Informe # 4
CPS 322 de 2024.

FUNDACIÓN ECODES

NIT. 900359095-6

5/5/25, 15:06 Sticker web

Alcaldía Local de Mártires
R No. 2025-641-002881-2
2025-05-05 15:06 - Folios: 1 Anexos: DOS
Destino: Area de Gestion de Desarr
Rem/D: FUNDACION ECODES

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

Bogotá, 5 mayo de 2025

Señores
Alcaldía Local de los Mártires.

Bogotá D. C.
Av. Calle 19 #28-80

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

Asunto: Informe actividades # 4 CPS 322 - 2024.

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

Sin otro particular, agradezco la atención prestada.

Atentamente,

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

Contiene:
Carpetas: (2)
Folios: (400)
CDS: (3)

Banco de Bogotá

EL BANCO DE BOGOTA

INFORMA:

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

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

Atentamente,

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

FUNDACION ECODES

Factura Electrónica De Venta No

FUEC No. 665

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

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

FUNDACION ECODES

Nit 900359095 6

CLIENTE	FDL DE MARTIRES	**POR CONCEPTO DE**	
NIT	899999061 9	FACTURA DE VENTA SEGÚN COTIZACIÓN No 96	
DIRECCIÓN	**CIUDAD**	**TELÉFONO**	
AV. CALLE 19 #28-80	Bogota D.C.	3759535	

FECHA FACTURA	**FECHA VENCIMIENTO**	**VENDEDOR**	**FORMA DE PAGO**
08/08/2025	06/11/2025	EIDY CAROLINA CRISTANCHO MARQUE	Credito

Item	Código	Descripción	Cantidad	U Medida	Valor Unitario	IVA	Valor IVA	Total
1	41359502	OTROS SERVICIOS19 % Ovariohisterectomía y Orquiectomía para gatos y perros	53	Und.	155.462	19%	29.538	8.239.486
2	41359502	OTROS SERVICIOS19 % Atencion de urgencias medicas veterinarias a animales vulnerables de la localidad, en las que se incluya la estabilización del animal y el tratamiento de recuperacion según sea el caso, basados en el anexo tecnico se contara con un monto agotable.	1	Und.	480.311	19%	91.259	480.311

SUBTOTAL	**8.719.797**
IVA	**1.656.761**
TOTAL DE LA OPERACIÓN	**10.376.558**

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

DIEZ MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS M/CTE

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

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

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

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica

Fecha y Hora de Generación: 08/08/2025 12:14:45

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

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUFE: ee6be3a47ff8a27568aba61a98967567ca376205d413113c146865bd751b20af34697a6ab1cd0fc624fadef41cfebaff --Fecha y Hora de Expedición : 08/08/2025 12:16:46 p. m.

Factura Electrónica De Venta No

FUEC No. 569

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

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

FUNDACION ECODES
Nit 900359095 6

CLIENTE	FDL DE MARTIRES
NIT	899999061 9

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

FECHA FACTURA	FECHA VENCIMIENTO
25/03/2025	23/06/2025

POR CONCEPTO DE
CPS 322 DE 2024

VENDEDOR	FORMA DE PAGO
EIDY CAROLINA CRISTANCHO MARQUE	Credito

Item	Código	Descripción	Cantidad	U Medida	Valor Unitario	IVA	Valor IVA	Total
1	41359502	OTROS SERVICIOS19 % Concentrado para caninos adultos, bolsa x 30 kg	19	Und.	187.277	19%	35.583	3.558.263
2	41359502	OTROS SERVICIOS19 % Concentrado para gatos adultos, bolsa x 7kg	17	Und.	111.933	19%	21.267	1.902.861

SUBTOTAL	5.461.124
IVA	1.037.614
TOTAL DE LA OPERACIÓN	6.498.738

Valor en Letras **Total Items** 2

SEIS MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS M/CTE

ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO SEGÚN ART. 774 DEL CODEIGO DE COMERCIO
RECIBI DE CONFORMIDAD EL SERVICIO QUE TRATA ESTA FACTURA Y ACEPTO EL VALOR ESTIPULADO EN LA MISMA
Favor Consignar a la Cuenta Corriente No 274146836 del Banco Bogota A Nombre de FUNDACION ECODES.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica

Fecha y Hora de Generación: 25/03/2025 14:21:48

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

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUFE: cb69f9a0ce61ecf03f1b25b6ca8ed2b046e439c02a39601f5fcc2d5fd945eaf0290cc552ebda0a97ee7ed0a267e4a7bd --Fecha y Hora de Expedición : 25/03/2025 2:28:20 p. m.

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES No 4 PERÍODO: 18/03/2025 AL 17/04/2025	
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO	
TIPO DE CONTRATO	Contrato de prestacion de servcios
No. CONTRATO Y FECHA	CPS 322-2024 del 16 de diciembre de 2024
NOMBRE DEL CONTRATISTA	Fundación Ecodes
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	900359095-6
PLAZO DE EJECUCIÓN	Seis (6) meses
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 100.000.000 (cien millones)
VALOR DEL PERIODO DE COBRO	$ 16.875.296 (dieciseis millones ochocientos setenta y cinco mil doscientos noventa y seis pesos M/CTE)
No. DEL PROYECTO (IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL)	O23011602340000002085 “Cuidado y protección de animales en el territorio”
FECHA ACTA DE INICIO	18 de diciembre 2024
PRÓRROGA	No Aplica
ADICIÓN	No Aplica
SUSPENSIÓN	No Aplica
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y SUSPENSIONES)	17 de junio de 2025
OBJETO DEL CONTRATO	“PRESTAR LOS SERVICIOS PARA REALIZAR LA ATENCIÓN DE ANIMALES EN LA LOCALIDAD DE LOS MÁRTIRES”.

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
1. Ejecutar el contrato a partir de la suscripción del acta de inicio, ajustándose a los estudios previos, anexo técnico, pliego de condiciones y propuesta presentada, en los lugares definidos y dentro del plazo estipulado.	**Generalidades:** • El sábado 22 de marzo de 2025, se realiza la entrega de concentrado para caninos y felinos, a los proteccionistas de la localidad de los Mártires.	• Acta entrega concentrado.	**Informe 4, Anexo 4** Acta entrega concentrado.
	Componente I, Programa Esterilizaciones caninas y felinas: Para el periodo de ejecución informado, se realizan 2 jornadas de esterilización, una de estas jornadas se realizó el día 30 de marzo de 2025 y el día 9 de abril de 2025. Es importante mencionar que, dentro de estos días de intervención, se llevo a cabo 40 cirugías, correspondientes con el factor adicional del contrato, las cuales no generan costo adicional. • El día 3 de marzo de 2025 se llevó a cabo la cuarta jornada de esterilización quirúrgica, con la intervención de 50 esterilizaciones felinas y caninas. • El día 9 de abril de 2025, se llevo a cabo la quinta jornada de esterilización quirúrgica, con la intervención de 47 esterilizaciones felinas y caninas.	• Historias clínicas físicas y digitales componente esterilización del 30 marzo 2025. • Historias clínicas físicas y digitales componente esterilización del 9 abril 2025.	**Informe 4, Anexo 1.** Historias clínicas pacientes, componente de esterilización 30 marzo 2025. **Informe 4, Anexo 2** Historias clínicas pacientes, componente de esterilización 9 abril 2025.
	Componente II, Programa Brigadas médico-veterinarias: para el periodo ejecutado no se realizan actividades relacionadas con este componente.	• N/A	**N/A**
	Componente III, Programa Atención de urgencias veterinarias: Durante el mes de ejecución se realizó la atención de 2 pacientes remitidos por el apoyo a la supervisión del contrato a la clínica veterinaria Zoovet.	• Historia clínica físicas y digital del componente atención de urgencias.	**Informe 4, Anexo 3.** Historias Clínicas pacientes, componente atención de urgencias.
2. Previo a la firma del presente contrato, el contratista deberá presentar Resolución de habilitación del servicio de funcionamiento expedido por la Secretaría Distrital de Salud, así mismo, que cumpla con los lineamientos establecidos en la Resolución 482 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección	Se presenta por parte de Fundación ECODES, acta de secretaria de salud y resolución de equipo de radiografía usado para el componente de urgencias veterinarias.	• Acta de secretaria de salud. • Resolución de equipo de Rx.	**Informe 1, Anexo 4.** Acta de secretaria de salud. **Informe 3, Anexo 4.** Resolución de equipo RX.

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

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
Local, previa aprobación del apoyo a la supervisión, los elementos o materiales que sean adquiridos con cargo a recursos del proyecto. siguiendo el respectivo procedimiento impartido por dicha oficina.	• El día 18 de enero se realiza la presentación pública ante la JAL, esta se realizó de manera virtual en donde se socializaron las metas, actividades y presupuesto del contrato. • El día 15 de enero de 2025, se realiza presentación ante la MLPYBA (mesa local PYBA) y con la mesa local de protección y bienestar animal.	• Acta presentación pública JAL. • Acta presentación MLPYBA, desarrollada por funcionaria de protección y b bienestar animal.	**Informe 1, Anexo 7** Acta presentación pública JAL. **Informe 1, Anexo 8** Acta presentación ante la MLPYBA.
5. Asistir al Comité Técnico de Seguimiento del Contrato, las veces que sea convocado, así como a las reuniones de trabajo, sensibilizaciones o capacitaciones que programe la entidad o que convoquen la Junta Administradora Local o la comunidad durante la ejecución del contrato.	• El día 22 de marzo de 2025, se lleva a cabo la entrega de concentrado en los hogares de paso de la red local de protección de la localidad de los mártires, realizando recorrido con la entrega y cantidad estipulada previamente por el apoyo a la supervisión. • El día 26 de marzo de 2025, se realizará la radicación de documentos y factura de concentrado, el cual se realizó por medio del CDI de la alcaldía local.	• Acta entrega concentrado. • Correo radicación documentos ingreso almacén.	**Informe 4, Anexo 4** Acta entrega concentrado. **Informe 4, Anexo 5** radicación ingreso almacén concentrado.
6. Presentar un cronograma de ejecución de actividades al apoyo a la supervisión del contrato, con la proyección de las fechas para cada uno de los componentes del proyecto de acuerdo con el documento de Anexo Técnico.	Se presenta por parte de Fundación ECODES el plan de trabajo, y cronograma de actividades, teniendo en cuenta las actividades descritas en el anexo técnico y los (6) cinco meses programados para su ejecución, en el informe de actividades del mes 1 de ejecución.	• Cronograma de actividades aprobado. • Plan de trabajo aprobado.	**Informe 1, Anexo 11.** Cronograma de actividades aprobado. **Informe 1, Anexo 12.** Plan de trabajo aprobado.
7. Prestar el servicio de esterilizaciones para animales de compañía (gatos y perros tanto hembras como machos) que requieran de esta intervención quirúrgica siguiendo los parámetros establecidos en el Anexo Técnico del proyecto.	**Componente I, Programa Esterilizaciones caninas y felinas**: • El día 3 de marzo de 2025 se llevó a cabo la cuarta jornada de esterilización quirúrgica, con la intervención de 50 esterilizaciones felinas y caninas. • El día 9 de abril de 2025, se llevó a cabo la quinta jornada de esterilización quirúrgica, con la intervención de 47 esterilizaciones felinas y caninas. [redacted]	• Acta verificación jornada esterilización 30 marzo 2025. • Acta verificación jornada esterilización 9 abril 2025.	**Informe 4, Anexo 6** Acta jornada esterilización 30 marzo 2025. **Informe 4, Anexo 7** Acta jornada esterilización 9 abril 2025.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
	<table><tr><th>No</th><th>JORNADA</th><th>FECHA</th><th>LUGAR</th><th>CH</th><th>CM</th><th>FH</th><th>FM</th><th>TOTAL</th></tr><tr><td>4</td><td>Parque María Eugenia</td><td>31.02.25</td><td>Estanzuela</td><td>9</td><td>10</td><td>15</td><td>16</td><td>50</td></tr><tr><td>5</td><td>La Favorita</td><td>9/04/2025</td><td>La favorita</td><td>10</td><td>2</td><td>24</td><td>11</td><td>47</td></tr></table>		
8. Atender las urgencias médicas veterinarias para animales de compañía en condición de calle y vulnerabilidad que requieran de atención médica inmediata por accidentes que afecten su integridad o que pongan en riesgo su vida siguiendo los parámetros establecidos en el Anexo Técnico del proyecto.	**Componente III, Programa Atención de urgencias veterinarias:** Durante el mes de ejecución se hizo la atención de 2 pacientes, remitidos por el apoyo a la supervisión para exámenes y procedimientos que requerían.	• Historia clínica físicas y digital del componente atención de urgencias.	**Informe 4, Anexo 3.** Historias Clínicas pacientes, componente atención de urgencias.
9. Realizar brigadas médico veterinarias que comprendan: valoración clínica integral, diagnóstico presuntivo, curaciones, pruebas diagnósticas y/o tratamientos a afecciones o enfermedades que se puedan tratar, vacunación y desparasitación interna y externa siguiendo los parámetros establecidos en el Anexo Técnico del proyecto.	Para este componente, y el periodo reportado, no se realizó actividades relacionadas con el componente de brigadas medico veterinarias.	• En las obligaciones reportadas se realiza el alcance de todas las actividades ejecutadas periodo establecido.	En las obligaciones reportadas se realiza el alcance de todas las actividades ejecutadas periodo establecido.

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
10. Implementar estrategias de educación sobre protección y bienestar animal que mejoren la relación de la población martiriense con los animales de acuerdo con las especificaciones del Anexo Técnico, así como con los contenidos y lineamientos del Instituto Distrital para la Protección y Bienestar animal (IDPYBA).	• Con el fin de dar cumplimiento al componente de educación, durante el desarrollo de las jornadas de esterilización, para el presente periodo de ejecución se realizaron sensibilizaciones a las personas que asistieron a cada jornada, llevando a cabo un total de 72 sensibilizaciones.	• Listados sensibilizaciones en jornadas de esterilización	**Informe 4, Anexo 8.** Listado sensibilización.
11. Contar con el talento humano cualificado e idóneo para el desarrollo de las acciones contempladas en los cinco componentes del proyecto.	El día 28 de febrero de 2025, se hace visita a clínica veterinaria Zoovet por lo tanto se presentan las hojas de vida del personal profesional que estará en la atención de urgencias en la clínica.	• Talento humano urgencias veterinarias.	**Informe 3, Anexo 9** Hojas de vida personal clínica veterinaria, componente urgencias
12. Coordinar mensualmente con el comité técnico, las actividades de trabajo de todo el equipo profesional de acuerdo con los componentes del proyecto, en aras de garantizar la prestación del servicio 24 horas al día, siete días a la semana, con el mínimo de personal requerido de acuerdo con el anexo técnico.	Durante el mes de ejecución no se llevaron a cabo reuniones de comité técnico ya durante que la última reunión (6 marzo 2025) se estableció las fechas de ultimas jornadas de esterilización.	• En las obligaciones reportadas se realiza el alcance de todas las actividades ejecutadas periodo establecido.	En las obligaciones reportadas se realiza el alcance de todas las actividades ejecutadas periodo establecido.
13. Disponer de la capacidad operativa de un punto fijo, una Unidad Móvil Quirúrgica, un vehículo adecuado para el transporte de animales, equipos médicos, talento humano, insumos, medicamentos y todos los elementos requeridos para el desarrollo de las acciones del contrato cumpliendo con	Fundación ECODES, durante el mes de ejecución ha suministrado todos los insumos, instrumentos, implementos y medicamentos requeridos para la prestación del servicio caninos y/o felinos, se encuentran en óptimas condiciones, dando complimiento al Anexo Técnico y a la normatividad vigente. Para dar cumplimiento según especificaciones del anexo técnico el programa de urgencias veterinarias, se realizan en las instalaciones de la clínica veterinaria ZOOVET, la cual cuenta con concepto favorable en visita realizada por la SDS.	• Concepto favorable de la SDS.	**Informe 1, Anexo 4.** Copia de acta de Concepto favorable de la clínica veterinaria.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
procedimientos establecidos en el anexo técnico.			
14. Tramitar con la oficina de prensa de la Alcaldía Local de Los Mártires, a través del apoyo a la supervisión la aprobación de todas las piezas comunicativas que se elaboren durante la ejecución del contrato.	En el periodo reportado se realiza él envió de las piezas publicitarias para el componente de esterilización con fechas del 30 de marzo y 9 de abril de 2025.	• Piezas publicitarias.	**Informe 4, Anexo 9.** Piezas publicitarias aprobadas.
15. Custodiar, organizar y disponer la información la documentación (bases de datos, historias clínicas, informes ejecutivos, actas) generada durante la prestación de los servicios y remitir dicha información al área de Gestión Documental de la Alcaldía Local de Los Mártires.	Para el periodo reportado se custodio, organizo la información y documentación correspondiente y soporte de las atenciones en los componentes de, esterilizaciones y urgencias veterinarias. Teniendo en cuenta lo anterior para el periodo reportado se realizó 2 jornadas de esterilización, y pacientes atendidos en urgencias veterinarias, por lo tanto, se reporta la atención total de 59 pacientes y 40 pacientes de factor adicional, para un total de 97 pacientes reportados para este periodo.	• Base de datos pacientes atendidos en jornadas esterilización y urgencias veterinarias.	**Informe 4, Anexo 10.** Base de datos y registro fotográfico pacientes atendidos por el componente de esterilización y urgencias. (CD).
16. Consolidar y presentar ante la Alcaldía Local de Los Mártires los informes de ejecución, facturas y/o cuentas de cobro y demás documentos solicitados, de acuerdo con la forma de pago establecida para el contrato, que den cuenta de la realización de las acciones del contrato para efectos de verificar las condiciones contractuales sobre el trámite de legalización y desembolso.	Con la presentación del presente informe se reportan las actividades desde el día 19 de febrero de 2025 hasta el día 18 de marzo de 2025.	• Informe mensual de actividades.	el presente informe de actividades N° 4 y sus anexos.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
17. Realizar mínimo una visita de caracterización y seguimiento a cada uno de los hogares de paso existentes en la localidad con el fin de validar los aspectos básicos de funcionamiento y articular acciones en el marco de la ejecución del proyecto	Para el periodo reportado se realizó la actividad de caracterización por medio del apoyo a la supervisión, mediante formularios de cada uno de los hogares de paso de la red local de protección de la localidad de los Mártires, los cuales fueron previamente visitados y evaluados para su respectiva verificación.	• Formularios caracterización animales hogares de paso.	**Informe 1, Anexo 17** Formularios hogares de paso.
18. Mantener actualizadas las bases de datos que se generen durante la ejecución del contrato con la información respectiva de los animales de compañía y sus cuidadores/as en caso de tenerlos.	Para el periodo reportado se realizó la construcción de la Base de datos de brigada médica y esterilizaciones donde se soportan las atenciones realizadas.	• Base de datos brigadas médicas. • Bases de datos esterilizaciones 30 marzo y 9 abril, y 2 pacientes atendidos por el componente de urgencias.	**Informe 1, Anexo 16.** Base de datos pacientes atendidos por el componente de brigadas médicas. **Informe 4, Anexo 10.** Base de datos pacientes atendidos por el componente de esterilización y urgencias. (CD).
19. Realizar acciones de educación y sensibilización permanente y continua sobre Tenencia Responsable de Animales de Compañía, dirigida a la comunidad en general queriente y no queriente de los animales, cuidadores, profesionales y/o escolares, procurando que, en las diferentes actividades realizadas se incluya este tema dirigido a la comunidad sobre la debida convivencia y relacionamiento entre el ser humano y los animales.	Durante el periodo reportado se realiza las acciones de educación y sensibilización para las personas asistentes a las jornadas de esterilización del 30 de marzo y 9 de abril de 2025.	• Listado sensibilizaciones	**Informe 4, Anexo 8.** Listado sensibilización.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
20. Garantizar que todos los formatos a utilizar en las diferentes actividades a realizar en el curso del presente contrato sean los establecidos y/o aprobados por la Alcaldía Local de los Mártires, los cuales deben contener campos para recoger información relacionada con el enfoque diferencial.	Esta actividad fue reportada durante el primer mes de ejecución y se realizó la presentación y aprobación de los diferentes formatos a utilizar en los diferentes componentes.	• Formatos aprobados.	**Informe 1, Anexo 18.** Formatos Aprobados.
21. Gestionar ante la aseguradora la actualización de las vigencias de los amparos cuando se produzcan modificaciones por adiciones, prórrogas o suspensiones del contrato.	FUNDACION ECODES, realiza la debida presentación de las pólizas para el desarrollo del proyecto. Durante el desarrollo del contrato no se han realizado modificaciones por adiciones, prórrogas o suspensiones en el contrato.	• pólizas del contrato.	SECOP II
22. Atender con prioridad los reclamos que se presenten durante la ejecución del Contrato que se suscriba, debiendo dar respuesta oportuna y correctiva de las situaciones presentadas e informar por escrito y de manera inmediata cualquier anomalía que se presente en el desarrollo de la ejecución del contrato.	Para este componente, y el periodo reportado, no se realizó actividades relacionadas con el componente de brigadas medico veterinarias.	• En las obligaciones reportadas se realiza el alcance de todas las actividades ejecutadas periodo establecido.	En las obligaciones reportadas se realiza el alcance de todas las actividades ejecutadas periodo establecido.
23. Ajustarse al cumplimiento de la política ambiental de la Alcaldía Local de los Mártires, cumplir con lo establecido en la Guía de Contratación Sostenible y presentar las acciones adelantadas en el informe de ejecución del contrato.	FUNDACION ECODES ha realizado el cumplimiento de la política ambiental de la Alcaldía Local de los Mártires, cumpliendo con lo establecido en la Guía de Contratación Sostenible, de esta manera se ha realizado la disposición de los residuos generados en las jornadas realizadas a través de un gestor de residuos.	• Certificado de disposición de residuos.	**Informe 4, Anexo 11** Certificado de disposición de residuos.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
24. Las demás que surjan de naturaleza del contrato.	En las obligaciones reportadas se realiza el alcance de todas las actividades ejecutadas en el periodo establecido. Por lo tanto, se reporta por medio de un informe final de actividades, mencionando las actividades realizadas en los diferentes componentes del contrato.	• Informe técnico de actividades final.	**Informe 4, Anexo 12** Informe técnico actividades.

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

FIRMAS

DECLARACIÓN DEL CONTRATISTA: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las labores efectivamente desarrolladas en el periodo indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.	**CONTRATISTA** Firma: Nombre: LEIDY CAROLINA CRISTANCHO MÁRQUEZ Cédula: 1.022.341.934 DE Bogotá RL Fundación ECODES NIT 900359095-6
DECLARACIÓN DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR: Una vez verificado los soportes allegados por el contratista manifiesto que el/la contratista ha cumplido a la fecha con las obligaciones establecidas en el contrato. Apoyo a la Supervisión Radicado bajo radicado No. 20256420010203 Fecha: 12-08-2025	**SUPERVISOR/INTERVENTOR** **Nombre: JOHN JADER SUÁREZ DELGADO** **Cargo: alcalde Local de los Mártires.** **Firma:** **APOYO A LA SUPERVISIÓN (CUANDO APLIQUE)** **Nombre: Liseth Camila Aguilar Galeano** **Apoyo a la Supervisión.** **Firma:**

Ingreso de almacén

Unidad ejecutora: 14 ALCALDIA LOCAL DE LOS MARTIRES **Tipo de ingreso:** INGRESO_COMPRA_INVERSION
Numero ingreso: 34 **Interno:** 2010 **Estado ingreso:** APROBADO **Vigencia ingreso:** 2025 **Fecha ingreso:** 30 mayo 2025
Documento soporte: ACTA DE CONTRATO **Número doc. soporte:** 322 **Fecha doc. soporte:** 18 diciembre 2024
Proveedor: NIT 900359095 FUNDACION ECODES
Documento remisión: FACTURA **Número doc. remisión:** 569 **Fecha doc. remisión:** 23 marzo 2025
Encargado de bodega: JOAQUIN GARCIA TAUTIVA **Dependencia solicitante:** 1214320000000 ALMACEN
Observaciones: FDLM-322-2024 (120487) ATENCION ANIMALES LOCALIDAD RAD. 20256420006583 A.S. LIZETH CAMILA AGUILAR

Ítem	Elemento	Nombre del elemento	Unidad de medida	Cantidad	Cuenta contable	Valor unitario con IVA	Valor total
1	3039	CONCENTRADO	UNIDAD	19	1-5-10-41-01	222.860,00	4.234.340,00
2	3039	CONCENTRADO	UNIDAD	16	1-5-10-41-01	133.200,00	2.131.200,00
3	3039	CONCENTRADO	UNIDAD	1	1-5-10-41-01	133.198,00	133.198,00
		AJUSTE DIFERENCIA DECIMAL IVA	AJUSTE DIFERENCIA DECIMAL IVA				
					Total elementos de consumo:		**6.498.738**

JOAQUIN GARCIA TAUTIVA
Responsable recibe

SALIDA DE ALMACEN

Unidad Ejecutora: 14 ALCALDIA LOCAL DE LOS MARTIRES
Tipo de egreso: SALIDA_INVERSION_DRRLLO_COMUN
Numero Egreso: 48
Estado Egreso: APROBADO
Vigencia Egreso: 2025
Fecha Egreso: 18 junio 2025
Documento soporte: COMPROBANTE
Numero Doc Soporte: 2010
Vigencia Doc: 2025
Fecha Doc Sop: 30 junio 2025
Funcionario solicitante: 1018507180 Liseth Camila Aguilar Galeano
Dependencia solicitante: 1214200000000 ÁREA GESTIÓN POLICIVA
Encargado de bodega: 79273356 Joaquin Garcia Tautiva
Observaciones: Fdlm-322-2024 (120487) Atencion Animales Localidad Rad. 20256420006583 I 2010 Fac 569

Elemento	Nombre del elemento	Unidad	Cantidad	Valor	Total
3039	CONCENTRADO	UNIDAD	19	222.860,00	4.234.340,00
3039	CONCENTRADO	UNIDAD	16	133.200,00	2.131.200,00
3039	CONCENTRADO	UNIDAD	1	133.198,00	133.198,00
				Total:	**6.498.738**

Resumen de Cuentas

Cuenta Contable	Nombre Cuenta Contable	Valor Debito	Valor Credito
	Totales:		

Joaquin Garcia Tautiva
Responsable Entrega

Liseth Camila Aguilar Galeano
Responsable Recibe

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

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

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					6	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-03	E	25/04/2025	85267019	$4.933.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

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

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	867.800	0	0	0	0	1	600	0	868.400	2
25-14	Colpensiones	900336004-7	2.283.400	0	0	50.000	50.000	1	1.500	200	2.365.100	4

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	830603790-5	103.100				103.100	1	100	103.200			1.031	103.200	6

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	788.000	1	600	788.600	6

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	3	788.000	788.600
Pensión	2	3.251.200	3.253.500
Riesgos Laborales	1	103.100	103.200
CCF	1	788.000	788.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	7	4.930.300	4.933.900

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900359095-6	FUNDACION ECODES		CALLE 43 SUR No 82 C- 07	7033529	ecodesfundacion@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 t			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					6	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-03	E	25/04/2025	85267019	$4.933.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1013101472	CARO FORERO ANDRES FELIPE	1	0			S																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	1	7.500	CCF21	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
2	CC	1030690110	HERRERA PALACIOS LAURA VIVIANA	1	0			S																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	1	7.500	CCF21	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
3	CC	1031147283	RODRIGUEZ RODRIGUEZ BRIAN MIGUEL	1	0			S																	230201	4.000.000	640.000	0	0	0	0	EPS008	4.000.000	160.000	14-11	4.000.000	1	20.900	CCF21	4.000.000	160.000	0	0	0	0	0
4	CC	51651571	PEÑA BERMUDEZ ANA FLAVIA	1	0			S																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	1	7.500	CCF21	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
5	CC	79509034	FORERO SANTANA WILLIAM HERNAN	1	0			S																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	1	7.500	CCF21	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
6	CC	80832080	CARO PEÑA WILMER FABIAN	1	0			S																	25-14	10.000.000	1.600.000	0	0	50.000	50.000	EPS008	10.000.000	400.000	14-11	10.000.000	1	52.200	CCF21	10.000.000	400.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

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

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					6	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-04	E	05/05/2025	86237679	$5.696.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	737.000	0		0		0	0	0	0	737.000	3
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	114.000	0		0		0	0	0	0	114.000	2
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	57.000	0		0		0	0	0	0	57.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	867.800	0	0	0	0	0	0		867.800	2
25-14	Colpensiones	900336004-7	2.763.100	0	0	66.000	66.000	0	0		2.893.400	4

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	800903790-5	118.800				118.800	0	0	118.800			1.188	118.800	6

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	908.000	0	0	908.000	6

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	3	908.000	908.000
Pensión	2	3.761.200	3.761.200
Riesgos Laborales	1	118.800	118.800
CCF	1	908.000	908.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	7	5.696.000	5.696.000

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

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

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					6	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-04	E	05/05/2025	86237679	$5.696.000	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES															PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colombia exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SUS	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1030690110	HERRERA PALACIOS LAURA VIVIANA	1	0			S																	230201	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS017	1,423,500	57,000	14-11	1,423,500	1	7,500	CCF21	1,423,500	57,000	0	0	0	0	0
CC	1031147283	RODRIGUEZ RODRIGUEZ BRIAN MIGUEL	1	0			S																	230201	4,000,000	640,000	0	0	0	0	EPS008	4,000,000	160,000	14-11	4,000,000	1	20,000	CCF21	4,000,000	160,000	0	0	0	0	0
CC	51651571	PEÑA BERMUDEZ ANA FLAXILA	1	0			S																	25-14	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS037	1,423,500	57,000	14-11	1,423,500	1	7,500	CCF21	1,423,500	57,000	0	0	0	0	0
CC	79509034	FORERO SANTANA GUILLERMO HERNAN	1	0			S																	25-14	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS017	1,423,500	57,000	14-11	1,423,500	1	7,500	CCF21	1,423,500	57,000	0	0	0	0	0
CC	80832080	CARO PEÑA WILMER FABIAN	1	0			S																	25-14	13,000,000	2,080,000	0	0	65,000	65,000	EPS008	13,000,000	520,000	14-11	13,000,000	1	67,500	CCF21	13,000,000	520,000	0	0	0	0	0
CC	1013101472	CARO FORERO ANDRES FELIPE	1	0			S																	25-14	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS008	1,423,500	57,000	14-11	1,423,500	1	7,500	CCF21	1,423,500	57,000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DIAN

Autorización Numeración de Facturación

1876

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 18764081598505

(415)7707212489984(8020) 001876408159850 5

5. Número de Identificación Tributaria - NIT	6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres
9 0 0 3 5 9 0 9 5	6				

11. Razón social
FUNDACION ECODES

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

Cód. 3 2

24. Dirección
CR 68 D 18 A 40 P 3

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

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

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

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

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

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

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

Firma del solicitante

Firma del funcionario autorizado

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

984. Apellidos y nombres
985. Cargo
989. Dependencia

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

990. Lugar administrativo SUBDIRECCION DE FACTURA ELECTRONICA Y SOLUCI
991. Organización U.A.E. DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACION
992. Área
993. Establecimiento

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

AUTORIZADO

DIAN

Autorización Numeración de Facturación

1876

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 18764081598505

(415)7707212489984(8020) 001876408159850 5

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

11. Razón social

FUNDACION ECODES

Rangos de numeración para autorizar, habilitar o inhabilitar

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

AUTORIZADO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141189872549

(415)7707212489984(8020) 000014118987254 9

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

IDENTIFICACIÓN

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

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

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

35. Razón social
FUNDACION ECODES

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

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

42. Correo electrónico ecodesfundacion@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

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

Usuarios aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

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

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre CRISTANCHO MARQUEZ LEIDY CAROLINA

985. Cargo Representante legal Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141189872549

(415)7707212489984(8020) **000014118987254 9**

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

Características y formas de las organizaciones

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

Constitución, Registro y Última Reforma

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

Vigencia

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

Composición del Capital

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

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: Alcaldía 1 1

Estado y Beneficio

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

Vinculación económica

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

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

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

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Página 3 de 6 **Hoja 3**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141189872549

(415)7707212489984(8020) **000014118987254 9**

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

Representación

1

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

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

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

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

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

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

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

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

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

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

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

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

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

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

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

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

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

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

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

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

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

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

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141189872549

(415)7707212489984(8020) **000014118987254 9**

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

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

1

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

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

119. Razón social

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

2

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

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

119. Razón social

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

3

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

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

119. Razón social

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

4

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

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

119. Razón social

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

5

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

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

119. Razón social

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

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141189872549

(415)7707212489984(8020) **000014118987254 9**

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

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

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

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

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

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

Revisor fiscal suplente

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

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

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

147. Fecha de nombramiento:

Contador

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

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

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

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

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141189872549

(415)7707212489984(8020) **000014118987254 9**

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

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

1

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

162. Nombre del establecimiento: FUNDACION ECODES 1

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

165. Dirección: CL 48 J 5 D 90

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

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección:

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

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección:

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

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

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

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

Fecha:12/08/2025

CONTRIBUYENTE	N.I.T. 900359095	FUNDACION ECODES

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CL 43 SUR 82C 07 Teléfonos: 3124526900

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

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

PERFIL TRIBUTARIO

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

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

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

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

Actividad 3: 7500 - Actividades veterinarias

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

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

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

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

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

Fuente: RIT-SHD

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

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

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

La presente se expide en Bogotá, D.C., a los veinte tres (23) días del mes de septiembre del año 2025.

Leidy Carolina Cristancho Márquez
Representante Legal
Fundación ECODES

Piedad del Socorro Romero
Revisora Fiscal
Fundación ECODES

República de Colombia
Ministerio de Comercio Industria y Turismo
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO
106450-T
PIEDAD DEL SOCORRO
ROMERO MUÑOZ
C.C. 50894242
RESOLUCION INSCRIPCION 236
FECHA 25/11/2004
UNIVERSIDAD PILOTO DE COLOMBIA
DIRECTOR GENERAL
JULIO CESAR ACUÑA GONZALEZ
116058

206828
Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como
CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en
la ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse
al PBX. 644 44 50 o devolverla a la UAE - Junta Central de
Contadores a la calle 96 No. 9A - 21 Bogota D.C.
www.deqs.com

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 50.894.242
ROMERO MUÑOZ
APELLIDOS
PIEDAD DEL SOCORRO
NOMBRES

FECHA DE NACIMIENTO 14-DIC-1970
MONTERIA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.54
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
04-AGO-1989 MONTERIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

EC049ABC5E8BE870

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

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

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS . . . . . .

EL CONTADOR PUBLICO NO HA CUMPLIDO CON LA OBLIGACION DE ACTUALIZAR EL REGISTRO

Dado en BOGOTA a los 20 días del mes de Agosto de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

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

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

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

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

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B254866161D2EC

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

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

NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

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

INSCRIPCIÓN

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

UBICACIÓN

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

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

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

Mario Fernando Avila Cristancho

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

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

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B254866161D2EC

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

CONSTITUCIÓN

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

ENTIDAD QUE EJERCE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

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

TÉRMINO DE DURACIÓN

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

OBJETO SOCIAL

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

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

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

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B254866161D2EC

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

---

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

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

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

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B254866161D2EC

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

---

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

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

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

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

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B254866161D2EC

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

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

PATRIMONIO

$ 3.379.072.417,00

REPRESENTACIÓN LEGAL

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

FACULTADES Y LIMITACIONES DEL REPRESENTANTE LEGAL

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

NOMBRAMIENTOS

REPRESENTANTES LEGALES

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

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

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

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B254866161D2EC

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

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

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

ÓRGANO DE ADMINISTRACIÓN

ÓRGANO DE ADMINISTRACIÓN

PRINCIPALES

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

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

PRINCIPALES

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

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

PRINCIPALES

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

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

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

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B254866161D2EC

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

Directiva

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

REVISORES FISCALES

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

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

REFORMAS DE ESTATUTOS

Los estatutos de la Entidad han sido reformados así:

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

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

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

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B254866161D2EC

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

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

RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN

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

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

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

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

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

ESTABLECIMIENTO(S) DE COMERCIO

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

Nombre: FUNDACION ECODES 1
Matrícula No.: 02571661

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

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

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B254866161D2EC

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

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

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

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

TAMAÑO EMPRESARIAL

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

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

Ingresos por actividad ordinaria $ 7.522.367.576

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

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

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

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

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

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

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B254866161D2EC

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

Decreto número 2150 de 1995.

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

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

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

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

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

****

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

****

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

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

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

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B254866161D2EC

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

****

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

ANEXO 1

HISTORIAS CLINICAS ESTERILIZACION 31.03.25

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

PLANILLA DE REGISTRO - ESTERILIZACIONES

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CPS-322-2024

LOCALIDAD: LOS MARTIRES | BARRIO: | JORNADA: Parque Maria Eugenia

FECHA: 31 Marzo 2025 | OPERADOR: FUNDACION ECODES

NÚMERO MICROCHIP	TIPO DE TENEDOR	ESTRATO	NOMBRE	APELLIDO	CC	SEXO			LGTBI	IDENTIFICACIÓN ÉTNICA						FIJO / CELULAR	e-mail	DIRECCIÓN	NOMBRE PACIENTE	ESPECIE		SEXO		OBSERVACIONES	FIRMA
						MUJER	HOMBRE	INTERSEXUAL		AFROCOLOMBI	PALENQU	INDIGEN	RAIZAL	GITANO	NINGUNO					CANINO	FELINO	MACHO	HEMBRA		
900255001724836	P	3	Cristian Fabian	Usma Celis	1 106 893 065		Y								Y	314 389 3059	COREJTYA09@gmail.com	CL 7 #79-22	ANIA	Y			Y		
900255001724826	P	1	Jorge Eliecer	Rojas Bernal	19 103 959		Y								Y	322 797 8250	3227978250@sincorreo.com	CL 6B #18-78 L01	Kira	Y			1		Jorge Rojas
900255001724825	P	3	Alba Mercedes	Otalora	41 303 116	Y									Y	313 126 2603	Albamo44@hotmail.com	CL 7 #15-29	NAOMI	Y			Y		
900255001724822	P	3	Cesar Augusto	Becerra Plazas	1 023 872812		Y								Y	322 673 5790	cesarhamir@gmail.com	AC 6 #19-08	Kiara	Y			Y		
900255001724827	P	2	Alexandra	Hernandez	52 108 100	Y									Y	310 337 1073	lialexahermo@hotmail.com	kr 156 #4 44	Pepa	Y			Y		
900255001724835	P	1	Dallan Elizabeth	Bernal Rubiano	10 23 877 338	Y									Y	323214 64 33	BERNAllollano1@gmail.com	kr 18c #4A-71 IBF 001	Dana	Y			Y		
900255001724750	C	3	Nubia del Carmen	Rodriguez Ortega	52 827 960	Y									Y	312 483 8374	3124838374@sincorreo.com	kr 18B #3-65 02	niña	Y			Y		Nubia Rodriguez
900255001724741	C	3	Jesus Arnoldo	Parra Ruiz	94 426 410		Y								Y	312 487 7291	Jpalfa.Ruiz2219@hotmail.com	kr 22Bis # 6-12	Sammy	Y			Y		
900255001725449	C	3	Juan David	Martinez Gomez	1 000 991 610		Y								Y	314 208 5977	davidd agamo2000@gmail.com	CL 7Bis #19B-6 03 0001	Noah				Y		Juan David M

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA	MICROCHIP:	FECHA:
270	Expiry-Date:2029/4/15 900255001724836	31/03/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA X COMUNIDAD __

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:	
ANIA		Blanco.	

ESPECIE: CANINO X FELINO __	SEXO: HEMBRA X MACHO __	RAZA CRUCE HUSKY	EDAD 2A	PESO: 14 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
Cristian Fabian Vsma Celis	cl 7 # 14-22	3193893059

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
1106 893 065	CORETTA09@GMAIL.COM

BARRIO: La Estrada	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: LOS MARTIRES

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

3. ANAMNESIS

Reporta buen estado de salud

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ningno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

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

OBSERVACIONES: Ningno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,7 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	1,4 ml.	5 mg/kg IV ☑ 10 mg/kg IM ☐
	PROPOFOL	2,8 ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	4,9 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,9 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,14 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ningno

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Andres Quiroga Médico Veterinario TP. 34839	FIRMA
NÓMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Ximena Moreno Ruiz Médica Veterinaria M.P 45482 Universidad Nacional de Colombia	FIRMA XMR

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: 1106893065

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Nana Eugenia	15-04-25	11:30 - 12:30

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.106.893.065

USMA CELIS
APELLIDOS

CRISTIAN FABIAN
NOMBRES

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 05-MAY-1991

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

03-JUL-2009 MELGAR
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2907900-00180726-M-1106893065-20090925 0016527984A 1 32161654

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA:3 CICLO: K3 RUTA:K33419 BIMESTRAL

10004278
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

40710063013
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

Período facturado	ENE/07/2025	MAR/06/2025

Pago oportuno **ABR/09/2025** Suspensión **ABR/14/2025**

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
JUN/03/2025	MAR/26/2025 07:00:07	MAR/26/2025 13:25:04

¡Hola!

Factura a nombre de
A ZULUAGA

Dirección del predio
CL 7 14 22

Barrio: LA Localidad: LOS MARTIRES

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso:	**Comercial**
Estrato:	**3**
Unidades Habitacionales:	**0**
Unidades No Habitacionales:	**9**

¡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 110 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.

ASEO

Período facturado Aseo
FEB/01/2025 - MAR/26/2025

El servicio de aseo se factura de forma bimestral

Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio
10004278

Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos
40710063013

KR 55 No. 9-17 LC 2 Ed. Torre Americas
Horario de Atención
LUNES A VIERNES 7:00 AM A 5:00 PM SABADO 9:00 AM A 1:00 PM

Datos del usuario

Tipo de producto: PEQUEÑO PRODUCTOR — Estrato: 3

Und. Res. Ocupada:	0	Und. No Res. Ocupada:	1	Densidad	0.200
Und. Res. Desocupada:	000	Und. No Res. Desocupada:	000	Volumen	0.00
Frecuencia Barrido:	00	Frecuencia Recolección:	05	%Participación	0.000%

Componentes de tarifas

Costo Fijo Total CFT:	Costo variable no aprovechable	Valor base aprovechamiento
32.554,48	32.557,32	152.831,36

Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto		Valor
Aseo pequeño productor	$82.268	Interés mora	4	$2.051
Aporte	$41.134	Ajuste a la decena -crédito-		$2-

Toneladas por suscriptor mes

Barrido y limpieza	Limpieza urbana	Rechazo del aprovechamiento
0,0026	0,0011	0,0000

Efectivamente aprovechables	Residuos no aprovechables | Afectadas - no afectadas
0,0676	0,1031

Histórico de vigencias cobradas

3	2	1	Días liquidados	
$125.517	$123.982	$131.498	64	

La tarifa incluye subsidio o aporte*

Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Subsidio (-)	60%	Valor Aseo	$125.450
Aporte (-)	50%	Total ingresos del periodo	$125.450
Alternativo - deuda total		Ingreso que Aseo reporta a la DIAN en el periodo actual	

Tu consumo en este período

En los períodos anteriores tu promedio de consumo fue 1

1	1	1
JUL-SEP	SEP-NOV	NOV-ENE	ÚLTIMO
$51.521	$51.518	$40.701	CONSUMO

En este período consumiste más 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 47	Facturado con Consumo Normal
Lectura anterior 46	Base promedio
Tu consumo este período 1	Descargue fuente alterna 0

Datos de tu medidor

Marca MADDALENA
Serie 1810005026

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
$32.866,60		$18.755,21		$1.259		$125.450
1		2		3 4 5 6		A

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

Consulta el detalle atrás

Escanea y paga virtual

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

= Total a pagar $178.330

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

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): a5e452d203a6e0332027bd772f06ac67bc410ec5a78341b23c00fca997726ca4714b716eb0f3f1367a1e40d6fdf3db

Detalle de tu consumo este bimestre

1 Acueducto

	Cant.	×	Valor unitario	×	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	=	Valor	Tarifa***	=	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)										
Consumo residencial básico (m³)	-									
Consumo residencial superior básico (m³)	-									
Cargo fijo no residencial (mes)	2,00		$9.195,79		50		$9.196	$13.793,69		$27.587,58
Consumo no residencial (m³)	1,00		$2.519,02		50		$1.760	$5.278,03		$5.278,02
Subtotal							$10.956			$32.865,60

2 Alcantarillado

	Cant.	×	Valor unitario	×	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	=	Valor	Tarifa***	=	Total
Cargo fijo residencial (mes)										
Consumo residencial básico (m³)	-									
Consumo residencial superior básico (m³)	-									
Cargo fijo no residencial (mes)	2,00		$4.370,95		50		$4.371	$6.555,43		$13.112,90
Consumo no residencial (m³)	1,00		$2.761,31		50		$1.881	$5.641,97		$5.642,31
Subtotal							$6.252			$18.755,21

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

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

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m3)	$42,01	$131,96
Tarifa consumo superior a básico ($/m3)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$43	$132

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajuste a la decena	$-1
Intereses de mora	$1.260
Subtotal	1.259

4 Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

5 Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

Deudas en estudio

Concepto	Valor
	$0
	$0
	$0
Subtotal	$0

6 Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	$0

Pagos por la página web, app y billeteras

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

Punto de Pago · puntored

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

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

Aseo
Valor a pagar
$125.450

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.
Cheques girados a nombre de la empresa. Endosar solo con el número de cuenta.

(415)7707200489996(8020)407100630135(3900)000000125450

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.
Si en el despliegable de aseo aparece solo y usted debe pagar también recibos de Acueducto, este pago solo podrá efectuarse en Bancos y Red CADE, no podrá efectuarse en un corresponsal bancario).

$52.880

(415)7707200485271(8020)407100630135(3900)000000052880

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS NRO. ÚNICO DE REGISTRO 1-11001003-10 FAB-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:
271	900255001724826	31/03/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA X COMUNIDAD __

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Kira	COLOR: Blanco Cafe

ESPECIE: CANINO X FELINO __	SEXO: HEMBRA X MACHO __	RAZA Pitbull	EDAD 4 años	PESO: 21 Kg	POTENCIAL PELIGROSO SI X NO __

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION:	TELEFONO
Jorge Eliecer Rojas Bernal	CL 6B # 18-78 LO1	3227978250
CEDULA: 19103959	CORREO ELECTRÓNICO: 3227978250@sincorreo.com	
BARRIO: Ricaurte — ESTRATO: 1	LOCALIDAD: LOS MARTIRES	
ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __	

3. ANAMNESIS

Reporta buen estado de salud

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

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

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Andres Quiroga Médico Veterinario T.P. 34.10	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Ximena Moreno Ruiz Médica veterinaria M.P 45482 Universidad Nacional de Colombia	FIRMA

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

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de 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:
Jorge Elizondo	19103950 BTA

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

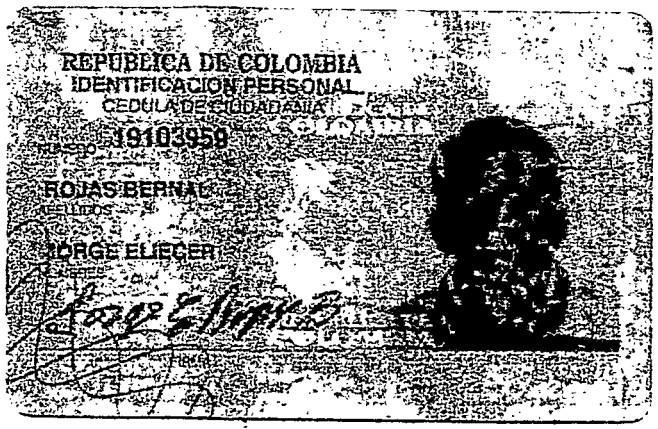
RAZÓN:

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

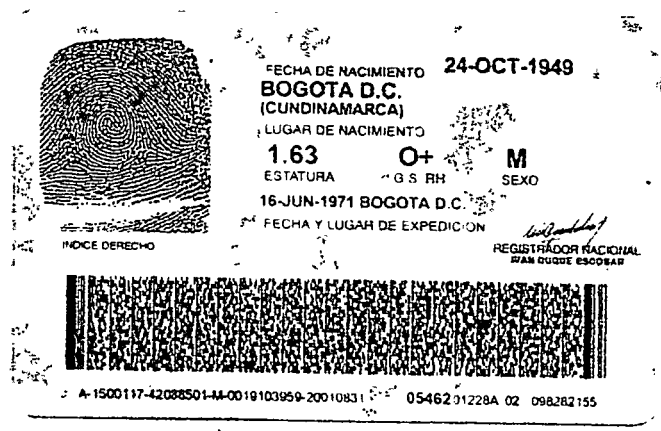
8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Maria Eugenia	15-04-2025	11:30 - 12:30

OBSERVACIONES:



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
19103959
ROJAS BERNAL
APELLIDOS
JORGE ELIECER
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 24-OCT-1949
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
16-JUN-1971 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR
INDICE DERECHO
A-1500117-42088501-M-0019103959-20010831 05462 01228A 02 098282155

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
RÉGIMEN SUBSIDIADO
NIT 900.298.372-9
CÓDIGO: EPSS34

capital
EPS-S

JORGE ELIECER ROJAS BERNAL
CC 19103959 Sexo: M Fecha Nac.:24/10/1949
Doc Cabeza Familia:CC19103959 Contrato No 72515-11001
Fecha de afiliación: 23/05/2013 Valido hasta: Indefinido
Copago: NO Disc:N Nivel: 1 No ficha sisben:3684548 -
BOGOTA BOGOTA-CL 6 B 16 76 Zona:U
Localidad 14 Dir.: CL 6 B 16 78 ESTANZUELA CENTRAL
IPS Medica: HOSPITAL CENTRO ORIENTE E.S.E 3339194
IPS Odontologica: HOSPITAL CENTRO ORIENTE E.S.E 3339194
ricardocp 07091020141201 34324125

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

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

Contrata el servicio

continuo y rentable de gas natural.

Contáctanos y construye las internas con un experto.

Avanzar es que puedas expandir tu negocio de la mano de Vanti.

Tel: 601 307 8121 | WhatsApp: 315 416 4164

vanti
Más formas de avanzar

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gasoriente S.A. ESP y Gasnacer S.A. ESP.

Adquiérelo ya en www.grupovanti.com

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

» Pagos electrónicos en otras entidades

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

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Escanea para pagar tu factura

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

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

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

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 lo 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 7048230720241

¡Hola!

