservada, bordes



REPORTE ECOGRAFICO PACIENTE
ALCALDIA MÁRTIRES

aparentemente normales, sin evidencia de contenido a su alrededor, irrigación en seno renal levemente disminuido; tamaño observado sobre del rango de referencia para su especie y peso actual pues su diámetro oscila en promedio al corte longitudinal de 6,33 cm x 4,02 cm y corteza de 0,77 cm. En corte transversal se evidencia pelvis renal sin cambio patológico aparente de 0,18 cm. Tamaño esperado en perros de 40 kg a 49 kg es de: 6,3 cm – 9,1 cm; fuente Dr. Carlos Núñez Esp. Ultrasonografía diagnostica en p/e FCU/UBA.)

GLANDULA ADRENAL DERECHA: Forma regular aparente; posición esperada, polo craneal se reporta con ecotextura conservada en sus bordes los cuales se mantienen regulares, tamaño de 0,71 cm; se logra evaluar el polo caudal con contorno liso, hipoecoico al tejido circundante, ecotextura conservada, ancho de 0,73 cm. (medida promedio para perro: 0,60 – 0,80 cm ref. Atlas ecografías Penninck D. 2 ED. 2015)

INTESTINO DELGADO: Duodeno: Ubicado en mesogastrio, posición en parámetros de referencia, patrón de contenido mucoso y gaseoso, normotilidad aparente, pared examinada medianamente estratificada sin evidencia alteración importante en sus capas con grosor promedio aumentado para este examen de hasta 0,49 cm de diámetro, respecto a rangos de referencia para su peso. (medida promedio para perro mayor a 30 kg: 0,44 cm ref. Atlas ecografías Penninck D. 2 ED. 2015)

Yeyuno: Ubicado en mesogastrio, patrón de contenido mucoso, gaseoso, normotilidad aparente, pared examinada estratificada se evidencia con leves cambios en sus capas además normalidad en el grosor para su peso pues su diámetro para este examen se reporta aumentado en 0.41 cm de diámetro promedio en varias de sus asas. medida promedio para perro mayor a 30 kg a nivel de yeyuno e íleon: 0,38 cm ref. Atlas ecografías Penninck D. 2 ED. 2015)

Íleon: Ubicado a nivel de mesogastrio, con paredes medianamente conservadas, estratificación se evidencia alterada de manera mínima, además de movimientos peristálticos normales, con grosor de sus capas en diámetro promedio por encima de rangos de referencia para este examen de hasta 0,51 cm. medida promedio para perro mayor a 30 kg a nivel de yeyuno e íleon: 0,38 cm ref. Atlas ecografías Penninck D. 2 ED. 2015)

LINFONODOS: No se evidencian o identifican ganglios en el presente examen que presenten forma, ecotextura o tamaño que sugieran reactividad.

REPORTE ECOGRAFICO PACIENTE
ALCALDIA MÁRTIRES

No se evidencia contenido líquido en ninguno de sus cuatro cuadrantes; de aspecto anecoico. A- FAST (**NEGATIVO**).

OPINION ECOGRÁFICA:

Los hallazgos ecográficos en Vejiga y Uretra, sugieren:

- **Sedimento urinario (material orgánico, células epiteliales, bacterias)**
- **Cistitis crónica**
- Uretritis crónica

Los hallazgos ecográficos en Páncreas, sugieren:

- Hiperplasia
- Pancreatitis
- Proceso hormonal en curso

Los hallazgos ecográficos en Riñones, sugieren:

- Nefritis intersticial
- Cambios degenerativos por edad y raza

Los hallazgos ecográficos en Bazo, sugieren:

- Hiperplasia nodular
- Hematopoyesis extramedular
- Mielolipoma (cuerpo)
- Proceso infeccioso
- Proceso metastásico en curso
- Neoplasia primaria en formación (cola)

Los hallazgos ecográficos en Hígado, sugieren:

- Proceso metastásico
- Neoplasias en formación (adenomas, adenocarcinomas)

REPORTE ECOGRAFICO PACIENTE
ALCALDIA MÁRTIRES

- Necrosis, hematomas
- Hiperplasia nodular

Los hallazgos ecográficos en Intestino delgado y Colon, sugieren:

- Enteritis inespecífica
- Enteritis de origen por establecer (bacteriano, protozoario, parasitario, similar)
- Proceso inflamatorio intestinal
- Colitis

Los hallazgos ecográficos en Vesícula biliar, sugieren:

- Colecistitis
- Colestasis

Los hallazgos ecográficos en Estómago, sugieren:

- Gastritis crónica
- Gastropatía inespecífica

RECOMENDACIONES:

- Toma de exámenes complementarios (específicos) y control, según criterio propio de profesional tratante entre otros:
- Perfil geriátrico completo (transaminasas hepáticas, ácidos biliares, SDMA)
- Urocultivo - antibiograma
- Coproscópico
- Lipasa pancreática especifica canina
- Cambio de dieta según requerimiento nutricional del paciente
- Biopsia hepática y esplénica bajo sedación por punción ecoguiada (según resultados de laboratorio)
- Realizar lectura y análisis comparativo de exámenes, con reporte ecográfico y signos clínicos actuales del paciente

REPORTE ECOGRAFICO PACIENTE
ALCALDIA MÁRTIRES

- Manejo terapéutico sintomático, y/o complemento de tratamiento actual sugerido por médico (a) tratante
- Ecografía control y de seguimiento en 1 a 2 meses o según evolución.

Nota: se subraya dentro de la descripción de cada órgano lo que se considera anormal.

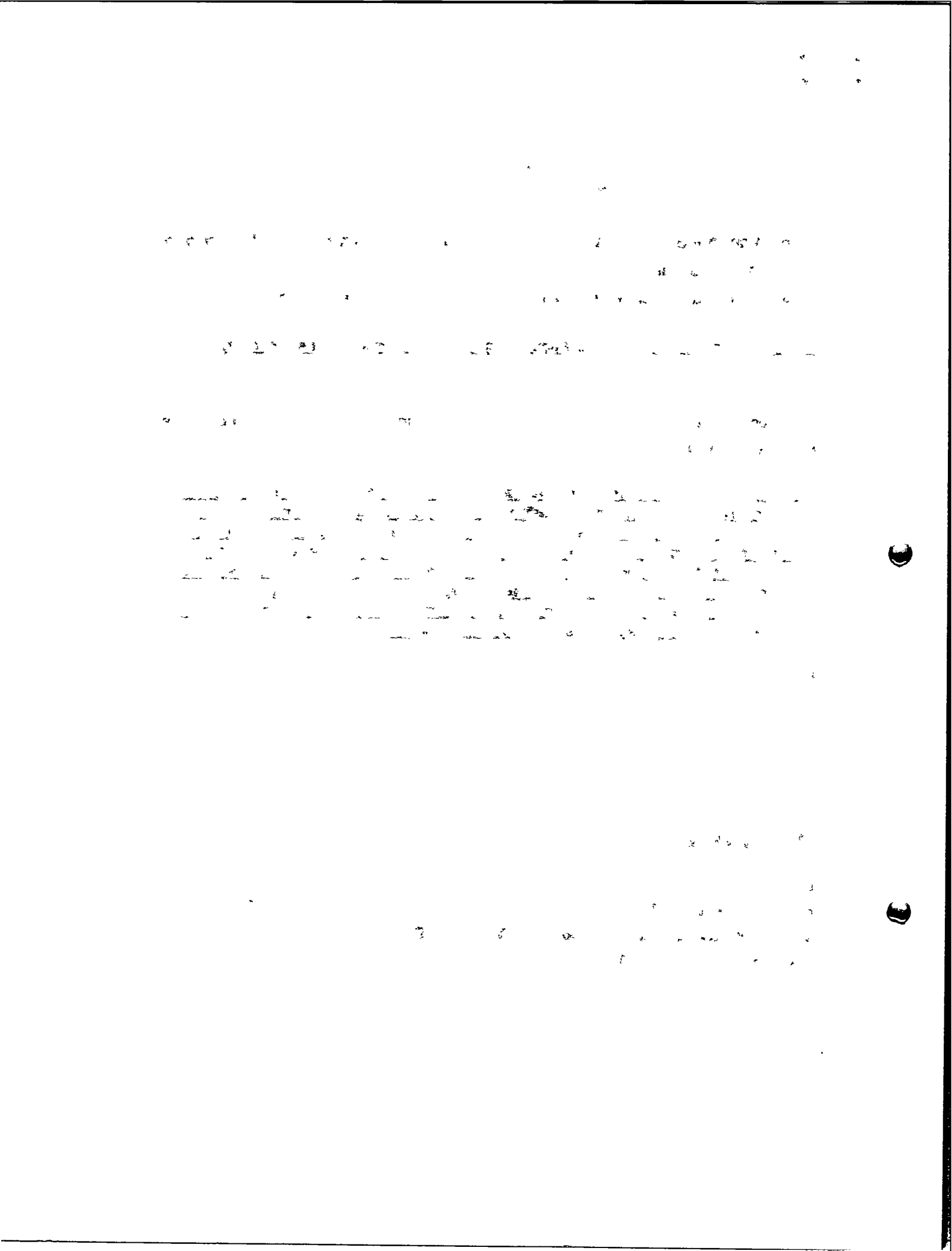
Estas recomendaciones quedan sujetas a evaluación y toma de decisiones a criterio propio del médico (a) veterinario (a) tratante.