MARIA ROCIO TRUJILLO
CL 6B 18 78 L01 - RICAURTE
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 010420200003679350

Lote: P09GN **Ruta:** 0011310174700005100 **Código del Sector:** 388

Cuenta o referencia de pago 61925222

vanti Listo

¡Compra televisor, celular o cualquier artículo nuevo en cómodas cuotas! Aplica para clientes de gas natural con cupo aprobado.

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:

...es nuestra prioridad, conoce tus derechos ...bilidades como usuario comercial ...el servicio de gas natural.

vanti
Más formas de avanzar

...idades Usuarios
...ausula 18 del CCU
...medidores o equipos
...diato cualquier anomalía, ...ria o accidental de los equipos.
...s establecidos, el valor ...ora, por la prestación

...suarios
...la 15 del CCU
...on calidad, continuidad ...a ley y regulación.
..., quejas y recursos ...estación del servicio.

Obligaciones Vanti
Capítulo 3 – Cláusula 17
- Suministrar el servicio con calidad y seguridad.
- Adoptar medidas y mecanismos eficaces para que los equipos de medida funcionen correctamente previniendo su alteración.
- Exigir que los funcionarios y personal autorizado porten un carné de identificación.

Derechos Vanti
Capítulo 3 – Cláusula 15
- Adelantar las revisiones a fin de verificar la exactitud en la medición del consumo.
- Suspender, cortar el servicio y/o dar por terminado el contrato por incumplimiento del usuario.
- Acceder al inmueble previa autorización del usuario, para verificar las condiciones de seguridad de la red interna.

Remitente: VANTI
MARIA ROCIO TRUJILLO
CL 6B 18 78 L01
BOGOTA
Cuenta: 61925222
54199

0115090214054199

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.

...ir la factura

388
0011310174700005100
P09GN

Factura de gas

Febrero 2025

Cuenta o referencia de pago **61925222**

BOGOTÁ

Nit: 800007813-5
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
26 Feb. 2025	27 Feb. 2025	Ene. - Feb. 2025	14 Feb. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	74M3	3.370,88	0,00	249.445,12
FIJO	1UN	4.043,00	0,00	4.043,00
MASS CONTRIB. CARGO FIJO 8.90%	1UN	359,83	0,00	359,83
MASS CONTRIB. CONSUMO M3 8.90%	1UN	22.200,62	0,00	22.200,62
AJUSTE DECENA	1UN	-4,88	0,00	-4,88
Intereses Moratorios Base Recargo	1UN	176,31	0,00	176,31

① Total $276.220,00

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota Nº	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A

② Total $0,00

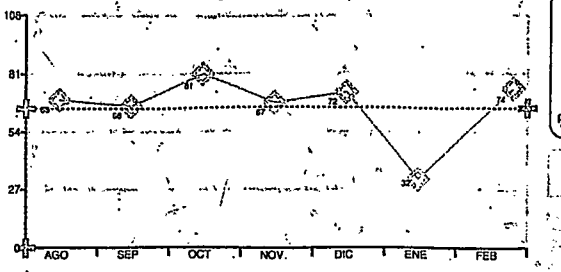
③ Valor facturas vencidas **$0,00**

Total a pagar ①+②+③ **$276.220,00**

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Comercial Estrato/Cat.Uno Días de consumo 30

Fecha	Lectura	Tipo
13 Ene. 2025	1938	REAL
11 Feb. 2025	2034	REAL

m³ corregido= 2034 -1938 * Factor de corrección = 74

Tu próxima lectura será

Entre 08 y el 13 de Marzo

Novedades de tu factura

Dale esperanza a una familia colombiana realizando un aporte voluntario en www.grupovanti.com
Valor sugerido $ 27622
Estimado cliente recuerde que tiene entre Oct/2024 y el 31/03/2025 para realizar la Revisión Periódica. Se suspenderá el servicio a partir del 01/04/2025 si Vanti S.A. ESP no ha recibido el Certificado de Conformidad. Realice la revisión y evite la suspensión (Res: CREG 059/2012)

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Mar. 2025

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

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $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

M/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 872 kWh y el precio unitario del kWh es: $316.569

Factor de corrección

Vm: 96 Kp: 0.76974 Kt: 1.00627 Ft: 0.77457
Vc: 74 Tm: 13.76 Te: 15.56 Pe: 1.01008
Pa: 0.752 Pm: 0.0255 F.pv: 1.0

Factor de corrección: 0.77457

Indicadores de calidad

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

(415)7709998026025(8020)61925222(3900)00000000276220

12/02/2024. Facturación electrónica desde Nº 00000001 hasta 50000000 con vigencia de 18 meses

de la ley 142 de 1994
Prestan - Transferencia SA
Nit 900372193-4

54199

C1

Factura No. F15EB27091324

09121c44b2144f5f6038cac7c7667355c378dac88f92a1485c30acb4a5bd1232569abcc9c4a0bc4111b657d71acbdf4

6.

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA	MICROCHIP:	FECHA:
272.	Expiry-Date:2029/4/15 900255001724825	31/03/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA X COMUNIDAD __

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:				COLOR:	
Naomi				Miel.	
ESPECIE: CANINO X FELINO __ SEXO: HEMBRA X MACHO __	RAZA Mestizo	EDAD 2A	PESO: 8kg.	POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X	
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI __ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X	TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR __ CASERO __ CONCENTRADO X MIXTO __ OTRO __			

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION:	TELEFONO
Alba Mercedes Otalora	Cl 7 # 15-29	3131262603.
CEDULA: 41 303 116	CORREO ELECTRÓNICO: albamog4@hotmail.com	
BARRIO: Voto Nacional / ESTRATO: 3	LOCALIDAD: LOS MARTIRES	
ESCOLARIDAD: NS/NR: __ Segundo Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __	

3. ANAMNESIS

Reporta 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:
20 de Enero	20 de marzo	

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ningno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

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

OBSERVACIONES: Ningno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,4 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,8 ml.	5 mg/kg IV ☑ 10 mg/kg IM ☐
	PROPOFOL	1,6 ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	2,8 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,5 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,08 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ningno

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Andres Quiroga Médico Veterinario TP. 34839	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Ximena Moreno Ruiz Médica veterinaria MP 45482 Universidad Nacional de Colombia	FIRMA

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

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Fernanda Estévez	Fernanda Estévez 41303116

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Maria Eugenia	15-04-25	11:30 - 12:30

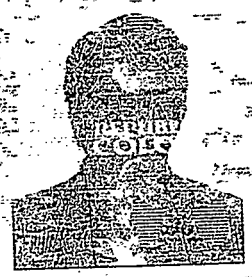
OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **41.303.116**

OTALORA
APELLIDOS

ALBA MERCEDES
NOMBRES



FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-ABR-1944**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

11-OCT-1965 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00132919-F-0041303116-20081202 0007397893A 1 2000035141

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

Redebar · Itaú · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco AV Villas · Banco GNB Sudameris · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Davivienda plata · Grupo Aval · dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies:
Metro, Jumbo, Éxito

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

Eficiencia energética

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

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

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

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.095.812-6
704826072024

¡Hola!

CLAUDIA CAMARGO
CL 7 15 29 - VOTO NACIONAL
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5107104-38052

Lote: P09GN **Ruta:** 0011310232180005000 **Código del Sector:** 392

Cuenta o referencia de pago **61970749**

vanti Listo

Compra televisores, celulares o más hasta en 24 cuotas y recibe en tu factura de gas

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 5.228.320**

0011310232180005000
57374
P09GN
C1

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.

BOGOTA

vanti
Mas formas de avanzar

Importantes

1. Pago oportuno 27 Mar. 2025
2. Fecha de suspensión 28 Mar. 2025
3. Periodo facturado Feb. - Mar. 2025
4. Emisión de tu factura 14 Mar. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
NSUMO GAS	15M3	2.825,91	0,00	42.388,65
D	1DN	4.076,00	0,00	4.076,00
ISTE DECENA	1UN	-4,65	0,00	-4,65

1 — Total $46.460,00

Tus financiaciones

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

2 — Total $0,00

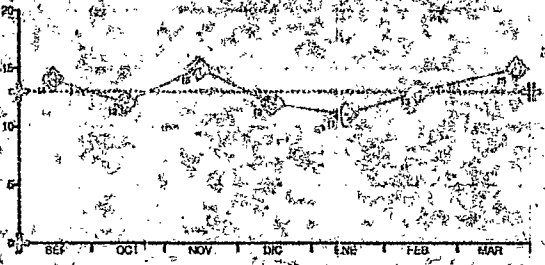
Valor facturas vencidas $0,00

Total a pagar (1 + 2 + 3) $46.460,00

Pago por:

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial Estrato/Cat. Tres Días de consumo 29

Fecha	Lectura	Tipo
11 Feb. 2025	7448	REAL
11 Mar. 2025	7468	REAL

m³ corregido = 7468 - 7448 * Factor de corrección = 15

Tu próxima lectura será

Entre 07 y el 12 de Abril

Novedades de tu factura

Dale esperanza a una familia colombiana realizando un aporte voluntario en www.grupovanti.com, valor sugerido $ 4646

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

30 Dic. 2028

Es revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente* *Resoluciones 059 de 2012 - 41335 de 2017

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $2826

Dic. $2362 Ene. $2480 Feb. $3371

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

Componentes tarifarios

Gm: 1604.97 Tm: 626.97 Dm: 821.22 Cm: 2825.91
Pc: 72.75 Cvm: 0.0 Cvm: 4076.0 Cvm: 2825.91
Ccm: 0.0 Tcm: 42.475 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

Mjm³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 177 kWh y el precio unitario del kWh es: $262.612

Factor de corrección

Vm: 20 Kp: 0.76828 Kt: 1.00536 Fz: 0.77039
Vc: 15 Tm: 14.02 Tc: 15.56 Pe: 1.01008
Pe: 0.751 Pm: 0.023 P pvt: 1.0
Factor de corrección: 0.77039

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IO: 100.0 IPL: 100.0

(415)7709998026025(8020)61970749(3900)00000000046460

C1 57374

Factura No. F15B2956358

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA	MICROCHIP:	FECHA:
273	900255001724822	31/03/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA X COMUNIDAD __

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
	Kiara.	Blanco Negro

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

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION:	TELEFONO
Cesar Augusto Becerra Plazas	AC 6 # 19-08	3226735790
CEDULA: 1023872812	CORREO ELECTRÓNICO: cesarhamir@gmail.com	
BARRIO: La Estancia — ESTRATO: 3	LOCALIDAD: LOS MARTIRES	
ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __	

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ningno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

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

OBSERVACIONES: Ningno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,8 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	1,6 ml.	5 mg/kg IV ☑ 10 mg/kg IM ☐
	PROPOFOL	3,2 ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	5,6 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1,1 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,16 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ningno

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Andres Quiroga Médico Veterinario TP. 345339	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Ximena Moreno Ruiz Médica Veterinaria M.P 45182 Universidad Nacional de Colombia	FIRMA XMR

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

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Cesar A Becerra P	1023872812

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

RAZÓN:

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Maria Eugenia	15-04-25	11:30 - 12:30

OBSERVACIONES:

NO SIRVE COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.023.872.812

BECERRA PLAZAS
APELLIDOS

CESAR AUGUSTO
NOMBRES

FIRMA

NOTARIA UNICA REPUBLICA DE COLOMBIA CIRCULO NOTARIAL DE UBATE
GLORIA CRISTINA MARTIN GUZMAN
13 AGO. 2008
Esta fotocopia coincide con un documento que tuve a la vista

DE C
MAR
BIA
Ubaté

INDICE DERECHO

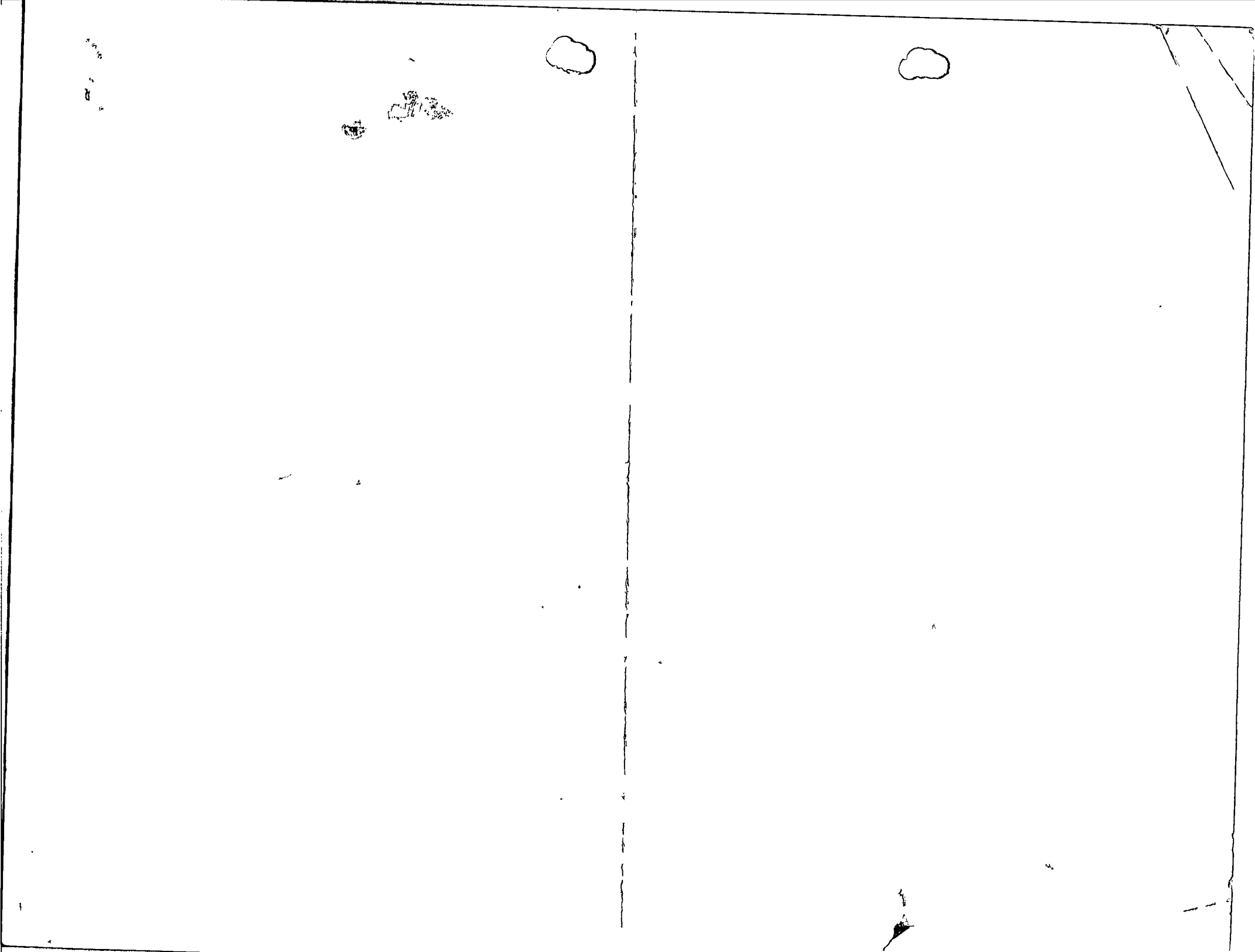
FECHA DE NACIMIENTO 09-AGO-1987
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

24-AGO-2005 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMA BEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-1500104-47142111-M-1023872812-20051130 01382 05334N 02 203931851



aseo

Período facturado Aseo
FEB/01/2025 - MAR/26/2025
El servicio de aseo se factura de forma bimestral

Cuenta contrato 10572408
Núm. de identificación de este predio

Número para pagos 11069628110
Número de esta factura de servicios públicos

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

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

Datos del usuario

Tipo de producto: PEQUEÑO PRODUCTOR — Estrato: 3

Und. Res. Ocupada:	0	Und. No Res. Ocupada:	2	Densidad	0.200
Und. Res. Desocupada:	000	Und. No Res. Desocupada:	000	Volumen	0.00
Frecuencia Barrido:	06	Frecuencia Recolección:	06	%Participación	0.000%

Componentes de tarifas

Costo Fijo Total CFT.	Costo variable no aprovechable	Valor base aprovechamiento
65.108,97	65.114,63	152.831,36

Toneladas por suscriptor mes

Barrido y limpieza	Limpieza urbana	Rechazo del aprovechamiento
0.0026	0.0011	0.0000

Efectivamente aprovechables: 0.0676
Residuos no aprovechables | Aforadas - no aforadas: 0.1031

Historico de vigencias cobradas

3	$251.033	$247.963	$262.897	Días liquidados 64
	2	1		

La tarifa incluye subsidio o aforate

A Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo pequeño productor Aporte	$164.535 $62.268	Ajuste a la decena -credito-	$3-

Subsidio (-) 00% Valor Aseo
Aporte (+) 50% Total Ingresos del periodo
Inflamiento - deuda total Ingreso que Aseo reporta a la DIAN en el periodo actual

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá-ESP
NIT. 899.099.094 - 1

Responsabilidades Regimen de Tributación Gran contribuyente Autorretenedor

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA:3 CICLO: K3 RUTA:K33415 BIMESTRAL

10572408
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

11069628110
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

Período facturado	ENE/07/2025	MAR/06/2025

Pago oportuno ABR/09/2025 Suspensión ABR/14/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
JUN/03/2025	MAR/26/2025 07:00:52	MAR/26/2025 13:18:42

¡Hola!

Factura a nombre de
JOSE ISMAEL MONTENEGRO SANTANA

Dirección del predio
AC 6 19 08

Barrio: LA **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 la misma cantidad de agua** que en el anterior.
Abre y descubre el detalle de tu pago y consumo ↓

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

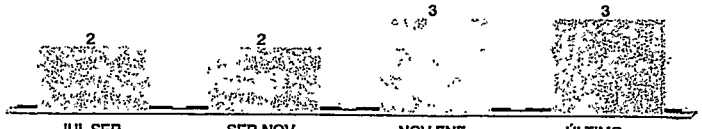
Entra a **www.acueducto.com.co** haz clic en Servicios al Ciudadano y obtén información de los puntos de atención, copia de la factura y realiza tu pago a través de internet.

cadena.

6264

Tu consumo en este período

En los períodos anteriores **tu promedio de consumo fue** 2



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

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

En este período	Promedio al día
3.000	51

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período 1089
Lectura anterior 1086
Tu consumo este período 3

Facturado con Consumo Normal
Base promedio
Descargue fuente alterna 0

Datos de tu medidor

Marca ITRON DE ACTARIS
Serie A10S210947

Tipo VELO015T2
Diámetro pulgadas ½

Para reducir tu consumo, recuerda:

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

Tu cobro en este período

Acueducto (1)	+	Alcantarillado (2)	+	Otros cobros (3 4 5 6)	+	Aseo (A)
$43.423,64		$30.038,83		$2-		$246.800

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

Consulta el detalle atrás

Escanea y paga virtual

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

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

= **Total a pagar** $320.260

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): aa33d59960c963a7f730390df503012885d621d81bcddc8c2e1e16bd61155b4367a04e9c3a0544a72701fd23b63d05

Detalle de tu consumo este bimestre

1 Acueducto

	Cant.	× Valor unitario	× Aporte (+) o Subsidio (-)** %	= Valor	Tarifa***	= Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)						
Consumo residencial básico (m³)						
Consumo residencial superior básico (m³)						
Cargo fijo no residencial (mes)	2,00	$9.195,79	50	$9.196	$13.793,69	$27.587,58
Consumo no residencial (m³)	3,00	$3.519,02	50	$5.279	$5.278,53	$15.836,06
Subtotal				$14.475		$43.423,64

2 Alcantarillado

	Cant.	× Valor unitario	× Aporte (+) o Subsidio (-)** %	= Valor	Tarifa***	= Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo no residencial (mes)	2,00	$4.370,95	50	$4.371	$8.556,43	$13.112,90
Consumo no residencial (m³)	3,00	$3.761,31	50	$5.642	$5.641,97	$16.925,93
Subtotal				$10.013		$30.038,83

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

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

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m3)	$42,81	$131,95
Tarifa consumo superior a básico ($/m3)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$128	$395

El Mínimo Vital es un beneficio donde el Distrito de Bogotá brinda un apoyo económico de hasta 3 m³ mensuales (12 m³ por cada período facturado) a los usuarios residenciales de los estratos 1 y 2. [illegible]

3 Otros conceptos

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

4 Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

5 Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

Deudas en estudio

Concepto	Valor
	$0
	$0
	$0
Subtotal	$0

6 Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	$0

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

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados
Punto de Pago puntored FARMATODO

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

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

Aseo
Valor a pagar
$246.800

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

(415)7707200489998(8020)110896281108(3900)000000246800

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$73.460

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

(415)7707200485271(8020)110896281109(3900)000000073460

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: 274 | MICROCHIP: 900255001724827 | FECHA: 31 / 05/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA X COMUNIDAD __

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Pepa | COLOR: Amarillo

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

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Alexandra Hernandez | DIRECCION: KR15b #4 44 | TELEFONO: 3103311073

CEDULA: 52108100 | CORREO ELECTRÓNICO: lialexahermo@hotmail.com

BARRIO: Eduardo Santos | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: LOS MARTIRES

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

3. ANAMNESIS

Reporta buen estado de salud

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

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

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,4 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,8 ml.	5 mg/kg IV X 10 mg/kg IM ☐
	PROPOFOL	1,6 ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	2,8 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,5 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,08 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

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

FIRMA

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

FIRMA
XMR

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

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO _X___** o **RECHAZO ____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de 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:
Alexander Hdez	52108100 Bta

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

RAZÓN:

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Maria Eugenia	15-04-25	11:30 - 12:30

OBSERVACIONES:

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

HISTORIA CLINICA: 275 | MICROCHIP: 900255001724835 NO ___ | FECHA: 31/03/2025

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Dana | COLOR: Blanco negro

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA MESTIZA | EDAD 4A | PESO: 20kg. | POTENCIAL PELIGROSO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Dallan Elizabeth Bernal Rubiano | DIRECCION: Kr 18c # 4A-71 IBF 001 | TELEFONO: 3232466433

CEDULA: 1023877338 | CORREO ELECTRÓNICO: Beenaldallan015@gmail.com.

BARRIO: El Progreso | ESTRATO: 1 | LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: NS/NR: BACHILLER | TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL ___

3. ANAMNESIS

Reporta buen estado de salud

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 116 l/m | F. RESPIRATORIA: 32 r/m | TEMPERATURA: 38,3 °c | TLLC) seg | MUCOSAS: Rosada

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y 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: Andres Quiroga
TARJETA PROFESIONAL: Médico Veterinario TP. 34839 | FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO: Dra. Ximena Moreno Ruiz
TARJETA PROFESIONAL | FIRMA: XMR

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 compañía.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua he sido informado, he comprendido y aceptado.

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación: 1.023.811.838 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: Nro. Identificación:	Firma:

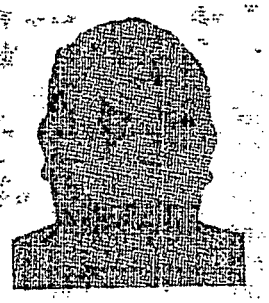
8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Mara Eugenia	15-04-25	11:30 - 12:30

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.023.877.338
BEDOYA RUBIANO
APELLIDOS
DAILAN ELIZABETH
NOMBRES



FIRMA

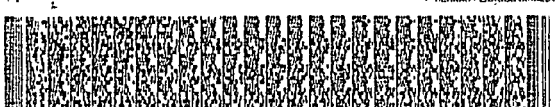
INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 21-AGO-1988
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

07-SEP-2006 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNÁN PENAGOS GIRALDO



A-1500150-01483673-F-1023877338 20250107 0143295894A 1 8513893402

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

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

Avanza y GANA

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

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

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

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

Se le suspenderá el servicio por falta de pago y cuando se requiera, en caso de que se impida el acceso al medidor o a la instalación interna y de artefactos de consumo. Como consumidor puedes presentar un recurso de reposición ante la empresa y apelar ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los (5) días hábiles siguientes al conocimiento del acto de suspensión. Sobre el contenido de la presente factura el cliente cuenta con los mecanismos de defensa en la ley 142 de 1994 y puede hacer uso antes de la fecha señalada para el pago oportuno.

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-8 704823072024

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

¡Hola!

GUILLERMINA ZAMBRANO
KR 18C 4A 71 IBF 00001 - EL PROGRESO
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5007109-538648

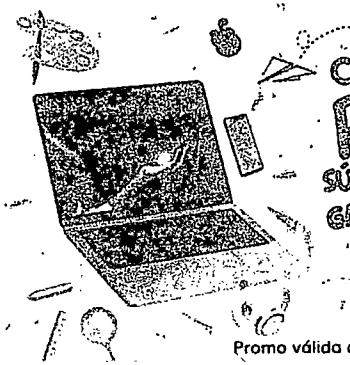
Lote: P02GN Ruta: 0011240111030005000 Código del Sector: 199

Cuenta o referencia de pago 6210404

vanti Listo

Compra, abona o paga tus facturas de gas y más productos y trae tu cupo Vanti Listo a donde quieras

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 3.700.000**



CON REGRESA A CLASE Y SÚPER GANA UN

vanti

Escanea el código QR y participa aquí.

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

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

Paga a cuotas a través de tu factura de gas natural

éxito · Alkosto · Ktronix

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gasnacer S.A. ESP. Conoce T&C de la 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.

199 0011240111030005000 P02GN 35815 C1

Factura de gas

Febrero 2025

Cuenta o referencia de pago **62104061**

BOGOTÁ

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

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1 Pago oportuno	2 Fecha de suspensión	3 Periodo facturado	4 Emisión de tu factura
23-Feb-2025	24 Feb. 2025	Ene. - Feb. 2025	05 Feb. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	5M3	3.712,35	0,00	18.561,75
MENOS SUBSIDIO (60%)	1UN	-11.137,05	0,00	-11.137,05
AJUSTE DECENA	1UN	4,77	0,00	4,77
RECAUDO TERCEROS Coosepark Protc.	0	50.096,00	0,00	50.096,00

① Total $57.526,00

Tus financiaciones

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

② Total $0,00

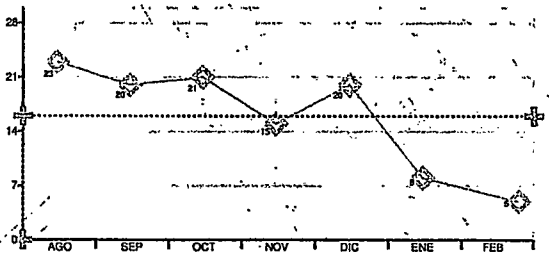
③ Valor facturas vencidas **$0,00**

Total a pagar ① + ② + ③ **$57.526,00**

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial Estrato/Cat.Uno Días de consumo 32

Fecha	Lectura	Tipo
03 Ene. 2025	4813	REAL
03 Feb. 2025	4820	REAL

m³ corregido= 4820 - 4813 * Factor de corrección = 5

Tu próxima lectura será Entre 01 y el 06 de Marzo

Novedades de tu factura

CuVa $ 3370.88

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

30 Nov. 2029

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

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

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

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

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

Componentes tarifarios

Gm: 1844.46 Tm: 817.62 Dm: 617.95 Cm: 0.0
P: 90.85 Cvm: 0.0 Cuvm: 0.0 Cuvm: 0.0
Ccm: 0.0 Fpcm: 42.438 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0
M/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 59
kWh y el precio unitario del kWh es: $125.842

Factor de corrección

Vm: 7 Kp: 0.76727 Kt: 1.00662 Ft: 0.77235
Vc: 5 Tm: 13.66 Te: 15.56 Pe: 1.01008
Pa: 0.752 Pm: 0.023 Pvc: 1.0
Factor de corrección: 0.77235

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IO: 100.0 IPU: 100.0

(415)7709998026025(8020)62104061(3900)00000000057526

Factura No. F15B26121556

ESP NIT 800.007.813-5 - Revisor fiscal Deloitte & Touche S.A.S. Esta factura presta mérito ejecutivo Art 130 de la ley 142 de 1994
Factura - Transferencia E.A.
ks 900227153-4

Solicitud gratuita y previa de copias, reembolso cuando supongan costos razonables de ley. Autorizaciones Resolución No. 4959 del 17-Jul-1998 Autorización de Numeración de Facturación No. Formulario 18764007156806 del 12/09/2024. Facturación electrónica desde Nº 00000001 hasta 50000000 con vigencia de 18 meses

16

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA	MICROCHIP	FECHA:
276	900255001724750	31/03/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
niña		AMARILLO CAFE NEGRO

ESPECIE: CANINO X FELINO __	SEXO: HEMBRA X MACHO __	RAZA MESTIZO	EDAD 1 A	PESO: 12 Kg.	POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI __ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X	TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR __ CASERO X CONCENTRADO __ MIXTO __ OTRO			

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION:	TELEFONO
Nubia del Carmen Rodriguez Ortega	Kr 18B # 3-65 02	3124838344
CEDULA: 52821960	CORREO ELECTRÓNICO: 3124838344@SINCORREO.	
BARRIO: El Progreso	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: LOS MARTIRES
ESCOLARIDAD: NS/NR: NOVENO.	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __	

3. ANAMNESIS

Reporta buen estado de salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO:	TRIPLE:	PENTAVALENTE:
NO REPORTA.	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:	117 l/m	F. RESPIRATORIA:	31 r/m	TEMPERATURA:	38,3 °c	TLLC	1 seg	MUCOSAS:	Rosada

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,6 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	1,2 ml.	5 mg/kg IV ☑ 10 mg/kg IM ☐
	PROPOFOL	2,4 ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	4,2 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,8 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,12 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Andres Quiroga Médico Veterinario TP. 234839	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Ximena Moreno Ruiz Médica Veterinaria Universidad Nacional de Colombia	FIRMA XMR

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

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Nubia del Carmen Rodriguez	52 821 960

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Maria Eugenia	15-04-25	11:30 - 12:30

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 52.821.960

RODRIGUEZ ORTEGA
APELLIDOS

NUBIA DEL CARMEN
NOMBRES

Nubia Rodriguez
FIRMA

INDICE DERECHO

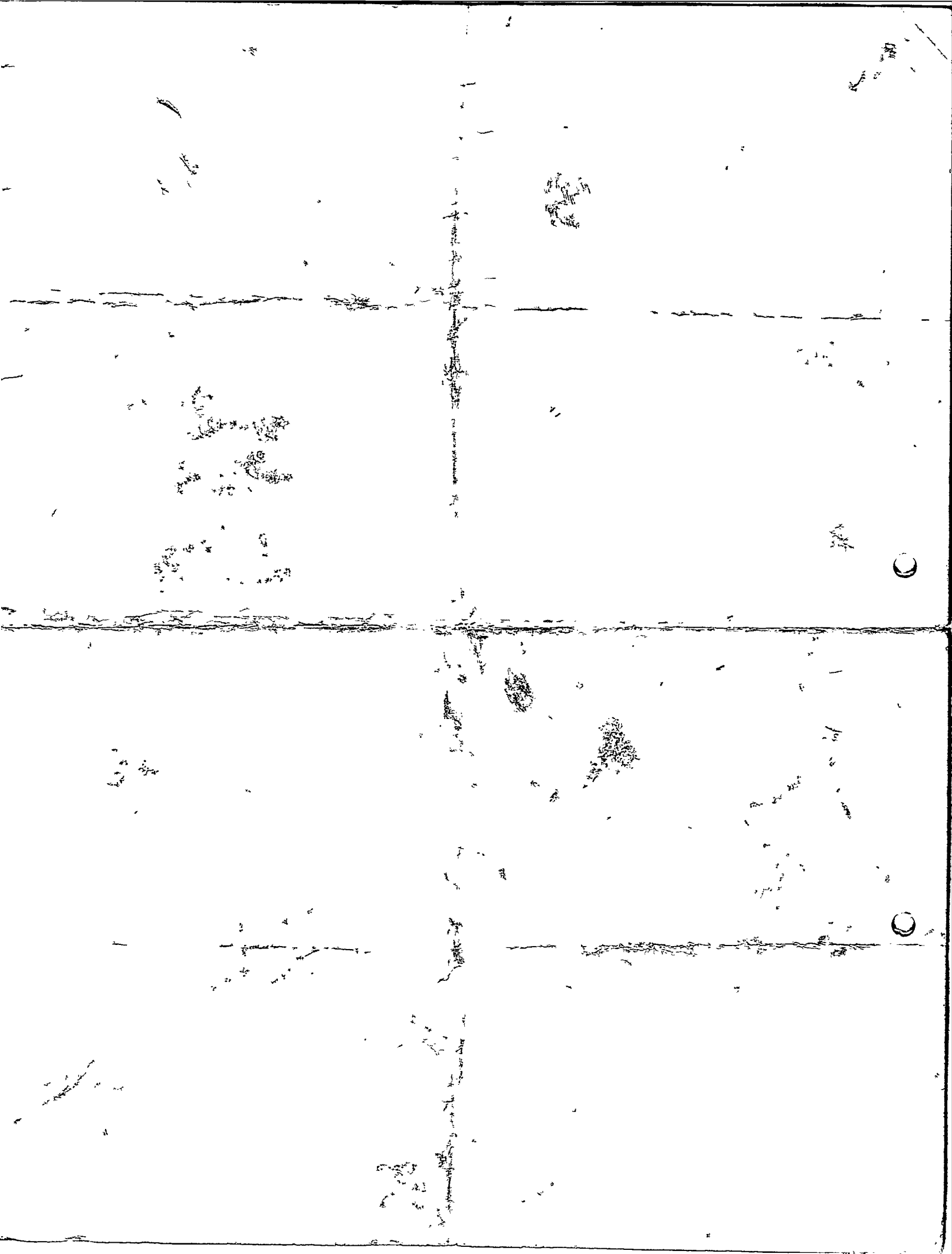
FECHA DE NACIMIENTO 17-MAR-1983
CUCUTA
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

13-AGO-2001 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-01099157-F-0052821960-20190923 0067732670A 1 1465660522



www.efecty.com.co

efecty

Resolución No. 4959 del 17 Jul 1998 Autorización de Numeración de Facturación No. Formulario 18764067156009 de 12/03/2024 Facturación electrónica desde Nº 00000001 hasta 50000000 con vigencia de 18 meses

ESP, NIT: 800.007.813-3 - Revisor fiscal Deloitte Y Touche S.A.S. Esta factura presta mérito ejecutivo. Art 130 de la ley 142 de 1994 Prensa - Transferencia EA 18/03/2025 09:4

Pago oportuno 17 Mar. 2025

Fecha de suspensión 18 Mar. 2025

Periodo facturado Feb. - Mar. 2025

Emisión de tu factura 05 Mar. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	4M3	2.825,91	0,00	11.303,64
FIJO	1UN	4.076,00	0,00	4.076,00
AJUSTE DECENA	1UN	0,36	0,00	0,36

① Total $15.380,00

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota Nº	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A

② Total $0,00

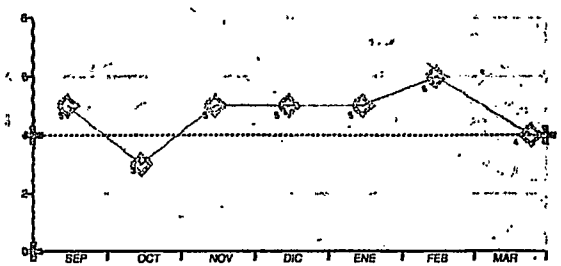
③ Valor facturas vencidas $0,00

Total a pagar ①+②+③ $15.380,00

Paga por pse

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial | Estrato/Cat. Tres | Días de consumo 29

Fecha	Lectura	Tipo
03 Feb. 2025	6702	REAL
03 Mar. 2025	6707	REAL

m³ corregido = 6707 - 6702 * Factor de corrección = 4

Tu próxima lectura será Entre 01 y el 06 de Abril

Novedades de tu factura

Dale esperanza a una familia colombiana realizando un aporte voluntario en www.grupovanti.com, valor sugerido $ 1538

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

30 Sep. 2025

*La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente**

*Resoluciones 059 de 2012 y 41385 de 2017

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $2826.

Dic. $2362 Ene. $2480 Feb. $3371

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

Componentes tarifarios

Gm: 1604.97 Tm: 526.97 Dm: 621.22 Cm: 2825.91
Pr: 72.75 Cvm: 0.0 Cufm: 4076.0 Cuvm: 2825.91
Ccm: 0.0 Fpcm: 42.475 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

Mj/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 47 kWh y el precio unitario del kWh es: $327.226

Factor de corrección

Vm: 5 Kp: 0.76628 Kt: 1.0055 Ft: 0.77049
Vc: 4/ Tm: 13.98 Tc: 15.56 Pc: 1.01008
Pa: 0.751 Pm: 0.023 F pv: 1.0

Factor de corrección: 0.77049

Indicadores de calidad

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

(415)7709998026025(8020)60791399(3900)00000000015380

Factura No. F15B2865988

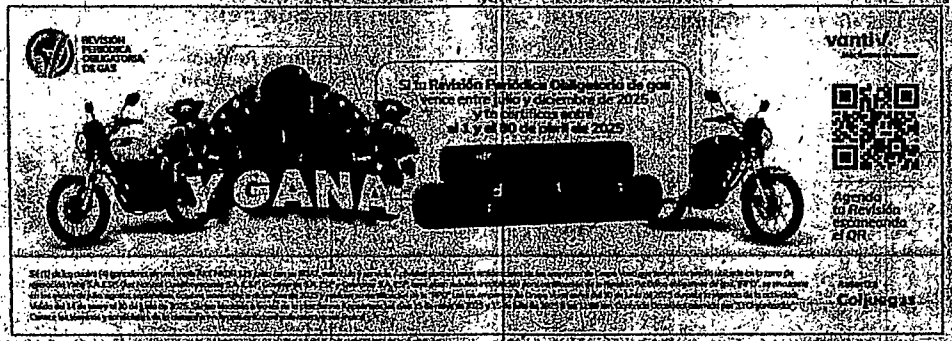
C1

36159

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

» Pago a través de nuestra página web: www.grupovanti.com/pagos-en-linea/

» Pagos electrónicos en otras entidades

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Permite vincular débito automático

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

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

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

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

¡Hola!

JANE EMILCEN URQUIJO
KR 18B 3 65 02 - EL PROGRESO
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5097197190600

Lote: P02GN. Ruta: 0011240114640005010 Código del Sector: 199

Cuenta o referencia de pago 60791399

vanti Listo

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

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: $5.300.000

Comunica:

Evita fraudes en línea al pagar tu factura.
Ingresa siempre digitando:

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Cosorente S.A. ESP, Gasnorte S.A. ESP

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

Línea gratuita 01 8000 942 794
Bogotá (601) 307 8121
Bucaramanga (607) 686 4785

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

Para el uso de los servicios de gas natural, el usuario debe tener en cuenta las siguientes recomendaciones: Mantenga en buen estado las instalaciones internas y los artefactos de consumo. Como consumidor puedes presentar un reclamo ante el prestador del servicio público domiciliario de gas natural por inconformidad en la facturación, interna y de

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA	MICROCHIP:	FECHA:
277	900255001724741	31/03/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	COLOR:
Sammy.	NEGRO

ESPECIE: CANINO X FELINO __	SEXO: HEMBRA X MACHO __	RAZA PINSHER	EDAD 3A	PESO: 1.6	POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION:	TELEFONO
Jesus Arnoldo Parra Ruiz	Kr 22 Bis # 6-12	3124877291

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
94 426 410	JPARRA.RUIZ79970 HOTMAIL.COM

BARRIO: La Pepita	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: LOS MARTIRES

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

3. ANAMNESIS

Reporta 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: X FEBRERO 30.
20 MAYO	FEBRERO 20.	

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

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

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,08 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,16 ml.	5 mg/kg IV X 10 mg/kg IM ☐
	PROPOFOL	0,3 ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,5 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,11 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,01 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Andres Quiroga Médico Veterinario TP. 34839	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Ximena Moreno Ruiz Médica Veterinaria M.P. 45382 Universidad Nacional de Colombia	FIRMA

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

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación: 94426410

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Maria Eugenia	15-04-25	11:30 - 12:30

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 94.426.410
PARRA RUIZ
APELLIDOS
JESUS ARNOLDO
NOMBRES

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 22-AGO-1973
TRUJILLO
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
31-MAR-1993 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00427801-M-0094426410-20130309 0032522288A 1 1112154066

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá-ESP
NIT. 899.099.094 - 1

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA:3 CICLO: K3 RUTA:K33408 BIMESTRAL

10051341
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

43387349418
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

Periodo facturado	ENE/07/2025	MAR/06/2025

Pago oportuno ABR/09/2025 Suspensión ABR/14/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
JUN/03/2025	MAR/26/2025 07:00:37	MAR/26/2025 13:27:11

¡Hola!

Factura a nombre de
CELINA LOPEZ M

Dirección del predio
KR 22 BIS 6 12

Barrio: LA PEPITA Localidad: LOS MARTIRES

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

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

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

Llámanos 116 Acueducto 110 Aseo

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

aseo

Período facturado Aseo
FEB/01/2025 - MAR/26/2025
El servicio de aseo se factura de forma bimestral

Cuenta contrato 10051341
Núm. de identificación de este predio

Número para pagos 43387349418
Número de esta factura de servicios públicos

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

Datos del usuario

Tipo de producto suscrito:	Aseo			Estrato	3
Und. Res. Ocupada:	001	Und. No Res. Ocupada:	000	Densidad	0.000
Und. Res. Desocupada:	000	Und. No Res. Desocupada:	000	Volumen	0.00
Frecuencia Barrido:	02	Frecuencia Recolección:	06	%Participación	0.000%

Componentes de tarifas

Costo Fijo Total CFT:	Costo variable no aprovechable	Valor base aprovechamiento
130.217,93	50 892,76	152.831,36

A Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$249.734	Interés mora	$939
Subsidio	$37.460-	Ajuste a la decena -credito-	$3-

Subsidio (-)	15%	Valor Aseo	$212.212
Aporte (+)	00%	Total ingresos del periodo	$212.212
Información - deuda total		Ingreso que Aseo aporta a la Ciudad en el periodo Actual	

Toneladas por suscriptor mes

Barrido y limpieza	Limpieza urbana	Relleno del aprovechamiento
0.0026	0.0011	0.0000
Efectivamente aprovechables	Residuos no aprovechables | Afectados - no afectados	
0.0576	0.0760	

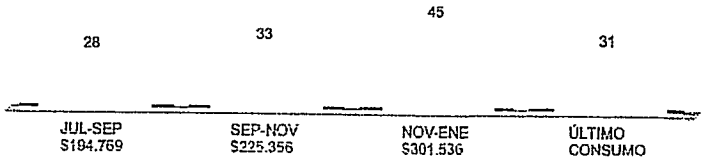
Histórico de vigencias cobradas

3	2	1	Días facturados
$339.958	$335.097	$359.292	84

La tarifa incluye subsidios y aportes

Tu consumo en este período

En los períodos anteriores tu promedio de consumo fue 35



En este periodo consumiste menos agua que en el anterior.

Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

En este período

31.000

Promedio al día

525

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período 2411
Lectura anterior 2380
Tu consumo este período 31

Facturado con Consumo Normal
Base promedio
Descargue fuente alterna 0

Datos de tu medidor

Marca FLODYS CYBLE
Serie A15S447548

Tipo VELG015R160
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
$108.359,20		$106.541,51		$388		$213.210
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

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

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

= Total a pagar $428.500

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): [illegible]

Detalle de tu consumo este bimestre

1 Acueducto

	Cant.	×	Valor unitario	×	Ajuste tarifa subsidio/aporte %	Valor	Tarifa	Total	Cant.	×	Valor unitario	×	Ajuste tarifa subsidio/aporte %	Valor	Tarifa	Total
Cargo fijo residencial (mes)	2,00		$2.195,79		-15	$2.789-	$7.516,42	$15.032,59	2,00		$4.879,65		-15	$1.3[illegible]-	$3[illegible] 31	$7.[illegible]
Consumo residencial básico (m³)	31,00		$3.515,02		-15	$16.363-	$2.991,17	$92.726,62	31,00		$3.761,31		-15	$[illegible].493-	$[illegible].137,11	$[illegible] 10,01
Consumo residencial superior básico (m³)	,								,							
Cargo fijo no residencial (mes)	,								,							
Consumo no residencial (m³)	,								,							
Subtotal						$19.122-		$106.352,20						$15.301-		$106.541,51

* 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 (S/m3)	$[illegible],26	$74,77
Tarifa consumo superior a básico (S/m3)	$6,69	$87,97
Total por consumo facturado	$752	$2.318

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajuste a la decena	$2-
Intereses de mora	$390
Subtotal	388

4 Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

5 Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

Deudas en estudio

Concepto	Valor
	$0
	$0
	$0
Subtotal	$0

6 Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	$0

Pagos por la página web, app y billeteras

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

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

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

Aseo
Valor a pagar
$213.210

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)433873494182(3900)000000213210

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$215.290

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.
Sellar 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)433873494182(3900)000000215290

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:
278	900255001725449	31 / 03/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
Noah		Miel

ESPECIE: CANINO X FELINO __	SEXO: HEMBRA X MACHO __	RAZA	EDAD	PESO:	POTENCIAL PELIGROSO
		Mestizo	3 años	16,5Kg	SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION:	TELEFONO
Juan David Martinez Gomez	Cl 78B #18B - 03 casa 1	3142085977
CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:	
1000 991 610	daviddagamo2000@gmail.com	
BARRIO: La Pepita	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: LOS MARTIRES
ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR: __	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __	

3. ANAMNESIS

Reporta 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: /
Nov 24	No Reporta	

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

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

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,8 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	1,6 ml.	5 mg/kg IV ☑ 10 mg/kg IM ☐
	PROPOFOL	3,2 ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	5,6 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1,1 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,16 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Andres Quiroga Médico Veterinario TP. 34839	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Ximena Moreno Ruiz Médica veterinaria M.P 45482 Universidad Nacional	FIRMA XMR

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

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Juan David Martinez	1000-991-610

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

RAZÓN:

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Maria Eugenia	15-04-2025	11:30-12:30

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.000.991.610

MARTINEZ GOMEZ

APELLIDOS

JUAN DAVID

NOMBRES

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 22-ABR-2001

BOGOTA D.C

(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

13-MAY-2019 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

JUAN CARLOS GALINDO VACHA

ÍNDICE DERECHO

P-1500150-01078526-M-1000991610-20190630 0065777676A 2 1235476150

IMPRENTA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Cuenta/Referencia de pago
61328361

Cliente: JOSE ANTONIO FONSECA
NIT/Cédula: 14200595
Dirección de servicio: CL 7 BIS 18B 6 03 00001
Municipio: Bogotá D.C.

Fa... electrónica de venta F15B27090814

Fecha y Hora de Generación: 2025/2/14 00:51

Fecha y Hora de Expedición: 2025/02/14 8:20

Forma de pago: Crédito 12 dias

CUFE: 16eaee3441c859ec97a385d90ed84e7e032119fdd43f7fe96ecdbd542a5f13e32cbb4cac4e033cd3c80ff8822223d135

Comprobantes tarifarios: Gm: 1844.48 Tm: 817.62 Dm: 817.95 Cm: 3370.88 .p: 90.85 Cufm: 4043.0 CUvm: 3370.88 Cvm: 0.0 Ccm: 0.0

Fpcm: 42.438 M/m3 Su consumo en M3 de gas equivale a: 212 Kwh y el precio unitario de Kwh es: 305.278 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

(1) Código	Conceptos de contado	Und	Cantidad	Valor unitario	Subtotal	IVA 19%	Total
ZACUV	CONSUMO GAS	M3	18.0	3.370,88	60.675,84	0.0	60.675,84
ZACFJO	FIJO	UN	1.0	4.043,00	4.043,00	0.0	4.043,00
ZDECENA	AJUSTE DECENA	UN	1.0	-0,44	-0,44	0.0	-0,44
INTMORAG	Intereses Moratorios Base Recargo por Mora (1.96 %)	UN	1.0	31,60	31,60	0.0	31,60
	Subtotal						**64.750,00**

(2) Código	Conceptos financiados	Und	Cantidad	Valor unitario	Subtotal	IVA 19%	Total
	Subtotal						**0,0**

Total Items:	3 **Subtotal**	64.750,00
IVA:		0,00
Total factura electónica (1) + (2)		64.750,00

Encuentra la fecha del vencimiento de la revisión al lado.

La revisión debe realizarse cada 5 años según los plazos establecidos en la Resolución 059 de 2012

Whats app: 315 4 164 164

grupovanti.com/programatuRPO - 01 8000 942794

Somos grandes contribuyentes Resolución 000200 Diciembre 27/2024 Retenedor de IVA-Autorretenedores Resolución No. 4959 del 17-Jul-1998Autorización de Numeración de Facturación No. Formulario 18764067156808 del 12/03/2024. Facturación electrónica desde N° 00000001 hasta 50000000 con vigencia de 18 meses

Vigilado Superservicios

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

IFactura - Transfiriendo S.A.
Nit 900.032.159-4
V 30.04.21

VANTI S.A ESP **NIT: 800.007.813-5**

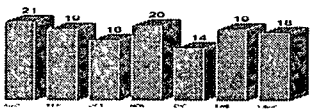
Datos de medición para consumo de gas: Medidor No: 0071202400039608908
Uso: Residencial Estrato/Categoría: E3 Tarifa: R_E3

Lectura	Fecha	Tipo	Observaciones de lectura
Anterior 172.0	2025-01-13	REAL	
Actual 195.0	2025-02-11	REAL	

Periodo facturado:ENE-2025 FEB-2025

Volumen medido (Vm): 23 Kp: 0.76727 Kt: 1.00827 Fl: 0.77208 Volumen corregido (Vc): 18
Temperatura promedio del ciclo facturación (Tm) 13.76 Temperatura estandar (Te): 15.56
Presión estándar (Pe): 1.01008 Presión atmosférica (Pa): 0.762
Presión manométrica en medidor (Pm): 0.023 F^2_{pv}: 1.0

Sus consumos de gas en los últimos seis meses fueron



(3) Saldo Anterior	-0,33

(4) Plan de Pago a Plazos	Saldo	Cuota	Intereses	Capital
Subtotal				0,00

(5) Recaudo de terceros	Total
Subtotal	0,00

Total a Pagar (1) + (3) + (4) + (5)	**64.749,67**

Vencimiento Revisión Obligatoria	Fecha de Suspensión	Pago Oportuno
>> 31/10/2029	2025-02-27	26-feb-2025

Después de la fecha de pago oportuno se cobraran intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor en caso de reconexión: 78,254.00

Dale esperanza a una familia colombiana realizando un aporte voluntario en www.grupovanti.com,valor sugerido $ 6475

(415)7709998026025(8020)613283613(3900)0000000064750

Se 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. Puede proceder al recurso de reposición ante la empresa y apelar ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al conocimiento del acto de suspensión. Sobre el contenido de la presente factura el cliente cuenta con los mecanismos de defensa en la ley 142 de 1994 Y puede hacer uso de estos antes de la fecha señalada para el pago oportuno. Más información en las líneas de Atención al Cliente

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

LOCALIDAD: LOS MARTIRES | BARRIO: | JORNADA: Parque Maria Eugenia
FECHA: 31-03-2025 | OPERADOR: FUNDACION ECODES

NÚMERO MICROCHIP	TIPO DE TENEDOR	ESTRATO	NOMBRE	APELLIDO	CC	SEXO: MUJER	SEXO: HOMBRE	SEXO: INTERSEXUAL	LGBTI	IDENTIFICACIÓN ÉTNICA: AFRO	COLOMBIANO	PALENQUERO	INDIGENA	RAIZAL	GITANO	NINGUNO	FIJO / CELULAR	e-mail	DIRECCIÓN	NOMBRE PACIENTE	ESPECIE: CANINO	ESPECIE: FELINO	SEXO: MACHO	SEXO: HEMBRA	OBSERVACIONES	FIRMA
900255001724831	P	1	Jorge Eliecer	Rojas Bernal	19 103 959		Y									Y	322 797 8250	3227978250@sinectec.com	CL 6B #18-78 L01	Danger	Y		Y			Jorge Rojas
900255001724839	P	3	Nancy	Garzon Rios	52 819 592	Y										Y	315 052 9570	nancygarzon1085@gmail.com	AK 27 #1B 24 M 2	Rocky	Y		Y			
900255001724828	P	3	Francy Lizeth	Valbuena Gutierrez	1 007 557 354	Y										Y	311 579 8018	lzthvalbuena@gmail.com	kr 17A #02-54 M 3	Maximo	Y		1			
900255001724824	P	1	Dailan Blizabeth	Bernal Rubiano	1 023 877 338	Y										Y	323 214 6433	Bernaldailan075@gmail.com	kr 78C #4A-71 1B F 0001	Lucky.	Y		P			
900255001724742	P	2	Alexandra (Hernandez)	Hernandez	52 108 100	Y										Y	310 331 1073	lialexahermo@hotmail.com	kr 756 #4 44	Muñeco	Y		Y			
900255001724759	P	1	Emily (de los rios)	De los Rios	1 026 599 766	Y										Y	310 290 4018	emily_997730@gmail.com	CRA 18 # 17-21	Dante	Y		Y			
900255001724744	C	0	Luz Yenny	Diaz Martines	52 732 048	Y										Y	302 781 8501	yennysthefanyadiazdiaz@gmail.com	kr 75Bis # 07-99 LC 101	Shes	Y		Y			
900255001724758	C	0	Beatriz del Valle	Velasquez Perez	76 81 34	Y										Y	322 876 7520	impactovc@hotmail.com	Ac 6 # 18-79	Zeus	Y		Y			
900255001725446	C	3	Juan David	Martinez Gomez	1 000 997 670		Y									Y	314 208 59 77	davidda gama2000@gmail.com	CL 7 Bis # 18B-6 03 001	Rocky	Y		Y			
900255001725452	C	3	Julian Camilo	Rueda Diaz	1 099 204 270		Y									Y	315 284 07 37	Julianca milord17@gmail.com	kr 20 #4A-90 BL9 AP403	Bongo.	O		O			

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 279

MICROCHIP: 900255001724831

FECHA: 31/03/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA X COMUNIDAD __

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Danger

COLOR: Blanco Cafe

ESPECIE: CANINO X FELINO __ SEXO: HEMBRA __ MACHO X RAZA: Pitbull EDAD: 2 años PESO: 31 Kg POTENCIAL PELIGROSO SI X NO __

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jorge Eliecer Rojas Bernal

DIRECCION: CL 6B # 18-78 L01

TELEFONO: 3227978250

CEDULA: 19103959

CORREO ELECTRÓNICO: 3227978250@sincorreo.com

BARRIO: Ricaurte ESTRATO: 1 LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __

3. ANAMNESIS

Reporta buen estado de salud

ULT. CELO: No Aplica

ULT. DESPARASITACION: No Reporta

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

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

LEUCEMIA: / RABIA: /

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI __ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 120 l/m

F. RESPIRATORIA: 31 r/m

TEMPERATURA: 38,3 °c

TLLC 1 seg

MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO
TARJETA PROFESIONAL

Andres Quiroga
Médico Veterinario
TP. 34839

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO
TARJETA PROFESIONAL

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

FIRMA

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

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Jorge E Rojas	1910395959 BTA

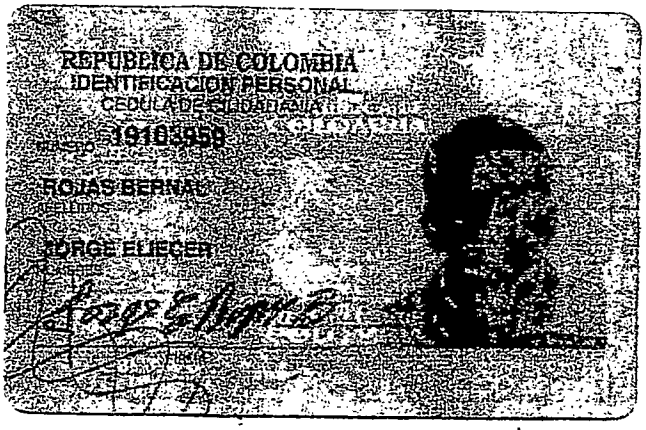
Yo, _____ identificado con CC. No._____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilización y castración) de mi animal de compañía.
RAZÓN:

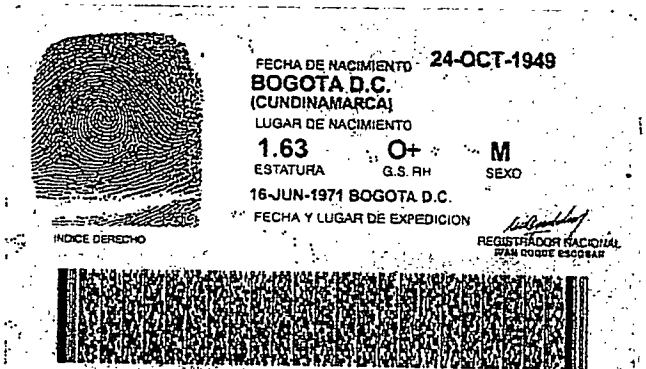
Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación:	

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Maria Eugenia	15-04-25	11:30 - 12:30

OBSERVACIONES:


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
19103959
ROJAS BERNAL
APELLIDOS
JORGE ELIECER
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 24-OCT-1949
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
16-JUN-1971 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR
INDICE DERECHO
A-1500117-42088501-M-0019103959-20010831 05462 01228A 02 098282155

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
RÉGIMEN SUBSIDIADO
NIT 900.298.372-9
CÓDIGO: EPSS34

capital salud eps-s

JORGE ELIECER ROJAS BERNAL
CC 19103959 Sexo: M Fecha Nac :24/10/1949
Doc Cabeza Familia:CC19103959 Contrato No 72515-11001
Fecha de afiliación: 23/05/2013 Valido hasta: Indefinido
Copago: NO Disc:N Nivel: 1 No ficha sisben:3684548
BOGOTA BOGOTA-CL 6 B 18 76 Zona:U
Localidad 14 Dir.: CL 6 B 18 78 ESTANZUELA CENTRAL
IPS Medica: HOSPITAL CENTRO ORIENTE E S E 3339194
IPS Odontologica: HOSPITAL CENTRO ORIENTE E.S.E 3339194
ricardocp 0709102014120 34324125

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

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

Contrata el servicio

continuo y rentable de gas natural.

Contáctanos y construye las internas con un experto.

Avanzar es que puedas expandir tu negocio de la mano de Vanti.

Tel: 601 307 8121 | WhatsApp: 315 416 4164

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gasoriente S.A. ESP y Gasnacar S.A. ESP.

vanti
Más formas de avanzar

Adquiérelo ya en www.grupovanti.com

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

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

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

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

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

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.058.812-8 7048/23072024

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.

¡Hola!

MARIA ROCIO TRUJILLO
CL 6B 18 78 L01 - RICAURTE
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 010420200003679350

Lote: P09GN **Ruta:** 0011310174700005100 **Código del Sector:** 388

Cuenta o referencia de pago 61925222

388
0011310174700005100
P09GN

vanti Listo

Compra tu televisor, calentador a gas, motovaniadores y más a través de tu factura de gas

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:

...es nuestra prioridad, conoce tus derechos ...bilidades como usuario comercial ...el servicio de gas natural.

vanti
Más formas de avanzar

...idades Usuarios

...ausula 18 del CCU

...medidores o equipos

...diato cualquier anomalía, ...ría o accidental de los equipos.
...s establecidos, el valor ...ra, por la prestación

...suarios

...ula 15 del CCU

...on calidad, continuidad ...a ley y regulación.
..., quejas y recursos ...estación del servicio.

Obligaciones Vanti

Capítulo 3 – Cláusula 17

- Suministrar el servicio con calidad y seguridad.
- Adoptar medidas y mecanismos eficaces para que los equipos de medida funcionen correctamente previniendo su alteración.
- Exigir que los funcionarios y personal autorizado porten un carné de identificación.

Derechos Vanti

Capítulo 3 – Cláusula 15

- Adelantar las revisiones a fin de verificar la exactitud en la medición del consumo.
- Suspender, cortar el servicio y/o dar por terminado el contrato por incumplimiento del usuario.
- Acceder al inmueble previa autorización del usuario, para verificar las condiciones de seguridad de la red interna.

Remitente: VANTI
MARIA ROCIO TRUJILLO
CL 6B 18 78 L01
BOGOTA
Cuenta: 61925222
54199

0115090214054199

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.

...ir la factura

Factura de gas

Febrero 2025

Cuenta o referencia de pago 61925222

BOGOTA

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

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1 Pago oportuno	2 Fecha de suspensión	3 Periodo facturado	4 Emisión de tu factura
26 Feb. 2025	27 Feb. 2025	Ene. - Feb. 2025	14 Feb. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	74M3	3.370,88	0,00	249.445,12
FIJO	1UN	4.043,00	0,00	4.043,00
MASS CONTRIB. CARGO FIJO 8.90%	1UN	359,83	0,00	359,83
MASS CONTRIB. CONSUMO M3 8.90%	1UN	22.200,62	0,00	22.200,62
AJUSTE DECENA	1UN	-4,88	0,00	-4,88
Intereses Moratorios Base Recargo	1UN	176,31	0,00	176,31

① Total $276.220,00

Tus financiaciones

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

② Total $0,00

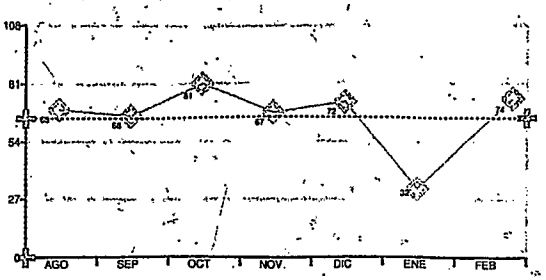
③ Valor facturas vencidas $0,00

Total a pagar ①+②+③ $276.220,00

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Comercial — Estrato/Cat.Uno — Días de consumo 30

Fecha	Lectura	Tipo
13 Ene. 2025	1938	REAL
11 Feb. 2025	2034	REAL

m³ corregido= 2034 -1938 * Factor de corrección = 74

Tu próxima lectura será

Entre 08 y el 13 de Marzo

Novedades de tu factura

Dale esperanza a una familia colombiana realizando un aporte voluntario en www.grupovanti.com
Valor sugerido $ 27622
Estimado cliente recuerde que tiene entre Oct/2024 y el 31/03/2025 para realizar la Revisión Periódica. Se suspenderá el servicio a partir del 01/04/2025 si Vanti S.A. ESP no ha recibido el Certificado de Conformidad. Realice la revisión y evite la suspensión (Res: CREG 059/2012)

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Mar. 2025

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

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

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

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

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

Componentes tarifarios

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

M/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 872 kWh y el precio unitario del kWh es: $316.569

Factor de corrección

Vm: 96 Kp: 0.76974 Kt: 1.00627 Ft: 0.77457
Vc: 74 Tm: 13.76 Te: 15.56 Pe: 1.01008
Pa: 0.752 Pm: 0.0255 F pv: 1.0

Factor de corrección: 0.77457

Indicadores de calidad

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

(415)7709998026025(8020)61925222(3900)00000000276220

12/03/2024. Facturación electrónica desde N° 00000001 hasta 50000000 con vigencia de 18 meses
de la ley 142 de 1994
Factura No. F15B27091324
0912fc44b21414f5f6038eac7c78673555c379dcd89f92a1485a30acb4a5bdf12325b9ebcc5c46b0c411b857d1aecbd4

5

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA	MICRO(	FECHA:
280	900255001724839	31/03/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA X COMUNIDAD __

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:	
ROCKY		NEGRO.	

ESPECIE: CANINO X FELINO __ SEXO: HEMBRA __ MACHO X	RAZA COCKER	EDAD 2 A	PESO: 11 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:	DIRECCION:	TELEFONO
Nancy Garzon Rios	AK 27 # 1B 24 012	3505295700.
CEDULA: 52 819 592	CORREO ELECTRÓNICO: nancygarzon0585@gmail.com	
BARRIO: Santa Isabel	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: LOS MARTIRES
ESCOLARIDAD: NS/NR: __ TECNICO.	TIPO DE VIVIENDA: CASA __ APTO X RURAL __	

3. ANAMNESIS

Reporta buen estado de salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: __ CANINOS PARVO: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: 8 de marzo / HEXAVALENTE: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / FELINOS: TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA: / RABIA:
NO APLICA	2 de marzo.	

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ningno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 114 l/m	F. RESPIRATORIA: 32 r/m	TEMPERATURA: 38,3 °c	TLLC 1 seg	MUCOSAS: Rosada

OBSERVACIONES: Ningno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,6 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	1,1 ml.	5 mg/kg IV ☑ 10 mg/kg IM ☐
	PROPOFOL	2,2 ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	3,8 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,7 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,1 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ningno

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Andres Quiroga Médico Veterinario TP. 34839	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Ximena Moreno Ruiz Médica veterinaria M.P 45482 Universidad Nacional de Colombia	FIRMA XMR

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

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Nana García Ríos	52819592 Btá.

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

RAZÓN:

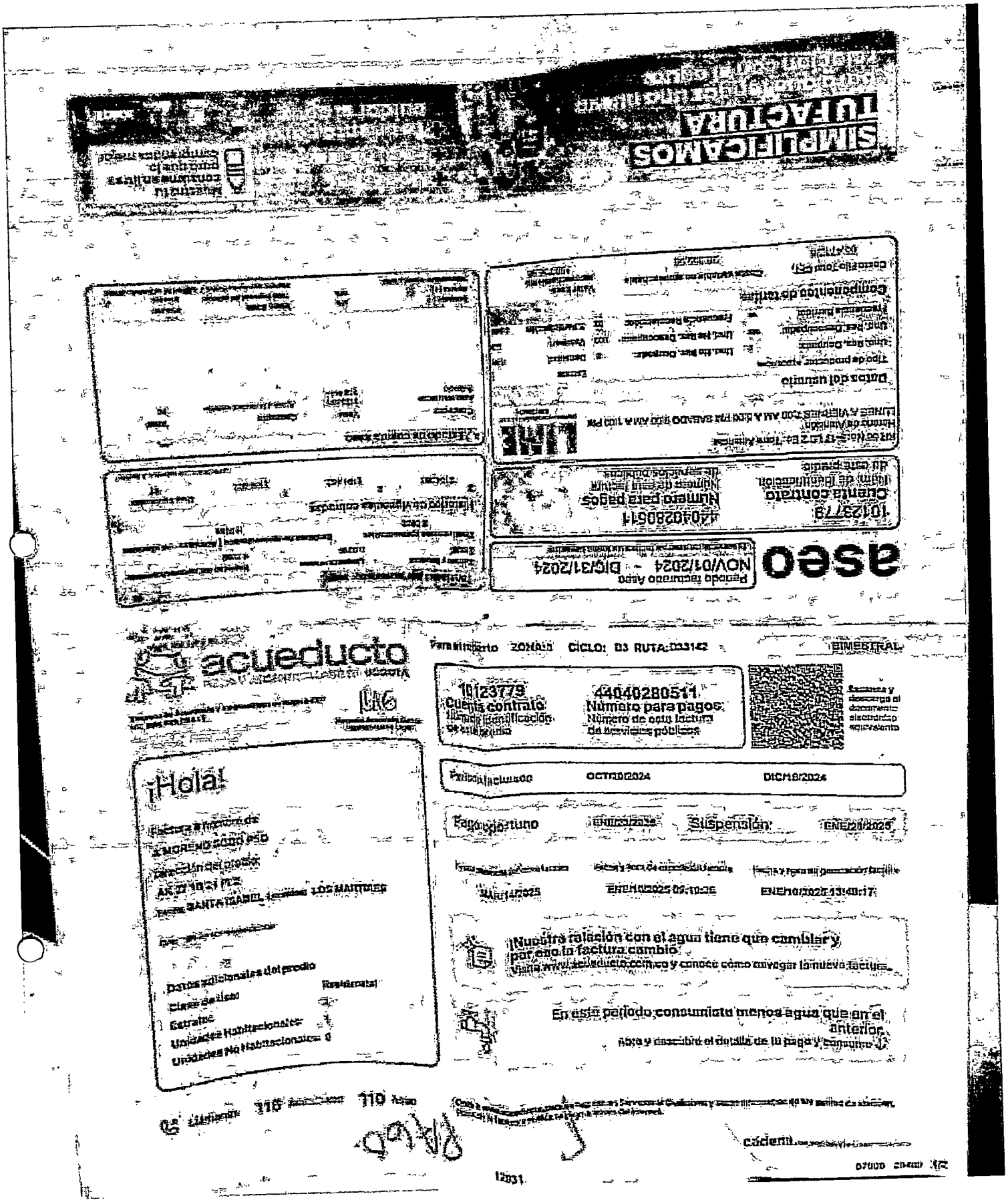
Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación:	Firma:

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque María Eugenia	15-04-25	11:30 - 12:30

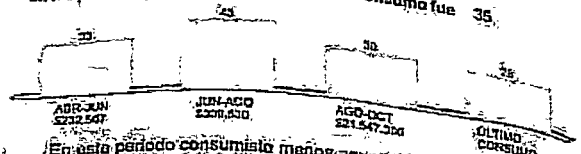
OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
GARZON RIOS
NANCY
08-MAY-1981
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60
O+
F
SEXO
23-AGO-1999 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
00319712A2
12120925


SIMPLIFICAMOS TU FACTURA
acueducto
aseo
¡Hola!
Cuenta contrato
10123779
Número para pagos
44040280511
Periodo facturado
OCT/10/2024
DIC/31/2024
Suspensión
ENE/21/2025
¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambió!
En este periodo consumiste menos agua que en el anterior.

Tu consumo en este período

En los períodos anteriores tu promedio de consumo fue 35



En este período consumiste menos agua que en el anterior

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período 152
Lectura anterior 504
Tu consumo este período 32

Facturado con Consumo Normal
Base promedio
Descargue fuente alterna 0

Datos de tu medidor

Marca GAYLAN
Serie 15455005

Tipo VELOCIMETRO
Diámetro pulgadas ½

Escrito 13/2020
Pago Pafy

Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

En este período	Promedio al día
28.000	467

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
$102.379,70 (1)	$100.131,86 (2)	$1 (3 4 5 6)	$104.630 (A)

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

Consulta el detalle aquí

Escanea y paga virtual

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

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

Total a pagar $307.140

CUDE (Código Único de Documento Electrónico):

Detalle de tu consumo este bimestre

1 Acueducto

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

2 Alcantarillado

	Cant.	Valor unitario	Subsidio	Contribución	Tarifa	Total

* Corresponde a consumos de hasta 11 m³ mensuales (22 m³ bimestrales). ** (+) Aporte solidario 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 a la tarifa un ajuste, agregar en C.

Tasas ambientales
Estos valores ya están incluidos en el consumo residencial básico y superior a básico, hay lo de leer

Tarifa consumo básico ($/m3)
Tarifa consumo superior a básico ($/m3)
Total por consumo facturado

Tasa Uso (Acueducto)
Tasa Retributiva (Alcantarillado)

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
+aplica a la decena	$
Subtotal	

4 Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

5 Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

7 Deudas en estudio

Concepto	Valor
Subtotal	

8 Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	

Pagos por la página web, app y botones

Para cualquier inquietud, queja o reclamo o compromisos bancarios comunícate a

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

La EAAB-ESP está presente en las localidades de Usaquén, Suba, Chapinero, Santa Fe, Usme, Ciudad Bolívar, Sumapaz y Cha

Aseo
Favor a pagar
$104.630

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

(415)7707200485996(8020)44040280511O(3900)0000001046З0

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$202.510

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.
Señor cajero: Si en el desprendible de abajo aparece sello y sticker de recaudo, recibir solo Acueducto. (Este pago solo podrá efectuarse en Bancos y Red CADE, no podrá efectuarse en los corresponsales bancarios).

(415)7707200485271(8020)44040280511S(3900)0000000202510

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS NRO. ÚNICO DE REGISTRO 1-1000000-10 FAB 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:
281	900255001724828	31/03/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA X COMUNIDAD __

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
	Maximo	Cafe- Gris

ESPECIE: CANINO X FELINO __ SEXO: HEMBRA __ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 3años	PESO: 5kg	POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION:	TELEFONO
Francy Lizeth Valbuena Gutierrez	Kr 17 A # 02-54 P13	3115798018

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
1007557 354	lzth.valbuena@gmail.com

BARRIO: Eduardo Santos	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: LOS MARTIRES

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

3. ANAMNESIS

Reporta 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: Ningno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ningno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 117 l/m	F. RESPIRATORIA: 32 r/m	TEMPERATURA: 38,3 °c	TLLC 1 seg	MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ningno

6. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: Ningno

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Andres Quiroga. Médico Veterinario TP. 34839	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Ximena Moreno Ruiz Médica veterinaria M.P. 15482 Universidad	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:
	1007557354

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

RAZÓN:

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Maria Eugenia	15-04-25	11:30 - 12:30

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
: CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.007.557.354

VALBUENA GUTIERREZ

APELLIDOS

FRANCY LIZETH

NOMBRES

Lizeth valbuena

FIRMA

ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-JUN-1998

FLANDES
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA

A+ G.S. RH

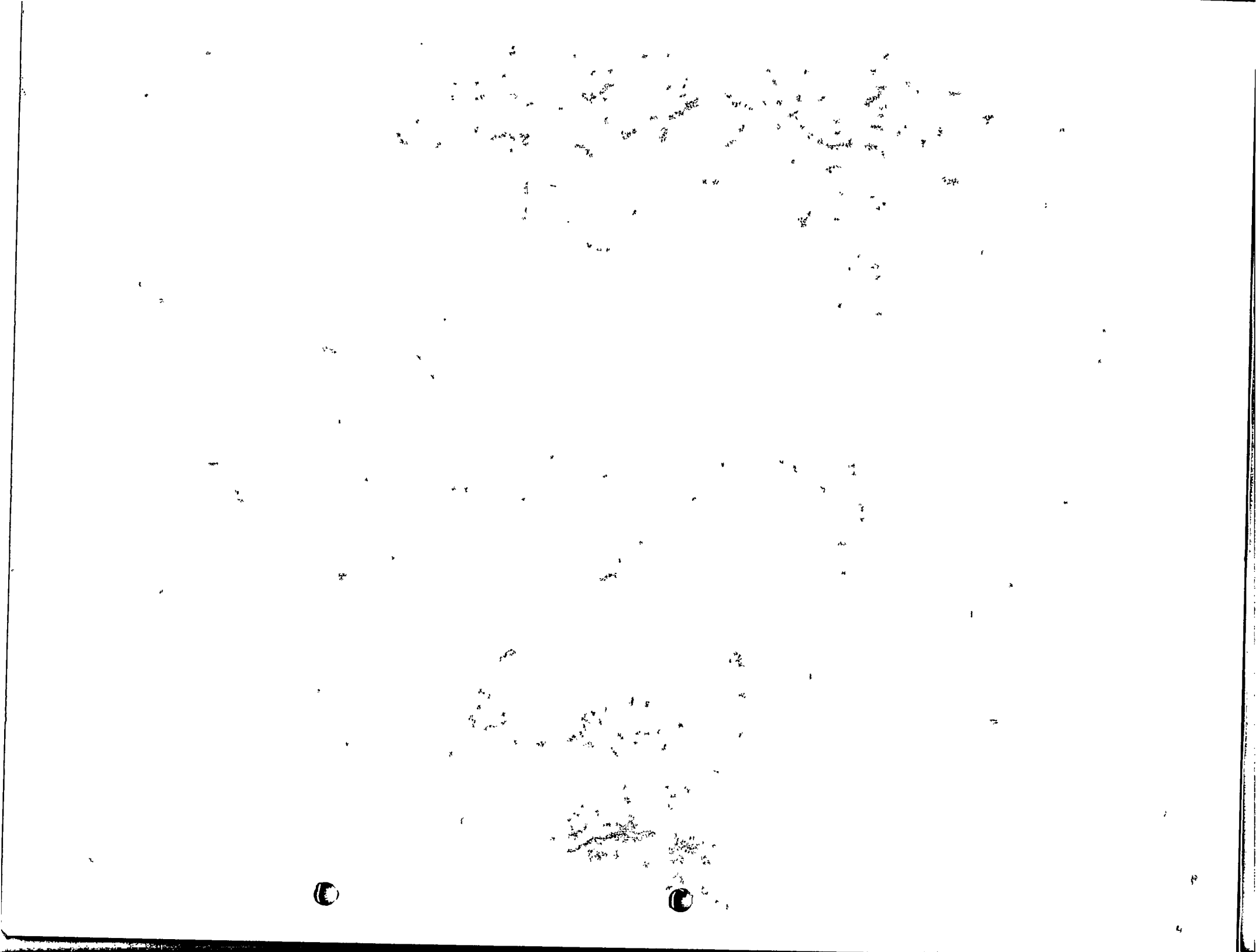
F SEXO

14-JUN-2016 FLANDES

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-2905200-01123736-F-1007557354-20191230 0069550152A 1 51949115



enel | Bogotá

PAPEL ECOLÓGICO

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

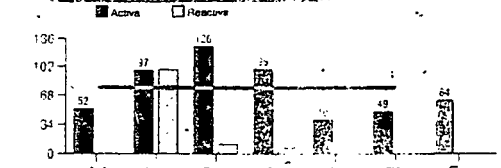
6927089-6

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 340099343-6

CLIENTE

LUZ JOSEFA CASTILLO LEON
KR 17 A NO 02 54 PI 3
FACHADA
BOGOTA, D.C. - EDUARDO SANTOS

2006 3546 / 117-17147694



VALOR kWh APLICADO: $877,36

CONSUMO DIARIO: 2,00 kWh

VALOR DIARIO: $1.492

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

DÍAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES 64 kWh

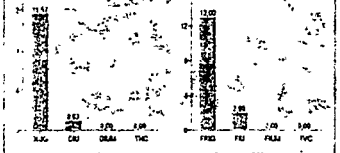
CONSUMO PROMEDIO ÚLTIMOS 6 MESES: 77 kWh

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:
FACTOR:
RUTA REPARTO: 10[illegible]
RUTA LECTURA: 12[illegible]
MANZANA DE LECTURA: M[illegible]
MEDIDOR NO: 117 17[illegible]
MEDIDOR NO: 117 17[illegible]

CALIDAD DEL SERVICIO



GRUPO: 11 CIRCUITO: CAYZT-13[illegible] NIVEL DE TENSIÓN: PRIMARIO
Gx: 0,00 Gc: 0,00 Gd: 0,00 Gr: 0,15
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 025 de 2019

USO SEGURO DE LA ENERGÍA

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

CONTÁCTANOS

Tenemos canales de atención para todas nuestras solicitudes
Chatea con un asesor en nuestros canales de atención
315 890 6003 (Elena Bot o paso Asesor)
Enel Colombia @EnelClientesCO
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

PQR ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas	601 51 97055 denuncias@enel.com

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

Billetera Virtual: daki, MOVII, NEQUI, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efecty, Red Efectivo, MOVIRED, Baloto

Red Distrital: EEB CADE

Centros de Servicio: enel

Aliados de Cadena: Makro

Código QR

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

Inscríbete a la factura virtual de Enel y aprovecha los beneficios

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo — Vigencia: DIC/2024
G: $356,78 T: $58,19 D: $250,72 CV: $106,20 PR: $[illegible] R: $5,64 GC: $[illegible] $877,36 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: CAYZT-13[illegible] NIVEL DE TENSIÓN: PRIMARIO
ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica [illegible] Sin los 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 reclamos 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, en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. Somos grandes contribuyentes según resolución No 9061 de 10 de diciembre de 2020.

Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio [illegible] 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 [illegible] de la Ley 142 1994.

En cumplimiento de la resolución CREG155/11 consultar www.enel.com.co

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la [illegible] del 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 consultar 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 aceptación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención definidos para tales Encargos.

El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica, los productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT: 800 063 875-6. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 27/01/2025 00:30:34
FECHA EXPEDICIÓN: 27/01/2025 12:05:18

CUDE: 3b6fdf7134bcc6f926d9bc38a1a99c941124ea93edecdc3112597f7875d7587996c8c140:6f4ujUtb07d7s1247:2339ylb

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 830.959.131-0 Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: GENFinanciero - NIT 899.371.151-9

Total Energía	+	Total enel X	=	Total Factura	PAGO OPORTUNO	FECHA DE SUSPENSIÓN
$47.730		$0		$47.730	05 FEB /2025	07 FEB/2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CLIENTE: 6927089-6

20 FEB /2025

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

ENERGÍA	Lectura Actual		Diferencia de lecturas	Factor	Energía Consumida kWh	Energía Facturada kWh	Valor Unitario	Valor Facturado
ENERGIA ACTIVA FP	4 510	4 446	64	1	64	64	$877.36	$56 151
ENERGIA REACTIVA	384	370	14	1	14	0	$230.72	$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130.00 kWh X		Valor kWh $877.3617	X	Beneficio 15.00 %			$8 423

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $1 492 DIARIOS

SUBTOTAL: $47.728

Ajustes a la decena $2

SUBTOTAL: $2

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.

+ Otros cobros asociados a energía (1) Total $47.730

(2) TOTAL enel x $0

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

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

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

NÚMERO DE CLIENTE
6927089-6

Documento Equivalente Electrónico No.
340099343-6

(415)7707209914253(8020)016927089634009934 36(3900)000000000047730

PAGO OPORTUNO
05 FEB /2025

TOTAL A PAGAR
$47.730

13

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA	MICROCHIP:	FECHA:
262	900255001724824	31 / 03/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA X COMUNIDAD __

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Lucky.			COLOR:	café.	
ESPECIE: CANINO X FELINO __	SEXO: HEMBRA __ MACHO X	RAZA pinsher	EDAD 4 A	PESO: 3.6		POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI __ NO X		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X		TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR __ CASERO __ CONCENTRADO X MIXTO __ OTRO __		

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION:	TELEFONO
Dallan Elizabeth Bernal Rubiano	Kr 18c # 4A - 71 IBF 0001	3232466433
CEDULA: 1023877 338	CORREO ELECTRÓNICO: Bernaldallan@gmail.com	
BARRIO: El Progreso	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: LOS MARTIRES
ESCOLARIDAD: NS/NR: __ BACHILLER	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __	

3. ANAMNESIS

Reporta 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:	118 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	0,19 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,3 ml.	5 mg/kg IV ☒ 10 mg/kg IM ☐
	PROPOFOL	0,7 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	Andres Quiroga Médico Veterinario TP 34839	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Ximena Moreno Ruiz Médica vet. M.P. 47187 Universidad Nacional de Colombia	FIRMA

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

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación: 1.023.877.338.

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

RAZÓN:

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque María Eugenia	15-04-25	11:30 - 12:30

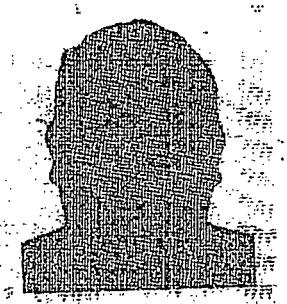
OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.023.877.338
BEDNAL RUBIANO

APELLIDOS
DAILAN ELIZABETH

NOMBRES



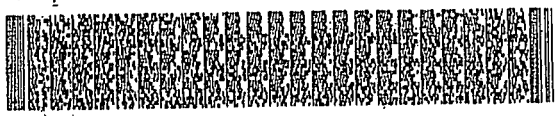
FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 21-AGO-1988
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

07-SEP-2006 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNÁN PENAGOS GIRALDO



A 1500150-01483673-F-1023877338-20250107 0143295894A 1 8513893402

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

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

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 · Bancolombia · Scotiabank Colpatria · Banco AV Villas · Banco GNB Sudameris · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Daviplata · Rappipay · dale

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

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

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

De la suspensión del servicio por falta de pago y cuando se requiera, en caso de que se impida el acceso al medidor o a la instalación interna y de artefactos de consumo. Como consumidor puedes presentar un recurso de reposición ante la empresa y apelar ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los (5) días hábiles siguientes al conocimiento del acto de suspensión. Sobre el contenido de la presente factura el cliente cuenta con los mecanismos de defensa en la ley 142 de 1994 y puede hacer uso antes de la fecha señalada para el pago oportuno.

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-8 704823072024

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

¡Hola!

GUILLERMINA ZAMBRANO
KR 18C 4A 71 IBF 00001 - EL PROGRESO
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5007109-538648

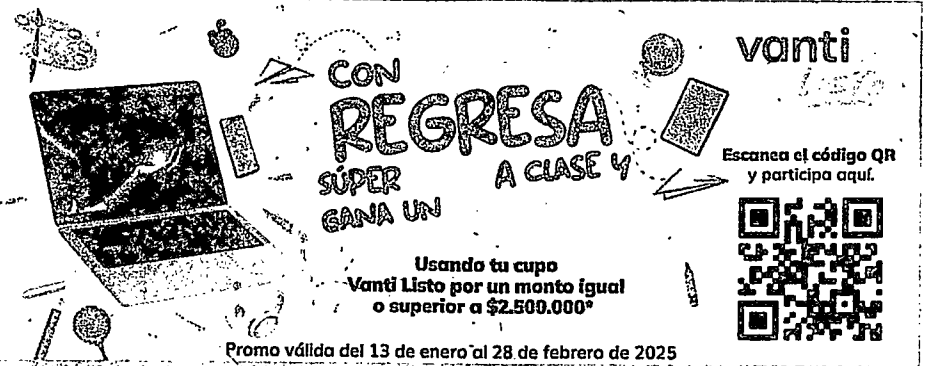
Lote: P02GN Ruta: 0011240111030005000 Código del Sector: 199

Cuenta o referencia de pago 62104061

vanti listo

Compra tu(s) electrodoméstico(s) de manera fácil y rápida con el cupo de tu factura de gas

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 3.700.000**



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 · Kronik

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gasnacer S.A. ESP. Conoce T&C de la campaña ingresando a grupovanti.com/vantilisto/celebraciones. Vanti Listo es la marca que identifica el servicio de financiación no 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.

0011240111030005000 199 P02GN

Factura de gas — Febrero 2025

Cuenta o referencia de pago **62104061**

BOGOTA

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

vanti — Más formas de avanzar

Fechas importantes

1. **Pago oportuno** 23-Feb-2025
2. **Fecha de suspensión** 24 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
CONS. CON SUBSIDIO	5M3	3.712,35	0,00	18.561,75
MENOS SUBSIDIO (60%)	1UN	-11.137,05	0,00	-11.137,05
AJUSTE DECENA	1UN	4,77	0,00	4,77
RECAUDO TERCEROS Coosepark Protc.	0	50.096,00	0,00	50.096,00

1 Total $57.526,00

Tus financiaciones

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

2 Total $0,00

Valor facturas vencidas

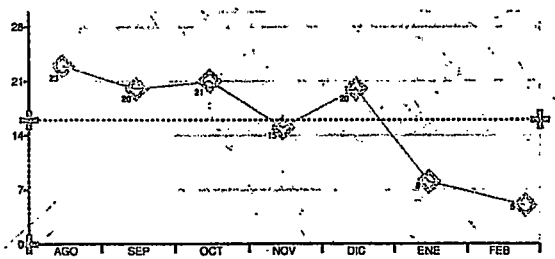
3 $0,00

Total a pagar 1+2+3 **$57.526,00**

Paga por PSE

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
03 Ene. 2025	4813	REAL
03 Feb. 2025	4820	REAL

m³ corregido= 4820 - 4813 * Factor de corrección = 5

Tu próxima lectura será Entre 01 y el 06 de Marzo

Novedades de tu factura

CuVa $ 3370.88

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

30 Nov. 2029

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

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $337.1.

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

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

Componentes tarifarios

Gm: 1844.48 Tm: 817.62 Dm: 617.95 Cm: 0.0
Pr: 90.85 Cvm: 0.0 Cvtm: 0.0 Cuvm: 0.0
Com: 0.0 Fpcm: 42.438 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

M/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 59 kWh y el precio unitario del kWh es: $125.842

Factor de corrección

Vm: 7 Kp: 0.76727 Kt: 1.00662 Pz: 0.77235
Vc: 5 Tm: 13.66 Tc: 15.56 Pc: 1.01008
Pa: 0.752 Pm: 0.023 P pv: 1.0

Factor de corrección: 0.77235

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IO: 100.0 IPU: 100.0

(415)7709998026025(8020)62104061(3900)00000000057526

Factura No. F15B26121556

Datos gráficos consecutivos reproducción voluntaria erratas mencionadas de IVA. Autoretenedores
Resolución No. 0559 del 17-Jul-1998 Autorización de Numeración de Facturación No. Formulario 18764067156808 del 12/02/2024. Facturación electrónica desde N° 00000001 hasta 50000000 con vigencia de 18 meses
ESP. NIT 800.007.813-5. Revisor fiscal Deloitte Y Touche S.A.S. Esta factura presta mérito ejecutivo. Art 130 de la ley 142 de 1994
Fenoc - Transfenoc S.A.
NIT 830003113-4

ab5b78d0035e3f377b565a05e60dc56e66de3a4c5d5f748472c745997691e4e557480822a7ba8842aac3246eab1342da7

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 283

MICROCHIP: 900255001724742

FECHA: 31/03/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA X COMUNIDAD __

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Muñeco

COLOR: Amarillo Negro

ESPECIE: CANINO X FELINO __ SEXO: HEMBRA __ MACHO X RAZA Mestizo EDAD 5 años PESO: 21,5Kg POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Alexandra Hernandez

DIRECCION: KR 156 #4 44

TELEFONO: 3103311073

CEDULA: 52108100

CORREO ELECTRÓNICO: liglexahermo@hotmail.com

BARRIO: Eduardo Santos ESTRATO: 2 LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: NS/NR: __ Tecnologo

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL ___

3. ANAMNESIS

Reporta 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: 120 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	1,1 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	2,1 ml.	5 mg/kg IV ☑ 10 mg/kg IM ☐
	PROPOFOL	4,2 ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	7,3 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1,4 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,2 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Andres Quiroga Médico Veterinario TP 34839	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Ximena Moreno Ruiz Médica Veterinaria MP [illegible]	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:
	CC 52108100 Bta

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

RAZÓN:

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Maria Eugenia	15-04-25	11:30 - 12:30

OBSERVACIONES:

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 284 | MICROCHIP: NO 900255001724759 | FECHA: 31/03/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA X COMUNIDAD __

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Dante | COLOR: negro blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO __ | SEXO: HEMBRA __ MACHO X | RAZA Border Collie | EDAD 4A | PESO: 25kg | 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 X CONCENTRADO __ MIXTO __ OTRO __

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Emily de los Rios | DIRECCION: cra 78 #74-21. | TELEFONO 3102404048.

CEDULA: 1026599766. | CORREO ELECTRÓNICO: emily.991130@gmail.com.

BARRIO: Eduardo Santos. | ESTRATO: 1 | LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: NS/NR: __ Tecnico.

TIPO DE VIVIENDA: CASA __ APTO X RURAL __

3. ANAMNESIS

Reporta buen estado de salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: __ CANINOS PARVO:	TRIPLE:	PENTAVALENTE: 30
NO aplica.	15 de Enero.	FELINOS: TRIPLE FELINA: /	HEXAVALENTE: / LEUCEMIA:	PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: Enero. RABIA:

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
116 l/m	31 r/m	38,5 °c	1 seg	Rosada

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Andres Quiroga. Médico Veterinario TP. 34839	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Ximena Moreno Ruiz Médica veterinaria M.P 45482 Universidad Nacional de Colombia	FIRMA XMR

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

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO _X___ o RECHAZO ____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de 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:
[redacted]	1026599776

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

RAZÓN:

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Maria Eugenia	15-04-2025	11:30 - 12:30

OBSERVACIONES:

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA	MICROCHIP:	FECHA:
283	900255001724744	31/03/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
	Shes	Dorado

ESPECIE: CANINO X FELINO __	SEXO: HEMBRA __ MACHO X	RAZA	EDAD	PESO:	POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X
		Cocker Spaniel	3 años	13,8 Kg	

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI __ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X	TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR __ CASERO __ CONCENTRADO __ 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
Luz Yenny Diaz Martinez	Kr 15 Bis # 07-99 LC 107	3027818501
CEDULA: 52732048	CORREO ELECTRÓNICO: yennystefanydiazdiaz@gmail.com	
BARRIO: La Estanzuela	ESTRATO: 6	LOCALIDAD: LOS MARTIRES
ESCOLARIDAD: NS/NR: __ Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __	

3. ANAMNESIS

Reporta 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:
118 l/m	31 r/m	38,6 °c	1 seg	Rosada

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Andres Quiroga Médico Veterinario TP: 54839	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Ximena Moreno Ruiz Médica veterinaria M.P 45482 Universidad Nacional de Colombia	FIRMA

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

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Jose Yenny Orjuela M	52732048 Bta

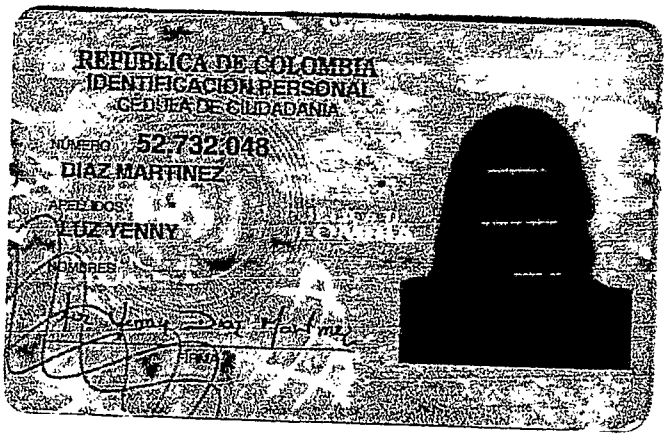
Yo, _____ identificado con CC. No._____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilización y castración) de mi animal de compañía.
RAZÓN:

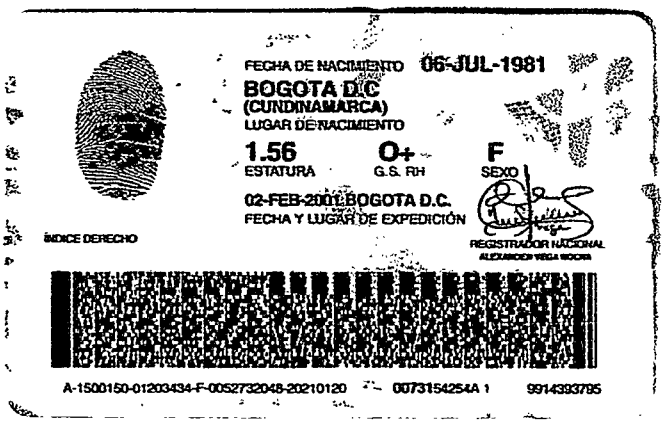
Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación:	

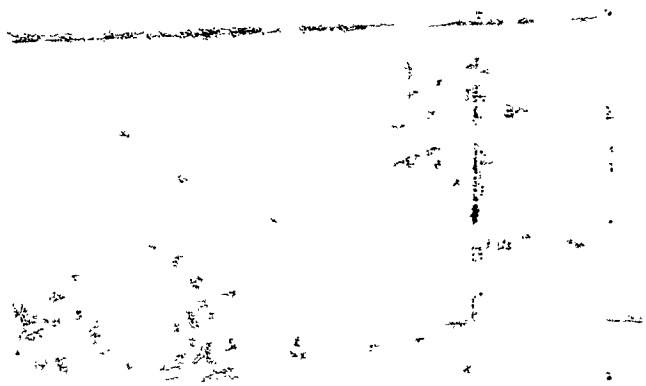
8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

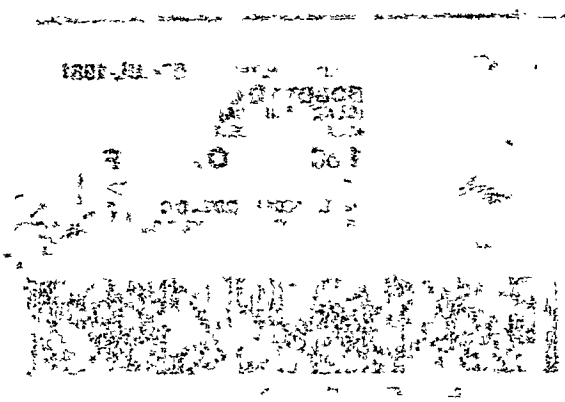
LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Maria Eugenia	15-04-2025	11:30 - 12:30

OBSERVACIONES:


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 52.732.048
DIAZ MARTINEZ
APELLIDOS
LUZ YENNY
NOMBRES


FECHA DE NACIMIENTO 06-JUL-1981
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.56 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
02-FEB-2001 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1500150-01203434-F-0052732048-20210120 0073154254A 1 9914393795





Bogotá

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

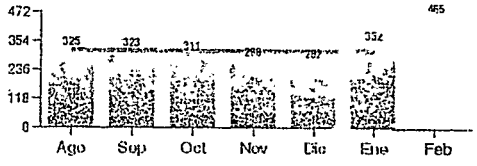
3191195-9

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 343374092-9

ALICIA ACEVEDO
KR 15 BIS NO 07 99 LC 101
LOCAL 101
BOGOTA, D.C. - LA ESTANZUELA

18 212 2196 / 072-133367

Activa



VALOR kWh APLICADO $853,92

CONSUMO DIARIO: 16,03 kWh

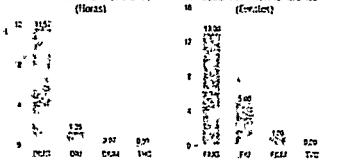
VALOR DIARIO: $16.431

PERÍODO FACTURADO: 22 ENE/2025 A 19 FEB/2025
DÍAS FACTURADOS: 29
CONSUMO MES 465 kWh

En el último año uno o más meses se facturaron promediados. Estos fueron inferiores al consumo real.

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Comercial
ESTRATO:	0
CARG[illegible]	3,96
FACT[illegible]	I
RUTA [illegible]RTO:	10002182122196
RUTA LECTURA:	12182130162
MANZANA DE LECTURA:	MS00410411
MEDIDOR NO:	072-133367
MEDIDOR NO:	072 133367



RECOMENDACIÓN DE ENERGÍA

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

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes
Chat de servicios en
916 890 6003 (Envía Bot o para Asesor)
Enel Colombia
Registrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

CANALES DE ATENCIÓN AL CLIENTE	CONFIRMACIONES	DENUNCIAS
Bogotá Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas	601 5140155

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

Proveedor Tecnológico: Convergia Tecnologías y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFacturacion - NIT 860.321.151-9

¿CÓMO PAGAR MI FACTURA?

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

Billetera Virtual: Daviplata, MOVII, Ipaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, Efecty, Gana, Reval, MOVIRED

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio

Almacenes de Cadena: Alkosto, Metro

Código QR

Si aparece en la factura el botón para pagar, ten en cuenta que el valor mostrado corresponde al momento de la emisión. Si el valor cambia, consulta en la página web o en la App.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: **Vigencia: ENE/2025**
G: $358,49 T: $56,03 D: $280,81 CV: $75,33 PR: $70,22 R: $12,94 CF: $0,00 / $853,92 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: SJ16-29 (RSTR1-) - 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 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 cumple [illegible] norma mínimo requisitos de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994

En cumplimiento de la resolución CREG155/11 consulte www.enel.com.co

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

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

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

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: $47.648

FECHA GENERACIÓN: 24/02/2025 07:03:02
FECHA EXPEDICIÓN: 24/02/2025 14:06:14

Factura emitida por Convergia Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.096.612

$476.490 $0 $476.490

PAGO OPORTUNO
05 MAR /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN
07 MAR/2025

20 MAR /2025

ENERGÍA 3191195-9

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

CALCULO CONSUMO MEDIDA	Lectura Actual	(-)	Lectura Anterior	(=)	Consumo	(X)	Factor	(=)	Consumo Facturado		(X)	Valor	(=)	Valor Facturado
ENERGÍA ACTIVA FP	42.323		41.858		465		1		465	465		$853,92		$397.074
ENERGÍA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$280,91		$0
CONTRIBUCION	APORTE DEL 20.00 % DEL VALOR FACTURADO													$79.415

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $16.431 DIARIOS

SUBTOTAL: $476.489

Ajustes y cobros recaudados en energía

Ajustes a la decena	$1
SUBTOTAL:	$1

TOTAL ENERGÍA $476.490

Otros cobros de productos y servicios

Te invitamos a conocer el detalle de los productos y servicios a través de la APP de Servicios [illegible] en la página web [illegible] FACTURA [illegible] en la sección Pago [illegible]

[illegible] servicios diferentes a [illegible] y 9360

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, con la cual se realiza reporte negativo a las bases de información Financiera y cobro por gastos de cobranza si la mora supera 15 días y se realiza gestión de cobro.