Las opiniones dadas se enlistan en orden de probabilidad según una apreciación subjetiva del ultrasonografista, fundamentada únicamente en las imágenes obtenidas en este examen, al momento que se realiza. Tenga en cuenta que los exámenes por imagen, son solo un apoyo diagnóstico y su importancia se basa en el análisis e interpretación que realice el médico (a) veterinario (a) tratante, teniendo en cuenta el cuadro clínico y otros exámenes realizados; por tanto, el ultrasonografista no se involucra en los procedimientos que realice el profesional tratante. La ecografía es un examen dinámico, los hallazgos acá reportados pueden tener cambios en la exploración ultrasonográfica en horas, días, semanas, meses o años después.

Atte.

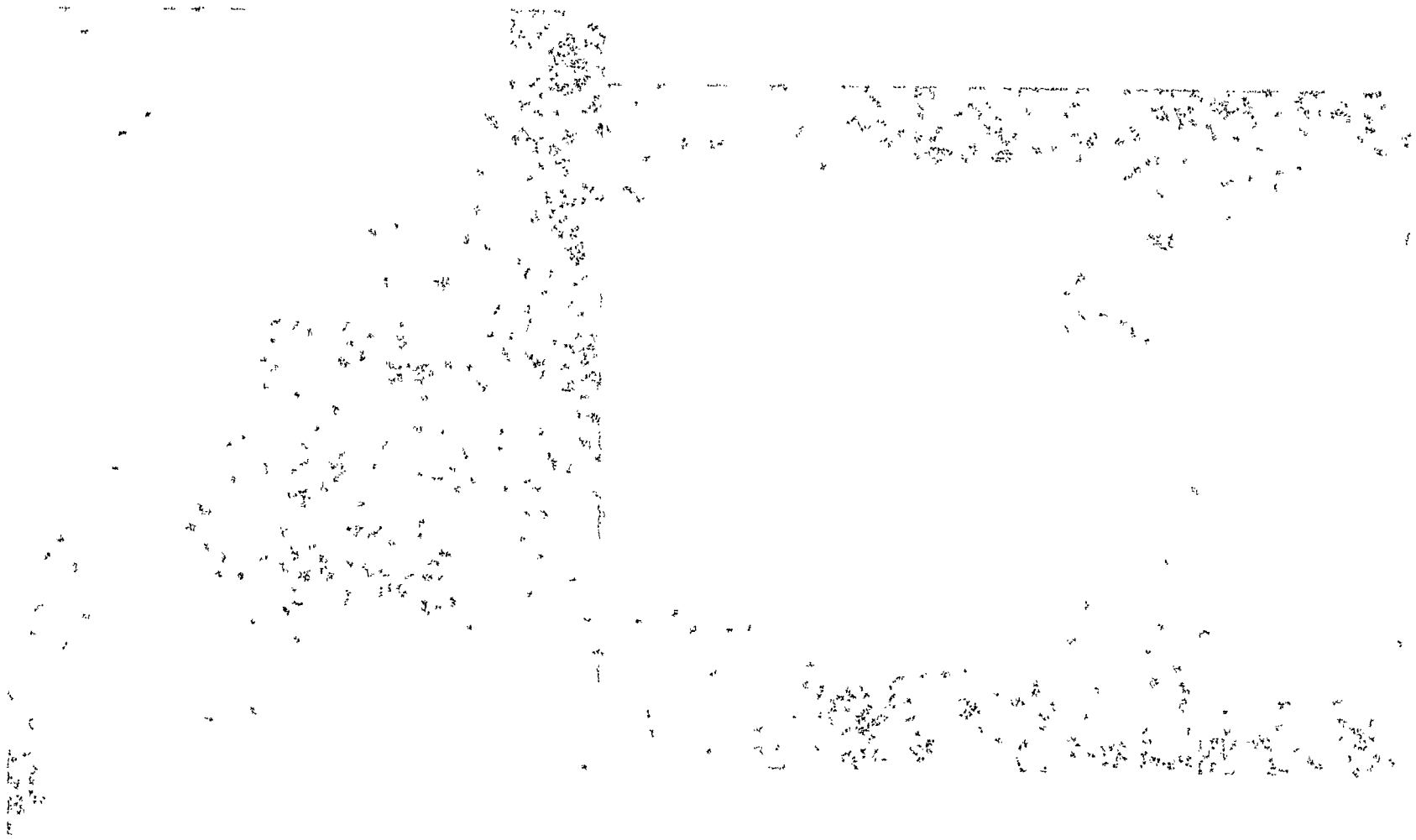
Dr. John Bernal Pacabaque

Médico Veterinario – T.P. 13503 Comvezcol.
Universidad Antonio Nariño
Diplomado Internacional de Ultrasonido en Veterinaria EIDM.
Registro: 7415 / enero 2024.



L/L DER

R



Microvet

Centro Especializado de Diagnóstico Veterinario
Nit. 900.231.360-2

Doc # : **566210-1**
Doctor : **MV TURNO**
Edad : **8 Años**
Sexo : **Hembra**
Raza : **Pitbull**
Datos cliente : **ZOOVET JB SAS.**

Fecha : **07-03-2025**
Nombre Paciente : **Juana**
Nombre Propietario : **Alcadia Martires**
Especie : **Canino**

CULTIVO SECRECIONES

MUESTRA	Secreción ótica bilateral		
MICROORGANISMO AISLADO	Pseudomonas aeruginosa.	NÚMERO DE COLONIAS OBTENIDO	10.000 UFC/ml

DESCRIPCIÓN