ESTIMADO CLIENTE La tarifa total es de: $553,92

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
3191195-9

Documento Equivalente Electrónico No.
343374092-9

(415)7707209914253(8020)013191195934337409293(3900)000000000476490

PAGO OPORTUNO
05 MAR /2025

TOTAL A PAGAR
$476.490

3

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 286

MICROCHIP: 900255001724758

FECHA: 31/03/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Zeus

COLOR: Barcino Oscuro

ESPECIE: CANINO X FELINO __ SEXO: HEMBRA __ MACHO X RAZA Mestizo EDAD 8 meses PESO 14,8Kg POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Beatriz del Valle Velasquez Perez

DIRECCION: Ac 6 # 18-79

TELEFONO: 3228761520

CEDULA: 768134

CORREO ELECTRÓNICO: impactovc@hotmail.com

BARRIO: La Estanzuela

ESTRATO: 0

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: NS/NR: Tecnico

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __

3. ANAMNESIS

Reporta buen estado de salud

ULT. CELO: No Aplica

ULT. DESPARASITACION: No Reporta

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

4. EXAMEN CLINICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI __ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 121 l/m

F. RESPIRATORIA: 32 r/m

TEMPERATURA: 38,3 °c

TLLC 1 seg

MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,7 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	1,4 ml.	5 mg/kg IV ☑ 10 mg/kg IM ☐
	PROPOFOL	2,8 ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	4,9 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,9 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,14 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO
TARJETA PROFESIONAL

Andres Quiroga
Médico Veterinario
TP. 34839

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO
TARJETA PROFESIONAL

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

FIRMA

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

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Beatriz Velasquez	7681354

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

RAZÓN:

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

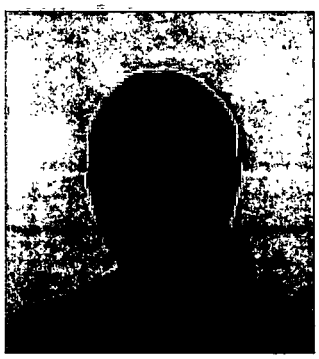
LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Maria Eugenia	15-04-25	11:30 - 12:30

OBSERVACIONES:

MIGRACIÓN

REPÚBLICA DE COLOMBIA

PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL VIRTUAL



VELASQUEZ PEREZ
APELLIDOS

BEATRIZ DEL VALLE
NOMBRES

VEN
NACIONALIDAD

F
SEXO

1208334684
CÉDULA

30-JUN-1993
FECHA DE NACIMIENTO

13-JUN-2023 - BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-MAY-2031
FECHA DE VENCIMIENTO

Nº ID. 768134

Beatriz Velasquez
FIRMA

Migración Colombia

Migración Colombia

VISIBLES

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: **0309400-8**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 346678280-0

CLIENTE

ISIDRO GONZALEZ V
AC 6 NO 18 79
BOGOTA, D.C. - LA ESTANZUELA

17 226 4542 / 005-10041574

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

EL PRÉSTAMO DE LA CIUDAD | Crédito Fácil CODENSA

¡LLEGÓ A TU CASA!

TU PRÉSTAMO DE HASTA

$12.000.000

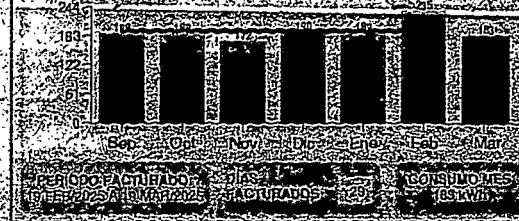
Recibe el dinero en tu cuenta de preferencia.
¡Acércate ya a uno de nuestros puntos Crédito Fácil CODENSA!

Encuéntralos escaneando el código.

*La aprobación y el monto del crédito está sujeto al perfil del solicitante. Conoce más en www.creditofacilcodensa.com

Crédito Fácil Codensa es una marca registrada de The Bank of Nova Scotia. El crédito es otorgado por Scotiabank Colpatria S.A. Establecimiento Bancario. Vigilado por la Superintendencia Financiera de Colombia. Aplica términos y condiciones. Sujeto a política de crédito de la entidad. Conoce más en www.creditofacilcodensa.com

COMPORTAMIENTO CONSUMO



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

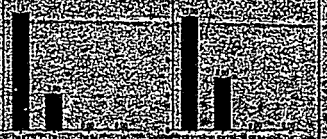
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:
ESTRATO:
CARGA KV:
FACTOR:
RUTA REPARTO:
RUTA LECTURA:
MANZANA DE LECTURA:
MEDIDOR NO:
MEDIDOR NO:

USO SEGURO DE LA ENERGÍA

Es importante que la conexión por completo todos los dispositivos que vaya a usar, y que se pueden encender de forma segura. Recomendamos consultar con un profesional antes de conectar.

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 5 115 115	115	#800 540055

DEFENSOR DEL CLIENTE

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios Virtuales de Pago | Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios | Red Digital | Centros de Servicio | Código QR

Almacenes de Cadena

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

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: Feb/2025
($ 561,70 Y $ 64,85 / $ 272,95 CV: $ 76,30 PR: $ 68,20 R: $ 12,90 CP: $ 0,00 / $ 0,41 T Costo kWh/Mes

Inscríbete a factura electrónica* y aprovecha los beneficios.

Escanea el código

Comparte lo mejor de tu energía a quienes lo necesitan.
Puedes realizar tus donaciones en: www.enelstore.com/co/es sección "comparto mi energía".
Aporte sugerido: $18.527

FECHA GENERACIÓN: 21/03/2025 00:08:56
FECHA EXPEDICIÓN: 21/03/2025 12:23:13

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11 (M por mil). Somos autorretenedores según Resolución No. 0047 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999.
Entre el vencimiento de la factura, hasta 3 días calendario usted no tendrá servicios de energía por suspensión de la factura pendiente para pago oportuno. Para cancelar oportunamente comuníquese al (601) 6 115 115, fuera de Bogotá al 01 9000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador del rec. ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. Somos grandes contribuyentes según resolución No 9087 de 10 de diciembre de 2020.
Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio.
Esta factura se expide previa visita de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142/1994.
El consecutivo, de la resolución CREG 156/11 consultar www.enel.com.co
IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modifico el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y el cliente. 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 9000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.
ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para entidades 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 negocios, por favor diríjanse a los canales de atención dispuestos por cada Empresa.
El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

CUDE: b0ddd624781e8d0c2e5f44498ee1a6865abce1a73a8d0b3e0ec5f44498ee1a6865abce1a73a8d0b3e0ec5f44498ee1a6865abce1a73a8d0b3e0ec

Total Energía $185.280 + Portafolio Enel X $0 = Total a Pagar $185.280

PAGO OPORTUNO 02 ABR /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN [illegible]

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 0309400-8

PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 21 ABR /2025

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	Lectura Anterior	Diferencia de lecturas	Factor	Energía Consumida kWh	Energía Facturada kWh	Valor Unitario	Valor Facturado
ENERGÍA ACTIVA FP	49.152	48.969	183	1	183	183	$843,71	$154.398
ENERGÍA REACTIVA	0	0	0	1	0	0	$272,98	$0
CONTRIBUCIÓN APORTE DEL 20,00 % DEL VALOR FACTURADO								$30.880

ESTE MES TA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTÓ $6.389 DIARIOS

SUBTOTAL $185.278

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena $2

SUBTOTAL $2

Consumos y Otros cobros asociados a energía

1 TOTAL ENERGÍA: $185.280

Otros cobros de productos y servicios

Te invitamos a consultar el detalle de tus productos y servicios a través de la APP Tu Sitio Enel 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

Si cancelas después de la fecha límite PAGO OPORTUNO pagarás 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 los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $111.764

Informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones, Crédito Fácil CODENSA en la fecha del PAGO OPORTUNO, estas entrarán en mora siendo 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 Enel te ayuda [illegible]

NÚMERO DE CLIENTE 0309400-8

Documento Equivalente Electrónico No. 346678280-0

(415)7707209914253(8020)010309400834667828003900)000000000185280

PAGO OPORTUNO 02 ABR /2025

TOTAL A PAGAR $185.280

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 287 | MICROCHIP: 900255001725446 | FECHA: 31/03/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Rocky				COLOR: Miel	
ESPECIE: CANINO X FELINO __	SEXO: HEMBRA __ MACHO X	RAZA: Mestizo	EDAD: 2 años	PESO: 23Kg	POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI __ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X	TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR __ CASERO __ CONCENTRADO X MIXTO __ OTRO __			

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Juan David Martinez Gomez	DIRECCION: CL 7 BIS # 18 B - 03 - 001		TELEFONO: 3142085977
CEDULA: 1000991610	CORREO ELECTRÓNICO: daviddagamo2000@gmail.com		
BARRIO: La Estanzuela	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: LOS MARTIRES	
ESCOLARIDAD: NS/NR: __ Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __		

3. ANAMNESIS

Reporta buen estado de salud

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

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

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

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Andres Quiroga Médico Veterinario TP. 34839	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Ximena Moreno Ruiz Médica Veterinaria M.P 45482 Universidad Nacional de Colombia	FIRMA

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

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del Responsable/Tenedor: Jhon David Martinez	Nro de Identificación: 1000-991-610

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Maria Eugenia	15-04-25	11:30 - 12:30

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.000.991.610

MARTINEZ GOMEZ

APELLIDOS

JUAN DAVID

NOMBRES

Juan David M

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 22-ABR-2001

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

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

ÍNDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

IP 1500150-01078526-M-1000991610-20190630 0065777676A 2 1235476150

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Cuenta/Referencia de pago
61328361

Cliente: JOSE ANTONIO FONSECA
NIT/Cédula: 14200595
Dirección de servicio: CL 7 BIS 18B 6 03 00001
Municipio: Bogotá D.C.

Factura Electrónica de venta F15B27090814

Fecha y Hora de Generación: 2025/2/14 00:51

Fecha y Hora de Expedición: 2025/02/14 8:20

Forma de pago: Crédito 12 días

CUFE: 16eaee3441c859ec97a385d90ad84e7e032119fdd43f7fe96ecdbd542a5f13e32cbb4cac4e033cd3c80ff8822223d135

Comprobantes tarifarios: Gm: 1A44.48 Tm: 817.62 Dm: 817.95 Cm: 3370.88 .p: 90.85 Cufm: 4043.0 CUvm: 3370.88 Cvm: 0.0 Ccm: 0.0

Fpcm: 42.438 Mj/m3 Su consumo en M3 de gas equivale a: 212 Kwh y el precio unitario de Kwh es: 305.278 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

(1) Código	Conceptos de contado	Und	Cantidad	Valor unitario	Subtotal	IVA 19%	Total
ZACUV	CONSUMO GAS	M3	18.0	3.370,88	60.675,84	0.0	60.675,84
ZACFJO	FIJO	UN	1.0	4.043,00	4.043,00	0.0	4.043,00
ZDECENA	AJUSTE DECENA	UN	1.0	-0,44	-0,44	0.0	-0,44
INTMORAG	Intereses Moratorios Base Recargo por Mora (1.96 %)	UN	1.0	31,60	31,60	0.0	31,60
Subtotal							64.750,00

(2) Código	Conceptos financiados	Und	Cantidad	Valor unitario	Subtotal	IVA 19%	Total
Subtotal							0,0

Total Items: 3	**Subtotal**	64.750,00
IVA:		0,00
Total factura electrónica (1) + (2)		64.750,00

vanti

VANTI S.A ESP **NIT: 800.007.813-5**

Datos de medición para consumo de gas: Medidor No: 0071202400039686809

Uso: Residencial Estrato/Categoría: E3 Tarifa: R_E3

Lectura	Fecha	Tipo	Observaciones de lectura:
Anterior 172.0	2025-01-13	REAL	
Actual 185.0	2025-02-11	REAL	

Período facturado: ENE-2025 FEB-2025

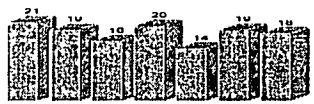
Volumen medido (Vm): 23 Kp: 0.76727 Kt: 1.00627 Fl: 0.77208 Volumen corregido (Vc): 18

Temperatura promedio del ciclo facturación (Tm) 13.76 Temperatura estandar (Te): 15.56

Presión estándar (Pa): 1.01008 Presion atmosférica (Pa): 0.752

Presión manométrica en medidor (Pm): 0.023 f^2_{pv}: 1.0

Sus consumos de gas en los últimos seis meses fueron



(3) Saldo Anterior	-0,33

(4) Plan de Pago a Plazos	Saldo	Cuota	Intereses	Capital
Subtotal				0,00

(5) Recaudo de tercero	total
Subtotal	0,00

Total a Pagar (1) + (3) + (4) + (5)	64.749,67

Vencimiento Revisión Obligatoria	Fecha de Suspensión	Pago Oportuno
>> 31/10/2029	2025-02-27	26-feb-2025

Después de la fecha de pago oportuno se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor en caso de reconexión: 78.254,68

Dale esperanza a una familia colombiana realizando un aporte voluntario en www.grupovanti.com,valor sugerido $ 6475

Se 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. Puede proceder al recurso de reposición ante la empresa y apelar ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al conocimiento del acto de suspensión. Sobre el contenido de la presente factura el cliente cuenta con los mecanismos de defensa en la ley 142 de 1994 Y puede hacer uso de estos antes de la fecha señalada para el pago oportuno. Mas información en las líneas de Atención al Cliente

(415)7709998026025(8020)61328351(3900)0000000064750

Revisor fiscal Deloitte Y Touche S.A.S.Esta factura presta mérito ejecutivo. Art 130 de la ley 142 de 1994
Vigilado Superservicios
Resolución DIAN No. Formulario 18764057136806 del 12/03/2024. Facturación electrónica desde N° 00000001 hasta 500000000 con vigencia de 18 meses
V 30.04.21

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 288 | MICROCHIP: 900255001725452 | FECHA: 31/03/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Bongo. | COLOR: NEGRO

ESPECIE: CANINO X FELINO __ | SEXO: HEMBRA __ MACHO X | RAZA MESTIZO | EDAD 1A | PESO: 23.2 | 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 X CONCENTRADO __ MIXTO __ OTRO __

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Julian Camilo Rueda Diaz | DIRECCION: Kr 20 # 4A - 90 BLQ AP 403 | TELEFONO: 3152810737.

CEDULA: 1099 204 270 | CORREO ELECTRÓNICO: Julian camilo rd 17@gmail.com

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

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

3. ANAMNESIS

Reporta buen estado de salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO:	TRIPLE:	PENTAVALENTE:
no aplica.	20 diciembre	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:
119 l/m	30 r/m	38,4 °c	1 seg	Rosada

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Andres Quiroga. Médico Veterinario TP. 34839	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Ximena Moreno Ruiz Médica Veterinaria	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: 1099204270

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

RAZÓN:

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque María Eugenia	15-04-2025	11:30 - 12:30

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.099.204.270

RUEDA DIAZ
APELLIDOS

JULIAN CAMILO
NOMBRES

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 17-AGO-1987
BARBOSA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

19-SEP-2005 BARBOSA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENCIFO LOPEZ

P-2701300-59143434-M-1099204270-20051209 02357 05343A 02 187480580

enel Bogotá

PAPEL ECOLÓGICO

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

Puntos y canales de atención de la factura

1879549-5

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 345690329-7

CLIENTE

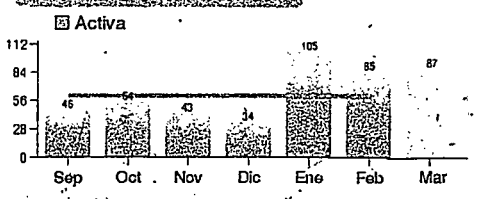
COMPANIA ELECTRICA COLOM SA
KR 20 NO 4 A-90 BL 9 AP 403
BL 9 APT 403
BOGOTA, D.C. - EL PROGRESO

17 223 4607 / 065-1008263

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

EL PRESTAMO DE LA CIUDAD
Crédito Fácil Codensa
¡LLEGO A TU CASA!
TU PRESTAMO DE HASTA
$12.000.000
Recibe el dinero en tu cuenta de preferencia
¡Acércate a uno de nuestros puntos Crédito Fácil CODENSA!
Encuentra los puntos cercanos a ti en el pod.bot
Tu aprobación y el monto del crédito está sujeto a perfil del solicitante. Conoce todos los términos en www.creditofacilcodensa.com
Crédito de libre inversión otorgado por Banco Davivienda S.A. Vigilado por la Superintendencia Financiera de Colombia. Aprobación en minutos sujeta a políticas de riesgo crediticio del banco. Consulta términos y condiciones en el código QR.

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $843,71
CONSUMO DIARIO: 3,00 kWh
VALOR DIARIO: $2.151
CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 91 kWh

PERÍODO FACTURADO: 19 FEB/2025 A 19 MAR/2025
DÍAS FACTURADOS: 29
CONSUMO MES: 87 kWh

Tu factura incluye: 1 LECTURA DE MEDIDOR y CONSUMO promedio
Actualiza tu información de contacto y preferencias en www.enel.com.co

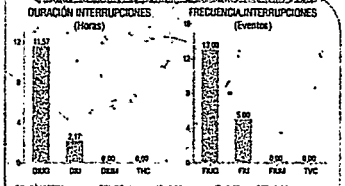
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10002172234607
RUTA LECTURA:	12172150481
MANZANA DE LECTURA:	MS00411105
MEDIDOR NO:	065-1008263
MEDIDOR NO:	065-1008263

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: 2845STR1 GRUPO: 11 HC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,00
PER0000: 2025-01 DC: 230,04 CF: 105,00000 MC: 0,00 UF: 1,00 %I: 0,20

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

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes: enel.com.co/es/personas/radicaciones	Registrate gratis
Puntos de servicio en: enel.com.co/es/personas/t/red-de-atencion	Zona privada de la página Web
316 890 8003 (Elena Bot o pasa Asesor)	App Enel Clientes Colombia
Enel Colombia / @EnelClientesCO	

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

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

Billetera Virtual
Daviplata · MOVII · Nequi · tpaga

Corresponsales Bancarios
CONRED · Efecty · Reval · MOVIRED · Safecty

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 abono del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: FEB/2025
G: $361,70 T: $49,85 D: $272,98 CV: $76,38 PR: $69,89 R: $12,90 CF: $0,00 / $843,71 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: SJT6-2845STR1- , NIVEL DE TENSIÓN:1 PROPIEDAD: Empresa

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

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 9061 de 10 de diciembre de 2020

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

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

En cumplimiento de la resolución CREG 15211 consultar www.enel.com.co

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

ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo, ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención delimitados 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: 21/03/2025 00:45:21
FECHA EXPEDICIÓN: 21/03/2025 13:06:11

CUDE: d12db4c3798db0ce992904915f5a0be58f8655d11f1983d33b0d0a513edf8b114d3b2fa1b7f75d8b89c597428e50

1 Total Energía	+	2 Portafolio Enel X	=	Total a Pagar	PAGO OPORTUNO
$62.389		$152.721		$215.110	02 ABR /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN ⓘ 04 ABR/2025

ENERGÍA

Número de Factura: 1879549-5 — Suministro: 21 ABR /2025

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

CALCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Diferencia de lecturas	X	Factor	=	Energía Consumida kWh	Subsidio Facturado kWh	X	Valor Unitario	=	Valor Facturado
ENERGÍA ACTIVA FP	35.528		35.441		87		1		87	87		$843,71		$73.402
ENERGÍA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$272,98		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh X				Valor kWh $843,7057		X		Beneficio -15.00 %					-$11.010
ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $2.151 DIARIOS												SUBTOTAL:		$62.392

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$3
SUBTOTAL:	$3

Consumos + Otros cobros asociados a energía — 1 TOTAL ENERGÍA: $62.389

Otros cobros de productos y servicios

Tarjeta Credito Amarilla $152.721

Te invitamos a consultar el detalle de tus productos y servicios a través de la APP, tú 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: $152.721

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 $103.863

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
1879549-5

Documento Equivalente Electrónico No.
346690329-7

(415)7707209914253(8020)011879549534669032973(3900)00000000215110

PAGO OPORTUNO
02 ABR /2025

TOTAL A PAGAR
$215.110

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

LOCALIDAD: LOS MARTIRES | BARRIO: | JORNADA: Parque Maria Eugenia
FECHA: 31-03-2025 | OPERADOR: FUNDACIÓN ECODES

NÚMERO MICROCHIP	TIPO DE TENEDOR	ESTRATO	NOMBRE	APELLIDO	CC	SEXO: MUJER	SEXO: HOMBRE	SEXO: INTERSEXUAL	LGBTI	IDENTIFICACIÓN ÉTNICA: AFROCOLOMBIANO	IDENTIFICACIÓN ÉTNICA: PALENQUERO	IDENTIFICACIÓN ÉTNICA: INDIGENA	IDENTIFICACIÓN ÉTNICA: RAIZAL	IDENTIFICACIÓN ÉTNICA: GITANO	IDENTIFICACIÓN ÉTNICA: NINGUNO	FIJO / CELULAR	e-mail	DIRECCIÓN	NOMBRE PACIENTE	ESPECIE: CANINO	ESPECIE: FELINO	SEXO: MACHO	SEXO: HEMBRA	OBSERVACIONES	FIRMA
900255001724823	P	2	Jessica Vanessa	Mateus Alvarez	1 070 194 544	Y									Y	317 589 7602	Jessicamateus90@gmail.com	cll 22A 16 32	SKy.		Y		Y		
900255001724821	P	2	Jessica Vanessa	Mateus Alvarez	1 070 194 544	Y									Y	317 589 7602	Jessicamateus90@gmail.com	cll 22A 1632	Miel.		Y		Y		
900255001724748	C	2	Nelson Enrique	Badillo Moya	79 507 250		Y								Y	305 207 1839	Ferreteria.pedastre.1969@gmail.com	KR 16 W 08 53-55	Kitty		Y		Y		
900255001724746	C	3	Laura Vanessa	Neme Castro	1 010 237 297	Y									Y	320 259 1843	Lauraneme313@gmail.com	kr 15 Bis 7-69	PANTHA				Y		
Expiry-Date:2029/4/15 900255001724752	C	3	Laura Vanessa	Neme Castro	1 070 237 297	Y									Y	320 259 18 43	Lauraneme313@gmail.com	kr 15 Bis 7-69	NEGRA		P		Y		
900255001724840	C	1	Jose David	Castiblanco Velez	1 018 419 564		Y								Y	310 316 6608	UKUXGKP23@gmail.com	CL 6B 18 78 10	CEARA		P		P		
900255001724757	C	2	Sandra Felipa	Ramirez Puertas	52 444 186	Y									Y	316 356 4754	chidyisana@gmail.com	cll 6B sur 001	PELUSA		Y		Y		
900255001724751	C	1	Luna Naida	Arambula Gordillo	1 016 944 329	Y									Y	305 893 7569	LunaAra1a1973@gmail.com	kr 16 17 A21	PACHA		P		P		Luna Arambula.
900255001725443	C	0	Arnellys Carolina	Calatuyo	17 265 85	Y									Y	322 333 0329	LEODGGana@gmail.com	CL 9NO 17 44	LULU		P		Y		
900255001725448	C	0	Melba Patricia	Cantreras Lopez	52 241 729	Y									P	322 270 0737	Patricia contreras608@icloud.com	kr 17 No 8-30	Cataleya		P		P		
900255001725441	C	0	Candelaria Rosa	Romero Bohorquez	64 476 703	Y									Y	322 270 0757	clancyRb1368@gmail.com	kr 17 No 8 30	KAREN		P		Y		
	C	2	Claudia Patricia	Torres Novoa	52 734 226	P									Y	320 242 0510	Cla095 30@gmail.com	CL 1C #134A-02 AP 207	LULI		P		P		Claudia Torres

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

PLANILLA DE REGISTRO - ESTERILIZACIONES

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CPS-322-2024

LOCALIDAD: LOS MARTIRES | BARRIO: | JORNADA: Parque Tercera Eugenia

FECHA: 31-03-2025 | 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
Anulado																			Niña	1					
900255001725445	(Maria) (Setella) P	3	Maria Stella	Rodriguez Castellano	39 796 958	Y									Y	312 591 3363	allinmafiarodriguez@gmail.com	kr 18B # G-33 P1 2	Negra		Y		Y		
900255001725451	P	3	Maria Stella	Rodriguez Castellano	39 796 958	Y									Y	312 591 3363	allinmafiarodriguez@gmail.com	kr 18B # G-33 P1 2	Niña		Y		Y		
900255001724837	C	0	Nidia Rocio	Escudero Arara	30 323 884	Y									Y	310 475 2980	nidiaescudero72@gmail.com	kr 16 # 8-53 55 LC 102	Sakura		Y		Y		

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA	MICROCHIP:	FECHA:
289	900255001724823	31/03/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA X COMUNIDAD __

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
5Ky		Atigrado

ESPECIE: CANINO __ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO __	RAZA: Mestizo	EDAD: 9 meses	PESO: 2,5 Kg	POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION:	TELEFONO
Jessica Vanessa Mateus	C 122A 16. 32.	3115897602
CEDULA: 1070194544.	CORREO ELECTRÓNICO: jessicamateus90@gmail.com	
BARRIO: San Victorino	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: LOS MARTIRES
ESCOLARIDAD: NS/NR: Tecnico	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __	

3. ANAMNESIS

Reporta buen estado de salud

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

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 166 l/m	F. RESPIRATORIA: 31 r/m	TEMPERATURA: 38,4 ºc	TLLC 1 seg	MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,12 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,2 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☒
	PROPOFOL	— ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,8 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,17 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,02 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

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

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

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
	1010194544

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

RAZÓN:

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Maria Eugenia	15-04-25	11:30 - 12:30

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.010.194.544**

MATEUS ALVAREZ
APELLIDOS

JESSICA VANESSA
NOMBRES

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO **01-MAR-1990**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

25-NOV-2008 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-1500150-00913247-F-1010194544-20170616 0055822225A 1 9910033802

)URIA

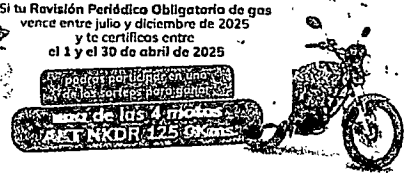
Por favor dobla y rasga para abrir la factura

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

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

Autoriza Coljuegos

Mundo digital Vanti

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

» Pagos electrónicas en otras entidades

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

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

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

Te suspenderá el servicio por falta de pago y cuando se requiera, en caso de que se impida el acceso al medidor o a la instalación interna y de artefactos de consumo. Como consumidor puedes presentar un recurso de reposición ante la empresa y apelar ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los (5) días hábiles siguientes al conocimiento del acto de suspensión. Sobre el contenido de la presente factura el cliente cuenta con los mecanismos de defensa en la ley 142 de 1994 y puede hacer uso antes de la fecha señalada para el pago oportuno.

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

Por favor dobla y rasga para abrir la f

...ctura

¡Hola!

JESSICA MATEUS
CL 22A 16 32 00202 - SAN VICTORINO
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 007520220010004187

391

Lote: P09GN **Ruta:** 00113103003300050020 **Código del Sector:** 391

00113103003300050020

Cuenta o referencia de pago 63889201

P09GN

vanti

Compra televisor, calentador o lo que quieras, multiplica tus pagos y cuenta de cuadra de gas

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:

CON REGRESA A CLASE Y SÚPER GANA UN LISTO

vanti

Escanea el código QR y participa aquí.

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

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

Paga a cuotas a través de tu factura de gas natural

éxito · Alkosto · Ktronix

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

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

Por favor dobla y rasga para abrir la fact

Factura de gas | Febrero 2025

Cuenta o referencia de pago 63889201

BOGOTA

CUENTA EN MORA

NIT: 800007813-5
vanti S.A. E.S.P.
www.grupovanti.com

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1. Pago oportuno: PAGO INMEDIATO
2. Fecha de suspensión: 27 Feb. 2025
3. Periodo facturado: Ene. - Feb. 2025
4. Emisión de tu factura: 14 Feb. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	9M3	3.742,48	0,00	33.682,32
MENOS SUBSIDIO (50%)	1UN	-16.841,16	0,00	-16.841,16
AJUSTE DECENA	1UN	-4,16	0,00	-4,16
RECAUDO TERCEROS Seguro Vida Deudo	0	137,00	0,00	137,00
INTERESES FINANCIAMIENTO - NO GRA	1UN	27.507,78	0,00	27.507,78
INTERESES FINANCIAMIENTO - GRAVAD	1UN	1.972,11	374,70	2.346,81
Intereses Moratorios Base Recargo	1UN	189,51	0,00	189,51

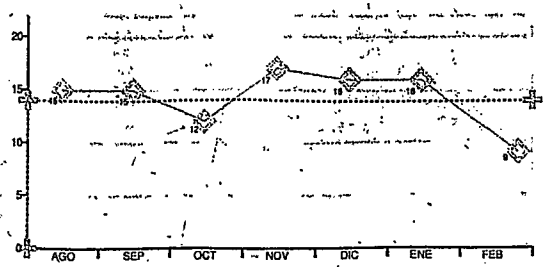
① Total $47.018,10

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota Nº	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A
1.9600 % Derecho Conexión Financiado	24/48	12.615,22	10.648,87	12.615,22
1.9600 % Derecho Conexión Financiado	24/48	953,43	676,31	953,43
1.9600 % Cliente Nuevo Interna FVD Financiado	24/48	20.009,98	16.891,00	20.009,98
1.9600 % Cliente Nuevo Interna FVD Financiado	24/48	1.253,27	889,01	1.253,27

② Total $34.831,90

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial | Estrato/Cat Dos | Días de consumo 30

Fecha	Lectura	Tipo
13 Ene. 2025	275	REAL
11 Feb. 2025	287	REAL

m³ corregido= 287 - 275 * Factor de corrección = 9

Tu próxima lectura será: Entre 08 y el 13 de Marzo

Novedades de tu factura

CuVa $ 3370.88

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 Feb. 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: 0.0
P: 90.85 Qvm: 0.0 Cufm: 0.0 Cuvm: 0.0
Ccm: 0.0 Fpcm: 42.438 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0
Mj/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 106
kWh y el precio unitario del kWh es: $158.879

Factor de corrección

Vm: 12 Kp: 0.76727 Kt: 1.00627 Ft: 0.77208
Ve: 9 Tm: 13.76 Te: 15.66 Pa: 1.01008
Pa: 0.752 Pm: 0.023 F² pv: 1.0
Factor de corrección: 0.77208

Indicadores de calidad

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

NUESTROS EXPERTOS NO RECIBEN DINERO

③ Valor facturas vencidas: $88.930,00

Total a pagar ① + ② + ③: $170.780,00

Paga por

Escanea el código QR

(415)7709998026025(8020)63889201(3900)00000000170780

Factura No. F15B27019830

C1

5002

8478b5e1a77c3f5f629fd6507298b5602982c192d44a0a7dca477c8d837cc6eaa5921551f975585f7d858d8f0722360da

12/02/2024. Facturación electrónica desde Nº 00000001 hasta 50000000 con vigencia de 18 meses

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 290 | MICROCHIP: 900255001724821 | FECHA: 21/03/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA X COMUNIDAD __

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Miel | COLOR: Blanco Negro

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

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Mateus Alvarez Jessica Vanessa | DIRECCION: C 1 22 B 16. 32 | TELEFONO: 3115897602

CEDULA: 1010 194 544 | CORREO ELECTRÓNICO: Jessicamateus90@gmail.com

BARRIO: San Victorino. | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: LOS MARTIRES

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

3. ANAMNESIS

Reporta buen estado de salud

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 171 l/m | F. RESPIRATORIA: 32 r/m | TEMPERATURA: 38,4 °c | TLLC 1 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

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

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:
	1010194544

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

RAZÓN:

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Maria Eugenia	15-04-2025	11:30 - 12:30

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.010.194.544**

MATEUS ALVAREZ
APELLIDOS

JESSICA VANESSA
NOMBRES

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-MAR-1990**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

25-NOV-2008 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-1500150-00913247-F-1010194544-20170616 0055822225A 1 9910033802

Por favor dobla y rasga para abrir la fac

factura de gas | Febrero 2025 | BOGOTÁ

Cuenta o referencia de pago 63889201

CUENTA EN MORA

Nit. 800.007.813-9
Vanti S.A. ESP
www.grupovanti.com

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1. Pago oportuno PAGO INMEDIATO
2. Fecha de suspensión 27 Feb. 2025
3. Periodo facturado Ene. - Feb. 2025
4. Emisión de tu factura 14 Feb. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	9M3	3.742,48	0,00	33.682,32
MENOS SUBSIDIO (50%)	1UN	-16.841,16	0,00	-16.841,16
AJUSTE DECENA	1UN	-4,16	0,00	-4,16
RECAUDO TERCEROS Seguro Vida Deudo	0	137,00	0,00	137,00
INTERESES FINANCIAMIENTO - NO GRA	1UN	27.507,78	0,00	27.507,78
INTERESES FINANCIAMIENTO - GRAVAD	1UN	1.972,11	374,70	2.346,81
Intereses Moratorios Base Recargo	1UN	189,51	0,00	189,51

① Total $47.018,10

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota N°	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A
1.9600 % Derecho Conexión Financiado	24/48	12.615,22	10.648,87	12.615,22
1.9600 % Derecho Conexión Financiado	24/48	953,43	676,31	953,43
1.9600 % Cliente Nuevo Interna FVD Financiado	24/48	20.009,98	16.891,00	20.009,98
1.9600 % Cliente Nuevo Interna FVD Financiado	24/48	1.253,27	889,01	1.253,27

② Total $34.831,90

③ Valor facturas vencidas

$88.930,00

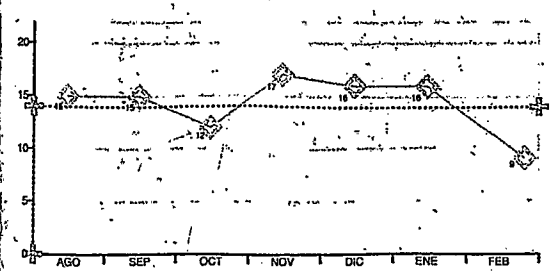
Total a pagar ① + ② + ③

$170.780,00

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial | Estrato/Cat. Dos | Días de consumo 30

Fecha	Lectura	Tipo
13 Ene. 2025	275	REAL
11 Feb. 2025	287	REAL

m³ corregido = 287 - 275 * Factor de corrección = 9

Tu próxima lectura será Entre 08 y el 13 de Marzo

Novedades de tu factura

CuVa $ 3370.88

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 Feb. 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: 0.0
P: 90.85 Cvm: 0.0 Cufm: 0.0 Cuvm: 0.0
Ccm: 0.0 Fpcm: 42.438 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

Mj/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 106 kWh y el precio unitario del kWh es: $158.879

Factor de corrección

Vm: 12 Kp: 0.76727 Kt: 1.00627 Ft: 0.77208
Ve: 9 Tm: 13.76 Te: 15.56 Pe: 1.01008
Pa: 0.752 Pm: 0.023 F² pv: 1.0

Factor de corrección: 0.77208

Indicadores de calidad

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

NUESTROS EXPERTOS NO RECIBEN DINERO

(415)7709998026025(8020)63889201(3900)00000000170780

Factura No. F15B27019830

8478b5e1a77b3f5f629d6507298b5609882c192044a0a76dca477c8d837cc6eaa592155119756f57d86d8f07223606de

C1

50021

12/03/2024. Facturación electrónica desde N° 00000001 hasta 50000000 con vigencia de 18 meses

Factura - Transformes S.A.
(1) 900372.170-4

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

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

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

REVISIÓN PERIÓDICA OBLIGATORIA DE GAS

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

Avanza y GANA

Participa recargando en una de las cartas naranja

Moto AKT NKD R 125 0Kms

Agenda tu Revisión escaneando el QR

Autoliza Coljuegos

vanti

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

» Pagos electrónicos en otras entidades

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

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

Síguenos en nuestra redes sociales como @grupovanti y conoce 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

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

Te suspenderá el servicio por falta de pago y cuando se requiera, en caso de que se impida el acceso al medidor o a la instalación interna y de artefactos de consumo. Como consumidor puedes presentar un recurso de reposición ante la empresa y apelar ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los (5) días hábiles siguientes al conocimiento del acto de suspensión. Sobre el contenido de la presente factura, el cliente cuenta con los mecanismos de defensa en la ley 142 de 1994 y puede hacer uso antes de la fecha señalada para el pago oportuno.

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-8 7048123072024

¡Hola!

JESSICA MATEUS
CL 22A 16 32 00202 - SAN VICTORINO
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 007520220010004187

391

Lote: P09GN **Ruta:** 0011310300330005020 **Código del Sector:** 391

Cuenta o referencia de pago 63889201

0011310300330005020

P09GN

vanti

Compra televisor, calentador, moto, ¡lo que quieras! y paga a cuotas a través de tu factura de gas

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:

CON VANTI LISTO REGRESA A CLASE Y SÚPER GANA UN

vanti Listo

Escanea el código QR y participa aquí.

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

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

Paga a cuotas a través de tu factura de gas natural

éxito · Olímpica · 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: 291

MICROCHIP: 900255001724748

FECHA: 31/03/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Kitty

COLOR: Atigrado blanco

ESPECIE: CANINO __ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO __ RAZA Mestizo EDAD 5 meses PESO: 1,6Kg POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Nelson Enrique Bodillo

DIRECCION: KR 16 N°8 53-55. TELEFONO: 3052071839

CEDULA: 79 507 250.

CORREO ELECTRÓNICO: Ferreteria.palustre.1969.@gmail.com

BARRIO: Voto nacional ESTRATO: 2 LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: NS/NR: Primaria

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __

3. ANAMNESIS

Reporta buen estado de salud

ULT. CELO: No ha tenido

ULT. DESPARASITACION: No Reporta

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

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ____ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 166 l/m

F. RESPIRATORIA: 31 r/m

TEMPERATURA: 38,1 °c

TLLC 1 seg

MUCOSAS: Rosada

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,08 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,16 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☑
	PROPOFOL	— ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,5 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,1 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,01 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL: Mónica Vc.ázquez Mila Médica Veterinaria TP. 11804

FIRMA

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

FIRMA

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

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO _X___** o **RECHAZO ____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de 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:
Yolanda Gil	7950725

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

RAZÓN:

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque María Eugenia	15-04-2025	11:30 - 12:30

OBSERVACIONES:

FECHA DE NACIMIENTO 09-JUN-1969

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60	A+	M
ESTATURA "	G.S. RH	SEXO

21-JUL-1987 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00157115-M-0079507250-20090521 0011636634A 1 1230011897

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.507.250
BADILLO MOYA
APELLIDOS
NELSON ENRIQUE
NOMBRES

FIRMA

Bogotá

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

Para pagar y confirmar tu pronto de clante por:

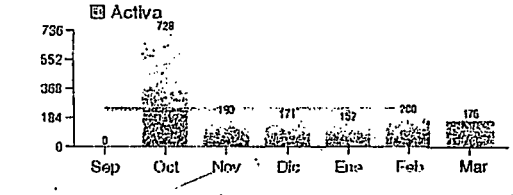
0317105-4

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 346891021-0

HUGO RODRIGUEZ PEA
KR 16 NO 8 53 55 LC 102
CONT EN EL 8 51
BOGOTA, D.C. - VOTO NACIONAL

18 212 1346 / 121-18190391

Activa



VALOR kWh APLICADO
$843,71

CONSUMO DIARIO:
6,07 kWh

VALOR DIARIO:
$6.144

PERÍODO FACTURADO:
20 FEB/2025 A 20 MAR/2025

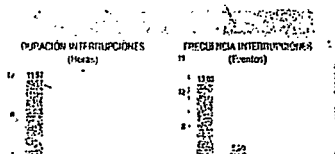
DÍAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES
176 kWh

¡Ahora puedes pagar tu factura con tu consumo de energía!
Conoce más en www.enel.com.co/es/personas/pagar-con-consumo.html

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Comercial
ESTRATO:	0
CARGA kW:	1,30
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10002182121346
RUTA LECTURA:	12182120181
SECUENCIA DE LECTURA:	MS00410319
MEDIDOR NO:	121-18190391
MEDIDOR NO:	121-18190391



¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

Billetera Virtual: MOVII, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efecty, Red Reval, MOVIRED, Supergiros

Red Directa: RED CADE

Centros de Servicio: Almacenes de Cadena: Éxito

Código QR

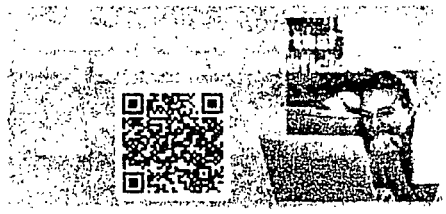
Si pagas en un corresponsal bancario, exige el despliegue del dinero. El valor del comprobante no es un recibo oficial de pago.

CONTÁCTANOS

Peticiones y solicitudes: Chatea nuestro asistente virtual Sofía en el App Enel Clientes Colombia
Registrate gratis
Zona privada de la página Web
Línea de atención 316 890 8103 (Línea Bot o para Asesor)
Enel Colombia
Enel Colombia
App Enel Clientes Colombia

LÍNEA DE SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIA
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Opción 24 horas	601 5140055 denuncias@enel.com

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



Comparte lo mejor de tu energía a quienes lo necesitan.
Puedes realizar tus donaciones en: www.enelxstore.com/co/es sección "Comparto mi energía"
Aporte sugerido: $17.819

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

G: $361,70 T: $49,85 D: $272,98 CV: $76,38 PR: $69,89 R: $12,99 CF: $0,00 / $843,71 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: ENE-21627H1 - 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 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, línea de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No.9061 del 10 de diciembre de 2020.

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

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

En cumplimiento de la resolución CREG150111 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, línea de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

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

El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT 860 063 875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 25/03/2025 09:17:19
FECHA EXPEDICIÓN: 25/03/2025 16:07:14

CUDE: 8a5365524b0ba4dc394596ba97870c7ae1d970aeabecald7b0253d348c67e6a5d3ea807ecfc50ff81f5771fe19efca5

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios BAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 900.221.151 0

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación BAS NIT 830.018.182

1 Total Factura $279.670

2 Total Otros Cobros $0

$279.670

PAGO OPORTUNO
03 ABR /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN
07 ABR/2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA 0317105-4

22 ABR /2025

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

ENERGÍA ACTIVA TP	11.004	11.429	176	1	176	176	0	$843,71	$148.499
ENERGÍA REACTIVA	2.606	2.578	28	1	28	0		$272,98	$0
CONTRIBUCION	APORTE DEL 20.00 % DEL VALOR FACTURADO								$29.699

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $6.144 DIARIOS

SUBTOTAL: $178.190

Otros Cobros, Descuentos y Convenios

Ajustes a la decena	$3
Cuota Capital Convenio digital web 5/6	$101.477
Saldo Convenio digital web	$101.478
SUBTOTAL:	$101.480

Otros Cobros, Descuentos y Servicios

Productos y servicios financieros, otros servicios de energía y gas

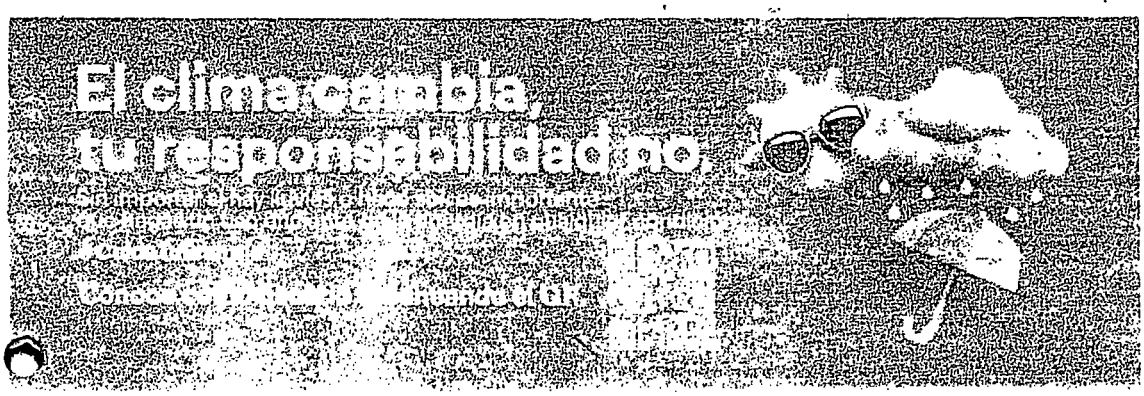
1 TOTAL ENERGÍA $279.670

2 TOTAL OTROS $0

Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSION a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $111.764

Recordamos que de no realizar el pago de sus obligaciones Crédito Fácil COOENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO, éstas entrarán en mora, ante lo cual se reflita reporté negativo a las bases de información Financiera y cobro por montos de cartera a partir entre cuotas 15 días y se realiza gestión de cobro

ESTIMADO CLIENTE: La tarifa final es de: $843,71



NÚMERO DE CLIENTE
0317105-4

Documento Equivalente Electrónico No.
346891021-0

(415)7707209314253(8020)010317105434689102l0(3900)00000000279670

PAGO OPORTUNO
03 ABR /2025

TOTAL A PAGAR
$279.670

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA	MICROCHIP:	FECHA:
292	900255001724746	31/08/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	COLOR:				
PANCHA	NEGRO BLANCO				
ESPECIE: CANINO __ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO __	RAZA MESTIZO	EDAD 3 A	PESO: 2.3	POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI __ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X	TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR __ CASERO __ CONCENTRADO X MIXTO __ OTRO			

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION:	TELEFONO
LAURA VANESSA NEME	KR 15 BIS 7-69.	3202541843
CEDULA: 1070 237 297	CORREO ELECTRÓNICO: LAURANEME313@GMAIL.COM	
BARRIO: LOS MARTIRES	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: LOS MARTIRES
ESCOLARIDAD: NS/NR: __ TECNICO.	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __	

3. ANAMNESIS

Reporta 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: /
7 ENERO	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	30 r/m	38 °c	1 seg	Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

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

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

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO _X___** o **RECHAZO ____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de 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: Laiz Nere	Nro de Identificación: 1010237247

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Maria Eugenia	15-04-2025	11:30 - 12:30

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.010.237.297

NEME CASTRO

APELLIDOS

LAURA VANESSA

NOMBRES

Laura Neme

FIRMA

ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 27-DIC-1997

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

29-DIC-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01223933-F-1010237297-20210324 0073864539A 2 0501748163

Tu consumo en este período

En los períodos anteriores tu promedio de consumo fue 12

11	14	16
SEP-SEP $148.917	SEP-NOV $159.696	NOV-ENE $193.587

ÚLTIMO CONSUMO

En este periodo consumiste más agua que en el anterior

Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

En este período 16.000

Promedio al día 271

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período 780	Facturado con Consumo Normal
Lectura anterior 764	Base promedio
Tu consumo este período 16	Descargue fuente alterna 0

Datos de tu medidor

Marca ITRON DE ACTARIS	Tipo VELO015T2
Serie A10S412438	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
$112.043,90		$103.384,86		$732		$123.400
1		2		3 4 5 6		A

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

Consulta el detalle atrás

Escanea y paga virtual

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

= **Total a pagar** $339.560

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

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 9507da58c6840066f705b1ef21e0d446a8fee553eb1a729144055401421 19c2ff4802 10d5a8f8f94a9bbbb6288843490

Detalle de tu consumo este bimestre

	1 Acueducto					2 Alcantarillado				
	Cant. ×	Valor unitario		Tarifa** =	Total Cargo Cons.	Cant. ×	Valor unitario		Tarifa** =	Total
Cargo fijo residencial (mes)										
Consumo residencial básico (m³)										
Consumo residencial superior básico (m³)										
Cargo fijo no residencial (mes)	2,00	$9.195,79	50	$9.196	$13.793,69	$27.587,58	2,00	$4.370,95	80	$4.371	$6.556,43	$13.112,90
Consumo no residencial (m³)	16,00	$3.519,02	50	$28.152	$5.278,53	$84.456,32	16,00	$3.761,31	80	$30.091	$5.641,97	$90.271,96
Subtotal				$37.348		$112.043,90				$34.462		$103.384,85

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

Tasas ambientales

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

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m3)	$42,81	$131,98
Tarifa consumo superior a básico ($/m3)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$688	$2.111

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajuste a la decena	$2
Intereses de mora	$730
Subtotal	732

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
Subtotal	$0

6 Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	$0

Pagos por la página web, app y billeteras

PSE Bancolombia con tpaga Nequi PayU App EAAB EAABMóvil

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

Punto de Pago puntored

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

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

Aseo
Valor a pagar
$123.400

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)407100991164(3900)000000123400

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$216.160

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

(415)7707200485271(8020)407100991164(3900)000000216160

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS NRO. UNICO REGISTRO 1-11001000-10 FAB-FSP

aseo

Período facturado Aseo
FEB/01/2025 - MAR/26/2025
El servicio de aseo se factura de forma bimestral

Cuenta contrato
11413550
Núm. de identificación de este predio

Número para pagos
40710099116
Número de esta factura de servicios públicos

KR 58 No. 9-17 LC 2 Ed. Torre Americas
Horario de Atención
LUNES A VIERNES 7:00 AM A 5:00 PM SABADO 9:00 AM A 1:00 PM

Datos del usuario

Tipo de producto PEQUEÑO PRODUCTOR

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:	06	Frecuencia Recolección:	06	%Participación	0.000%

Componentes de tarifas

Costo Fijo Total CFT	Costo variable no aprovechable	Valor base aprovechamiento	
32.554,48	32.657,32	162.831,38	

Subsidio (-)	00%	Valor Aseo	$12.400
Aporte (+)	00%	Total ingresos del periodo	$12.400

Información que Aseo reporta a la DIAN en el período actual

Estrato 3

Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo pequeño productor Aporte	$82.268 $41.134	Ajuste a la decena -credito-	$2-

Toneladas por suscriptor mes

Barrido y limpieza	Limpieza urbana	Rechazo del aprovechamiento
0.0026	0.0011	0.0000
Efectivamente aprovechables	Residuos no aprovechables | Alcanzadas - no alcanzadas	
0.0676	0.1031	

Histórico de vigencias cobradas

3	2	1	Días liquidados
$125.517	$123.982	$131.498	54

( ) tarifa incluye subsidio o aporte*

Para el reparto ZONA:3 CICLO: K3 RUTA:K33418

BIMESTRAL

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

11413550
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

40710099116
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de
WILLIAN CORDOBA CERON

Dirección del predio
KR 15 BIS 7 69

Barrio: LA **Localidad:** LOS MARTIRES

Dirección de correspondencia

Período facturado	ENE/07/2025 — MAR/06/2025
Pago oportuno	ABR/09/2025
Suspensión	ABR/14/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
JUN/03/2025	MAR/26/2025 07:01:13	MAR/26/2025 13:18:04

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

Entra a **www.acueducto.com.co** haz clic en Servicios al Ciudadano y obtén información de los puntos de atención, 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:
293	900255001724752	31/03/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	NEGRA	COLOR: NEGRA

ESPECIE: CANINO __ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO __	RAZA MESTIZO	EDAD 3 A	PESO: 2,4 Kg	POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION:	TELEFONO
LAURA VANESSA NEME	KR 15 BIS 7-69.	3208541813

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
1010 237 297	LAURANEME3@GMAIL.COM

BARRIO: LOS MARTIRES	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: NS/NR: __ TECNICO

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __

3. ANAMNESIS

Reporta 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:
3 JULIO	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: 38,2 °c	TLLC 1 seg	MUCOSAS: Rosada

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,12 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,24 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☒
	PROPOFOL	____ ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,84 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,16 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,02 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y 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 Milá. Médica Veterinaria TP. 11804	FIRMA	MV
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Ximena Moreno Ruiz Médica Veterinaria M.P. 35182	FIRMA	XMR

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

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO _X___ o RECHAZO ____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de 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:
Laura Nave	1010237297

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Nariz Eugenio	15-04-25	11:30 - 12:30

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.010.237.297**

NEME CASTRO

APELLIDOS

LAURA VANESSA

NOMBRES

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO **27-DIC-1997**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

29-DIC-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

A-1500150-01223933-F-1010237297-20210324 0073864539A 2 8501748163

Para el reparto **ZONA:3** **CICLO: K3** **RUTA:K33418** **BIMESTRAL**

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

11413550
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

40710099116
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Período facturado **ENE/07/2025** **MAR/06/2025**

Pago oportuno **ABR/09/2025** Suspensión **ABR/14/2025**

Factura a nombre de
WILLIAN CORDOBA CERON

Dirección del predio
KR 15 BIS 7 69

Barrio: **LA** Localidad: **LOS MARTIRES**

Dirección de correspondencia

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
JUN/03/2025	**MAR/26/2025 07:01:13**	**MAR/26/2025 13:18:04**

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

Líneas

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.

---

aseo

Período facturado Aseo
FEB/01/2025 - MAR/26/2025

El servicio de aseo se factura de forma bimestral

Cuenta contrato
11413550
Núm. de identificación de este predio

Número para pagos
40710099116
Número de esta factura de servicios públicos

Toneladas por suscriptor mes

Barrido y limpieza	Limpieza urbana	Rechazo del aprovechamiento
0.0026	0.0011	0.0000

Efectivamente aprovechables	Residuos no aprovechables	Aforadas - no aforadas
0.0676	0.1031	

Histórico de vigencias cobradas

3	2	1	Días liquidados
$125.517	$123.982	$131.498	54

La tarifa incluye subsidio o aporte*

Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo pequeño productor	$82.288	Ajuste a la decena -crédito-	$2-
Aporte	$41.134		

Datos del usuario

Tipo de productor 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:	06	Frecuencia Recolección:	06	%Participación	0.000%

Componentes de tarifas

Costo Fijo Total CFT	Costo variable no aprovechable	Valor base aprovechamiento
32.554,48	32.557,32	152.831,38

Subsidio (-)	00%	Valor Aseo	$123.400
Aporte (+)	00%	Total Ingresos del período	$123.400
Información - deuda total		Ingreso que Aseo reporta a la OAN en el período actual	

Tu consumo en este período

En los períodos anteriores tu **promedio de consumo** fue 12

SEP-SEP	SEP-NOV	NOV-ENE	ÚLTIMO CONSUMO
$148.917	$159.696	$193.587	

En este periodo consumiste más agua que en el anterior

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

En este período	Promedio al día
16.000	271

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este periodo 780	**Facturado con** Consumo Normal
Lectura anterior 764	**Base promedio**
Tu consumo este periodo 16	**Descargue fuente alterna** 0

Datos de tu medidor

Marca ITRON DE ACTARIS	**Tipo** VELO015T2
Serie A10S412438	**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
$112.043,90		$103.384,86		$732		$123.400
1		2		3 4 5 6		A

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

Consulta el detalle atrás

Escanea y paga virtual

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

= **Total a pagar** $339.560

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

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 9627da58c884006d6705b1e121e0d445a8fec553eb1a729144015540142119e2f148d210d5e852fa2bbbb2f55543490

Detalle de tu consumo este bimestre

	1 Acueducto					2 Alcantarillado				
	Cant. ×	Valor unitario		Tarifa***	Total	Cant. ×	Valor unitario		Tarifa***	Total
Cargo fijo residencial (mes)										
Consumo residencial básico (m³)										
Consumo residencial superior básico (m³)										
Cargo fijo no residencial (mes)	2,00	$9.195,79	50	$9.196	$13.793,69	$27.587,58	2,00	$4.370,95	50	$4.371	$6.556,43	$13.112,90
Consumo no residencial (m³)	16,00	$3.519,02	50	$28.152	$6.278,53	$84.456,32	16,00	$3.761,31	50	$30.091	$5.641,97	$90.271,96
Subtotal				$37.348		$112.043,90				$34.462		$103.384,86

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

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

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m3)	$42,81	$131,96
Tarifa consumo superior a básico ($/m3)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$685	$2.111

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajuste a la decena	$2
Intereses de mora	$730
Subtotal	732

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

Pague seguro con tpaga, Nequi, PSE

App EAAB
EAABMóvil

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

Punto de Pago, puntored

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

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

Aseo
Valor a pagar
$123.400

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)407100991164(3900)000000123400

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$216.160

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)407100991164(3900)000000216160

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS NRO. UNICO DE REGISTRO 1-11001000-10 FAB-FSP

30

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA	MICROCHIP:	FECHA:
294	Expiry-Date:2029/4/15 900255001724840	31/08/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	COLOR:	
CENIZA.	GRIS.	

ESPECIE: CANINO __ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO __	RAZA MESTIZO	EDAD 1A	PESO: 2.6	POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION:	TELEFONO
JOSE DAVID CASTIBLANCO	CL 6B 18 78 10	3703766608.
CEDULA: 1018 414 564	CORREO ELECTRÓNICO: UKUX6KP28@GMAIL.COM.	
BARRIO: RICAURTE	ESTRATO: (2) 1	LOCALIDAD: LOS MARTIRES
ESCOLARIDAD: NS/NR: UNIVERSITARIO	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __	

3. ANAMNESIS

Reporta buen estado de salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO:	TRIPLE:	PENTAVALENTE:
20 ENERO.	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:
172 l/m	32 r/m	38,3 °c	1 seg	Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Mónica Velázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Ximena Moreno Ruiz Médica veterinaria TP 45482	FIRMA

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

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

Además soy consciente y **ACEPTO _X___ o RECHAZO ____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de 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: 1018414564

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

RAZÓN:

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Maria Eugenia	15-04-25	11:30 - 12:30

OBSERVACIONES:

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.018.414.564

Apellidos
CASTIBLANCO VELEZ

Nombres
JOSE DAVID

Nacionalidad
COL

Estatura
1.65

Sexo
M

Fecha de nacimiento
28 DIC 2005

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedicion
03 ENE 2024, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expiracion
03 ENE 2034

.CO

037576367

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL037576367415001<<<<<<<<<<
0512284M3401033COL1018414564<7
CASTIBLANCO<VELEZ<<JOSE<DAVID<

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

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

Contrata el servicio

continuo y rentable de gas natural.

Contáctanos y construye las internas con un experto.

Avanzar es que puedas expandir tu negocio de la mano de Vanti.

Tel: 601 307 8121 | WhatsApp: 315 416 4164

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gasoriente S.A. ESP y Gasnacer S.A. ESP.

vanti
Más formas de avanzar

Adquiérelo ya en www.grupovanti.com

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

» Pagos electrónicos en otras entidades

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

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

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

Grandes Superficies: Metro, Jumbo, Éxito

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

Eficiencia energética

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

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

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

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-8 - 7048230972024

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 hacerlo antes de la fecha señalada para el pago oportuno.

¡Hola!

MARIA ROCIO TRUJILLO
CL 6B 18 78 L01 - RICAURTE
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 010420200003679350

Lote: P09GN **Ruta:** 0011310174700005100 **Código del Sector:** 388

Cuenta o referencia de pago 61925222

vanti

Compra electrodomésticos a gas con financiación a tasa cero y paga en cuotas de gas

TU CUPO VANTI LISTO
APROBADO ES:

388
0011310174700005100
P09GN

...es nuestra prioridad, conoce tus derechos ...bilidades como usuario comercial ...l servicio de gas natural.

vanti
Más formas de avanzar

...idades Usuarios
...sula 18 del CCU
...nedidores o equipos

- Informar de inmediato cualquier anomalía, alteración voluntaria o accidental de los equipos.
- Pagar en los plazos establecidos, el valor liquidado en la factura, por la prestación del servicio.

Derechos Usuarios
Capítulo 3 – Cláusula 15 del CCU

- Recibir un servicio con calidad, continuidad y seguridad según la ley y regulación.
- Presentar peticiones, quejas y recursos relacionados a la prestación del servicio.

Obligaciones Vanti
Capítulo 3 – Cláusula 17

- Suministrar el servicio con calidad y seguridad.
- Adoptar medidas y mecanismos eficaces para que los equipos de medida funcionen correctamente previniendo su alteración.
- Exigir que los funcionarios y personal autorizado porten un carné de identificación.

Derechos Vanti
Capítulo 3 – Cláusula 15

- Adelantar las revisiones a fin de verificar la exactitud en la medición del consumo.
- Suspender, cortar el servicio y/o dar por terminado el contrato por incumplimiento del usuario.
- Acceder al inmueble previa autorización del usuario, para verificar las condiciones de seguridad de la red interna.

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.

...ir la factura

Factura de gas

Febrero 2025

Cuenta o referencia de pago 61925222

BOGOTÁ

NIT 800.007.781-5
Vanti S.A. ESP
www.grupovanti.com

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1. Pago oportuno 26 Feb. 2025
2. Fecha de suspensión 27 Feb. 2025
3. Periodo facturado Ene. - Feb. 2025
4. Emisión de tu factura 14 Feb. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	74M3	3.370,88	0,00	249.445,12
FIJO	1UN	4.043,00	0,00	4.043,00
MASS CONTRIB. CARGO FIJO 8.90%	1UN	359,83	0,00	359,83
MASS CONTRIB. CONSUMO M3 8.90%	1UN	22.200,62	0,00	22.200,62
AJUSTE DECENA	1UN	-4,88	0,00	-4,88
Intereses Moratorios Base Recargo	1UN	176,31	0,00	176,31

① Total $276.220,00

Tus financiaciones

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

② Total $0,00

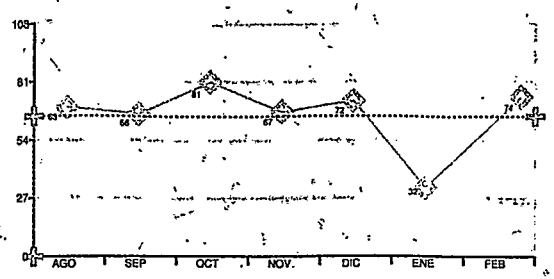
③ Valor facturas vencidas $0,00

Total a pagar ①+②+③ $276.220,00

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Comercial Estrato/Cat.Uno Días de consumo 30

Fecha	Lectura	Tipo
13 Ene. 2025	1938	REAL
11 Feb. 2025	2034	REAL

m³ corregido= 2034 -1938 * Factor de corrección = 74

Tu próxima lectura será Entre 08 y el 13 de Marzo

Novedades de tu factura

Dale esperanza a una familia colombiana realizando un aporte voluntario en www.grupovanti.com
Valor sugerido $ 27622
Estimado clienta recuerde que tiene entre Oct/2024 y el 31/03/2025 para realizar la Revisión Periódica. Se suspenderá el servicio a partir del 01/04/2025 si Vanti S.A. ESP no ha recibido el Certificado de Conformidad. Realice la revisión y evite la suspensión (Res. CREG 059/2012)

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Mar. 2025

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

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $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: 80.85 Cvm: 0.0 Cufm: 4043.0 Cuvm: 3370.88
Com: 0.0 Fpcm: 42.438 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

Mj/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 872 kWh y el precio unitario del kWh es: $316.569

Factor de corrección

Vm: 96 Kp: 0.76974 Kt: 1.00627 Ft: 0.77457
Vc: 74 Tm: 13.76 Tc: 15.56 Pe: 1.01008
Pa: 0.752 Pm: 0.0255 F².pv: 1.0

Factor de corrección: 0.77457

Indicadores de calidad

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

(415)7709998026025(8020)61925222(3900)00000000276220

12/03/2024. Facturación electrónica desde N° 00000001 hasta 50000000 con vigencia de 18 meses

DS 18 197 142 00 1994
Papeles Nacionales S.A.
NIT 890321130-4

54199

C1

Factura No. F15B27091324

09121c44b2141456f038cac7d7867355c378dac88892e1485c30acb4a5be1123285d8cbcc9c460bc411b557d71aacbd4

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 295 | MICRO: 900255001724757 | FECHA: 31/03/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	PELUS 9.			COLOR:	calica
ESPECIE: CANINO __ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO __	RAZA MESTIZO	EDAD 5M	PESO: 4.2	POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI __ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X	TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR __ CASERO __ CONCENTRADO X MIXTO __ OTRO __			

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Sandra Felipa Ramirez	DIRECCION: Cll 68SUR 001	TELEFONO 3763864159
CEDULA: 52 494 186.	CORREO ELECTRÓNICO: chidulsana@gmail.com.	
BARRIO: los Buenos	ESTRATO: 2.	LOCALIDAD: LOS MARTIRES
ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller.	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __	

3. ANAMNESIS

Reporta buen estado de salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO:	TRIPLE:	PENTAVALENTE:
NO 9 Tenido	16 ENERO	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:
171 l/m	33 r/m	38,6 °c	1 seg	Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,21 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,4 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☑
	PROPOFOL	— ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1,4 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,29 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,04 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y 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 Milá: Médica Veterinaria TP. 11804	FIRMA	MVM
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Ximena Moreno Ruiz Médica veterinaria M.P 45482 Universidad Nacional de Colombia	FIRMA	XMR

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: 52444186

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

RAZÓN:

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Maria Eugenia	15/04/25	11:30 - 12:30

OBSERVACIONES:

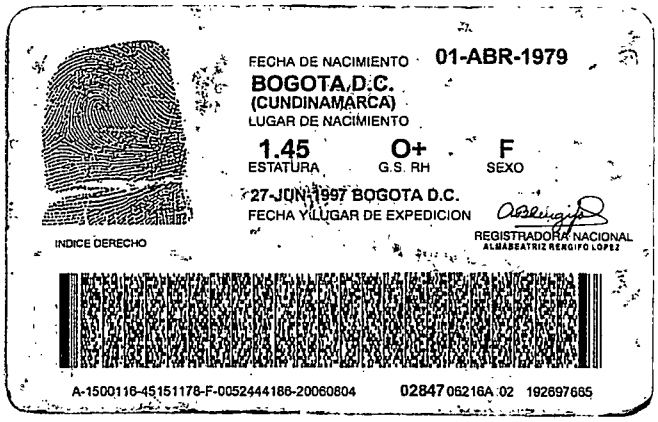
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.444.186

RAMIREZ PUERTAS
APELLIDOS

SANDRA FELIPA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 01-ABR-1979
BOGOTA,D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

27-JUN-1997 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

INDICE DERECHO

A-1500116-45151178-F-0052444186-20060804 02847 06216A 02 192697665

Tu consumo en este período

En los períodos anteriores **tu promedio de consumo fue** 13

JUL-AGO	AGO-OCT	OCT-DIC	ÚLTIMO CONSUMO
13	13	12	13
$72.563	$72.483	$68.634	

En este periodo consumiste más agua que en el anterior

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

En este período 13.000

Promedio al día 220

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este periodo 51
Lectura anterior 38
Tu consumo este periodo 13

Facturado con Consumo Normal
Base promedio
Descargue fuente alterna 0

Datos de tu medidor

Marca G2 MISURATORI
Serie 23-651990

Tipo VELO015R200
Diámetro pulgadas ½

Para reducir tu consumo, recuerda:

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

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

Cerrar la llave al enjabonar los platos

Tu cobro en este período

Acueducto		Alcantarillado		Otros cobros
$38.482,84	+	$34.582,93	+	$23.393-
1		2		3 4 5 6

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

Escanea y paga virtual

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

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

= Total a pagar $49.673

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 157c4296e9bd97044ee527c648a3b5b3e5228158e8eecd4cae2ca7dbc0eabdeke2e06c2060ca9a9ce26kbab4b06a53e

Detalle de tu consumo este bimestre

1 Acueducto

	Cant.	×	Valor unitario	×	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Valor	Tarifa***	=	Total
Cargo fijo residencial (mes)	2,00		$9.195,79		-40	$7.357-	$6.517,47		$11.034,58
Consumo residencial básico (m³)	13,00		$3.519,02		-40	$18.299-	$2.111,41		$27.448,26
Consumo residencial superior básico (m³)	.								
Cargo fijo no residencial (mes)	.								
Consumo no residencial (m³)									
Subtotal						$25.656-			$38.482,84

2 Alcantarillado

	Cant.	×	Valor unitario	×	Aporte (-) o Subsidio (-)** %	Valor	Tarifa***	=	Total
Cargo fijo residencial (mes)	2,00		$4.370,95		-40	$3.497-	$2.622,57		$5.244,90
Consumo residencial básico (m³)	13,00		$3.761,31		-40	$19.559-	$2.256,79		$29.338,03
Consumo residencial superior básico (m³)	.								
Cargo fijo no residencial (mes)	.								
Consumo no residencial (m³)									
Subtotal						$23.056-			$34.582,93

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

Tasas ambientales

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

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m3)	$17,12	$52,78
Tarifa consumo superior a básico ($/m3)	$0,00	$87,97
Total por consumo facturado	$223	$686

El Mínimo Vital es un beneficio donde el Distrito de Bogotá brinda un apoyo económico de hasta 6m³ mensuales (12 m³ por cada periodo facturado) a los usuarios residenciales de los estratos 1, 2 y 3 de Bogotá.

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajuste a la decena	$4
Ø-ben. mn. vital total	$25.337-
Intereses de mora	$1.940
Subtotal	23.393-

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

punto · tpaga · Viplata · Nequi · Claro pay · ualá · App EAAB · EAABMóvil

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

Punto de Pago · puntored

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

La EAAB ESP solo tiene convenios con los siguientes bancos: Davivienda, Scotiabank Colpatria, Caja Social, Itau, Occidente, AV Villas, Bogotá, Sudameris y City.

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar

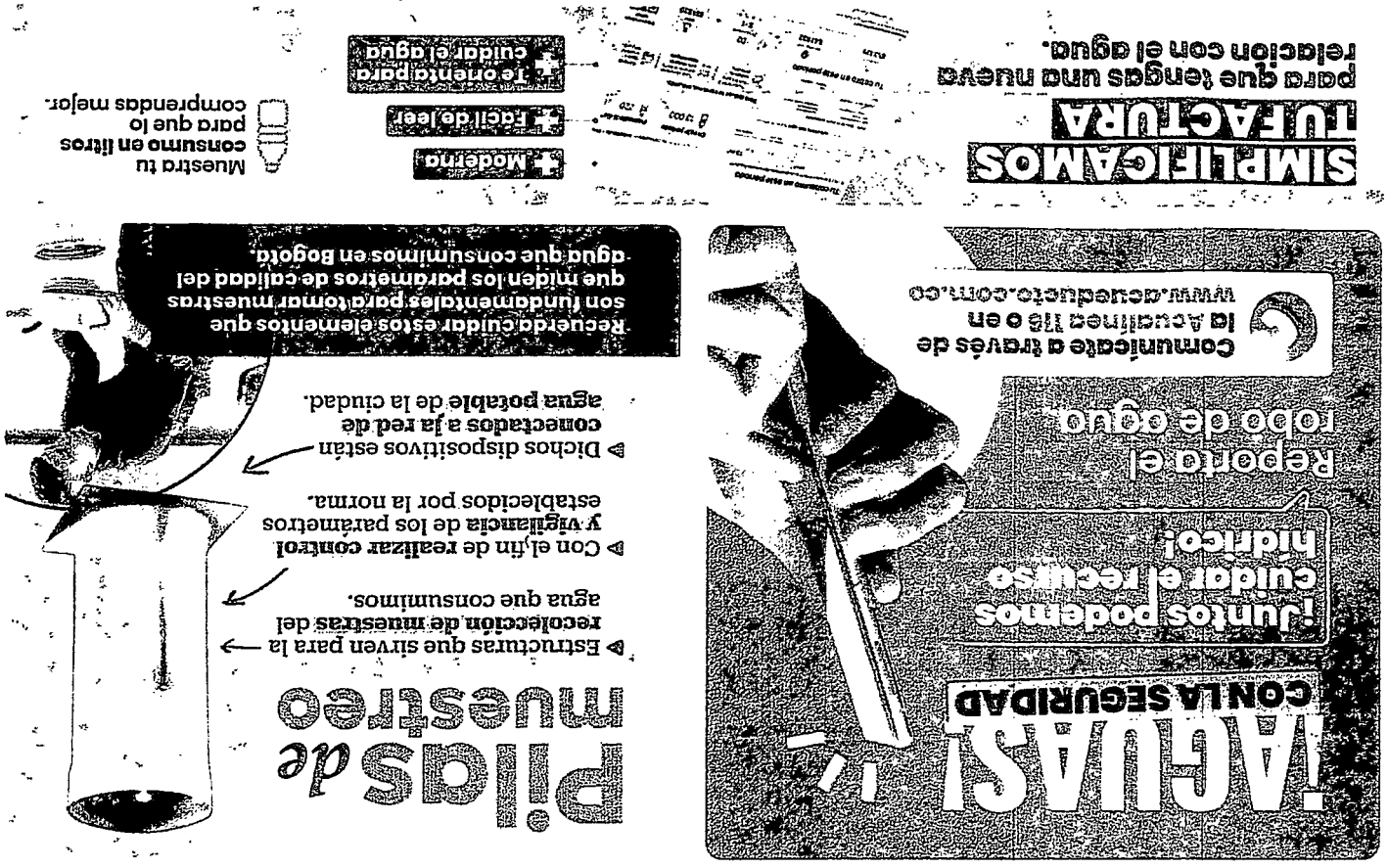
$49.673

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)138102536104(3900)000000049673

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS



acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Responsabilidades locales del emisor: Gran contribuyente; Autorretenedor

MAG
Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA:4 CICLO: F4 RUTA:F44234 BIMESTRAL

10139771
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

13810253610
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola! Pago 28 de Agosto. 33C

Factura a nombre de
PEDRO ANGEL CASTILLO AMORTEGUI

Dirección del predio
CL 6B SUR 0 01

Barrio: **BUENOS** Localidad: **SAN CRISTOBAL**

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Período facturado	DIC/24/2024	FEB/20/2025
Pago oportuno	MAR/27/2025	Suspensión ABR/01/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
MAY/22/2025	MAR/11/2025 07:31:13	MAR/11/2025 13:58:38

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

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

Llámanos 116 Acueducto

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: 296 | MICRO: 900255001724755 | FECHA: 31/08/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Pacha				COLOR: Café Blanco	
ESPECIE: CANINO __ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO __	RAZA Mestizo	EDAD 6M	PESO: 27	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: Luna Natalia Arambuli	DIRECCION: KR 16 17 A21		TELEFONO 3058937569
CEDULA: 1016 944 329	CORREO ELECTRÓNICO: lunaarambuli13@gmail.com		
BARRIO: Los Martires	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: LOS MARTIRES	
ESCOLARIDAD: NS/NR: __ Universitaria	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __		

3. ANAMNESIS

Reporta buen estado de salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: __ CANINOS PARVO: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: / HEXAVALENTE: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / FELINOS: TRIPLE FELINA: X 20/02/25 LEUCEMIA: / RABIA:
20 FEBRERO	30 OCTUBRE	

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. ³ ½ ¼ | CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

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

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,13 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,27 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☑
	PROPOFOL	— ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,9 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,18 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,02 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Mónica Velázquez Mila Médica Veterinaria TP. 11804	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Ximena Moreno Ruiz Médica veterinaria M.P 45482	FIRMA

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 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:
Luna Aránguela	1069449329.

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

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación:	Firma:

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque María Eugenia	15 Abril /25	11:30 - 12:30

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.016.944.329**

ARAMBULA GORDILLO

APELLIDOS

LUNA NATALIA

NOMBRES

FIRMA

ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **13-JUN-2004**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

14-JUN-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01304606-F 1016944329-20220623 0079835789A 2 8504955641

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

Pago único de varias facturas

Escanea para pagar tu factura

» Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Itaú* · Bancamía · BBVA* · Banco AV Villas* · Banco GNB Sudameris · Bancolombia* · Banco Falabella · Scotiabank Colpatria* · Banco Pichincha* · Banco Caja Social* · Davivienda* · Davplata · Rappipay

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

Síguenos en nuestra redes sociales como @grupovanti y conoce nuestras iniciativas.

Puntos Presenciales

» Corresponsales Banco BBVA
» Corresponsales Scotiabank Colpatria
» Corresponsales Grupo Aval
» Corresponsales Banco Davivienda
» Red CADE
» Banco GNB Sudameris
» Grandes Superficies: Metro, Jumbo, Éxito

*Si cancelas con cheque, éste debe ser de gerencia y a nombre de VANTI S.A. ESP

Eficiencia energética

Reducir nuestro consumo de energía se traduce en un ahorro para la economía familiar y contribuye a disminuir las emisiones de gases de efecto invernadero, principal causa del cambio climático.

Línea telefónica solo para emergencias
Atención todos los días las 24 horas
Fijo: **01 8000 919 052** Móvil: **164**

Atención presencial
Ingresa a **www.grupovanti.com** y conoce los pasos para agendar tu cita.

Se te suspenderá el servicio por falta de pago y cuando se requiera, en caso de que se impida el acceso al medidor o a la instalación interna y de artefactos de consumo. Como consumidor puedes presentar un recurso de reposición ante la empresa y apelar ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los (5) días hábiles siguientes al conocimiento del acto de suspensión. Sobre el contenido de la presente factura el cliente cuenta con los mecanismos de defensa en la ley 142 de 1994 y puede hacer uso antes de la fecha señalada para el pago oportuno.

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-8 7045/20122020

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

FEBRERO

¡Hola!

NAYIBE OSPINA
KR 16 17A 21
111321

vanti
Más formas de avanzar

Medidor Gas N° 95202400000090

Cuenta o referencia de pago **61381558**

Lote P09G Ruta 00113102744900O Código del sector 391

vanti Listo

Compra televisores, celulares, estufas, motos, computadores y mucho más pagándolo a través de tu factura de gas.

Tu cupo de crédito aprobado
0

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

Oficina virtual
www.grupovanti.com/oficinavirtual

Recuerda que puedes elegir tu canal de preferencia para comunicarnos de acuerdo a la Ley 2300 de 2023.

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

Factura de gas

Febrero 2025

Cuenta o referencia de pago 61381558

Vigilado Superservicios

NIT:8000078135
VANTI S.A. ESP

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

① Pago oportuno	② Fecha de suspensión	③ Periodo facturado	④ Emisión de tu factura
26 Feb. 2025	27 Feb. 2025	Ene. - Feb. 2025	14 Feb. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	35M3	3.370,88	0,00	117.980,80
FIJO	1UN	4.043,00	0,00	4.043,00
MASS CONTRIB. CARGO FIJO 8.90%	1UN	359,83	0,00	359,83
MASS CONTRIB. CONSUMO M3 8.90%	1UN	10.500,29	0,00	10.500,29
AJUSTE DECENA	1UN	-3,92	0,00	-3,92

① Total 132.880,00

Forma de pago Crédito 12 días Fecha de generación 14 Feb. 2025 a 00:55:45

Tus financiaciones

Tasa de Interés/Concepto	Cuota N°	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A

② Total 0,00

Código Único de Facturación Electrónica
Factura electrónica de venta F15827102632

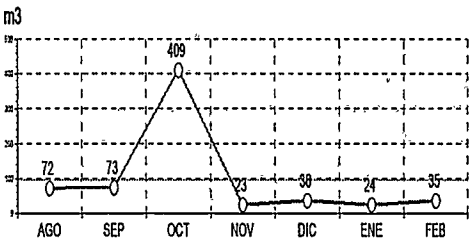
③ Valor facturas vencidas 0,00

Total a pagar ①+②+③ 132.880,00

Paga por pse

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Comercial Estrato/Cat. Uno Días de consumo 30

Fecha	Lectura	Tipo
13 Ene. 2025	109	REAL
11 Feb. 2025	154	REAL

m³ corregido = 154 - 109 * Factor de corrección = 35

Tu próxima lectura será

Entre 08 y el 13 de Marzo

Novedades de tu factura

Esta factura NO incluye importes reclamados por COP. 828.220,00

Dale esperanza a una familia colombiana realizando un aporte voluntario en www.grupovanti.com
Valor sugerido $ 13288

(415)7709998026025(8020)61381558(3900)00000000132880

Revisión Periódica Obligatoria

Fecha próxima revisión

30 Sep. 2026

La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse cada 5 años (Resolución 059 de 2012).

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: 1.844,46 Tm: 817,62 Dm: 617,95 Cm: 3.370,8
P: 90,85 Cvm: 0,00 Cufm: 4.043, Cuvm: 3.370,8
Ccm: 0,00 Fpcm: 42,44 DAUR: 0,00 DAUNR: 0,00

M/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 413 kWh y el precio unitario del kWh es: 321,75

Factor de corrección

Vm: 45 Kp: 0,77182 Kt: 1,00627 Ft: 0,77668
Vc: 35 Tm: 13.76 Te: 15.56 Pc: 1.01008
Pb: 0.75200 Pm: 0.02760 F pv: 1.00
Factor de corrección: 0.77668

Indicadores de calidad

IRST: 100.00 DES: 0.00 IO: 100.00 IPII: 100.00

Somos grandes contribuyentes Resolución 000200 Diciembre 27/2024 Retenedor de IVA. Autorretenedores Resolución No. 4959 del 17-Jul-1998 Autorización de Numeración de Facturación No. Formulario 18764067156808 del 12/03/2024. Facturación electrónica desde N° 00000001 hasta 50000000 con vigencia de 18 meses

Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NUIR 2-11001000-6, VANTI S.A. ESP. NIT: 800.007.813-5 - Revisor fiscal Deloitte Y Touche S.A.S. Esta factura presta mérito ejecutivo. Art 130 de la ley 142 de 1994

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Nº 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 297

MICROCHIP: 900255001724751

FECHA: 31/03/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: LULU

COLOR: AMARILLA BLANCO

ESPECIE: CANINO __ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO __

RAZA MESTIZO EDAD 2A PESO: 3,7 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: ARELIS CAROLINA CALA TOLO

DIRECCION: CL 9NO 17 44.

TELEFONO: 3223330329

CEDULA: 1126588.

CORREO ELECTRÓNICO: ECOGGAINA@GMAIL.COM.

BARRIO: VOLUNTAD NACIONAL

ESTRATO: (2)0

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: NS/NR: __ TERCERO BACHILLER

TIPO DE VIVIENDA: CASA __ APTO X RURAL __

3. ANAMNESIS

Reporta buen estado de salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: __ CANINOS PARVO:	TRIPLE:	PENTAVALENTE:
20 DICIEMBRE	20 SEPTIEMBRE	FELINOS: TRIPLE FELINA: /	HEXAVALENTE: / LEUCEMIA: /	PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA: X JULIO 23

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI __ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: NINGNO

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	38,6 °c	1 seg	Rosada

OBSERVACIONES: NINGNO

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,15 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,3 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☑
	PROPOFOL	— ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,21 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,03 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: NINGNO

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y 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 Milá Médica Veterinaria TP. 11804	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Ximena Moreno Ruiz Médica veterinaria M.P 45482 Universidad Nacional de Colombia	FIRMA

BOGOTÁ	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM	

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO _X___** o **RECHAZO ____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO
Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
	1126585

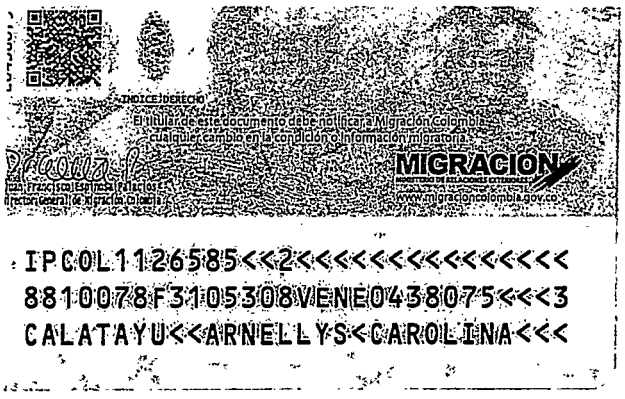
Yo, [redacted] identificado con CC. No. [redacted] En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilización y castración) de mi animal de compañía.
RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación:	Firma:

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Aris Eugenia	15-04-25	11:30-12:30

OBSERVACIONES:



IPCOL1126585<<2<<<<<<<<<<<<<<<
8810078F3105308VENE0438075<<<3
CALATAYU<<ARNELLYS<CAROLINA<<<

enel | Bogotá

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: **0310861-5**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 34338833-3

CLIENTE

EUDORO MAHECHA
CL 9 NO 17 44
CONT EN 17 50
BOGOTA, D.C. - VOTO NACIONAL

18'208'2688 / 074'2950532

¿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: $ 633,21

CONSUMO DIARIO: 9,66 kWh

VALOR DIARIO: $ 6.134

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 290 kWh

PERIODO FACTURADO	DÍAS FACTURADOS	CONSUMO MES
22/ENE/2025 A 19/FEB/2025	29	280 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:	Comercial
ESTRATO:	0
CARGA kW:	15/15
SECTOR:	1
REPARTO:	1000218208268B
RUTA LECTURA:	121820882658
MANZANA DE LECTURA:	MS0041023
MEDIDOR NO:	074-2950532
MEDIDOR NO:	074-2950532

USO SEGURO DE LA ENERGÍA

Es importante que apagues por completo todos los dispositivos que no vas a usar, si no se pueden apagar te recomendamos configurarlos en modo ahorro de energía.

CALIDAD DEL SERVICIO

Para mayor detalle consulte su resolución CREG de su área y plan de inversiones

CONTÁCTANOS

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca (601) 5 115 115	115 Opción 1 las 24 horas	601 514 0055

DEFENSOR DEL CLIENTE

https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enel.com.co

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

APP Banco | Internet | Teléfono Banco | Débito Automático | Cobro Electrónico | APP Enel Clientes Colombia | Botón de Pago Online | Botón de Pago Bancolombia

Billeteras Virtuales

Daviplata | MOVII | Nequi

Corresponsales Bancarios

CONRED | efectivo | Reval | Todo1 | Supergiros | Su Red de Confianza | MOVIRED | Gana | Su Red

Red Distrital

RED CADE

Centros de Servicio

enel

Almacenes de Cadena

Jumbo | Metro

Código QR

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el desprendible del datáfono. El sello del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.

Inscríbete a factura electrónica* y aprovecha los beneficios.

Escanea el código

Comparte o recomienda tu energía a quienes lo necesitan. Puedes realizar tus donaciones en www.enelxstore.com/co/es sección «Comparto mi energía». Aporte sugerido: $28.691

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: ENE/2025
G: $338,49 T: $58,03 D: $280,81 CV: $75,33 PR: $70,22 R: $12,04 CP: $0,00 / $863,92 / Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: 8315-3417TR1 - NIVEL DE TENSION: 1 PROPIEDAD: Empresa -
ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0042 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 y en el contrato de uso de redes suscrito con la Empresa para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, línea de Bogotá al 01 8000 912 115 o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 0061 de 10 de diciembre de 2020.

Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio.

Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142,1994.

Cumplimiento de la resolución CREG 156/11 consultar www.enel.com.co

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modifica el Código de Medida, los establecimientos comerciales, industriales y representantes autorizados a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y/o Usuarios, Para obtener mayor información, te invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunicarte a la Enel (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 prestó el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo; ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor diríjase a los canales de atención dispuestos por cada Empresa.

El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado de ENEL COLOMBIA S.A.E.S.P. NIT. 860.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 24/02/2025 06:49:34
FECHA EXPEDICIÓN: 24/02/2025 13:55:13

Factura impresa por Comercializadora de Comunicación NIT NIT 800.058.012

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios NIT 800.148.116-9

0000000000

Total Energía $286.920 (1) + Portafolio Enel X $40.200 (2) = Total a Pagar $327.120

PAGO OPORTUNO 05 MAR /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN © 10 MAR /2025

ENERGÍA — NÚMERO DE CUENTA 0310861 5 — 20 MAR /2025

Tipo de Lectura: Real — Situación encontrada: Normal

CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	Lectura Anterior	Diferencia de lectura	Factor	Energía Facturada kWh	Valor Unitario	Valor Factura $
ENERGÍA ACTIVA FP	75.067	74.787	280	1	280	$853,92	$239.098
ENERGÍA REACTIVA	0	0	0	1	0	$280,81	$0
CONTRIBUCIÓN	APORTE DEL 20,00 % DEL VALOR FACTURADO						$47.820
ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE TE COSTÓ $3.894 DIARIOS						SUBTOTAL	$286.918

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$2
SUBTOTAL	$2

Consumos + Otros cobros asociados a energía (1) TOTAL ENERGÍA $286.920

Otros cobros de productos y servicios

Asistencia Protección Luz 360	$23.500
COBRO SEGUROS	$16.700

Te invitamos a consultar el detalle de tus productos y servicios a través de la APP, tu Sucursal Online en la página web o acercándote a FACTURA VIRTUAL desde www.enel.com.co en la sección Personas.

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía (2) TOTAL OTROS: $40.200

Si tienes en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no pagar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspendería el servicio en caso de no pago. Recibe anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $32.712 ©

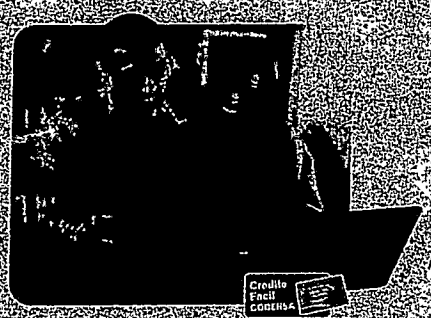
Informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones Crédito Fácil CODENSA en la fecha del PAGO OPORTUNO estas entrarán en mora ante lo cual se podrá reportar negativamente a las bases de información financiera y cobro por gastos de cobranza si se mora supera los 15 días y se realiza gestión de cobro

ESTIMADO CLIENTE: La tarifa final es de: $311,52

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 de Crédito Cetelem Colombia S.A. Vinculación sujeta a políticas de la entidad.

NÚMERO DE CLIENTE
0310861-5

Documento Equivalente Electrónico No.
343386833-3

(415)7707209914253(8020)010310861534338683333(3900)000000000327120

PAGO OPORTUNO
05 MAR /2025

TOTAL A PAGAR
$327.120

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 298 | MICROCHIP: 900255001725443 | FECHA: 31/03/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Cataleya | COLOR: Negro blanco Amarillo

ESPECIE: CANINO __ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO __ | RAZA Mestizo | EDAD 1año | PESO: 2,18Kg | POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI __ NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X | TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR __ CASERO __ CONCENTRADO X MIXTO __ OTRO __

ORIGEN: NS/NR __ RESCATADO __ COMPRADO __ ADOPTADO __ REGALADO X PERRO DE CUADRA __ OTRO __

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Melba patricia contreras lopez | DIRECCION: KR H NO 8-30 | TELEFONO 3222700737

CEDULA: 52.241.729 | CORREO ELECTRÓNICO: patriciacontreras608@icloud.com

BARRIO: Voto nacional | ESTRATO: (2)0 | LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: NS/NR: __ Bachiller | TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __

3. ANAMNESIS

Reporta buen estado de salud

ULT. CELO: No ha tenido | ULT. DESPARASITACION: Marco 25 | ULT. VACUNACION: NS/NR: __ CANINOS PARVO: / TRIPLE: — PENTAVALENTE: — FELINOS: TRIPLE FELINA: / HEXAVALENTE: / LEUCEMIA: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: — RABIA: Nov 24

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI __ NO X | SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ningno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ningno

CLASIFICACION ASA: (I.) II. III. IV. V. VI. E. | CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 164 l/m | F. RESPIRATORIA: 30 r/m | TEMPERATURA: 38,2 °c | TLLC 1 seg | MUCOSAS: Rosada

OBSERVACIONES: Ningno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,14 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,28 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☑
	PROPOFOL	— ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,9 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,19 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,02 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ningno

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_x_ RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Mónica Vc.ázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Ximena Moreno Ruiz Médica veterinaria M.P 45482 Universidad Nacional de Colombia	FIRMA

	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES	
	HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS	
	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM	

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO _X___ o RECHAZO ____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación: 52241729

Yo, _____ identificado con CC. No._____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilización y castración) de mi animal de compañía.

RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación:	

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque María Eugenia	15-04-25	11:30 - 12:30

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.241.729

CONTRERAS LOPEZ
APELLIDOS

MELBA PATRICIA
NOMBRES

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 14-FEB-1978
SAN JUAN DE RIOSECO
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 m
ESTATURA

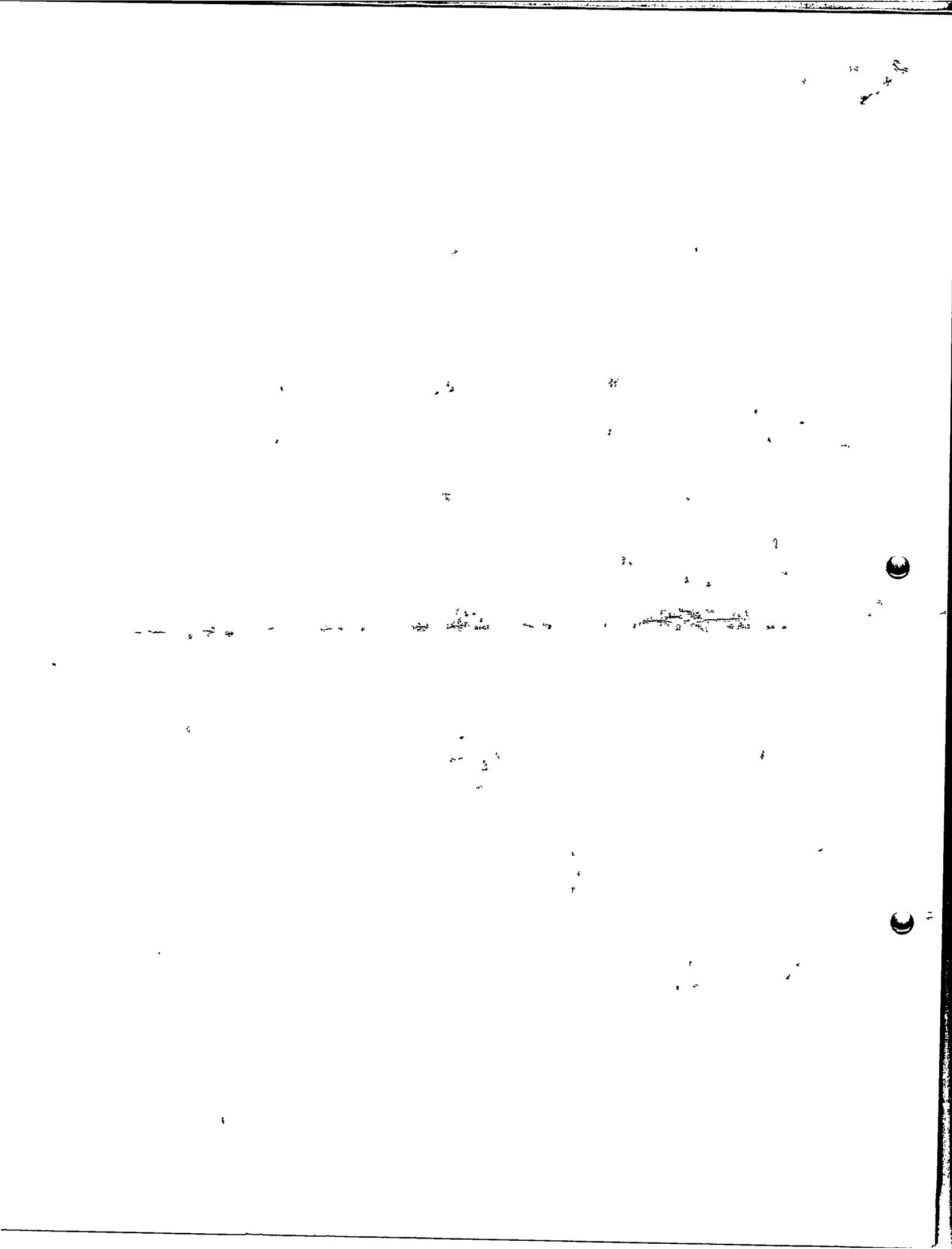
O+
G.S. RH

F
SEXO

22-ABR-1996 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1500150-00203377-F-0052241729-20091215 0019069760A 1 1640115884



enel | Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-6
Calle 93 No. 13 - 46 Piso 1

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **0317437-7**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 343391206-0

CLIENTE

ANTONIO JESUS CARO MERCHAN
KR 17 NO 8 30
Y 38
BOGOTA, D.C. - VOTO NACIONAL

18 212 1383 / 018-4757674

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

Te lo cuenta Enel.

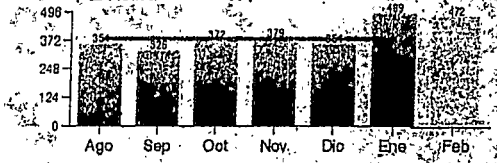
Entiende tu factura de energía.

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: $833,92

CONSUMO DIARIO: 16,28 kWh

VALOR DIARIO: $13.678

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 329 kWh

PERÍODO FACTURADO: 22 ENE/2025 A 18 FEB/2025 | DÍAS FACTURADOS: 29 | CONSUMO MES: 472 kWh

¡Importante! Recuerda reportar la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO [illegible] en www.enel.com.co

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Comercial
ESTRATO:	0
CARGA kW:	2,75
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	100021821213B3
RUTA LECTURA:	12182120221
MANZANA DE LECTURA:	MS00410318
MEDIDOR NO:	018-4757674
MEDIDOR NO:	018-4757674

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

Pídenos radicando en oficinas o puntos de atención

Chat en servicios en enel.com.co/es/contactenos-chat-de-atencion

Línea 316 860 6003 (Llama Gratis desde tu celular)

Redes Sociales

Registrate gratis en Zona privada de la página Web

App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA	SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Cáqueza y Cundinamarca: 601 6 115 115		115 (gratuito desde cualquier teléfono las 24 horas)	01 800 5140055 denuncias@enel.com

DEFENSOR DEL CLIENTE

https://www.enel.com.co/es/personas/preguntas-frecuentes.html
defensor@enel.com.co

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

APP Banco | Internet | Teléfono Banco | Débito Automático | Cajero Electrónico | APP Enel Clientes Colombia | Botón de Pago Online | Botón de Pago Bancolombia

Billeteras Virtuales

Daviplata | Dale! | MOVII | Nequi | Lanot

Corresponsales Bancarios

CONRED | efecty | Red Multipagos | Baloto | Gana | Servibanca | Supergiros | Punto Red | MOVIRED | Su Red | Su Efectivo

Red Distrital

RED CADE

Centros de Servicio

enel

Almacenes de Cadena

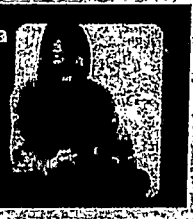
Jumbo | Makro

Código QR

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el desprendible del datáfono. El sello del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.

Inscríbete a factura electrónica* y aprovecha los beneficios.

Escanea el código



Comparte lo mejor de tu energía a quienes lo necesitan.
Puedes realizar tus donaciones en: www.enelxtodos.com/co/es sección "Comparte mi energía".
Aporte sugerido: $48.366

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: ENE/2025
G: $350,49 T: $56,03 D: $200,91 CV: $75,33 PR: $70,22 R: $12,84 CT: $200 / $553,32 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: BJ18-29184TR1 -- NIVEL DE TENSIÓN: PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0047 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994 y podrá hacer uso de ésta dentro de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, para de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. Somos grandes contribuyentes según resolución No 9001 de 10 de diciembre de 2020.

Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa dentro de la oportunidad del servicio.

Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 de 1994.

En cumplimiento de la resolución CREG 156/11 consultar www.enel.com.co

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, derechos y responsabilidades aplicables a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P., 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, para de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Cobranza) de acuerdo con la autorización tácita emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención definidos por cada Empresa.

El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT 860.063.875-6, Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 24/02/2025 06:50:03
FECHA EXPEDICIÓN: 24/02/2025 15:09:21

Factura Impresa por Operador de Información de Servicios Públicos Domiciliarios S.A.S. BIC. Nit 900.361.154-0

1 Total Energía $483.660 + 2 Portafolio Enel X $0 = Total a Pagar $483.660

PAGO OPORTUNO 05 MAR/2025

FECHA DE SUSPENSIÓN 07 MAR/2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 0317437-7

FECHA DE EXPEDICIÓN: 20 MAR/2025

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	Lectura Anterior	Diferencia de lecturas	Factor	Energía Facturada kWh	Valor Unitario	Valor Facturado
ENERGÍA ACTIVA FP	52.515	52.043	472	1	472	$853,92	$403.051
ENERGÍA REACTIVA	0	0	0	1	0	$280,91	$0
CONTRIBUCIÓN APORTE DEL 20.00 % DEL VALOR FACTURADO							$80.610
ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE TE COSTÓ $16.578 DIARIOS						SUBTOTAL	$483.661

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena

SUBTOTAL

Otros cobros asociados a energía 1 TOTAL ENERGÍA: $483.660

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

Tan en cuenta la fecha del PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior, y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $82.702

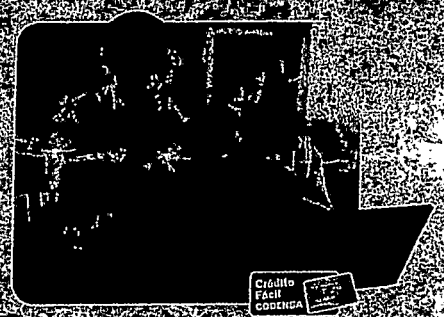
Informamos que de no realizar tal pago de sus obligaciones Crédito Fácil CODENSA en la fecha del PAGO OPORTUNO, estas entrarán en mora, ante lo cual se realiza reporte negativo a las bases de información financiera y cobro por gastos de cobranza si la mora supera 15 días y se realiza gestión de cobro.