Pseudomonas aeruginosa es un bacilo Gram negativo perteneciente a las proteobacterias, es oxidasa positiva y puede crecer a temperaturas superiores a 42 °C. *P. aeruginosa* se encuentra ampliamente distribuida en la naturaleza, se puede aislar de muestras de suelo, aguas prístinas y contaminadas, así como de plantas y animales. Todas las cepas son potencialmente patógenas. *Pseudomonas aeruginosa* es uno de los patógenos globalmente dominantes; ocasiona una amplia gama de infecciones, algunas tan severas como neumonía o bacteriemia, cuadro que se complica aún más debido a su resistencia intrínseca a diversos antibióticos y a su notable capacidad de adquirir nuevos mecanismos de resistencia, asociándola a elevados índices de mortalidad.

ANTIBIOGRAMA

Amoxicilina+Clavulanico	Resistente	Amikacina	Sensible
Ampicilina	Sensible	Ampicilina + Sulbactan	Resistente
Cefalotina	Sensible	Cefepime	Sensible
Cefotaxima	Sensible	Clindamicina	Sensible
Ceftriaxona	Sensible	Ciprofloxacino	Sensible
Cefalexina	Sensible	Doxiciclina	Resistente
Enrofloxacina	Sensible	Gentamicina	Sensible
Levofloxacina	Sensible	Meropenem	Sensible
Nitrofurantoina	Resistente	Norfloxacina	Sensible
Piperacilina+Tazobactam	Sensible	Tetraciclina	Resistente
Trimetoprim sulfa	Resistente	Novobiocina	NP
Oxacilina	NP	Vancomicina	NP

Recomendación de antibioticoterapia

Amikacina, Ciprofloxacino, Norfloxacino, Meropenem

La ayuda eficaz en su diagnóstico clínico
Calle 85 No. 16 - 28 Oficina 501
Tels: 257 2574
Cel: 321 213 3010
www.microvet.com.co - Bogotá D.C.

400