ESTIMADO CLIENTE: La tarifa final es de: $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. Condensa S.A. Compañía de Financiamiento. Vigilada por la Superintendencia Financiera de Colombia.

NÚMERO DE CLIENTE
0317437-7

Documento Equivalente Electrónico No.
343351208-01

(415)7707209914253(8020)0103174377343351208(3900)000000483660

PAGO OPORTUNO
05 MAR/2025

TOTAL A PAGAR
$483.660

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 299

MICROCHIP: 900255001725448

FECHA: 31/03/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Kaira

COLOR: calica.

ESPECIE: CANINO __ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO __ | RAZA: Mestizo | EDAD: 2 años | PESO: 2,6 Kg | POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI __ NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X

TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR __ CASERO __ CONCENTRADO X MIXTO __ OTRO __

ORIGEN: NS/NR __ RESCATADO __ COMPRADO __ ADOPTADO __ REGALADO X PERRO DE CUADRA __ OTRO __

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Candelaria Rosa Romero

DIRECCION: KR 17 NO 8 30.

TELEFONO: 3222700837.

CEDULA: 64 476 703.

CORREO ELECTRÓNICO: candyrb1368@gmail.com

BARRIO: Voto nacional

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: NS/NR: __ BACHILLER

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __

3. ANAMNESIS

Reporta buen estado de salud

ULT. CELO	ULT. DESPARASITACION	ULT. VACUNACION: NS/NR: X	CANINOS PARVO:	TRIPLE:	PENTAVALENTE:
NO REPORTA	NO REPORTA	FELINOS: TRIPLE FELINA:	HEXAVALENTE:	LEUCEMIA:	PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / RABIA:

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI __ NO X | SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACION ASA: (I.) II. III. IV. V. VI. E. | CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA	F. RESPIRATORIA	TEMPERATURA	TLLC	MUCOSAS
167 l/m	31 r/m	38,4 °c	1 seg	Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,13 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,26 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☑
	PROPOFOL	— ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,9 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,18 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,02 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_x_ RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Mónica Vc.'ázquez Milár Médica Veterinaria TP. 11804	FIRMA: MVM
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Ximena Moreno Ruiz Médica veterinaria M.P 45482 Universidad Nacional de Colombia	FIRMA: XMR

	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES	
	HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS	
	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM	

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO _X___ o RECHAZO ____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Candelaria Romero	64476703

Yo, _____ identificado con CC. No._____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilización y castración) de mi animal de compañía.

RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación:	

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Maria Eugenia	15-04-25	11:30 - 12:30

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **64.476.703**

ROMERO BOHORQUEZ
APELLIDOS

CANDELARIA ROSA
NOMBRES

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **13-AGO-1968**

OVEJAS
(SUCRE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

12-AGO-1988 SAN PEDRO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00238838-F-0064476703-20100507 0022122426A 1 1460717243

enel | Bogotá

PAPEL ECOLÓGICO

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-6
Calle 93 No. 13 – 45 Piso 1

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **0317437-7**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 343351208-0

CLIENTE

ANTONIO JESUS CARO MERCHAN
KR 17 NO 8 30
Y 38
BOGOTA, D.C. - VOTO NACIONAL

18 212 1383 / 018-4757674

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

Te lo cuenta Enel

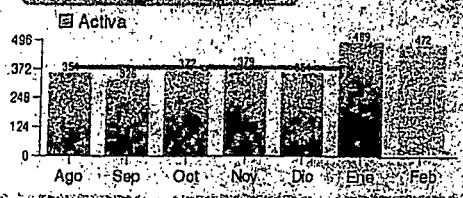
Entiende tu factura de energía.

Revisa siempre los siguientes datos

- Histórico de consumo
- Periodo facturado
- Consumo kWh
- Cobro de otros servicios

Conoce más en: www.enel.com.co o escaneando este QR

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR KWh FACTURADO: $353,92

CONSUMO DIARIO: 16,28 kWh

VALOR DIARIO: $16.678

CONSUMO PROMEDIO: 472 kWh

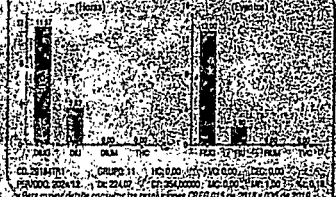
PERIODO FACTURADO	DÍAS FACTURADOS	CONSUMO MES
22 ENE/2025 A 19 FEB/2025	29	472 kWh

LECTURA DE TU MEDIDOR Y CONSUMO: Ingresa a www.enel.com.co

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Comercial
ESTRATO:	0
CARGA kW:	2,75
FACTOR:	1
DEPARTO:	1100218212121383
LECTURA:	121821202217
MANZANA DE LECTURA:	MS0041103181
MEDIDOR NO:	018-4757674
MEDIDOR NO:	018-37674

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Registro de peticiones, quejas y reclamos

Chat de servicio en línea

018 000 9000 Línea Gratuita Nacional

Oficinas de atención

App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Cabecera y Cundinamarca: (601) 5 115 115	115 Opción 2	01 800 914 0065 denuncias@enel.com

DEFENSORÍA DEL CLIENTE

https://www.enel.com.co/es/personas/defensoria-cliente.html
defensoria@enel.com.co

USO SEGURO DE LA ENERGÍA

Es importante que apagues por completo todos los dispositivos que no vas a usar, si no se pueden apagar te recomendamos configurarlos en modo ahorro de energía.

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

APP Banco · Internet · Teléfono Banco · Débito Automático · Cajero Electrónico · APP Enel Clientes Colombia · Botón de Pago Online · Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios

CONRED · efecty · Baloto · MOVIRED

Red Distrital

RED CADE

Centros de Servicio

enel

Almacenes de Cadena

Código QR

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el desprendible del talonario. El sello del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.

Inscríbete a factura electrónica* y aprovecha los beneficios.

Escanea el código

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: $48.366

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: ENE/2025

G: $358,49 T: $56,03 D: $280,91 CV: $75,33 PR: $70,22 Tr: $12,54 Cr: $0,00 *: $853,32 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: EL12-29187R1 - - NIVEL DE TENSIÓN: PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por int. Somos autorretenedores según Resolución No 0047 de 05 de enero 2012 / 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, dentro del plazo de cinco días hábiles 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. E.S.P. Somos grandes contribuyentes según resolución No 9061 de 10 de diciembre de 2020.

Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio.

Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994.

En cumplimiento de la resolución CREG156R/11 consultar www.enel.com.co

ATENCIÓN: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, te establecimos soluciones, novedades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y a ti, Cliente. Para obtener mayor información, te invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a las líneas (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 recaudados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención definidos por cada empresa.

El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT: 860.063.875-6, Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 24/02/2025 06:50:03
FECHA EXPEDICIÓN: 24/02/2025 16:09:21

Factura Impresa por Computador de Conformidad con la Resolución 0045 de 2013 de la CREG

Total Energía: $483.660

Portafolio Enel X: $0

Total a Pagar: $483.660

PAGO OPORTUNO: 05 MAR /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN: 07 MAR /2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 0317437-7

FECHA DE VENCIMIENTO: 20 MAR /2025

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	Lectura Anterior	Diferencia De Lecturas		Factor	Energía Facturada kWh		Precio Unitario		Valor Facturado
ENERGÍA ACTIVA FP	52.515	52.043	472	x	1	472	=	$853,92	=	$403.051
ENERGÍA REACTIVA	0	0	0	x	1	0	=	$280,911	=	$0
CONTRIBUCIÓN	APORTE DEL 20,00 % DEL VALOR FACTURADO									$80.610
ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE ¡TE COSTÓ $16.578 DIARIOS								SUBTOTAL		$483.661

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena: $-1

SUBTOTAL: $-1

Consumos y Otros cobros asociados a energía (1) TOTAL ENERGÍA: $483.660

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

Tené en cuenta: la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual es suspendido el servicio en caso de pago por la entidad y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario el costo por concepto de reconexión es hasta de $82.778

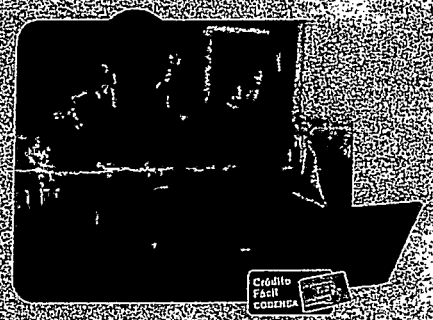
Informamos que debes realizar el pago de tus obligaciones Crédito Fácil CODENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO. Estas entran en mora, único lo cual se reflejará reporte negativo a las bases de información financiera y cobro por gastos de cobranza si la mora supera 15 días y se realiza gestión de cobro.

ESTIMADO CLIENTE: La tarifa final es de: $833,92

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



Franquicia Registrada de The Bank of Nova Scotia, utilizada bajo licencia. Establecimiento Comercial Exclusivamente Autorizado. Sujeto a aprobación crediticia y políticas de la entidad.

NÚMERO DE CLIENTE: 0317437-7

cumento Equivalente Electrónico No. 343351208-0

(415)7707209914253(8020)010317437734335120 80(3900)000000000483660

PAGO OPORTUNO: 05 MAR /2025

TOTAL A PAGAR: $483.660

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA	MICROCI	FECHA:
300	900255001725441	31/03/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
Lili		GRIS BLANCO

ESPECIE: CANINO __ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO __	RAZA	EDAD	PESO:	POTENCIAL PELIGROSO
		CRIOLLO	1A	2.7.	SI __ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO:	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO	TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR __
SI __ NO X	SI __ NO X	CASERO __ CONCENTRADO X MIXTO __ OTRO __

ORIGEN: NS/NR __ RESCATADO __ COMPRADO __ ADOPTADO __ REGALADO X PERRO DE CUADRA __ OTRO __

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION:	TELEFONO
Claudia Patricia Torres.	CL 1C # 13A-02 AP 207	3202420570.

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
52734726.	CTQ09530@gmail.com.

BARRIO:	ESTRATO:	LOCALIDAD: LOS MARTIRES
San Victorino	2	

ESCOLARIDAD: NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA __ APTO X RURAL __
PRIMARIO.	

3. ANAMNESIS

Reporta buen estado de salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: __ CANINOS PARVO:	TRIPLE:	PENTAVALENTE:
FEBRERO 16	NO REPORTA.	FELINOS: TRIPLE FELINA:	HEXAVALENTE: LEUCEMIA:	PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA: 2015110.

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:	TLL:	MUCOSAS:
168 l/m	34 r/m	38,3 °c	(3S) 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		FIRMA
	Mónica Velázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	MVM
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL		FIRMA
	Dra. Ximena Moreno Ruiz Médica veterinaria M.P 45482	XMR

BOGOTÁ	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM	

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO _X___ o RECHAZO ____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de 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:
Claudia Torres	52734226

Yo, _____ identificado con CC. No._____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilización y castración) de mi animal de compañía.
RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación:	Firma:

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Maria Eugenia	15-04-25	11:30 - 12:30

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO
52734226

APELLIDOS
TORRES NOVOA

NOMBRES
CLAUDIA PATRICIA

Claudia Patricia Torres Novoa

FIRMA

INDICE DERECHO

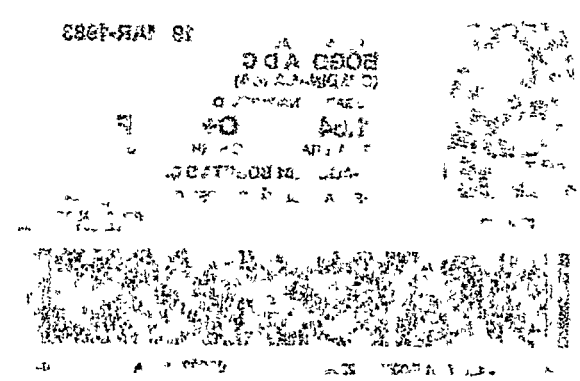
FECHA DE NACIMIENTO 19-MAR-1983
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

31-AGO-2001 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-1500104-42097261-F-0052734226-20011226 05902 01360A 01 112298384



acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá-ESP
NIT. 899.999.094 - 1

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA:3 CICLO: H3 RUTA:H33310 BIMESTRAL

10018479
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

40041172210
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de

GUSTAVO TORO R GUSTAVO TORO R

Dirección del predio

CL 1C 13A 02 AP 201

Barrio: SAN **Localidad: SANTA FE**

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso:	**Residencial**
Estrato:	**2**
Unidades Habitacionales:	**1**
Unidades No Habitacionales:	**0**

Período facturado	ENE/01/2025	MAR/01/2025
Pago oportuno	ABR/04/2025	Suspensión ABR/09/2025
Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
MAY/29/2025	MAR/19/2025 05:10:05	MAR/19/2025 10:50:59

¡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 período **consumiste más agua** que en el anterior.
Abre y descubre el detalle de tu pago y consumo ↓

Llámanos 116 Acueducto

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:
301	900255001725445	31/03/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA X COMUNIDAD __

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	NEGRO	COLOR:	NEGRO

ESPECIE: CANINO __ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO __	RAZA MESTIZO	EDAD 1A	PESO: 24	POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI __ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X	TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR __ CASERO __ CONCENTRADO X MIXTO __ OTRO __

ORIGEN: NS/NR __ RESCATADO X COMPRADO __ ADOPTADO __ REGALADO __ PERRO DE CUADRA __ OTRO __

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION:	TELEFONO
Maria Stella Rodriguez Castellanos	Kr 18B # 6-35 P12	3125413363

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
39796958	ailinmaria rodriguez@gmail.com

BARRIO:	ESTRATO:	LOCALIDAD:
La Estancia	3	LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: NS/NR: __	TIPO DE VIVIENDA: CASA __ APTO X RURAL __
QUINTO -	

3. ANAMNESIS

Reporta buen estado de salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: __ CANINOS PARVO: HEXAVALENTE: FELINOS: TRIPLE FELINA: 30 DICIEMBRE LEUCEMIA:	TRIPLE: PENTAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:
16 marzo/25	20 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: 171 l/m	F. RESPIRATORIA: 32 r/m	TEMPERATURA: 38,4 °c	TLLC 1 seg	MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,12 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,24 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☑
	PROPOFOL	— ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,8 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,16 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,02 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, Información completa sobre el procedimiento quirúrgico y especificamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_x_ RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Mónica Velázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	FIRMA	MVL
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Ximena Moreno Ruiz Médica veterinaria M.P 45482 Universidad Nacional de Colombia	FIRMA	XMR

	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES	
	HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS	
	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM	

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO _X___ o RECHAZO ____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Maria Sud Rdz - C. 39796958	
Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:

Yo, _____ identificado con CC. No._____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilización y castración) de mi animal de compañía.

RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación:	

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Maria Eugenia	15-04-25	11:30 - 12:30

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 39.796.958

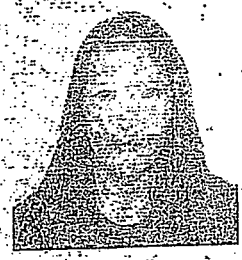
RODRIGUEZ CASTELLANOS

APELLIDOS

MARIA STELLA

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-MAR-1969

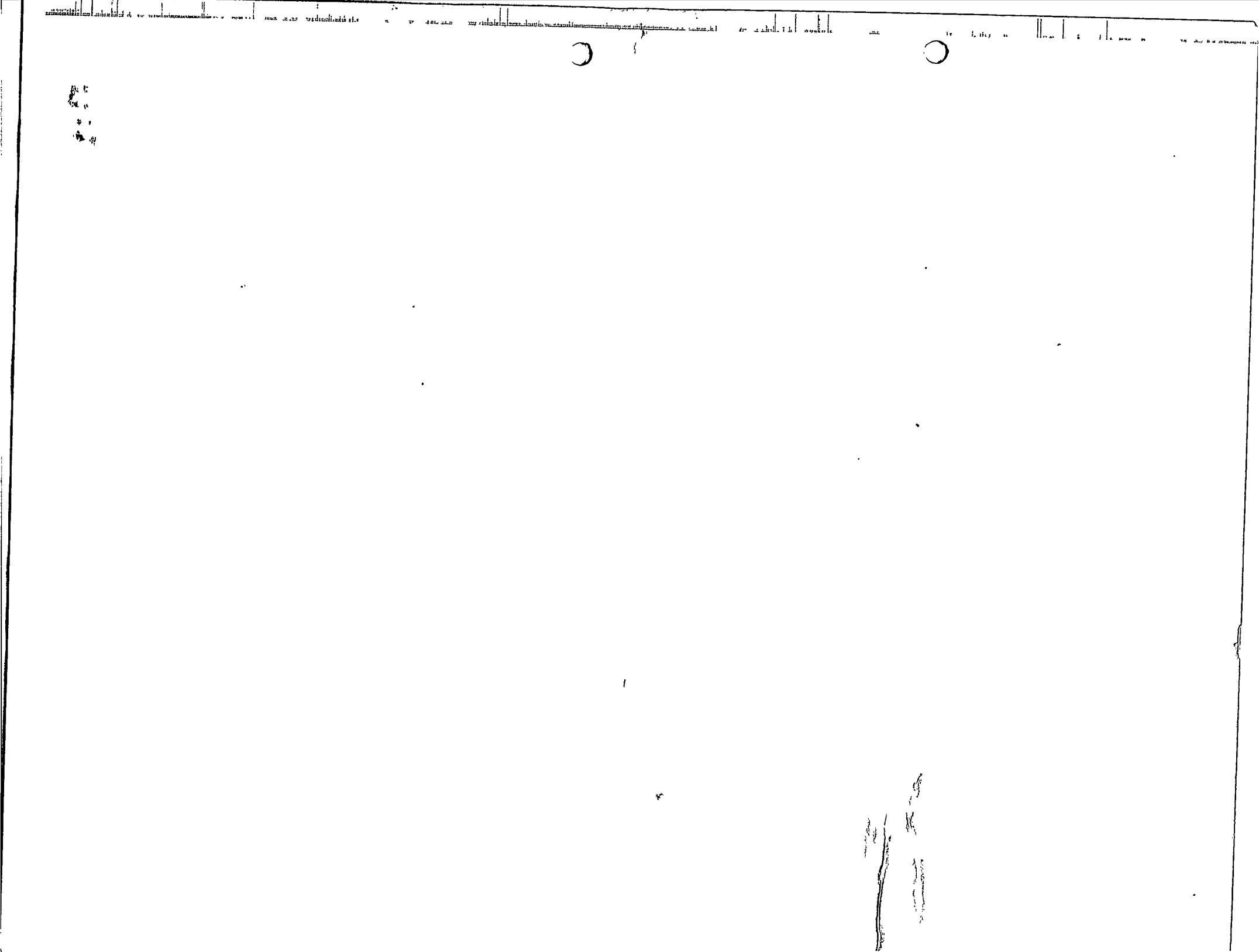
MONIQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

19-DIC-1988 USME
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

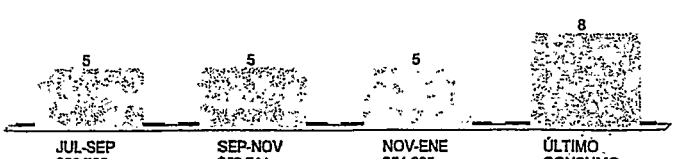
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00098825-F-0039796958-20081016 0004491939A 1 25724489



Tu consumo en este período

En los períodos anteriores **tu promedio de consumo fue** 5



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 136

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período 1281
Lectura anterior 1273
Tu consumo este período 8

Facturado con Consumo Normal
Base promedio
Descargue fuente alterna 0

Datos de tu medidor

Marca IBERCONTA
Serie 09015IB019703

Tipo VELO015C
Diámetro pulgadas ½

Para reducir tu consumo, recuerda:

Ducharte en 3 minutos para reducir tu consumo

Tener siempre un balde en la ducha para reusar el agua recogida

Cerrar la llave al enjabonar los platos

Tu cobro en este período

Acueducto	+	Alcantarillado	+	Otros cobros	+	Aseo
$39.561,74		$33.007,38		$0		$53.070
1		2		3 4 5 6		A

Consulta el detalle de estos cobros en las tablas numeradas de abajo

Consulta el detalle atrás

Escanea y paga virtual

Conoce puntos de pago virtuales o presenciales al final de la página

Total ingresos del período
Ingresos que la EAAB-ESP reporta a la DIAN en el período actual

= **Total a pagar** $125.640

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): d54823ed3189d586729b2f6ec19719119c68220b670ba61d8bbe08cd379e92583f0100232f23fccfb73231e122a816

Detalle de tu consumo este bimestre

1 Acueducto

	Cant.	×	Valor unitario	×	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	=	Valor	Tarifa***	=	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00		$9.195,79		-15		$2.759-	$7.816,42		$15.632,58
Consumo residencial básico (m³)	8,00		$3.519,02		-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-	$3.715,31		$7.430,90
Consumo residencial básico (m³)	8,00		$3.781,31		-15		$4.514-	$3.197,11		$25.576,48
.	.									
.	.									
.	.									
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	$74,77
Tarifa consumo superior a básico ($/m3)	$0,00	$87,97
Total por consumo facturado	$194	$598

(1) El Mínimo Vital es un beneficio donde el Distrito Bogotá otorga un apoyo económico de hasta 8 m³ mensuales (12 m³ bimestrales) por cada período facturado a los usuarios residenciales de los estratos 1, 2 y 3.

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

puntored · tpaga · daviplata · Nequi · Claro PAY · ualá · App EAAB · EAABMóvil

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

Punto de Pago · puntored · FARMATODO

Red CADE Consulta direcciones y horarios de atención en: www.bogota.gov.co/servicios/cades

La EAAB ESP sólo tiene convenios con los siguientes bancos: Davivienda, Scotiabank Colpatria, Caja Social, Itaú, Occidente, AV Villas, Bogotá, Sudameris y City.

Aseo
Valor a pagar
$53.070

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)110696339122(3900)000000053070

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)110696339128(3900)000000072570

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS NRO. ÚNICO DE REGISTRO 1-11001000-10 EAB-ESP

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. 12£ 890 950 524-0 # 0/0/0/0 - 01#1

8598

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá-ESP
NIT. 899.999.094 - 1
Representa facturas del emisor: Gran contribuyente; Autorretenedor

Natasha Avendaño García
Representante Legal

¡Hola!

Factura a nombre de
MANUEL A PUERTO S

Dirección del predio
KR 18B 6 35 PI 2

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

Para el reparto ZONA:3 CICLO: K3 RUTA:K3346

BIMESTRAL

Cuenta contrato	Número para pagos
11289278	11069633912
Núm. de identificación de este predio	Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

Periodo facturado		
ENE/07/2025		MAR/06/2025

Pago oportuno	Suspension
ABR/09/2025	ABR/14/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
JUN/03/2025	MAR/26/2025 07:01:02	MAR/26/2025 13:23:54

¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambio
Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.

En este periodo consumiste mas agua que en el anterior.
Abre y descubre el detalle de tu pago y consumo ↓

aseo

Período facturado Aseo
FEB/01/2025 - MAR/26/2025
El servicio de aseo se factura de forma bimestral

Cuenta contrato	Número para pagos
11289278	11069633912
Núm. de identificación de este predio	Número de esta factura de servicios públicos

KR 56 No: 9-17 LC 2 Ed. Torre Americas
Horario de Atención
LUNES A VIERNES 7:00 AM A 5:00 PM SABADO 9:00 AM A 1:00 PM

LIME
LIMPIEZA METROPOLITANA S.A. E.S.P
830123461-1

Datos del usuario

Tipo de productor	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:	08	%Participación	0.000%

Componentes de tarifas

Costo Fijo Total CFT.	Costo variable no aprovechable	Valor base aprovechamiento
32.554,48	12.723,20	152.831,36

Toneladas por suscriptor mes

Barrido y limpieza	Limpieza urbana	Rechazo del aprovechamiento
0.0026	0.0011	0.0000

Efectivamente aprovechables	Residuos no aprovechables | Aforadas - no aforadas
0.0576	0.0380

Histórico de vigencias cobradas

3	2	1	Días liquidados
$53.610	$52.779	$56.698	54

La tarifa incluye subsidio o aporte*

A Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$62.434	Ajuste a la decena -debito-	$1
Subsidio	$9.365-		

Subsidio (-)	15%	Valor Aseo	$53.070
Aporte (+)	00%	Total ingresos del periodo	$53.070
Informativo - deuda total		Ingreso que Aseo reporta a la DIAN en el periodo actual	

SIMPLIFICAMOS TU FACTURA
para que tengas una nueva relación con el agua.

Muestra tu consumo en litros para que lo comprendas mejor.

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA	MICROCHI	FECHA:
302	900255001725451	31/03/2025

ORIGEN: CES__ PROTECCIONISTA X COMUNIDAD__

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:					COLOR:
	niña				negra

ESPECIE: CANINO__ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO__	RAZA	EDAD	PESO:	POTENCIAL PELIGROSO
		mestizo	SM	2-3	SI__ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO:	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO	TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR
SI__ NO__ X	SI__ NO X	CASERO__ CONCENTRADO X MIXTO__ OTRO__

ORIGEN: NS/NR__ RESCATADO X COMPRADO__ ADOPTADO__ REGALADO__ PERRO DE CUADRA__ OTRO__

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION:	TELEFONO
Maria Stella Rodriguez Castellano	Kr 18B # 6-35 P12	3125713363

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
39796958	ailinmafiarodriguez@gmail.com

BARRIO:	ESTRATO:	LOCALIDAD: LOS MARTIRES
La Estancia	3	

ESCOLARIDAD:	TIPO DE VIVIENDA: CASA__ APTO X RURAL__
NS/NR: Quinto	

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: __ CANINOS PARVO: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: / HEXAVALENTE: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / LEUCEMIA: / RABIA: / FELINOS: TRIPLE FELINA: 30 DICIEMBRE
MARZO 2025	ENERO 2025	

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI____ NO X	SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACION ASA: (I.) II. III. IV. V. VI. E. CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:		F. RESPIRATORIA:		TEMPERATURA:		TLLC		MUCOSAS:
172	l/m	32	r/m	38,6	°c	1	seg	Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,11 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,23 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM X
	PROPOFOL	— ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,8 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,16 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,02 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_x_ RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL		FIRMA
	Mónica Velázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL		FIRMA
	Dra. Ximena Moreno Ruiz Médica veterinaria M.P 45482 Universidad Nacional de Colombia	

	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES	
	HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS	
	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM	

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO _X___** o **RECHAZO ____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO
Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor: María Saul Cruz C.	Nro de Identificación: 39476958

Yo, _____ identificado con CC. No._____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilización y castración) de mi animal de compañía.
RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación:	

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR: Parque María Eugenia	FECHA: (11:3) Abril 15 25	HORA: 11:30 - 12:30

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

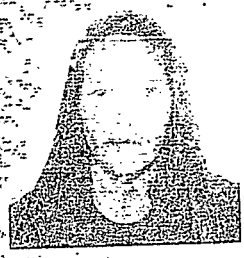
NUMERO 39.796.958

RODRIGUEZ CASTELLANOS

APELLIDOS

MARIA STELLA

NOMBRES



FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 30-MAR-1969

MONIQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

19-DIC-1988 USME
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00098825-F-0039796958-20081016 0004491939A 1 25724489

aseo

Período facturado Aseo
FEB/01/2025 - MAR/26/2025
El servicio de aseo se factura de forma bimestral

Cuenta contrato 11289278
Núm. de identificación de este predio

Número para pagos 11069633912
Número de esta factura de servicios públicos

KR 56 No 9-17 LC 2 Ed. Torre Americas
Horario de Atención
LUNES A VIERNES 7:00 AM A 5:00 PM SABADO 9:00 AM A 1:00 PM

Datos del usuario

Tipo de productor RESIDENCIAL				Estrato	3
Und. Res. Ocupada:	1	Und. No Res. Ocupada:	0	Densidad	0.000
Und. Res. Desocupada:	000	Und. No Res. Desocupada:	000	Volumen	0.00
Frecuencia Barrido:	06	Frecuencia Recolección:	06	%Participación	0.0000%

Componentes de tarifas

Costo Fijo Total CFT:	Costo variable no aprovechable	Valor base aprovechamiento
32.554,48	12.723,20	152.831,36

Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$62.434	Ajuste a la decena -debito-	$1
Subsidio	$9.365-		

Saldo (-)	IVA	Valor Aseo	$53.070
Aporte (+)	10%	Total Aseo del periodo	$53.070
Información - deuda total		Ingreso que Aseo reporta a la DIAN en el periodo actual	

Toneladas por suscriptor mes

Barrido y limpieza	Limpieza urbana	Rechazo del aprovechamiento
0.0026	0.0011	0.0000
Efectivamente aprovechables	Residuos no aprovechables | Aforadas - no aforadas	
0.0676	0.0380	

Histórico de vigencias cobradas

3	$53.610	2	$52.779	1	$56.696	Días liquidados	64
---	---	---	---	---	---	---	---

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: K3 RUTA:K33416

BIMESTRAL

11289278
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

11069633912
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de
MANUEL A PUERTO S

Dirección del predio
KR 18B 6 35 PI 2

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**

Período facturado	ENE/07/2025	MAR/06/2025

Pago oportuno	ABR/09/2025	Suspensión	ABR/14/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
JUN/03/2025	MAR/26/2025 07:01:02	MAR/26/2025 13:23:54

¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambió
Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.

En este período **consumiste más agua** que en el anterior.
Abre y descubre el detalle de tu pago y consumo ↓

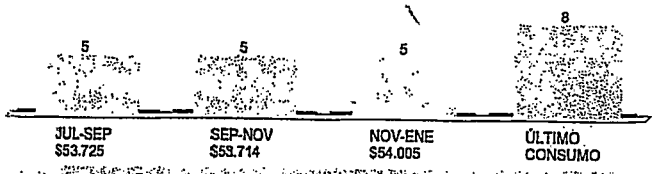
Llámanos **116** Acueducto **110** Aseo

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.

Tu consumo en este período

En los períodos anteriores **tu promedio de consumo fue** 5



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 136

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período 1281
Lectura anterior 1273
Tu consumo este período 8

Facturado con Consumo Normal
Base promedio
Descargue fuente alterna 0

Datos de tu medidor

Marca IBERCONTA
Serie 09015IB019703

Tipo VELO015C
Diámetro pulgadas ½

Para reducir tu consumo, recuerda:

Ducharte en 3 minutos para reducir tu consumo

Tener siempre un balde en la ducha para reusar el agua recogida

Cerrar la llave al enjabonar los platos

Tu cobro en este período

Acueducto	+	Alcantarillado	+	Otros cobros	+	Aseo
$39.561,74		$33.007,38		$0		$53.070
1		2		3 4 5 6		A

Consulta el detalle de estos cobros en las tablas numeradas de abajo

Consulta el detalle atrás

Escanea y paga virtual

Total ingresos del período
Ingresos que la EAAB-ESP reporta a la DIAN en el período actual

= **Total a pagar** $125.640

Conoce puntos de pago virtuales o presenciales al final de la página

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): d54823cc55189d585729b29f5ec19779119c68220b670bc51d2bbe08cd379e92583f0100232123cefb73231e122e816

Detalle de tu consumo este bimestre

1 Acueducto

	Cant.	×	Valor unitario	×	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	=	Valor	Tarifa***	=	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00		$9.195,79		-15		$2.759-	$7.816,42		$15.632,58
Consumo residencial básico (m³)	8,00		$3.519,02		-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.)
	2,00		$4.370,95		-15		$1.311-	$3.715,31		$7.430,90
	8,00		$3.781,31		-15		$4.514-	$3.197,11		$25.576,48
	.									
	.									
	.									
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)	$24,26	$74,77
Tarifa consumo superior a básico ($/m3)	$0,00	$87,97
Total por consumo facturado	$194	$538

El Mínimo Vital es un beneficio donde el Distrito de Bogotá brinda un apoyo económico de hasta 5 m³ mensuales (12 m³ por cada período facturado) a los usuarios residenciales de los estratos 1, 2 y 3.

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 requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

Red CADE Consulta direcciones y horarios de atención en: www.bogota.gov.co/servicios/cades

La EAAB ESP sólo tiene convenios con los siguientes bancos: Davivienda, Scotiabank Colpatria, Caja Social, Itaú, Occidente, AV Villas, Bogotá, Sudameris y City

Aseo
Valor a pagar
$53.070

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)110696339122(3900)000000053070

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)110696339128(3900)000000072570

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS NRO. ÚNICO DE REGISTRO 1-110010000-10 EAB-ESP

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA	MIC	FECHA:
303	Expiry-Date:2029/4/15 900255001724837	31/03/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	COLOR:				
SAKURA	CAREY.				
ESPECIE: CANINO __ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO __	RAZA MESTIZO	EDAD 5M	PESO: 1.9	POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI __ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X	TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR __ CASERO __ CONCENTRADO X MIXTO __ OTRO __			

ORIGEN: NS/NR __ RESCATADO X COMPRADO __ ADOPTADO __ REGALADO __ PERRO DE CUADRA __ OTRO __

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION:	TELEFONO
Nidia Rocio Escudero Arara	Kr 16 # 8-53 SS LC 102	3104152980.
CEDULA: 30 323884	CORREO ELECTRÓNICO: nidiaescudero720@gmail.com	
BARRIO: Voto Nacional	ESTRATO: 0	LOCALIDAD: LOS MARTIRES
ESCOLARIDAD: NS/NR: Quinto.	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __	

3. ANAMNESIS

Reporta buen estado de salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO:	TRIPLE:	PENTAVALENTE:
NO A TENIDO.	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:
166 l/m	32 r/m	38,4 °c	1 seg	Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,09 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,19 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☑
	PROPOFOL	— ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,6 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,13 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,01 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la 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 Vanessa Vázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	MV
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	FIRMA
Dra. Ximena Moreno Ruiz Médica veterinaria M.P 45482 Universidad Nacional de Colombia	XMR

	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.

Vidio Rocio Escudero 30323884

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:

Yo, _____ identificado con CC. No._____ En pleno y normal uso de mis 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:
Maria Eugenia Parque	15-04-25	11:30 - 12:30

OBSERVACIONES:

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 30.323.884

Apellidos
ESCUDERO ARARA

Nombres
NIDIA ROCIO

Nacionalidad
COL

Estatura
1.72

Sexo
F

Fecha de nacimiento
17 MAYO 1972

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
MANIZALES (CALDAS)

Fecha y lugar de expedicion
02 NOV 1990, MANIZALES

Fecha de expiración
01 NOV 2033

Firma

Nidia Rocio Escudero

CO

032866360

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL032866360009001<<<<<<<<<<
7205170F3311019COL30323884<<<1
ESCUDERO<ARARA<<NIDIA<ROCIO<<<

$279.67

$0

$279.670

PAGO OPORTUNO
03 ABR /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN
07 ABR/2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CLIENTE 0317105-4

22 ABR /2025

Tipo de Lectura: Real — **Situación encontrada: Normal**

CÁLCULO CONSUMO Y ENERGÍA								
ENERGÍA ACTIVA FP	11.604	11.428	176	1	176	176	$843,71	$148.499
ENERGÍA REACTIVA	2.606	2.578	28	1	28	0	$272,98	$0
CONTRIBUCION	APORTE DEL 20,00 % DEL VALOR FACTURADO							$29.699

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $6.144 DIARIOS

SUBTOTAL.: $178.190

Ajustes a la decena y Saldos a favor

Ajustes a la decena	$3
Cuota Capital Convenio digital web 5/6	$101.477
Saldo Convenio digital web	$101.478
SUBTOTAL:	$101.480

1 TOTAL ENERGÍA $279.670

Otros cobros periódicos y servicios

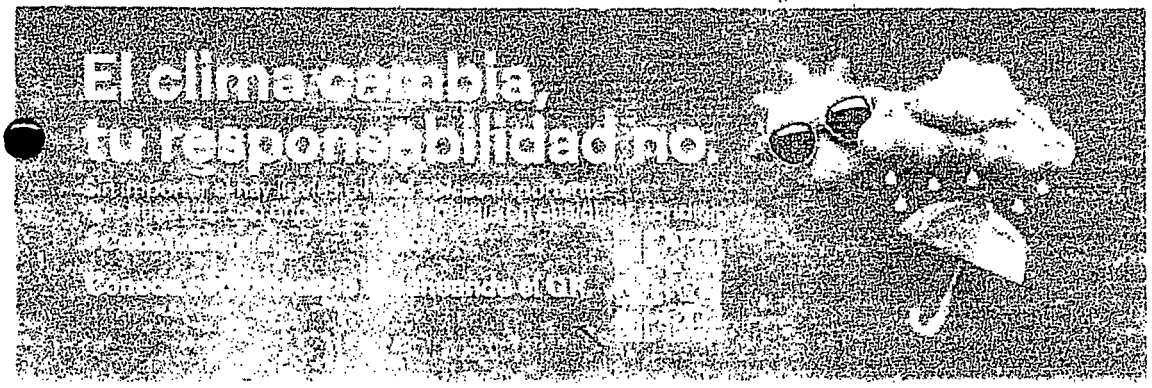
Prestaciones y servicios diferentes a los servicios de energía / 3440

2 TOTAL OTROS $0

1 Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSION a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $111.764

Lamentamos que de no realizar el pago de sus obligaciones Crédito Real COLOMBIA en la fecha de PAGO OPORTUNO, dadas entrarán en mora, ante lo cual se reflejará reporte negativo a las bases de información Financiera y cobro por gestión de cobranza si la mora supera 15 días y se realiza gestión de cobro

ESTIMADO CLIENTE: La tarifa final es de: $843,71



NÚMERO DE CLIENTE
0317105-4

Documento Equivalente Electrónico No.
346891021-0

(415)7707209314253(8020)010317105434689102 10(3900)000000000279670

PAGO OPORTUNO
03 ABR /2025

TOTAL A PAGAR
$279.670

Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-6
Calle 93 No. 13 – 45 Piso 1

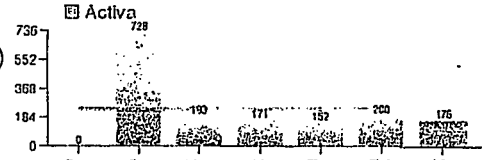
0317105-4

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 346891021-0

HUGO RODRIGUEZ PEA
KR 16 NO 8 53 55 LC 102
CONT EN EL 8 51
BOGOTA, D.C. - VOTO NACIONAL

18 212 1346 / 121-18190391

Activa



VALOR kWh APLICADO: $843,71

CONSUMO DIARIO: 6,07 kWh

VALOR DIARIO: $5.144

PERÍODO FACTURADO: 20 FEB/2025-A 20 MAR/2025

DÍAS FACTURADOS: 29

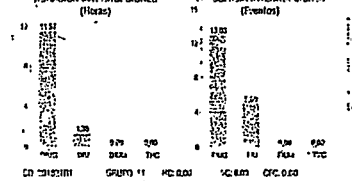
CONSUMO MES 176 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Comercial
ESTRATO:	0
CARGA kW:	1,30
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10002182121346
RUTA LECTURA:	12182120181
MANZANA DE LECTURA:	MS00410319
MEDIDOR NO:	121-18190391
MEDIDOR NO:	121-18190391

DURACIÓN INTERRUPCIONES (Horas)

FRECUENCIA INTERRUPCIONES (Eventos)



¿Sabías que...?
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:

Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
Enel Colombia
Apps Enel Clientes Colombia

PUNTOS DE ATENCIÓN AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Opción 1 las 24 horas	601 5140065

Protección de datos personales: https://www.enel.com.co/es/personas/defensoria-cliente.html

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago: Débito Automático, Cajero Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Botón de Pago Online, Bancolombia, Internet, Teléfono Bancolombia

Billetera Virtual: MOVII, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efecty, Reval, MOVIRED

Red Directa: RED CADE

Centros de Servicio: Almacenes de Cadena, Alkosto

Código QR

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el comprobante del recibo. El sello del corresponsal no es un recibo válido ni cancela el servicio.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: FEB/2025
G: $361,70 T: $49,85 D: $272,08 CV: $76,38 PR: $69,89 R: $12,99 CF: $0,00 / $843,71 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: ENEL 2011ST01 - NIVEL DE TENSIÓN1 PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0547 de 15 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.906 del 10 de diciembre de 2020.

"Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio."

Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994

En cumplimiento de la resolución CREG156011 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 agentes, por favor diríjase a los canales de atención definidos por cada Empresa

El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT 860 063 875-6. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

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: $17.819

FECHA GENERACIÓN: 25/03/2025 00:17:19
FECHA EXPEDICIÓN: 25/03/2025 15:07:14

Factura impresa por Canvas Soluciones de Comunicación SAS NIT 900.058.112-7

Provisión Tecnológicos: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: ZENFacturador - NIT 900.221.151-0

CUDE: 55c8a536524e0ba4dc394595ba97870ae1a3970aeabecaid7b0253d348c67e6a5d3aa807cdc50f8f15771e19efca5

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES
PLANILLA DE REGISTRO - ESTERILIZACIONES
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CPS-322-2024

LOCALIDAD: LOS MARTIRES | BARRIO: | JORNADA: Parque Maria Eugenia
FECHA: 31-03-2025 | OPERADOR: FUNDACION ECODES

NÚMERO MICROCHIP	TIPO DE TENEDOR	ESTRATO	NOMBRE	APELLIDO	CC	SEXO: MUJER	SEXO: HOMBRE	SEXO: INTERSEXUAL	LGBTI	IDENTIFICACIÓN ÉTNICA: AFROCOLOMBI	PALENQU	INDIGEN	RAIZAL	GITANO	NINGUNO	FIJO / CELULAR	e-mail	DIRECCIÓN	NOMBRE PACIENTE	ESPECIE: CANINO	ESPECIE: FELINO	SEXO: MACHO	SEXO: HEMBRA	OBSERVACIONES	FIRMA
900255001724830	P	3	Maria Flor Elsa	Quintero de Gomez	43 401 685	Y									Y	313423 8763	313423 8763@incorreo.com	Kr 18B # 3-65 02	Jerry	Y			Y		MARIA FLOR ELSA QUINTERO
900255001724838	P	O	Candelaria Rosa	Romero Baharquez	64 476 703	Y									Y	3142668040	3146680 40@sincorreo.com	Kr 17 # 8-30	ZEUS.	Y			Y		Candelaria Romero
900255001724832	P	2	Alexandra	Hernandez	52 108 100	Y									Y	3103311073	lialexa hermo@hotmail.com	Kr 15b # 4-44	Negrito	Y			Y		
900255001724834	C	1	Hadi Solanyi	Rojas Arciniegas	52 280 411	Y									Y	311584 0858	hadisolanyi195arci@gmail.com	CL 6B # 18-78	More	Y			Y		Hadi Solanyi Rojas Arciniegas
900255001724749	C	O	Nidia Rocio	Escudero Arara	30 323 884	Y									Y	310415 2980	nidia19cudero820@gmail.com	Kr 16 # 8-53 SSCC 1a	Daniel	Y			Y		Nidia Rocio
900255001724760	C	2	Nelson Enrique	Badillo	79507 250		Y								P	305207 1839	Carretera palustre969@gmail.com	Kr 76 # 8-53 SS	Martin	Y			Y		
900255001724747	C	3	Laura Vanessa	Neme Castro	1010 237 297	Y									P	320254 1813	laurane me313@gmail.com	Kr 15B # 17-69	BESON	Y		P			
900255001724756	P	2	Kureman Augusto	Gaitan	4069 220		Y								P	314282 7822	kurman471@hotmail.com	Kr 18b # 6b-35	Nonimi	Y		P			
900255001724833	C	O	Luz Yenny	Diaz Martinez	52 732 048	Y									P	302781 8501	Yennys Lhetan yayaz diaz@gmail.com	Kr 15 B # 07-99 LA01	OLAF	Y		P			
900255001725444	C	1	Jasa David	Castblanco Velez	1018 414 564		Y								Y	310316 6608	uku86 kb28@gmail.ca com	CL 6B # 18-78 LA01	patacon	Y					
900255001724754	C	2	Daniel	Plazas Plazas	79 917 852		Y								Y	322684 6986	daniel799178@gmail com	Kr 56 # 9-17	Salem	Y					DANIEL PLAZAS
900255001724753	C	2	Olivia	Beltran Garzon	53 359 698	Y									Y	314389 4634	Olivaysalome@gmail. com	CL 6 B Sur # 0-01	Simba	Y					

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

PLANILLA DE REGISTRO - ESTERILIZACIONES

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CPS-322-2024

LOCALIDAD: LOS MARTIRES | BARRIO: | JORNADA: Parque Maria Eugenia

FECHA: 31-03-2025 | OPERADOR: FUNDACION ECODES

NÚMERO MICROCHIP	TIPO DE TENEDOR	ESTRATO	NOMBRE	APELLIDO	CC	SEXO: MUJER	SEXO: HOMBRE	SEXO: INTERSEXUAL	LGBTI	IDENTIFICACIÓN ÉTNICA: AFROCOLOMBI	PALENQU	INDIGEN	RAIZAL	GITANO	NINGUNO	FIJO / CELULAR	e-mail	DIRECCIÓN	NOMBRE PACIENTE	ESPECIE: CANINO	ESPECIE: FELINO	SEXO: MACHO	SEXO: HEMBRA	OBSERVACIONES	FIRMA
900255001724743	C	0	Elim Tatiana	Galindo Cuchumbe	1000 614 492	Y									Y	315759 1867	elimtg tianag lindo20 @gmail	Kr 17 # 8-30	TOM		Y	Y			Tatiana Galindo
900255001725457	C	0	Melba Patricia	Contreras Lopez	52 241 729	Y									Y	322270 0737	Com patricia contreras 608@icloud	Kr 77 # 8-30	Limón		Y	Y			
900255001725454	C	0	Arnellys Carolina	Calatayu	11265 85	Y									Y	323330 329	com leogar n995 mail.com	CL 9 # 12-44	Sancho		Y	Y			
900255001724829	P	3	Maria Stella	Rodriguez Castellanos	39796 958	Y									P	312541 3363	gilin maria Rodriguez @small.com	Kr 18D # 6-35 P12	Ailino		Y	Y			

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 304

MICROCHIP: 900255001724830

FECHA: 31/03/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA X COMUNIDAD __

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Jerry

COLOR: Blanco Gris

ESPECIE: CANINO __ FELINO X SEXO: HEMBRA __ MACHO X

RAZA: Mestizo EDAD: 1año PESO: 5Kg

POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI __ NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X

TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR __ CASERO __ CONCENTRADO X MIXTO __ OTRO __

ORIGEN: NS/NR __ RESCATADO __ COMPRADO __ ADOPTADO __ REGALADO X PERRO DE CUADRA __ OTRO __

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria Flor Elba Quintero de Gamez

DIRECCION: Kr 18B # 3-65 oz

TELEFONO: 3134238763

CEDULA: 43 401 685

CORREO ELECTRÓNICO: 3134238763@sincorreo.com

BARRIO: El progreso ESTRATO: 3 LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __

3. ANAMNESIS

Reporta buen estado de salud

ULT. CELO: No Aplica

ULT. DESPARASITACION: No Reporta

ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: / HEXAVALENTE: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / FELINOS: TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA: / RABIA: /

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ____ NO X SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACION ASA: (I.) II. III. IV. V. VI. E. CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 165 l/m F. RESPIRATORIA: 32 r/m TEMPERATURA: 38,3 °c TLLC 1 seg MUCOSAS: Rosada

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,25 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,5 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☒
	PROPOFOL	— ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1,7 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,3 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,05 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_x_ RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL: Mónica Vc.ázquez Milán, Médica Veterinaria, TP. 11804

FIRMA: MVz

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Dra. Ximena Moreno Ruiz, Médica veterinaria, M.P 4548?, Universidad

FIRMA: XMR

	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES	
	HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS	
	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM	

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO _X___ o RECHAZO ____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor: María Flor Elva Quintero Gómez	Nro de Identificación: 43 401 685

Yo, _____ identificado con CC. No._____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilización y castración) de mi animal de compañía.
RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación:	

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque María Eugenia	15-04-25	11:30 - 12:30

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **43.401.685**

QUINTERO DE GOMEZ
APELLIDOS

MARIA FLOR ELBA
NOMBRES

FIRMA

INDICE DERECHO

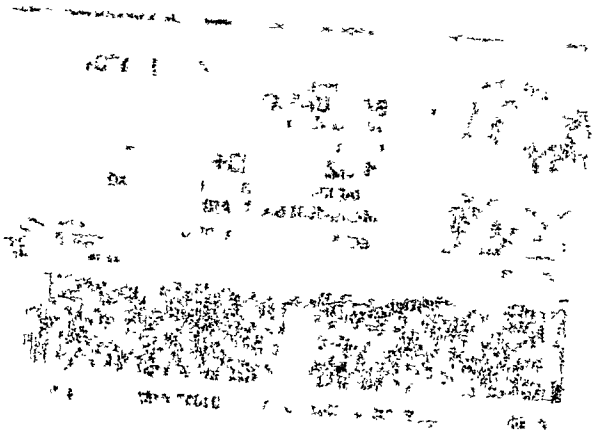
FECHA DE NACIMIENTO **04-JUL-1961**
SANTUARIO
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52 **B+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO

14-DIC-1981 SANTUARIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALBA BEATRIZ SANCHEZ LOPEZ

A-1500117-42132692-F-0043401685-20050706 **01637** 05187A 02 179437941

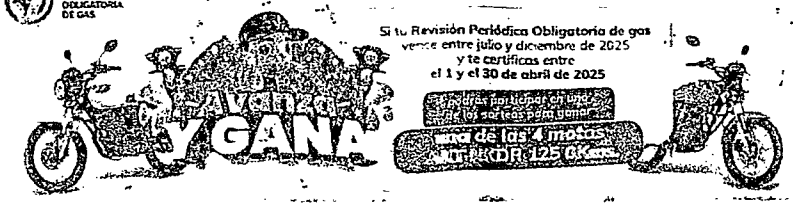


Por favor dobla y rasga para abrir la factura

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



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

Participa por premios en una de las sedes para ganar

Gana uno de las 4 motos AKT TKDR 125 CC

vanti

Agenda tu Revisión escaneando el QR

Aplican términos y condiciones

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 · 1180 · Bancamía · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Davivienda plata · Rappipay · dale!

Bancolombia

*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.

Recurso de reposición ante la empresa y apelar ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los (2) días hábiles siguientes al conocimiento del acto de suspensión. Sobre el contenido de la presente factura el cliente cuenta con los mecanismos de defensa en la ley 142 de 1994 y puede hacer uso antes de la fecha señalada para el pago oportuno.

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.095.812-8 704823072024

¡Hola!

JANE EMILCEN URQUIJO
KR 18B 3 65 02 - EL PROGRESO
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5097197-190600

Lote: P02GN **Ruta:** 0011240114640005010 **Código del Sector:** 199

Cuenta o referencia de pago **60791399**

vanti LISTO

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 5.300.000**

199 0011240114640005010 36159 F P02GN C1

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes.

Atención telefónica
Lunes a viernes 7a.m. a 6 p.m.
Sábado 7 a.m. a 1 p.m

Línea gratuita 01 8000 942 794
Bogotá (601) 307 8121
Bucaramanga (607) 685 4755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

Mi Vanti en línea
https://mi.grupovanti.com/

Recuerda que puedes elegir tu canal de preferencia para comunicarnos de acuerdo a la Ley 2300 de 2023.

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

Por favor dobla y rasga para a...

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9573499540 DV: 021352
Cliente: 112044 VANTI GAS NATURAL BOGOTA - INTEGRACION
Fecha: 17/03/2025 15:19:40
PAP: 911834
REFERENCIA 60791399
Referencia: 60791399 Valor: $15.380,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo; Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

2025
399 BOGOTA

NIT 800.007.812-5
Vanti S.A. ESP
www.grupovanti.com

Vanti
Más formas de avanzar

3 Periodo facturado Feb. - Mar. 2025

4 Emisión de tu factura 05 Mar. 2025

d (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
	2.825,91	0,00	11.303,64
	4.076,00	0,00	4.076,00
	0,36	0,00	0,36

1 Total $15.380,00

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota N°	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A

2 Total $0,00

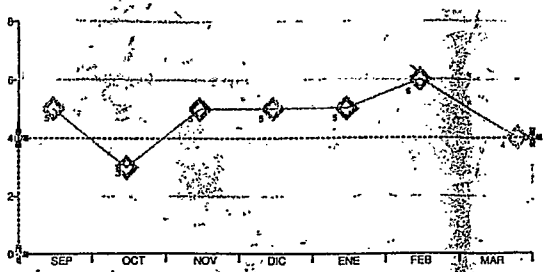
3 Valor facturas vencidas $0,00

Total a pagar 1+2+3 $15.380,00

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial Estrato/Cat. Tres Días de consumo 29

Fecha	Lectura	Tipo
03 Feb. 2025	6702	REAL
03 Mar. 2025	6707	REAL

m³ corregido= 6707 - 6702 * Factor de corrección = 4

Tu próxima lectura será Entre 01 y el 06 de Abril

Novedades de tu factura

Dale esperanza a una familia colombiana realizando un aporte voluntario en www.grupovanti.com, valor sugerido $ 1538 ...

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $70.254

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria
30 Sep. 2025
La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente*
*Resoluciones 059 de 2012 y 41385 de 2017

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $2826.
Dic. $2362 Ene. $2480 Feb. $3371
Tarifa regulada por la Comisión de Regulación de Energía y Gas (CREG).

Componentes tarifarios

Gm: 1604.97 Tm: 526.97 Dm: 621.22 Cm: 2825.91
Pc: 72.75 Cvm: 0.0 Cufm: 4076.0 Cuvm: 2825.91
Ccm: 0.0 Fpcm: 42.475 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

Mjm³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 47 kWh y el precio unitario del kWh es: $327.226

Factor de corrección

Vm: 5 Kp: 0.76628 Kt: 1.0055 Ft: 0.77049
Vc: 4 Tm: 13.98 Tc: 15.56 Pe: 1.01008
Pa: 0.751 Pm: 0.023 P pv: 1.0
Factor de corrección: 0.77049

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IC: 100.0 IPIL: 100.0

(415)7709998026025(8020)60791399(3900)00000000015380

36159 F

C1

Factura No. F15B28659988

14e9b6931ade6e06a625898efc3752d880b41273ae9127ae9108abd23f0056433ae26e1d85ba894f62d4408ad5cab5

Pantone - Transferred to RA 8000213-4

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 305 | MICRI: Expiry-Date:2029/4/15 900255001724838 | FECHA: 31/03/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA X COMUNIDAD __

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: ZEUS | COLOR: GRIS CENIZO Y BLANCO

ESPECIE: CANINO __ FELINO X | SEXO: HEMBRA __ MACHO X | RAZA: MESTIZO | EDAD: 4 A | 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 X COMPRADO __ ADOPTADO __ REGALADO __ PERRO DE CUADRA __ OTRO __

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Candelaria Rosa Romero Bohorquez | DIRECCION: Kr 17 # 8-30 | TELEFONO: 3147668040.

CEDULA: 64 476 703 | CORREO ELECTRÓNICO: 3147668040@SINCORREO.

BARRIO: Vafo Nacional | ESTRATO: 0 | LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: NS/NR: BACHILLER | TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __

3. ANAMNESIS

Reporta buen estado de salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR X CANINOS PARVO:	TRIPLE:	PENTAVALENTE:
NO APLICA	20 DICIEMBRE	FELINOS: TRIPLE FELINA: /	HEXAVALENTE: / LEUCEMIA: /	PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / RABIA: /

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ____ NO X | SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ningno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ningno

CLASIFICACION ASA: (I.) II. III. IV. V. VI. E. | CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
171 l/m	32 r/m	38,4 °c	1 seg	Rosadas

OBSERVACIONES: Ningno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,2 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,4 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☒
	PROPOFOL	— ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1,4 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,2 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,04 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ningno

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y especificamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_x_ RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Mónica Velázquez Milán Médica Veterinaria ~~TP. 11804~~	FIRMA: MV.
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Ximena Moreno Ruiz Médica veterinaria M.P 45482 Universidad Nacional de Colombia	FIRMA: XMR

GOBIERNO DE BOGOTÁ	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM	

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO _X___ o RECHAZO ____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO
Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Candelaria Ramirez	64476703

Yo, _____ identificado con CC. No._____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilización y castración) de mi animal de compañía.
RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación:	

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Maria Eugenia	15-04-25	11:30 - 12:30

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 64.476.703

ROMERO BOHORQUEZ
APELLIDOS

CANDELARIA ROSA
NOMBRES

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 13-AGO-1968

OVEJAS
(SUCRE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

12-AGO-1988 SAN PEDRO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00238838-F-0064476703-20100507 0022122426A 1 1460717243

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 306 | MICROCHIP: 900255001724832 | FECHA: 31/03/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA X COMUNIDAD __

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Negrito | COLOR: Negro

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 __ REGALADO X PERRO DE CUADRA __ OTRO __

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Alexandra Hernandez | DIRECCION: KR 15b # 4 44 | TELEFONO: 3103311073

CEDULA: 52708100 | CORREO ELECTRÓNICO: lialexahermo@hotmail.com

BARRIO: Eduardo Santos | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: NS/NR: __ Tecnologo | TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __

3. ANAMNESIS

Reporta bien estado de salud

ULT. CELO: No Aplica | ULT. DESPARASITACION: No Reporta | ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: / HEXAVALENTE: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / FELINOS: TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA: / RABIA: /

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ____ NO X | SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ningno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ningno

CLASIFICACION ASA: (I.) II. III. IV. V. VI., E. | CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 172 l/m | F. RESPIRATORIA: 31 r/m | TEMPERATURA: 38,4 °c | TLLC 1 seg | MUCOSAS: Rosada

OBSERVACIONES: Ningno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,18 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.)	0,2 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: MVM

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Dra. Ximena Moreno Ruiz, Médica veterinaria, M.P 45482, Universidad Nacional | FIRMA: XMR

	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES	
	HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS	
	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM	

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO** _X___ o **RECHAZO** ____ **la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
	52108100 Bta

Yo, _____ identificado con CC. No._____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilización y castración) de mi animal de compañía.

RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación:	

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Maria Eugenia	15-04-25	11:30 - 12:30

OBSERVACIONES:

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA	MICROCHIP:	FECHA:
307	900255001724834	31/03/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:	
	More	Blanco Negro	

ESPECIE: CANINO __ FELINO X	SEXO: HEMBRA __ MACHO X	RAZA	EDAD	PESO:	POTENCIAL PELIGROSO
		Mestizo	8 años	4,6Kg	SI __ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO:	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO	TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR __
SI __ NO X	SI __ NO X	CASERO __ CONCENTRADO X MIXTO __ OTRO __

ORIGEN: NS/NR __ RESCATADO __ COMPRADO __ ADOPTADO __ REGALADO X PERRO DE CUADRA __ OTRO __

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION:	TELEFONO
Hadi Solanyi Rojas Arciniegas	CL 6B # 18-78	3115840858

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
52 280 411	hadisolanyirojasarciniegas@gmail.com

BARRIO:	ESTRATO:	LOCALIDAD: LOS MARTIRES
Ricaurte	1	

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __

3. ANAMNESIS

Reporta 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: Ningno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ningno

CLASIFICACION ASA: (I.) II. III. IV. V. VI. E. CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
164 l/m	32 r/m	38,3 °c	1 seg	Rosada

OBSERVACIONES: Ningno

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: 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		FIRMA
	Mónica Velázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	MV
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Ximena Moreno Ruiz Médica veterinaria M.P 45482 Universidad Nacional de Colombia	FIRMA XMR

	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES
	HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO _X___** o **RECHAZO ____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Hada Solany Rojas Arciniegas	52280411

Yo, _____ identificado con CC. No._____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilización y castración) de mi animal de compañía.
RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación:	

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque María Eugenia	15-04-25	11:30 - 12:30

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **52.280.411**
ROJAS ARCINIEGAS

APELLIDOS
HADI SOLANYI

NOMBRES

Hadi Solanyi Rojas

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO **09-NOV-1976**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

27-DIC-1994 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

A-1500100-01207366-F-0052280411-20210203 0073315309A 1 9914526583
REG ESTADO

Inscríbete para tener **tu factura** de manera digital

Escaned el código QR, diligencia el formulario y empieza a recibir tu factura de manera digital.

Contrata el servicio

continuo y rentable de gas natural.

Contáctanos y construye las internas con un experto.

Avanzar es que puedas expandir tu negocio de la mano de Vanti.

Tel: 601 307 8121 | WhatsApp: 315 416 4164

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gasoriente S.A. ESP y Gasnacer S.A. ESP.

vanti
Más formas de avanzar

Adquiérelo ya en www.grupovanti.com

Mundo digital Vanti

Paga a través de nuestra página web **www.grupovanti.com/pagos-en-linea/**

Botón PSE

Botón Bancolombia

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Itaú · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco AV Villas · GNB Sudameris · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Davivienda · Daviplata · Rappi pay · dale

Recuerda que puedes pagar las facturas de una o varias cuentas contrato en una sola transacción

Escanea para pagar tu factura

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

Síguenos en nuestra redes sociales como @grupovanti y conoce nuestras iniciativas.

Puntos Presenciales

- Corresponsales Banco BBVA
- Corresponsales Scotiabank Colpatria
- Corresponsales Grupo Aval
- Corresponsales Banco Davivienda
- Red CADE
- Banco GNB Sudameris
- Grandes Superficies: Metro, Jumbo, Éxito

Si cancelas con cheque, éste debe ser de gerencia y a nombre de Vanti S.A. ESP.

Eficiencia energética

Reducir nuestro consumo de energía se traduce en un ahorro para la economía familiar y contribuye a disminuir las emisiones de gases de efecto invernadero, principal causa del cambio climático.

Línea telefónica solo para emergencias
Atención todos los días las 24 horas
Fijo: **01 8000 919 052** Móvil: **164**

Atención presencial
Ingresa a **www.grupovanti.com** y conoce los pasos para agendar tu cita.

Se suspenderá el servicio por falta de pago y cuando se requiera, en caso de que se impida el acceso al medidor o a la instalación interna y de artefactos de consumo. Como consumidor puedes presentar un recurso de reposición ante la empresa y apelar ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los (5) días hábiles siguientes al conocimiento del acto de suspensión. Sobre el contenido de la presente factura, el cliente cuenta con los mecanismos de defensa en la ley 142 de 1994 y puede hacer uso antes de la fecha señalada para el pago oportuno.

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-8 7048/23072024

¡Hola!

HERME HINTU ROJAS
CL 6B 18 78 - RICAURTE
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5017705-1154816

Lote: P09GN **Ruta:** 0011310174700005000 **Código del Sector:** 388

Cuenta o referencia de pago 61434324

vanti

Compra tu gasodoméstico en [illegible] y recibe [illegible] TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:

388
0011310174700005000
54400
P09GN
C1

Tu satisfacción es nuestra prioridad, conoce tus derechos y responsabilidades como usuario comercial del servicio de gas natural.

vanti
Más formas de avanzar

Responsabilidades Usuarios
Capítulo 3 – Cláusula 18 del CCU

- [illegible]ar los medidores o equipos
- [illegible]ediato cualquier anomalía, [illegible]taria o accidental de los equipos.
- Pagar en los plazos establecidos, el valor liquidado en la factura, por la prestación del servicio.

Derechos Usuarios
Capítulo 3 – Cláusula 15 del CCU

- Recibir un servicio con calidad, continuidad y seguridad según la ley y regulación.
- Presentar peticiones, quejas y recursos relacionados a la prestación del servicio.

Obligaciones Vanti
Capítulo 3 – Cláusula 17

- Suministrar el servicio con calidad y seguridad.
- Adoptar medidas y mecanismos eficaces para que los equipos de medida funcionen correctamente previniendo su alteración.
- Exigir que los funcionarios y personal autorizado porten un carné de identificación.

Derechos Vanti
Capítulo 3 – Cláusula 15

- Adelantar las revisiones a fin de verificar la exactitud en la medición del consumo.
- Suspender, cortar el servicio y/o dar por terminado el contrato por incumplimiento del usuario.
- Acceder al inmueble previa autorización del usuario, para verificar las condiciones de seguridad de la red interna.

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.

Puntored no te cobra por esta transacción Puntored Corresponsal Bancario Davivienda

TRANSACCION EXITOSA

Fecha	29/01/2025
Hora	10:56:56
Comercio	554009
Terminal	319585
Operacion	Recaudo
Aprob Banco	332170
Aprob Puntored	001096039843
Convenio	Vanti SA ESP Bogota
Cod. Convenio	0000001460252
Referencia 1	61434324
Valor	$504,530
Costo Transaccion	$0
Valor Total	$504,530

Linea de atención personalizada: #688
Mensaje de texto: 85688

BANCO DAVIVIENDA S A
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Enero 2025

61434324

BOGOTA

Vigilado Superservicios

NIT: 800.007.813-5
Vanti S.A. ESP.
www.grupovanti.com

vanti
Más formas de avanzar

54400

C1

③ Periodo facturado Dic. - Ene. 2024

④ Emisión de tu factura 16 Ene. 2025

Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
185M3	2.479,93	0,00	458.787,05
1UN	4.029,00	0,00	4.029,00
1UN	358,58	0,00	358,58
1UN	40.832,05	0,00	40.832,05
1UN	3,94	0,00	3,94
1UN	519,38	0,00	519,38

① Total $504.530,00

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota N°	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A+B

② Total $0,00

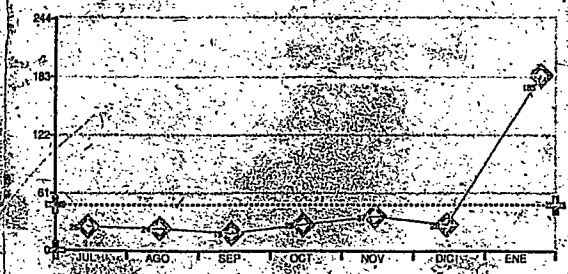
③ Valor facturas vencidas $0,00

Total a pagar ① + ② + ③ $504.530,00

Paga por

Escanea el código QR

Tus ultimos consumos



Datos de medición

Uso Comercial | Estrato/Cat.Uno | Días de consumo 34

Fecha	Lectura	Tipo
11 Dic. 2024	62339	ESTIMADO
13 Ene. 2025	62577	REAL

m³ corregido 162577 - 62339 | Factor de corrección = 185

Tu próxima lectura será

Entre 08 y el 13 de Febrero

Novedades de tu factura

Dale esperanza a una familia colombiana realizando un aporte voluntario en www.grupovanti.com
Valor sugerido $ 50453.

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $66.100

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Jul. 2025

La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente* *Resoluciones 059 de 2012 y 41385 de 2017

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de: $2480

Oct. $2250 Nov. $2362 Dic. $2362

Tarifa regulada por la Comisión de Regulación de Energía y Gas (CREG)

Componentes tarifarios

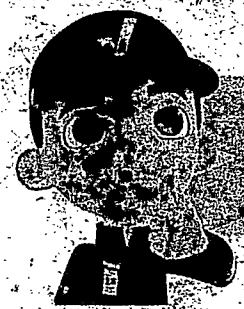
Gm: 1289.55 Tm: 514.92 Dm: 613.88 Cm: 2479.93
Pc: 61.581 Cvm: 0.0 Cum: 4029.0 Cuvm: 2479.93
Ccm: 0.0 Fpcm: 42.475 DAUR: 0.0 % DAUNR: 0.0 %
Mjm: Tu consumo en m³ de gas equivale: 2183 kWh y el precio unitario del kWh es: $230.878

Factor de corrección

Vm: 238 Kp: 0.77182 Kt: 1.00652 Fc: 0.77685
Vc: 185 Tm: 13.69 Tc: 15.59 Pc: 1.01008
Pa: 0.752 Pm: 0.0278 Fpv: 1.0
Factor de corrección: 0.77685

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IC: 100.0 IPIE: 100.0



(415)7709998026025(8020)61434324(3900)00000000504530

Factura No. F1-5B24499708

ESP- NIT: 800.007.813-5 Retener Fiscal Dictata Y Tasche S.A.S. Esta factura presta mérito ejecutivo, Art 130 de la ley 142 de 1994. Persona Transferencia de Información

10

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA	MICROC	FECHA:
308	Expiry-Date:2029/4/15 900255001724749	31/03/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:	
Daniel		Blanco	

ESPECIE: CANINO __ FELINO X	SEXO: HEMBRA __ MACHO X	RAZA mestizo	EDAD SM	PESO: 2.3	POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI __ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X	TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR __ CASERO __ CONCENTRADO X MIXTO __ OTRO

ORIGEN: NS/NR __ RESCATADO X COMPRADO __ ADOPTADO __ REGALADO __ PERRO DE CUADRA __ OTRO __

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION:	TELEFONO
Nidia Rocio Escudero Arara	Kr 16 # 8-53 SS LC 102	3107152980.
CEDULA: 30 323 884	CORREO ELECTRÓNICO: nidiaescudero@hotmail.com	
BARRIO: Voto Nacional	ESTRATO: 0	LOCALIDAD: LOS MARTIRES
ESCOLARIDAD: NS/NR: __ QUINTO PRIMARIA	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __	

3. ANAMNESIS

Reporta 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: Ningno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ningno

CLASIFICACION ASA: (I.) II. III. IV. V. VI. E. CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	170	l/m	F. RESPIRATORIA:	31	r/m	TEMPERATURA:	38,4	ºc	TLLC	1	seg	MUCOSAS:	Rosado

OBSERVACIONES: Ningno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,11 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,23 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☑
	PROPOFOL	— ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,8 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,16 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,02 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ningno

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_x_ RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Mónica Vázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	FIRMA	MVM
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Ximena Moreno Ruiz Médica Veterinaria M.P 45482 Universidad Nacional de Colombia	FIRMA	XMR

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:
Nidia Rocio Escobar	30323854

Yo, _____ identificado con CC. No._____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilización y castración) de mi animal de compañía.

RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación:	Firma:

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

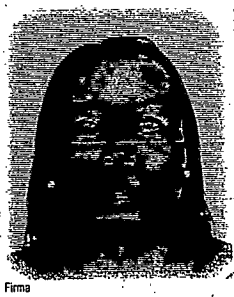
LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Maria Eugenia	15-04-25	11:30 - 12:30

OBSERVACIONES:

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 30.323.884



Apellidos
ESCUDERO ARARA

Nombres
NIDIA ROCIO

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.72	F
Fecha de nacimiento	G.S.	
17 MAYO 1972	O+	

Lugar de nacimiento
MANIZALES (CALDAS)

Fecha y lugar de expedicion
02 NOV 1990, MANIZALES

Firma
Nidia Rocio Escudero

Fecha de expiración
01 NOV 2033

CO

032866360

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL032866360009001<<<<<<<<<<<
7205170F3311019COL30323884<<<1
ESCUDERO<ARARA<<NIDIA<ROCIO<<<

$279.670

$0

$279.670

PAGO OPORTUNO
03 ABR /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN
07 ABR/2025

ENERGÍA

0317105-4

22 ABR /2025

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

CALCULO CONSUMO DE ENERGIA									
ENERGIA ACTIVA IP	11.604	11.428	176	1	176	176	$843,71	$148.493
ENERGIA REACTIVA	2.606	2.578	28	1	28	0	$272,98	$0
CONTRIBUCION	APORTE DEL 20,00 % DEL VALOR FACTURADO							$29.699

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $6.144 DIARIOS

SUBTOTAL: $178.190

Otros Conceptos Facturados y Pendientes

Ajustes a la decena	$3
Cuota Capital Convenio digital web 5-6	$101.477
Saldo Convenio digital web	$101.478
SUBTOTAL:	$101.480

1 TOTAL ENERGÍA $279.670

Otros Conceptos de Bienes y Servicios

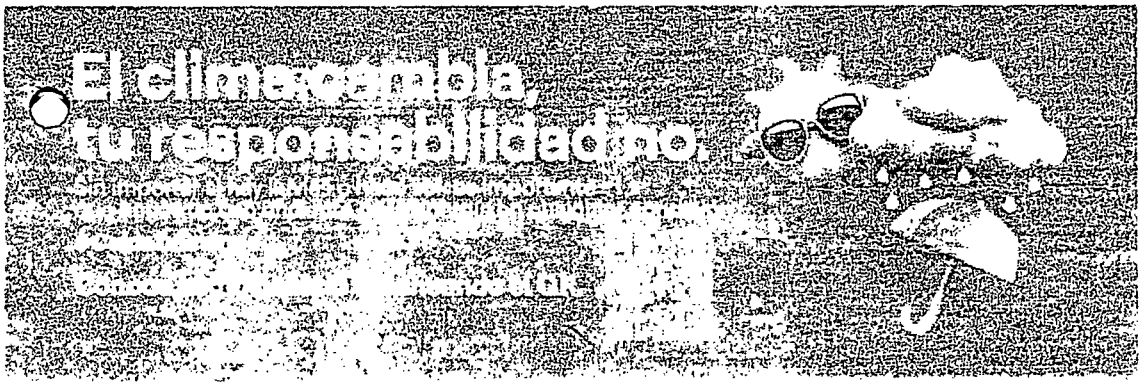
diferentes a los servicios

2 TOTAL OTROS $0

Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSION a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $111.764

Informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones Celsia Facil CIGUENSA 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: $843,71



NÚMERO DE CLIENTE
0317105-4

Documento Equivalente Electrónico No.
346891021-0

(415)7707209314253(8020)010317105434689102l0(3900)00000000279670

PAGO OPORTUNO
03 ABR /2025

TOTAL A PAGAR
$279.670

Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-8
Calle 93 No. 13 – 45 Piso 1

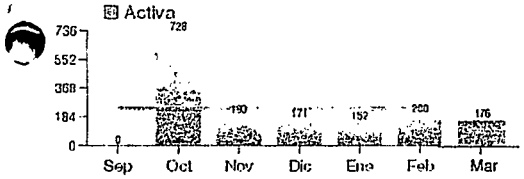
0317105-4

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 346891021-0

HUGO RODRIGUEZ PEA
KR 16 NO 8 53 55 LC 102
CONT EN EL 8 51
BOGOTA, D.C. - VOTO NACIONAL

18 212 1346 / 121-18190391

Activa



VALOR kWh APLICADO: $843,71

CONSUMO DIARIO: 6,07 kWh

VALOR DIARIO: $6.144

PERÍODO FACTURADO: 20 FEB/2025 A 20 MAR/2025

DÍAS FACTURADOS: 29

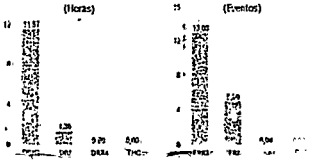
CONSUMO MES: 176 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Comercial
ESTRATO:	0
CARGA kW:	1,30
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10002182121346
RUTA LECTURA:	12182120181
MANZANA DE LECTURA:	MS00410319
MEDIDOR NO:	121-18190391
MEDIDOR NO:	121-18190391

DURACIÓN INTERRUPCIONES (Horas)

FRECUENCIA INTERRUPCIONES (Eventos)



Para mayor detalle consulte la resolución CREG 015 de 2018 y 030 de 2018

Recuerda apagar los equipos

Es importante que apagues por completo todos los dispositivos que no vas a usar, si no se pueden apagar te recomendamos configurarlos en modo ahorro de energía.

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago: APP Banco, Internet, Teléfono Banco, Débito Automático, Cajero Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Botón de Pago Online, Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual: MOVII, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efécil, Reval, MOVIRED, Efecty

Red Distrito: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Alkosto, Metro

Código QR

Si pagas en un establecimiento bancario, tenga en cuenta que el dinero en efectivo no es un soporte válido en caso de retiro.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: FEB/2025

G: $361,70 T: $49,85 D: $272,98 CV: $76,38 PR: $69,89 R: $12,99 CF: $0,00 / $843,71 Costo kWh Mes

GRUPO: 1 CIRCUITO: SJN6 2612701 - NIVEL DE TENSIÓN1 PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002 IVA Régimen Comun CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1996.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información 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 resolucion CREG156011 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 Codensa), 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

¿CONTÁCTANOS?

Consulta y solicita en enelcolombia.com/personas/atencion-al-cliente

Chat de servicio en enelcolombia.com/personas/chat-de-atencion

Registrate gratis

Zona privada de la página Web

Apu Enel Clientes Colombia

Enel Colombia @EnelClientesCO

PUNTOS DE ATENCIÓN AL CLIENTE

Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115

LÍNEA NACIONAL

115 Opción 2

CORREO ELECTRÓNICO

601 5140055

DEFENSOR DEL CLIENTE

https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enel.com

Comparte lo mejor de tu energía a quienes lo necesitan.
- Puedes realizar tus donaciones en: www.enelxstore.com/co/es sección "Comparto mi energía"
- Aporte sugerido: $17.819

FECHA GENERACIÓN: 25/03/2025 09:17:19
FECHA EXPEDICIÓN: 25/03/2025 16:07:14

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.048.115-2

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 890.321.151-0

CUDE: 55c8a536524e0ba4dc394595ba97877c7aef9970aeabecafd7b0253d348c57e6a5d3aa807ecfc50ff8115771e19efca5

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA	MICROCHIP:	FECHA:
309	900255001724760	31/03/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
Martyn.		Atigrado blanco

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA	EDAD	PESO:	POTENCIAL PELIGROSO
		Mestizo	8 meses	3,9Kg	SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO:	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO	TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR ___
SI ___ NO X	SI ___ NO X	CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___

ORIGEN: NS/NR __ RESCATADO X COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION:	TELEFONO
NELSON ENRIQUE BADILLO.	KR 16 NO 8 S3-55.	3052071839

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
79 507 250.	ferreteria.palustre.1969@gmail.com

BARRIO:	ESTRATO:	LOCALIDAD:
VOTO NACIONAL	2	LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: NS/NR: __	TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL ___
Primaria	

3. ANAMNESIS

Reporta buen estado de salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: / HEXAVALENTE: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / FELINOS: TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA: / RABIA: /
No Aplica	No Reporta	

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X	SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: 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	32 r/m	38,4 °c	1 seg	Rosada

OBSERVACIONES: Ningno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,19 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,39 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.)	0,27 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	FIRMA
Mónica Velázquez Milán Médica Veterinaria TP 11804	

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	FIRMA
Dra. Ximena Moreno Ruiz Médica veterinaria M.P 45482 Universidad Nacional de Colombia	

	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES
	HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de 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:
Walter E Bl-G	79507250

Yo, _____ identificado con CC. No._____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilización y castración) de mi animal de compañía.

RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación:	

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Maria Eugenia	15-04-25	11:30 - 12:30

OBSERVACIONES:

FECHA DE NACIMIENTO 09-JUN-1969

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

21-JUL-1987 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00157115-M-0079507250-20090521 0011636634A 1 1230011897

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.507.250
BADILLO MOYA
APELLIDOS
NELSON ENRIQUE
NOMBRES

FIRMA

Bogotá

Para pagar y consultar tu factura en línea ingresa a tu oficina virtual de clientes en

0317105-4

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-6
Calle 93 No. 13 – 45 Piso 1

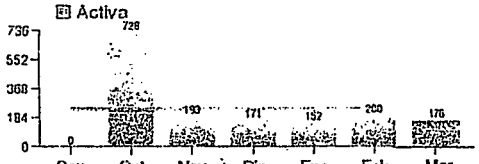
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 346891021-0

HUGO RODRIGUEZ PEA
KR 16 NO 8 53 55 LC 102
CONT EN EL 8 51
BOGOTA, D.C. - VOTO NACIONAL

Calderas Tu Factura Digital a Correo de Contacto

18 212 1346 / 121-18190391

Activa



VALOR kWh APLICADO: $843,71

CONSUMO DIARIO: 6,07 kWh

VALOR DIARIO: $6.144

PERÍODO FACTURADO: 20 FEB/2025-A 20 MAR/2025

DÍAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES 176 kWh

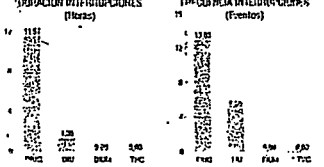
¡TE ENVIAMOS UNA ALERTA POR CONSUMO ALTO!
Revisa tu factura y toma el control de tu consumo

EL PRÉSTAMO A LA CIUDAD
Crédito Fácil CODENSA
¡LLEGÓ A TU CASA!
TU PRÉSTAMO DE HASTA
$12.000.000
Recibe el dinero en tu cuenta de preferencia
¡Acércate y a uno de nuestros puntos Crédito Fácil CODENSA!
Encuéntralos escaneando el código
La aprobación y el monto del crédito está sujeto al perfil del solicitante. Conoce más en www.creditofacilcodensa.com
Crédito otorgado por The Bank of Nova Scotia – Colombia S.A. Sucursal Colombia, Compañía de financiamiento comercial sujeta a inspección y vigilancia de la Superintendencia Financiera de Colombia. Producto de crédito de la entidad. Conoce más en www.creditofacilcodensa.com

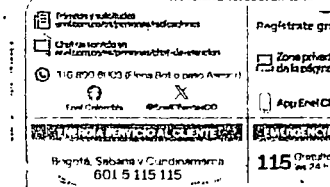
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Comercial
ESTRATO:	0
CARGA kW:	1,30
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	100021821213 46
RUTA LECTURA:	12182120181
[illegible] DE LECTURA:	MS09410319
[illegible] NO:	121-18190391
[illegible] NO:	121-18190391

DURACIÓN INTERRUPCIONES (Horas)



FRECUENCIA INTERRUPCIONES (Eventos)



CO [illegible] SEGMO 11 MC 0,00 VC 0,00 CPC 0,00
ASEMO 2025-01 DC 2018-07 CF 162.000,00 UC 0,00 VF 1,00 VU 0,00
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 036 de 2019

¿Sabías que...?
Es importante que apagues por completo todos los dispositivos que no vas a usar, ni no se pueden apagar te recomendamos configurarlos en modo ahorro de energía.

CONTÁCTANOS

Peticiones y solicitudes enviadas a través de nuestros canales habilitados	Regístrate gratis	
Chat en tiempo real en nuestros canales de atención	Zona privada en la página Web	
Línea gratuita nacional 018000 915 115 (Línea fija o celular)	App Enel Clientes Colombia	
Enel Colombia @EnelClientesCO		
OFICINA PRESENCIAL CLIENTES	**PUNTOS VIRTUALES**	**DENUNCIAS**
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Chatbot	601 5140055 denuncias@enel.com

CANAL DE DEFENSOR DEL CLIENTE
https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enel.com

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

APP Enel Clientes Colombia | Internet | Teléfono Bancolombia | Débito Automático | Cajero Electrónico | APP Enel Clientes Colombia | Botón de Pago Online | Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual

MOVII | Nequi | Daviplata | Ipaga

Corresponsales Bancarios

CONRED | efécti | Reval | MOVIRED | Efecty

Red Directa

RED CADE

Centros de Servicio

Almacenes de Cadena

Alkosto

Código QR

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el despreciado del efectivo. El recibo del corresponsal no es un recibo válido para el cliente.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: FEB/2025
G: $361,70 T: $49,85 D: $272,98 CV: $76,38 PR: $03,89 R: $12,99 CF: $0,00 / $843,71 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: [illegible] - NIVEL DE TENSIÓN: PROPIEDAD [illegible]

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.9061 del 10 de diciembre de 2020.

"Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio."

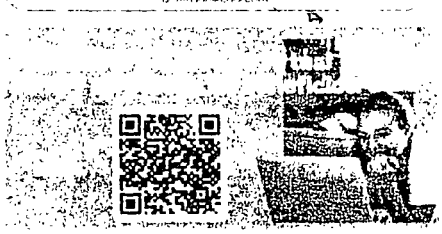
Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994

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 860 063 875-6. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.



- Comparte lo mejor de tu energía a quienes lo necesitan.
- Puedes realizar tus donaciones en: www.enelxstore.com/co/es sección "Comparto mi energía"
- Aporte sugerido: $17.819

FECHA GENERACIÓN: 25/03/2025 00:17:19
FECHA EXPEDICIÓN: 25/03/2025 16:07:14

Factura impresa por Operalia Soluciones de Comunicación SAS NIT 900.058.112-1
Proveedor Tecnológico Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: 2EnFinanciero - NIT 860.221.151-0

55c8a536624e0ba4dc3945b5ba97976e1e397daeabecald7b0253d348c67e8a5d3da807ec1c50f8f11577 1e19e1ca5

1 Total Factura $279.670

2 Por Otros Conceptos $0

$279.670

FECHA DE EXPEDICIÓN
03 ABR /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN
07 ABR/2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA 0317105-4

22 ABR /2025

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

ENERGÍA ACTIVA FP	11.604	11.428	176	1	176	176	$943,71	$148.493
ENERGÍA REACTIVA	2.606	2.578	28	1	28	9	$272,98	$2.699
CONTRIBUCION	APORTE DEL 20,00 % DEL VALOR FACTURADO							$29.699

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $6.144 DIARIOS

SUBTOTAL.: $178.190

Otros cobros, saldos a favor y ajustes

Ajustes a la decena	$3
Cuota Capital Convenio digital web 5/6	$101.477
Saldo Convenio digital web	$101.478
SUBTOTAL:	$101.480

Otros cobros de productos y servicios

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y aseo

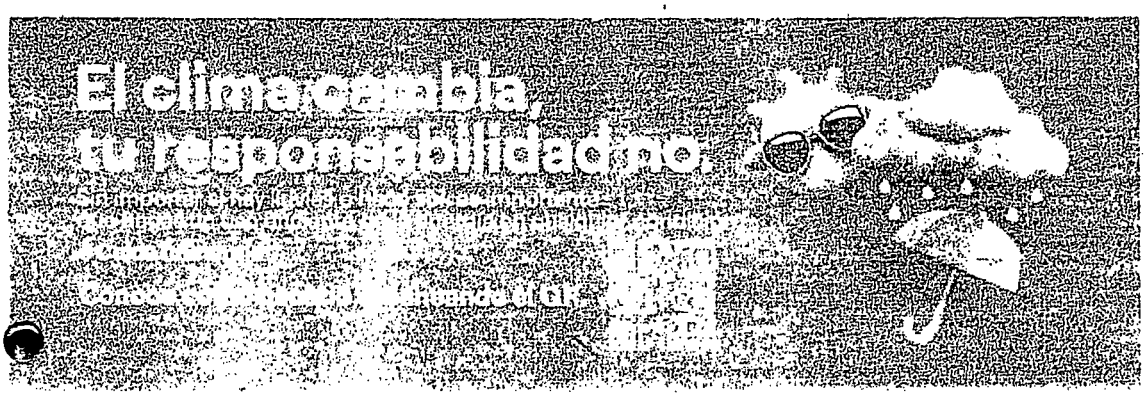
1 TOTAL ENERGÍA $279.670

2 TOTAL OTROS $0

Tiene 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 $111.764

Informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones Crédito Fácil COOENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO, éstas entrarán en mora ante lo cual se reflejará reporte negativo a las bases de información Financiera y cobro por gastos de cobranza si la mora supera 15 días y se realiza gestión de cobro

ESTIMADO CLIENTE: La tarifa final es de: $943,71



NÚMERO DE CLIENTE
0317105-4

Documento Equivalente Electrónico No.
346891021-0

(415)7707209314253(8020)010317105434689102l0(3900)00000000279670

PAGO OPORTUNO
03 ABR /2025

TOTAL A PAGAR
$279.670

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES
HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA	MICROCHIP:	FECHA:
310	900255001724747	31/03/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	COLOR:
Beson	negro blanco

ESPECIE: CANINO __ FELINO X	SEXO: HEMBRA __ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 6m	PESO: 2.7	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
Laura Vanessa Neme Castro	Kr 15 Bis # 7-69	3202578813.
CEDULA: 1010 237 297	CORREO ELECTRÓNICO: lauranem813@gmail.com.	
BARRIO: La Estanzuela	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: LOS MARTIRES
ESCOLARIDAD: NS/NR: Tecnico.	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __	

3. ANAMNESIS

Reporta buen estado de salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: CANINOS PARVO: X	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: 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	32 r/m	38,4 °c	1 seg	Rosado

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	FIRMA
Mónica Velázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	MV
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	FIRMA
Dra. Ximena Moreno Ruiz Médica veterinaria M.P 45482 Universidad Nacional de Colombia	XMR

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: Laura Neme	Nro de Identificación: 1010237297

Yo, _____ identificado con CC. No._____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilización y castración) de mi animal de compañía.
RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación:	Firma:

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Maria Eugenia	15 abril/25	11:30 - 12:30

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.010.237.297**

NEME CASTRO

APELLIDOS

LAURA VANESSA

NOMBRES

Laura Neme

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO **27-DIC-1997**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **F** SEXO

29-DIC-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

A-1500150-01223933-F-1010237297-20210324 0073864539A 2 0501748163

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá-ESP
NIT. 899.999.094 - 1

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: K3 RUTA: K33418

BIMESTRAL

11413550
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

40710099116
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Período facturado	ENE/07/2025	MAR/06/2025
Pago oportuno	ABR/09/2025	Suspensión ABR/14/2025

Factura a nombre de
WILLIAN CORDOBA CERON

Dirección del predio
KR 15 BIS 7 69

Barrio: **LA** Localidad: **LOS MARTIRES**

Dirección de correspondencia

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
JUN/03/2025	MAR/26/2025 07:01:13	MAR/26/2025 13:18:04

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 período **consumiste más agua** que en el anterior.
Abre y descubre el detalle de tu pago y consumo ↓

Líneas

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.

aseo

Período facturado Aseo
FEB/01/2025 - MAR/26/2025

Cuenta contrato
11413550

Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos
40710099116

Núm. de identificación de este predio

El servicio de aseo se factura de forma bimestral

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:	00	Frecuencia Recolección:	06	%Participación	0.000%

Componentes de tarifas

Costo Flo Total CFT	Costo variable no aprovechable	Valor base aprovechamiento
32.554,48	32.557,32	152.831,38

Subsidio (-)	00%	Valor Aseo	$123,00
Aporte (+)	83%	Total ingresos del periodo	$123,00
Información - deuda total		Ingreso que Aseo reporta a la DIAN en el período actual	

Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo pequeño productor Aporte	$82.266 $41.134	Ajuste a la decena -credito-	$2-

Históricos de vigencias cobradas

3	$125.517	2 $123.982	1 $131.498	Días liquidados 54

1 o tarifa incluye subsidio o aporte*

Toneladas por suscriptor mes

Barrido y limpieza	Limpieza urbana	Rocharo del aprovechamiento
0.0026	0.0011	0.0000
Efectivamente aprovechables	Residuos no aprovechables | Afectadas - no afectadas	
0.0676	0.1031	

Ahorra en tiempo consumiendo en línea para que la compraventas mejor

Tu consumo en este período

En los períodos anteriores tu promedio de consumo fue 12

10	11	14	16
33			

SEP-SEP	SEP-NOV	NOV-ENE	ÚLTIMO CONSUMO
$148.917	$159.696	$193.587	

En este período consumiste más agua que en el anterior

Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

En este período	Promedio al día
16.000	271

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período 780	Facturado con Consumo Normal
Lectura anterior 764	Base promedio
Tu consumo este período 16	Descargue fuente alterna 0

Datos de tu medidor

Marca ITRON DE ACTARIS	Tipo VELO015T2
Serie A10S412438	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
$112.043,90		$103.384,86		$732		$123.400
1		2		3 4 5 6		A

Consulta el detalle de estos cobros en las tablas numeradas de abajo

Consulta el detalle atrás

Escanea y paga virtual

Total ingresos del período
Ingresos que la EAAB-ESP reporta a la DIAN en el período actual

= **Total a pagar** $339.560

Conoce puntos de pago virtuales o presenciales al final de la página

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 9607de58c6840060670505b1ef21e0d446a86ee553eb1a729144055540142119c2f148b0210d5a8f5b4e3bbbb2f6843490

Detalle de tu consumo este bimestre

	1 Acueducto					2 Alcantarillado				
	Cant.	Valor unitario	Tarifa***	Total		Cant.	Valor unitario	Tarifa***	Total	
Cargo fijo residencial (mes)										
Consumo residencial básico (m³)										
Consumo residencial superior básico (m³)										
Cargo fijo no residencial (mes)	2,00	$0.195,79	50	$9.196	$13.793,69	2,00	$4.370,95	50	$4.371	$6.556,43	$13.112,90
Consumo no residencial (m³)	16,00	$3.619,02	50	$28.152	$8.278,53	16,00	$3.761,31	50	$30.091	$5.641,97	$90.271,96
Subtotal				$37.348	$112.843,98				$34.462		$103.384,86

* Corresponde a consumos de hasta 11 unidades (22 m³ bimestrales) ** (+) Aporte aplica para estratos 5, 6, comercial e industrial. (-) Subsidio aplica para estratos 1, 2 o 3.
*** La tarifa se determina a partir del valor unitario del cargo fijo o del consumo. Si aplica un subsidio, se descuenta un %; si hay un aporte, agrega un %

Tasas ambientales

Estos valores ya están incluidos en el consumo residencial básico y superior a básico. (Ley 99 de 1993)

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m3)	$42,81	$131,96
Tarifa consumo superior a básico ($/m3)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$688	$2.111

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajuste a la decena	$2
Intereses de mora	$730
Subtotal	732

4 Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

5 Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

Deudas en estudio

Concepto	Valor
	$0
	$0
	$0
Subtotal	$0

6 Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	$0

Pagos por la página web, app y billeteras

PSE tpaga Nequi App EAAB EAABMóvil

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

Punto de Pago puntored

Red CADE Consulta direcciones y horarios de atención en: www.bogota.gov.co/servicios/cades

La EAAB ESP sólo tiene convenios con los siguientes bancos. Davivienda, Scotiabank Colpatria, Caja Social, Itaú, Occidente AV Villas Bogotá, Sudameris y Citi

Aseo
Valor a pagar
$123.400

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)407100991164(3900)000000123400

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$216.160

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)407100991164(3900)000000216160

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS NRO. UNICO DE REGISTRO 1-11001000-10 FAB-FSP

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA	MICROCHIP:	FECHA:
311	900255001724756	31/03/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA X COMUNIDAD __

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
	Monimi	Atigrado blanco

ESPECIE: CANINO __ FELINO X	SEXO: HEMBRA __ MACHO X	RAZA: Mestizo	EDAD: 2años	PESO: 3,1Kg	POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI __ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X	TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR __ CASERO __ CONCENTRADO X MIXTO __ OTRO __

ORIGEN: NS/NR __ RESCATADO X COMPRADO __ ADOPTADO __ REGALADO __ PERRO DE CUADRA __ OTRO __

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION:	TELEFONO
Kureman Augusto Gaitan	KR 18b #6b 35	3142827877
CEDULA: 4069220	CORREO ELECTRÓNICO: Kurman471@hotmail.com	
BARRIO: Estanzuela	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: LOS MARTIRES
ESCOLARIDAD: NS/NR: __ Tecnologo	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __	

3. ANAMNESIS

Reporta buen estado de salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: / HEXAVALENTE: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / RABIA: / FELINOS: TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA: /
No Aplica	No Reporta	

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ____ NO X	SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ningno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ningno

CLASIFICACION ASA: (I.) II., III. IV. V. VI. E. CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	168 l/m	F. RESPIRATORIA:	32 r/m	TEMPERATURA:	38,3 °c	TLLC	1 seg	MUCOSAS:	Rosado

OBSERVACIONES: Ningno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,15 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,3 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☑
	PROPOFOL	— ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,21 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,03 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ningno

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y especificamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_x_ RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Mónica Vázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Ximena Moreno Ruiz Médica veterinaria M.P 45482 Universidad Nacional de Colombia	FIRMA

	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES
	HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO _X___ o RECHAZO ____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación: A069120 Caldas

Yo, _____ identificado con CC. No._____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilización y castración) de mi animal de compañía.

RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación:	

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Maria Eugenia	15-04-2025	11:30 - 12:30

OBSERVACIONES:

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA	MICROCHIP:	FECHA:
312	900255001724833	31/03/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	COLOR:				
Olaf	Amarillo				
ESPECIE: CANINO __ FELINO X	SEXO: HEMBRA __ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 6 meses	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:	DIRECCION:	TELEFONO
Luz Yenny Diaz Martinez	Kr 15 Bis # 07-99 LC 107	3027818501
CEDULA: 52732048	CORREO ELECTRÓNICO: yennysthefanyadiazdiaz@gmail.com	
BARRIO: La Estanzuela	ESTRATO: 0	LOCALIDAD: LOS MARTIRES
ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __	

3. ANAMNESIS

Reporta buen estado de salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: / HEXAVALENTE: / LEUCEMIA: /	TRIPLE: / PENTAVALENTE: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / RABIA: /
No Aplica	No Reporta	FELINOS: TRIPLE FELINA: /	

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ____ NO X	SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ningno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ningno

CLASIFICACION ASA: (I.) II. III. IV. V. VI. E. CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
171 l/m	32 r/m	38,4 °c	1 seg	Rosadas

OBSERVACIONES: Ningno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,21 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,42 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☑
	PROPOFOL	— ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1,4 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,29 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,04 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: 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	Dra. Ximena Moreno Ruiz Médica veterinaria M.P 45482 Universidad Nacional de Colombia	FIRMA

	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES	
	HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS	
	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM	

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO _X___ o RECHAZO ____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Luz Yenny Olaya M.	1052702048

Yo, _____ identificado con CC. No._____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilización y castración) de mi animal de compañía.

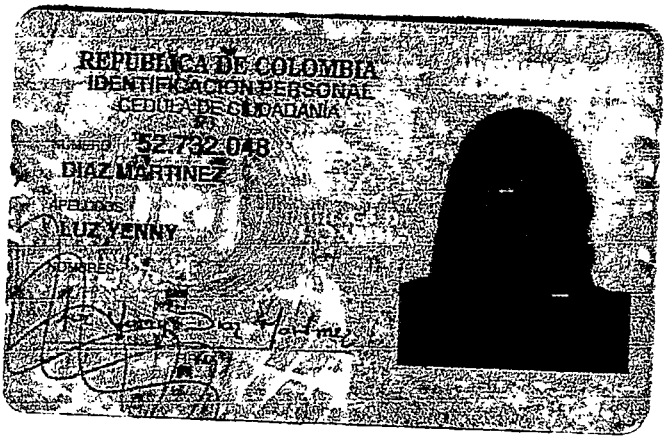
RAZÓN:

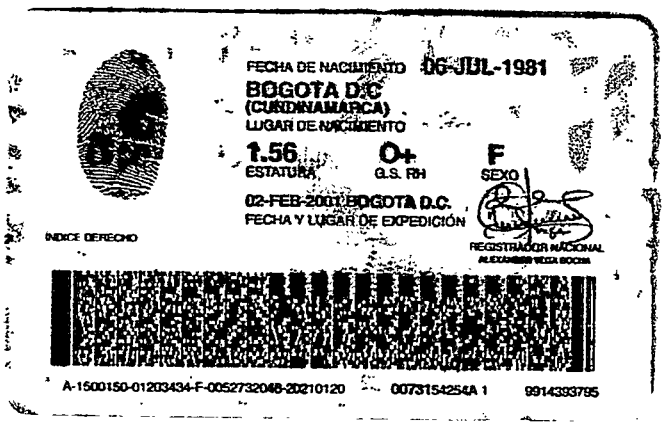
Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación:	

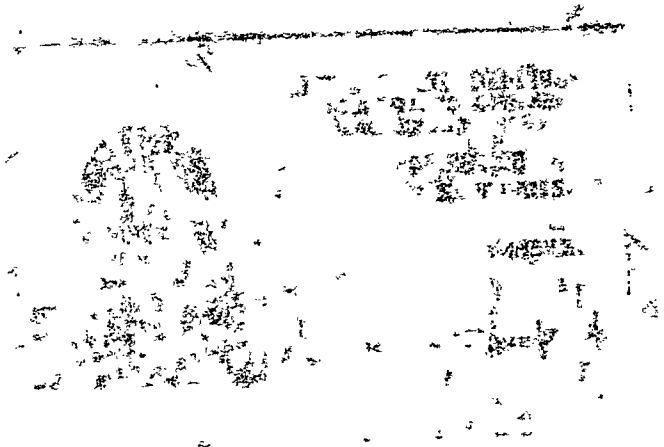
8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

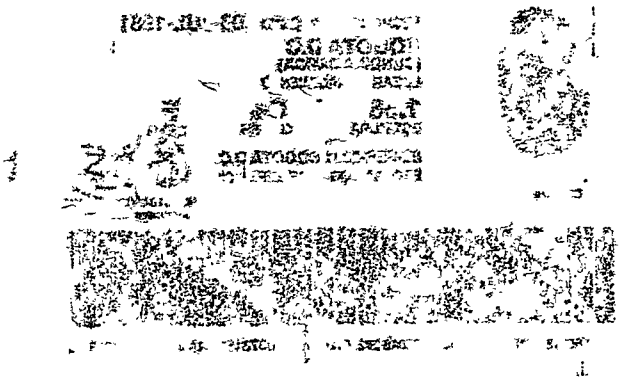
LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque María Eugenia	15-04-25	11:30 - 12:30

OBSERVACIONES:


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 52.732.048
DIAZ MARTINEZ
APELLIDOS
LUZ YENNY
NOMBRES


FECHA DE NACIMIENTO 06-JUL-1981
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.56 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
02-FEB-2001 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1500150-01203434-F-0052732048-20210120 0073154254A 1 9914393795





Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 860.063.875-8
Calle 95 No 13 – 45 Piso 1

.3191195-9

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 343374092-9

ALICIA ACEVEDO
KR 15 BIS NO 07 99 LC 101
LOCAL 101
BOGOTA, D.C. - LA ESTANZUELA

18 212 2196 / 072-133367

VALOR kWh APLICADO
$853,92

CONSUMO DIARIO:
16,03 kWh

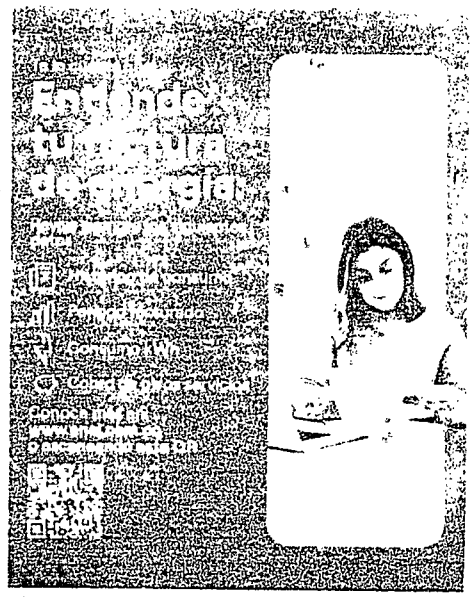
VALOR DIARIO:
$16.431

PERÍODO FACTURADO:
22 ENE/2025 A 19 FEB/2025

DIAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES
465 kWh

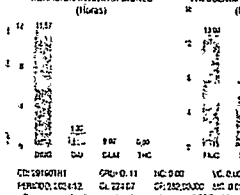
En el último año uno o más meses se facturaron promediados. Estos fueron inferiores al consumo real.



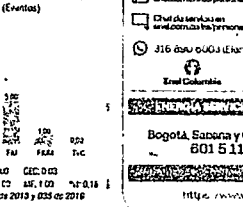
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Comercial
ESTRATO.	0
CARGA kW:	3,96
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10002182122196
RUTA LECTURA:	12182130362
MANZANA DE LECTURA:	MS00410411
MEDIDOR NO:	072-133367
MEDIDOR NO:	072-133367

DURACIÓN INTERRUPCIONES (Horas)



FRECUENCIA INTERRUPCIONES (Eventos)



CR:191501781 CPUP: 0,11 NC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,03
PERIODO: 1/01/12 CL: 22,67 CP: 252,50000 CC: 0,00 AR: 1,00 %F: 0,16

Para mas detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 035 de 2019

UNO SEGURO DE LA ENERGÍA

Es importante que apagues por completo todos los dispositivos que no vas a usar, si no se pueden apagar te recomendamos configurarlos en modo ahorro de energía.

CONTÁCTANOS

- Tramites y solicitudes: enel.com/co/personas/solicitudes.html
- Chat de servicio en: enel.com/co/personas/chat-de-atencion
- 316 890 6003 (Llama del otro lado Asesor)
- Enel Colombia / @EnelClientesCO
- Regístrate gratis
- Zona privada de la página Web
- App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	TELEVISIÓN	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas	601 6140055 denuncias@enel.com

PQR Y PETICIONES

https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enel.com

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

APP Banco · Internet · Teléfono Banco · Débito Automático · Cajero Electrónico · APP Enel Clientes Colombia · Botón de Pago Online · Botón de Pago Bancolombia

Billeteras Virtuales

MOVII · tpaga

Corresponsales Bancarios

CONRED · efácil · Red · MOVIRED · efecty

Red Distrital

RED CADE

Centros de Servicio

enel

Almacenes de Cadena

Código QR

Si paga en un corresponsal bancario exija el respectivo comprobante. El sello de la empresa no es un recibo válido en caso de reclamo.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: ENE/2025
G: $358,49 T: $56,03 D: $280,81 CV: $75,33 PR: $70,22 R: $12,84 CF: $0,00 / $853,92 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: SJN6-20180701 - NIVEL DE TENSIÓN:1 PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por ml. Somos autorretenedores según Resolución No 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP Somos grandes contribuyentes según resolución No 9061 de 10 de diciembre de 2020.

*Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio *

Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994

En cumplimiento de la resolución CREG 156711 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.

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: $47.648

FECHA GENERACIÓN:
24/02/2025 07:03:02
FECHA EXPEDICIÓN:
24/02/2025 14:06:14

CUDE: a0738b31fbfab01218370dcb46a165a1025965b465a8ab772e49a29fec4c0b5c808d6b6874965eada5dff8e9b1b3d4

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.096.812-

Proveedor Tecnológico Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 890.321.151-0

$476.490

$0

$476.490

PAGO OPORTUNO
05 MAR /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN
07 MAR/2025

ENERGÍA

3191195-9

20 MAR /2025

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

CALCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	(-)	Lectura Anterior	(=)	Diferencia de lectura	(X)	Factor	(=)	Consumo Facturado	Energía Facturada	(X)	Valor Unitario	(=)	Valor Facturado
ENERGÍA ACTIVA FP	42.323		41.858		465		1		465	465		$853,92		$397.074
ENERGÍA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$280,91		$0
CONTRIBUCION	APORTE DEL 20,00 % DEL VALOR FACTURADO													$79.415
ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $16.431 DIARIOS												SUBTOTAL:		$476.489

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$1
SUBTOTAL:	$1

Otros cobros de productos y servicios

Te invitamos a conocer el detalle de tus productos y servicios a través de [illegible] en la pestaña Pagos.

Consumo de Gas [illegible] 1 TOTAL A PAGAR $476.490

[illegible] servicios diferentes a servicios de energía y aseo 2 TOTAL A PAGAR $0

Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSION a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepción 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, evento el 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
3191195-9

umento Equivalente Electrónico No.
343374092-9

(415)7707209914253(8020)013191195934337409293(3900)00000000476490

PAGO OPORTUNO
05 MAR /2025

TOTAL A PAGAR
$476.490

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA	MICROCHIP:	FECHA:
313	900255001725444	21/03/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	COLOR:
Pataco n.	AMARILLO

ESPECIE: CANINO __ FELINO X	SEXO: HEMBRA __ MACHO X	RAZA	EDAD	PESO:	POTENCIAL PELIGROSO
		CRIOLLO	6M	2.3	SI __ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO:	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO	TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR __
SI __ NO X	SI __ NO X	CASERO __ CONCENTRADO X MIXTO __ OTRO __

ORIGEN: NS/NR __ RESCATADO __ COMPRADO __ ADOPTADO X REGALADO __ PERRO DE CUADRA __ OTRO __

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION:	TELEFONO
Jose David Castiblanco Velez	CL 6B # 18-78 LO7	3103706608.
CEDULA: 1018414564	CORREO ELECTRÓNICO: UKUXGKb28@Gmail.com.	
BARRIO: Ricaurte	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: LOS MARTIRES
ESCOLARIDAD: NS/NR: UNIVERSITARIO.	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __	

3. ANAMNESIS

Reporta 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:
164 l/m	31 r/m	38,3 °c	1 seg	Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,11 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,23 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☑
	PROPOFOL	— ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,8 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,16 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,02 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_x_ RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	FIRMA
Mónica Velázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	MV
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	FIRMA
Dra. Ximena Moreno Ruiz Médica veterinaria M.P 45482 Universidad Nacional de Colombia	XMR

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 cúa he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO
Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi 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:
	1018414564

Yo, _____ identificado con CC. No._____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilización y castración) de mi animal de compañía.
RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación:	Firma:

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque María Eugenia	15-04-2025	11:30-12:30

OBSERVACIONES:

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.018.414.564

Apellidos
CASTIBLANCO VELEZ

Nombres
JOSE DAVID

Nacionalidad
COL

Estatura
1.65

Sexo
M

Fecha de nacimiento
28 DIC 2005

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedicion
03 ENE 2024, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expiración
03 ENE 2034

.CO

037576367

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL037576367415001<<<<<<<<<<
0512284M3401033COL1018414564<7
CASTIBLANCO<VELEZ<<JOSE<DAVID<

Factura de gas

Febrero 2025

Cuenta o referencia de pago 61925222

BOGOTA

NIT: 800.007.813-5
Vanti S.A. ESP
www.grupovanti.com

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1 Pago oportuno	2 Fecha de suspensión	3 Periodo facturado	4 Emisión de tu factura
26 Feb. 2025	27 Feb. 2025	Ene. - Feb. 2025	14 Feb. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	74M3	3.370,88	0,00	249.445,12
FIJO	1UN	4.043,00	0,00	4.043,00
MASS CONTRIB. CARGO FIJO 8.90%	1UN	359,83	0,00	359,83
MASS CONTRIB. CONSUMO M3 8.90%	1UN	22.200,62	0,00	22.200,62
AJUSTE DECENA	1UN	-4,88	0,00	-4,88
Intereses Moratorios Base Recargo	1UN	176,31	0,00	176,31

① Total $276.220,00

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota Nº	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A

② Total $0,00

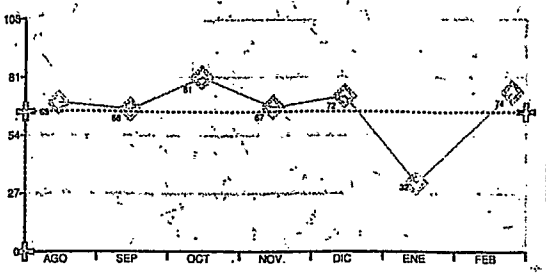
③ Valor facturas vencidas $0,00

Total a pagar ①+②+③ $276.220,00

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Comercial | Estrato/Cat.Uno | Días de consumo 30

Fecha	Lectura	Tipo
13 Ene. 2025	1938	REAL
11 Feb. 2025	2034	REAL

m³ corregido= 2034 - 1938 * Factor de corrección = 74

Tu próxima lectura será Entre 08 y el 13 de Marzo

Novedades de tu factura

Dale esperanza a una familia colombiana realizando un aporte voluntario en www.grupovanti.com
Valor sugerido $ 27622
Estimado cliente recuerde que tiene entre Oct/2024 y el 31/03/2025 para realizar la Revisión Periódica. Se suspenderá el servicio a partir del 01/04/2025 si Vanti S.A. ESP no ha recibido el Certificado de Conformidad. Realice la revisión y evite la suspensión (Res. CREG 059/2012)

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $70.254

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Mar. 2025

La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente* *Resoluciones 059 de 2012 y 41385 de 2017

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $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: 90.65 Cvm: 0.0 Cufm: 4043.0 Cuvm: 3370.88
Cam: 0.0 Fpcm: 42.438 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

Mj/m³Tú consumo en m³ de gas equivale: 872
kWh y el precio unitario del kWh es: $316.569

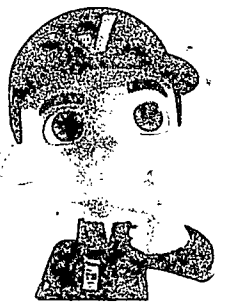
Factor de corrección

Vm: 96 Kp: 0.76974 Kt: 1.00627 Ft: 0.77457
Vc: 74 Tm: 13.76 Tc: 15.56 Pa: 1.01008
Pa: 0.752 Pm: 0.0255 F².pv: 1.0

Factor de correción: 0.77457

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IO: 100.0 IPII: 100.0



(415)7709998026025(8020)61925222(3900)00000000276220

12/03/2024. Facturación electrónica desde Nº 000000001 hasta 50000000 con vigencia de 18 meses

Gas Natural S.A. E.S.P. NIT 800.007.813-5

Ley 142 de 1994 Gestión Transitoria S.A. NIT 900322154

54199 C1

09121c44b2144f56938cac7c7667355c378dec88f92e1485a30aab4a5ba5d1232569ebcc9c4a0bc411b657d71aacbdf4 Factura No. F15B27091324

Inscríbete para tener **tu factura** de manera digital

Escanea el código QR, diligencia el formulario y empieza a recibir tu factura de manera digital.

Contrata el servicio

continuo y rentable de gas natural.

Contáctanos y construye las internas con un experto.

Avanzar es que puedas expandir tu negocio de la mano de Vanti.

Tel: 601 307 8121 | WhatsApp: 315 416 4164

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gasorfente S.A. ESP y Gasnacer S.A. ESP.

vanti
Más formas de avanzar

Adquiérelo ya en www.grupovanti.com

Mundo digital Vanti

» Paga a través de nuestra página web **www.grupovanti.com/pagos-en-linea/**

Botón PSE

Botón Bancolombia

Recuerda que puedes pagar las facturas de una o varias cuentas contrato en una sola transacción

Escanea para pagar tu factura

» Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Baloto · Bancamía · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco AV Villas · Banco GNB Sudameris · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Daviplata · Rapipay · dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

Síguenos en nuestra redes sociales como @grupovanti y conoce nuestras iniciativas.

Puntos Presenciales

- Corresponsales Banco BBVA
- Corresponsales Scotiabank Colpatria
- Corresponsales Grupo Aval
- Corresponsales Banco Davivienda
- Red CADE
- Banco GNB Sudameris
- Grandes Superficies: Metro, Jumbo, Éxito

*Si cancelas con cheque, éste debe ser de gerencia y a nombre de Vanti S.A. ESP.

Eficiencia energética

Reducir nuestro consumo de energía se traduce en un ahorro para la economía familiar y contribuye a disminuir las emisiones de gases de efecto invernadero, principal causa del cambio climático.

Línea telefónica solo para emergencias
Atención todos los días las 24 horas
Fijo: **01 8000 919 052** Móvil: **164**

Atención presencial
Ingresa a **www.grupovanti.com** y conoce los pasos para agendar tu cita.

Se te suspenderá el servicio por falta de pago, y cuando se requiera, en caso de que se impida el acceso al medidor o a la instalación interna y de artefactos de consumo. Como consumidor, puedes presentar un recurso de reposición ante la empresa y apelar ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los (5) días hábiles siguientes al conocimiento del acto de suspensión. Sobre el contenido de la presente factura el cliente cuenta con los mecanismos de defensa en la ley 142 de 1994 y puede hacer uso antes de la fecha señalada para el pago oportuno.

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-8 709B230724

¡Hola!

MARIA ROCIO TRUJILLO
CL 6B 18 78 L01 - RICAURTE
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 010420200003679350

Lote: P09GN Ruta: 0011310174700005100 Código del Sector: 388

Cuenta o referencia de pago 61925222

388
0011310174700005100
P09GN

vanti

Compre electrodomésticos a cuotas sin tocar el cupo de la factura de gas

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:

...es nuestra prioridad, conoce tus derechos ...bilidades como usuario comercial ...el servicio de gas natural.

vanti
Más formas de avanzar

...idades Usuarios
...sula 18 del CCU
...nedidores o equipos

- Informar de inmediato cualquier anomalía, alteración voluntaria o accidental de los equipos.
- Pagar en los plazos establecidos, el valor liquidado en la factura, por la prestación del servicio.

Derechos Usuarios
Capítulo 3 – Cláusula 15 del CCU

- Recibir un servicio con calidad, continuidad y seguridad según la ley y regulación.
- Presentar peticiones, quejas y recursos relacionados a la prestación del servicio.

Obligaciones Vanti
Capítulo 3 – Cláusula 17

- Suministrar el servicio con calidad y seguridad.
- Adoptar medidas y mecanismos eficaces para que los equipos de medida funcionen correctamente previniendo su alteración.
- Exigir que los funcionarios y personal autorizado porten un carné de identificación.

Derechos Vanti
Capítulo 3 – Cláusula 15

- Adelantar las revisiones a fin de verificar la exactitud en la medición del consumo.
- Suspender, cortar el servicio y/o dar por terminado el contrato por incumplimiento del usuario.
- Acceder al inmueble previa autorización del usuario, para verificar las condiciones de seguridad de la red interna.

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.

...ir la factura

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA	MICROCHIP:	FECHA:
319	900255001724754	31/03/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Salem	COLOR: Negro	
ESPECIE: CANINO __ FELINO X	SEXO: HEMBRA __ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 1año	PESO: 4,2Kg	POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI __ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X	TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR __ CASERO __ CONCENTRADO X MIXTO __ OTRO __	

ORIGEN: NS/NR __ RESCATADO __ COMPRADO __ ADOPTADO __ REGALADO X PERRO DE CUADRA __ OTRO __

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION:	TELEFONO
Daniel Plazas Plazas.	KR 56. NO 9-17.	3226846986
CEDULA: 79 917 852.	CORREO ELECTRÓNICO: daniel79917@gmail.com	
BARRIO: Los Martires.	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: LOS MARTIRES
ESCOLARIDAD: Profesional NS/NR: __	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __	

3. ANAMNESIS

Reporta buen estado de salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: __ CANINOS PARVO:	TRIPLE: — PENTAVALENTE: —
No Aplica	No Reporta	HEXAVALENTE:	PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: —
		FELINOS: TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA: /	RABIA: Oct 24

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ____ NO X — SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACION ASA: (I.) II. III. IV. V. VI. E. — CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
170 l/m	32 r/m	38,4 °c	1 seg	Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,21 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,4 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☑
	PROPOFOL	— ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1,4 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,29 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,04 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y especificamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_x_ RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Mónica Velázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Ximena Moreno Ruiz Médica veterinaria M.P 45482 Universidad Nacional de Colombia	FIRMA

	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES	
	HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS	
	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM	

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO _X___ o RECHAZO ____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
DANIEL PIAZAS R.	79.917.852

Yo, _____ identificado con CC. No._____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilización y castración) de mi animal de compañía.
RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación:	

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Maria Eugenia	15-04-25	11:30 - 12:30

OBSERVACIONES:

COLOMBIA

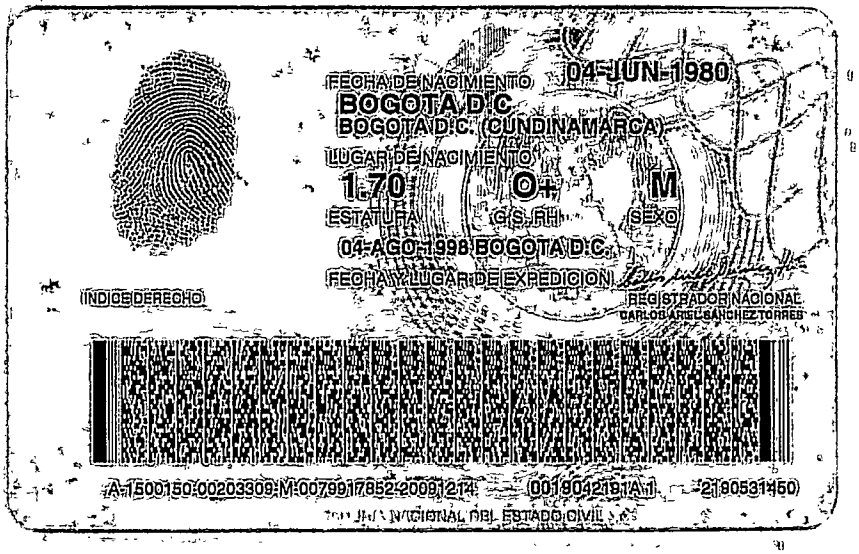
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.917.852
PLAZAS PLAZAS

APELLIDOS
DANIEL

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 04-JUN-1980
BOGOTA D.C.
BOGOTA D.C. CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70 O+ M
ESTATURA G.S.RH SEXO
04-AGO-1998 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1500150-00203309-M-0079917852-2009 1214 0019042197A 1 2180531450

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

aseo

Período facturado Aseo
ENE/01/2025 - FEB/28/2025
El servicio de aseo se factura de forma diferida

Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio
10005754

Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos
42023759113

KR 56 No. 9-17 LC 2 Ed. Torre Americas
Horario de Atención
LUNES A VIERNES 7:00 AM A 5:00 PM SABADO 9:00 AM A 1:00 PM

LIME
LIMPIEZA URBANA BOGOTÁ S.A. E.S.P.
830123461-1

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:	02	Frecuencia Recolección:	03	%Participación	0.000%

Componentes de tarifas

Costo Flo Total CFT.	Costo variable no aprovechable	Valor base aprovechamiento
105.657,75	41.283,30	152.831,36

Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$213.445	Intereses mora	$356
Subsidio	$32.017-	Ajuste a la decena -credito-	$4-

Toneladas por suscriptor mes

Barrido y limpieza	Limpieza urbana	Reciclaje del aprovechamiento
0.0026	0.0011	0.0000
Efectivamente aprovechables	Residuos no aprovechables | Aforadas - no aforadas	
0.0775	0.0360	

Histórico de vigencias cobradas

3	$156.722	2	$159.304	1 $156.941 Días facturados 59

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:D33131

BIMESTRAL

10005754
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

42023759113
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

Período facturado DIC/19/2024 FEB/15/2025

Pago oportuno MAR/21/2025

Suspensión MAR/27/2025

Fecha esperada próxima factura: MAY/16/2025

Fecha y hora de expedición factura: MAR/05/2025 07:14:54

Fecha y hora de generación factura: MAR/05/2025 11:50:03

¡Hola!

Factura a nombre de
V URICOECHEA

Dirección del predio
KR 19 2 38

Barrio: EDUARDO **Localidad:** LOS MARTIRES

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso:	**Residencial**
Estrato:	**3**
Unidades Habitacionales:	**2**
Unidades No Habitacionales:	**0**

¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambió
Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.

En este período **consumiste más agua** que en el anterior.
Abre y descubre el detalle de tu pago y consumo ↓

Entra a **www.acueducto.com.co** haz clic en Servicios al Ciudadano y obtén información de los puntos de atención, copia de la factura y realiza tu pago a través de internet.

Llámanos 110 Acueducto 110 Aseo

cadena

8385

Tu consumo en este período

En los períodos anteriores tu promedio de consumo fue 47

JUN-AGO	SEP-OCT	OCT-DIC	ÚLTIMO CONSUMO
$314.580	$321.407	$316.574	

En este período consumiste más agua que en el anterior

Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

En este período	Promedio al día
59.000	1.000

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período 623
Lectura anterior 564
Tu consumo este período 59

Facturado con Consumo Normal
Base promedio
Descargue fuente alterna 0

Datos de tu medidor

Marca ELSTER
Serie A22FA206785

Tipo VOLU015R315
Diámetro pulgadas ½

Para reducir tu consumo, recuerda:

- Ducharte en 3 minutos para reducir tu consumo
- Tener siempre un balde en la ducha para reusar el agua recogida
- Cerrar la llave al enjabonar los platos

Tu cobro en este período

Acueducto	+	Alcantarillado	+	Otros cobros	+	Aseo		Escanea y paga virtual
$200.029,76		$204.523,19		$686		$181.780		
1		2		3 4 5 6		A		
Consulta el detalle de estos cobros en las tablas numeradas de abajo						Consulta el detalle atrás		

Total ingresos del período
Ingresos que la EAAB-ESP reporta a la DIAN en el período actual

= Total a pagar $587.020

Conoce puntos de pago virtuales o presenciales al final de la página

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 92a06d144237329f6ec7543882d543589912aa942ab5b79c1b23126a03ec2f90021404da4160b69be6043d367dd5e8

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		$3.165,79	-15		$2.759-	$7.816,42		$15.632,58
Consumo residencial básico (m³)	44,00		$3.519,02	-15		$23.225-	$2.991,17		$131.611,68
Consumo residencial superior básico (m³)	15,00		$3.519,02			$0	$3.519,02		$52.785,30
Cargo fijo no residencial (mes)									
Consumo no residencial (m³)									
Subtotal						$25.984-			$200.029,76

2 Alcantarillado

	Cant.	×	Valor unitario	%	=	Aporte (+) o Subsidio (-)** Valor	Tarifa***	=	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00		$4.370,95	-15		$1.311-	$3.715,31		$7.430,00
Consumo residencial básico (m³)	44,00		$3.761,31	-15		$24.825-	$3.197,11		$140.672,64
Consumo residencial superior básico (m³)	15,00		$3.761,31			$0	$3.761,31		$56.419,65
Cargo fijo no residencial (mes)									
Consumo no residencial (m³)									
Subtotal						$26.136-			$204.523,19

* Corresponde a consumos de hasta 11 m³ mensuales (22 m³ bimestrales). ** (+) Aporte: aplica para estratos 5, 6, comercial e industrial. (-) Subsidio: aplica para estratos 1, 2 o 3.
*** La tarifa se determina a partir del valor unitario del cargo fijo o del consumo. Si aplica un subsidio, se descuenta un %; si hay un aporte, agrega un %.

Tasas ambientales

Estos valores ya están incluidos en el consumo residencial básico y superior a básico. (Ley 99 de 1993)

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m3)	$24,25	$74,77
Tarifa consumo superior a básico ($/m3)	$0,00	$97,97
Total por consumo facturado	$1.087	$4.609

El Mínimo Vital es un beneficio donde el Distrito de Bogotá brinda un apoyo económico de hasta 6 m³ mensuales (12 m³ por cada período facturado) a los usuarios residenciales de los estratos 1 y 2. (Acuerdo 927 de 2024)

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajuste a la decena	$-4-
Intereses de mora	$590
Subtotal	586

4 Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

5 Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

Deudas en estudio

Concepto	Valor
	$0
	$0
	$0
Subtotal	$0

6 Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	$0

Pagos por la página web, app y billeteras

puntopay tpaga Davivienda Nequi Claro PAY Nuálá App EAAB EAABMóvil

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

Punto de Pago puntored FARMATODO

Red CADE Consulta direcciones y horarios de atención en: www.bogota.gov.co/servicios/cades

La EAAB ESP sólo tiene convenios con los siguientes bancos: Davivienda, Scotiabank Colpatria, Caja Social, Itaú, Occidente, AV Villas, Bogotá, Sudameris y City.

Aseo
Valor a pagar
$181.780

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)420237591134(3900)000000181780

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$405.240

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)420237591139(3900)000000405240

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: 313 | MICROCHIP: 900255001724753 | FECHA: 31/03/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Simba | COLOR: Amarillo blanco

ESPECIE: CANINO __ FELINO X | SEXO: HEMBRA __ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 5 meses | PESO: 2,5Kg | POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI __ NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X | TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR __ CASERO __ CONCENTRADO X MIXTO __ OTRO __

ORIGEN: NS/NR __ RESCATADO __ COMPRADO __ ADOPTADO __ REGALADO X PERRO DE CUADRA __ OTRO __

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Oliva Beltran Galvan | DIRECCION: Cll 6BSUR 001 | TELEFONO: 3143894634

CEDULA: 53 359 698 - | CORREO ELECTRÓNICO: oliva y salome @gmail.com

BARRIO: Buenos | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: NS/NR: __ Bachiller | TIPO DE VIVIENDA: CASA __ APTO X RURAL __

3. ANAMNESIS

Reporta buen estado de salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: / HEXAVALENTE: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / RABIA:	FELINOS: TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA: /
No Aplica	No Reporta		

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI __ NO X | SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ningno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ningno

CLASIFICACION ASA: (I.) II. III. IV. V. VI. E. | CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
166 l/m	32 r/m	38,4 °c	1 seg	Rosado

OBSERVACIONES: Ningno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,12 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,25 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☑
	PROPOFOL	— ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,8 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,17 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,02 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: 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: MVM
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Ximena Moreno Ruiz Médica veterinaria M.P 45482 Universidad Nacional de Colombia	FIRMA: XMR

	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES
	HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO _X___ o RECHAZO ____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación: 52354648

Yo, _____ identificado con CC. No._____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilización y castración) de mi animal de compañía.

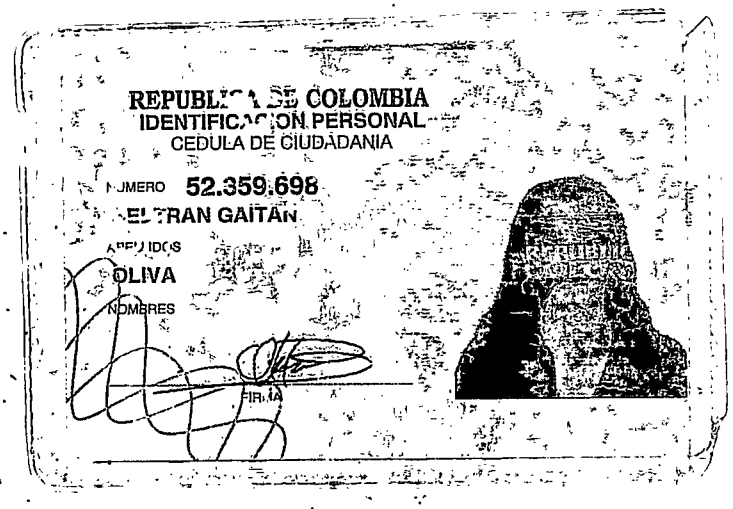
RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación:	

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

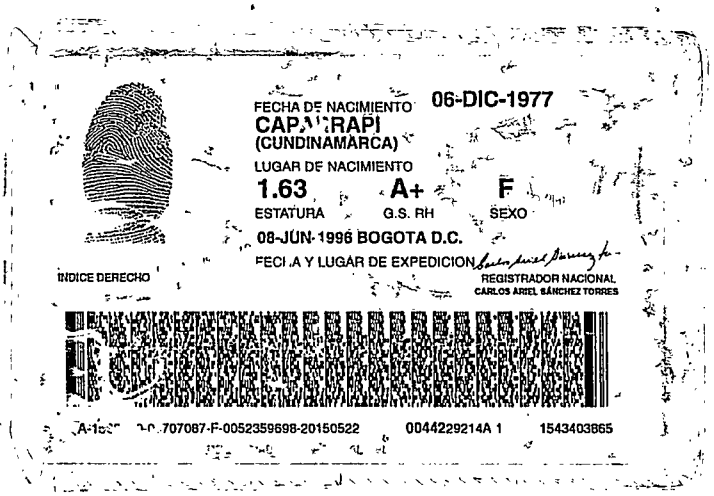
LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Maria Eugenia	15-04-2025	11:30-12:30

OBSERVACIONES:



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.359.698
ELTRAN GAITAN
APELLIDOS
OLIVA
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 06-DIC-1977
CAPARRAPI
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
08-JUN-1996 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO

A-1500707087-F-0052359698-20150522 0044229214A 1 1543403865

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:4 CICLO: F4 RUTA:F44234 BIMESTRAL

10139771
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

13810253610
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Pago 25 de Agosto. 8:30

Factura a nombre de
PEDRO ANGEL CASTILLO AMORTEGUI

Dirección del predio
CL 6B SUR 0 01

Barrio: **BUENOS** Localidad: **SAN CRISTOBAL**

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso:	**Residencial**
Estrato:	**2**
Unidades Habitacionales:	**1**
Unidades No Habitacionales:	**0**

Período facturado	DIC/24/2024	FEB/20/2025

Pago oportuno	MAR/27/2025	Suspensión	ABR/01/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
MAY/22/2025	MAR/11/2025 07:31:13	MAR/11/2025 13:58:38

¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambió
Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.

En este período **consumiste más agua** que en el anterior.
Abre y descubre el detalle de tu pago y consumo ↓

Llámanos 116 Acueducto

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 periodo consumiste más agua que en el anterior

Te explicamos **tu consumo en botellas de 1 litro**

En este período 13.000

Promedio al día 220

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este periodo 51
Lectura anterior 38
Tu consumo este periodo 13

Facturado con Consumo Normal
Base promedio
Descargue fuente alterna 0

Datos de tu medidor

Marca G2 MISURATORI
Serie 23-651990

Tipo VELO015R200
Diámetro pulgadas ½

Para reducir tu consumo, recuerda:

- Ducharte en 3 minutos para **reducir tu consumo**
- Tener siempre un balde en la ducha para **reusar el agua recogida**
- **Cerrar la llave** al enjabonar los platos

Tu cobro en este período

Acueducto	+	Alcantarillado	+	Otros cobros
$38.482,84		$34.582,93		$23.393-
1		2		3 4 5 6

Consulta el detalle de estos cobros en las tablas numeradas de abajo

Escanea y paga virtual

Conoce puntos de pago virtuales o presenciales al final de la página

Total Ingresos del período
Ingresos que la EAAB-ESP reporta a la DIAN en el periodo actual

= **Total a pagar** $49.673

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 157c4295e3bd97044ae527c648a3b5b3e5228f58e8eeecd4cae2ca7dbc0edbdd4d2a06c2060ca9a9ca26bbab4b06a53e

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS NRO. ÚNICO DE REGISTRO 1-11001000-10 EAB-ESP

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		-40		$7.357-	$6.517,47		$11.034,58
Consumo residencial básico (m³)	13,00		$3.518,02		-40		$18.299-	$2.111,41		$27.448,25
Consumo residencial superior básico (m³)	.									
Cargo fijo no residencial (mes)	.									
Consumo no residencial (m³)	.									
Subtotal							$25.656-			$38.482,84

2 Alcantarillado

	Cant.	×	Valor unitario	×	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	=	Valor	Tarifa***	=	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00		$4.370,95		-40		$3.497-	$2.622,57		$5.244,90
Consumo residencial básico (m³)	13,00		$3.761,31		-40		$19.539-	$2.256,79		$29.338,03
Consumo residencial superior básico (m³)	.									
Cargo fijo no residencial (mes)	.									
Consumo no residencial (m³)	.									
Subtotal							$23.036-			$34.582,93

* Corresponde a consumos de hasta 11 m³ mensuales (22 m³ bimestrales). ** (+) Aporte: aplica para estratos 5, 6, comercial e industrial. (-) Subsidio: aplica para estratos 1, 2 o 3.
*** La tarifa se determina a partir del valor unitario del cargo fijo o del consumo. Si aplica un subsidio, se descuenta un %; si hay un aporte, agrega un %.

Tasas ambientales
Estos valores ya están incluidos en el consumo residencial básico y superior a básico. (Ley 99 de 1993)

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m3)	$17,12	$52,78
Tarifa consumo superior a básico ($/m3)	$0,00	$87,97
Total por consumo facturado	$223	$686

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
I-ajuste a la decena	$4
D-ben. min. vital total	$25.337-
I-intereses de mora	$1.940
Subtotal	23.393-

4 Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

5 Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

10 Deudas en estudio

Concepto	Valor
	$0
	$0
	$0
Subtotal	$0

6 Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	$0

Pagos por la página web, app y billeteras
puntopay · tpaga · Davivienda · Nequi · Claro Pay · ualá · App EAAB · EAABMóvil

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados
Punto de Pago · puntored · FARMATODO

Red CADE Consulta direcciones y horarios de atención en: www.bogota.gov.co/servicios/cades

La EAAB ESP sólo tiene convenios con los siguientes bancos: Davivienda, Scotiabank Colpatria, Caja Social, Itaú, Occidente, AV Villas, Bogotá, Sudameris y City.

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$49.673

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)138102536104(3900)000000049673

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 316

MICROCHIP: Expiry-Date:2029/4/15 900255001724743

FECHA: 31/03/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: TOM

COLOR: pardo

ESPECIE: CANINO __ FELINO X | SEXO: HEMBRA __ MACHO X | RAZA criollo | EDAD 7M | PESO: 4.1 | 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: Elin Tatiana Galindo Cuchumbe

DIRECCION: Kr 17 # 8-30

TELEFONO: 3157597867

CEDULA: 1000 614 492

CORREO ELECTRÓNICO: Elmatianagalindo2000@gmail.com

BARRIO: Voto Nacional

ESTRATO: 0

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: NS/NR: BACHILLER

TIPO DE VIVIENDA: CASA __ APTO X RURAL __

3. ANAMNESIS

Reportan buen estado de salud

ULT. CELO: no aplica

ULT. DESPARASITACION: 20 DICIEMBRE

ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA:

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ____ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ningno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ningno

CLASIFICACION ASA: (I.) II. III. IV. V. VI. E.

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 170 l/m | F. RESPIRATORIA: 32 r/m | TEMPERATURA: 38,4 °c | TLLC 1 seg | MUCOSAS: Rosada

OBSERVACIONES: Ningno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,7 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.)	0,7 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,04 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ningno

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y 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: Dra. Ximena Moreno Ruiz, Médica veterinaria, M.P 45482, Universidad Nacional de Colombia — FIRMA

BOGOTÁ	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES	
	HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS	
	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM	

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO** _X___ o **RECHAZO** ____ **la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Tatiana Galindo	1006149492

Yo, _____ identificado con CC. No._____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilización y castración) de mi animal de compañía.
RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación:	

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque María Eugenia	15-04-25	11:30 - 12:30

OBSERVACIONES:

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.000.614.492

Apellidos
GALINDO CUCHUMBE

Nombres
ELIM TATIANA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.52

Sexo
F

Fecha de nacimiento
25 OCT 2000

G.S. RH
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
01 NOV 2018, BOGOTA D.C.

Firma

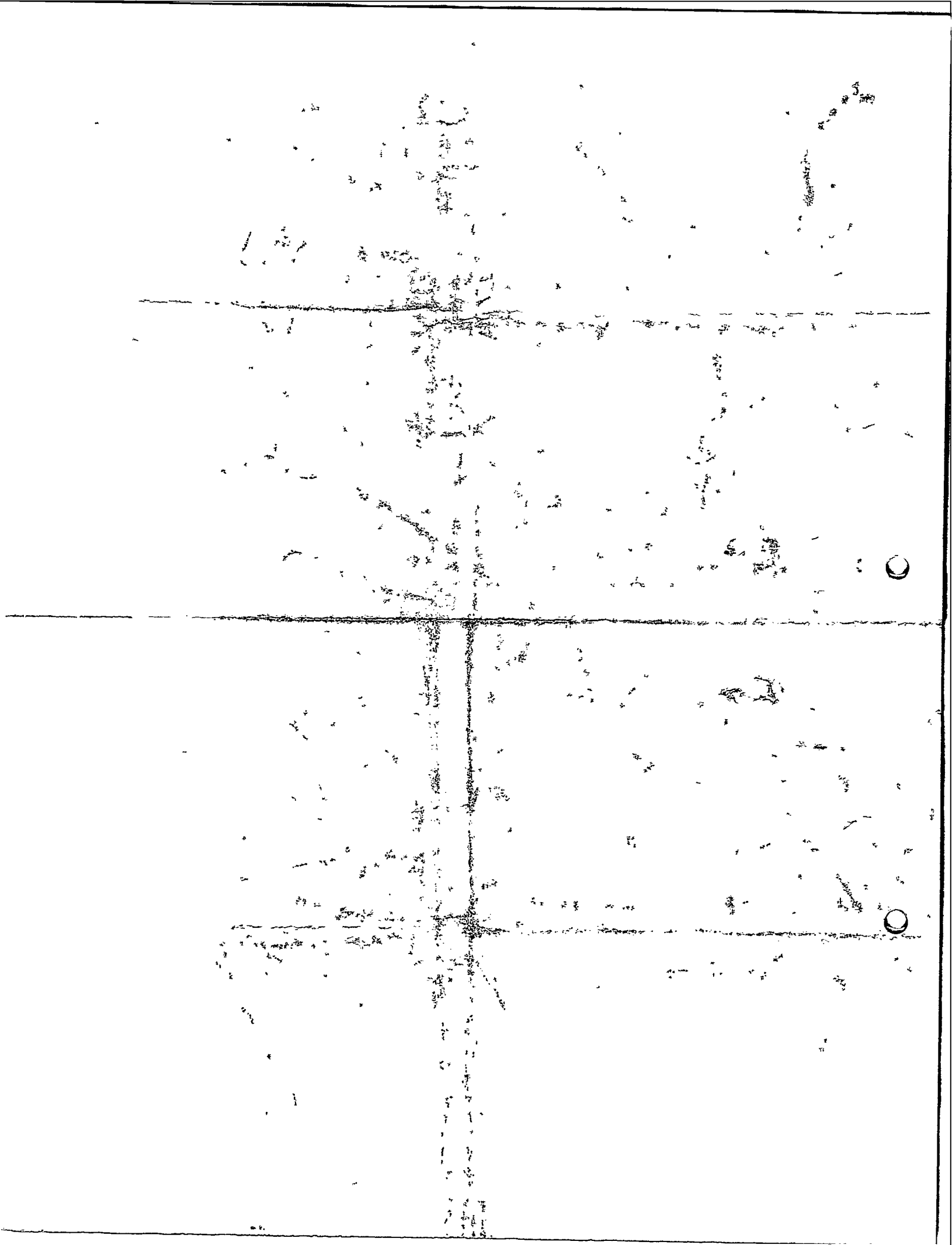
Fecha de expiración
26 JUL 2033

ICCOL028142966215001<<<<<<<<<<
0010252F3307261COL1000614492<8
GALINDO<CUCHUMBE<<ELIM<TATIANA

ICCO

028142966

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha



enel | Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-6
Calle 93 No. 13 – 45 Piso 1

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **0317437-7**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 343351208-0

CLIENTE

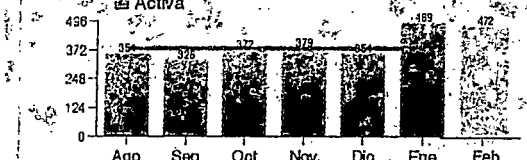
ANTONIO JESUS CARO MERCHAN
KR 17 NO 8 30
Y 38
BOGOTA, D.C. - VOTO NACIONAL

18 212 1383 / 018-4757674

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO

Activa



VALOR kWh APLICADO:	$853,92
CONSUMO DIARIO:	16,28 kWh
VALOR DIARIO:	$16.678
CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES	379 kWh

PERÍODO FACTURADO: 22 ENE/2025 A 19 FEB/2025 | DÍAS FACTURADOS: 29 | CONSUMO MES: 472 kWh

Tu lectura fue ESTIMADA. Para tener LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO presenta una queja. Es gratis. Ingresa a www.enel.com.co/pqr y escribe el consecutivo en Valores del cobro.

Tu lo cuenta Enel.

Entiende tu factura de energía.

Revisa siempre los siguientes datos

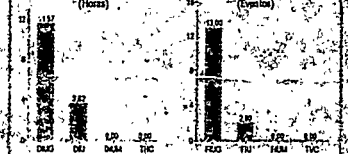
- Historico de consumo
- Periodo facturado
- Consumo kWh
- Cobro de otros servicios

Conoce más en: www.enel.com.co o escaneando este QR

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Comercial
ESTRATO:	No.
CARGA kW:	2,75
FACTOR:	1
REPARTO:	10020162121383
RUTA LECTURA:	12182120221
MANZANA DE LECTURA:	MS00110318
MEDIDOR NO:	018-4757674
MEDIDOR NO:	018-4757674

CALIDAD DEL SERVICIO



CO: 29184781 | GRUPO: 11 | HO: 0,00 | VO: 0,00 | CCC: 0,00
PERIODO: 2024-12 | DE: 234,67 | CH: 354,00000 | MO: 0,00 | MH: 1,00 | SE: 0,18

Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 038 de 2019

¿CÓMO AHORRAR SEGUROS Y A 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!

Tarifas y solicitudes	Registrate gratis
Costo de servicio en enel.com.co/es/personas/costo-de-servicio	Zona privada de la página Web
316 990 8003 (Llama Ilos o pasa Asesor)	App Enel Clientes Colombia
Enel Colombia @enelco	

ENERGÍA GENERAL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas.	601 5140065 denuncias@enel.com

DEFENSOR DEL CLIENTE
https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enel.com

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

APP Banco | Internet | Teléfono Banco | Débito Automático | Cajero Electrónico | APP Enel Clientes Colombia | Botón de Pago Online | Botón de Pago Bancolombia

Billeteras Virtual

Daviplata | MOVII | NEQUI | tpaga

Corresponsales Bancarios

CONRED | efecti | Reval | MOVIRED | Su Red Amiga | Su Red Amiga | efecty

Red Distrital

RED CADE | enel

Centros de Servicio

Almacenes de Cadena

jumbo | éxito

Código QR

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el desprendible del doblemo. 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 C/V: $75,33 Pr: $70,22 R: $12,54 Cr: $0,00 T: $853,92 Costo kWh mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: BJ18-29184781 -- NIVEL DE TENSIÓN: 1 PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por ind. Somos autoretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994; y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente, Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 9061 de 10 de diciembre de 2020.

Si 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

Fundamento 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 para ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y el Cliente. Para obtener mayor información, te invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la autorización expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo, ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención definidos por cada Empresa.

El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-6. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

Inscríbete a factura electrónica y aprovecha los beneficios.

Escanea el código

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: $48.365

FECHA GENERACIÓN: 24/02/2025 06:50:03
FECHA EXPEDICIÓN: 24/02/2025 16:09:21

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios BAG BIC - Nombre del SW: DEN Financiero - NIT 890.321.151-0

Factura Impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.086.812-

1 Total Energía	+	2 Portafolio Enel X	=	Total a Pagar	PAGO OPORTUNO	FECHA DE SUSPENSIÓN
$483.660		$0		$483.660	05 MAR./2025	07 MAR/2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 0317437-7 | PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 20 MAR /2025

Tipo de Lectura: Real — Situación encontrada: Normal

CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Diferencia de lecturas	X	Factor	=	Energía Consumida Wh	Energía Facturada Wh	X	Valor Unitario	=	Valor Facturado
ENERGÍA ACTIVA FP	52.515		52.043		472		1		472	472		$853,92		$403.051
ENERGÍA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$280,91		$0
CONTRIBUCION	APORTE DEL 20,00 % DEL VALOR FACTURADO													$80.610
ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $16.670 DIARIOS												SUBTOTAL:		$483.661

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena — SUBTOTAL: $-1

Consumos + Otros cobros asociados a energía — 1 TOTAL ENERGÍA: $483.660

Otros cobros de productos y servicios

enel

Te invitamos a consultar el detalle de tus productos y servicios a través de la APP, tu Sucursal Online en la página web o inscribiéndote a FACTURA VIRTUAL desde www.enel.com.co en la sección Personas.

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y aseo. — 2 TOTAL OTROS: $0

Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $82.702

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.

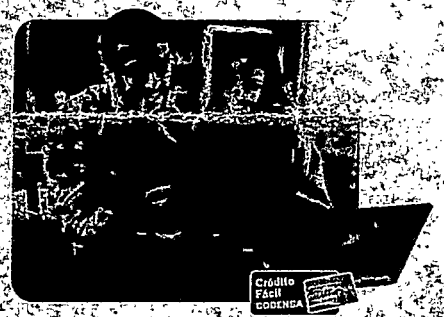
ESTIMADO CLIENTE: La tarifa final es de: $853,92

LA TARJETA DE LA CIUDAD
Crédito Fácil CODENSA

[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



®Marca registrada de The Bank of Nova Scotia, utilizada bajo licencia. Sociedad de Corretaje Establecimiento Bancario. Aprobación sujeta a políticas de la entidad.

NÚMERO DE CLIENTE
0317437-7

Documento Equivalente Electrónico No.
343351208-0

(415)7707209914253(8020)010317437734335120805(3900)00000000483660

PAGO OPORTUNO
05 MAR /2025

TOTAL A PAGAR
$483.660

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA	MICROCHIP:	FECHA:
317	900255001725457	31/03/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
	Limon	Amarillo

ESPECIE: CANINO __ FELINO X	SEXO: HEMBRA __ MACHO X	RAZA	EDAD	PESO:	POTENCIAL PELIGROSO
		Mestizo	1año	3,8Kg	SI __ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO:	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO	TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR __
SI __ NO X	SI __ NO X	CASERO __ CONCENTRADO X MIXTO __ OTRO __

ORIGEN: NS/NR __ RESCATADO __ COMPRADO __ ADOPTADO __ REGALADO X PERRO DE CUADRA __ OTRO __

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION:	TELEFONO
Maba Patricia Contreras Lopez	Kr 77 # 8-30	3222700737
CEDULA: 52241729	CORREO ELECTRÓNICO: patriciacontreras608@icloud.com	
BARRIO: Vola Nacional	ESTRATO: 0	LOCALIDAD: LOS MARTIRES
ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __	

3. ANAMNESIS

Reporta buen estado de salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR __ CANINOS PARVO:	TRIPLE: — PENTAVALENTE: —
No Aplica	Marzo 25	FELINOS: TRIPLE FELINA: / HEXAVALENTE: LEUCEMIA: /	PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: — RABIA: Nov 24

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI __ NO X	SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ningno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ningno

CLASIFICACION ASA: (I.) II. III. IV. V. VI. E. CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
168 l/m	34 r/m	38,3 °c	1 seg	Rosada

OBSERVACIONES: Ningno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,19 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,38 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.)	0,26 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	FIRMA
Mónica Velázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	MVM
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	FIRMA
Dra. Ximena Moreno Ruiz Médica veterinaria M.P 45482 Universidad Nacional de Colombia	XMR

	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES
	HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO _X___ o RECHAZO ____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación: 52241729

Yo, _____ identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilización y castración) de mi animal de compañía.

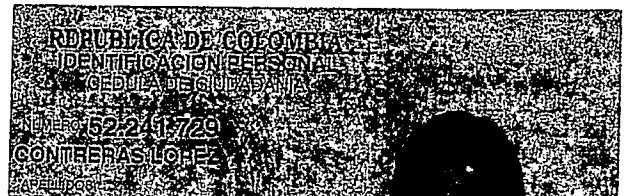
RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación:	

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Maria Eugenia	15-04-2025	11:30 - 12:30pm

OBSERVACIONES:


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
52.241.729
CONTRERAS LOPEZ
MELBA PATRICIA

FECHA DE NACIMIENTO 14-FEB-1978
SAN JUAN DE RIOSECO
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
22-ABR-1996 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

enel | Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-6
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

Para pagos y consultas tu número de cliente es: 0317437-7

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 24331208-0

CLIENTE

ANTONIO JESUS CARO MERCHAN
KR 17 NO 8 30
Y 38
BOGOTA, D.C., - VOTO NACIONAL

18 212 1383 / 018-4757674

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO

PERIODO FACTURADO:	22 ENE 2025 A 18 FEB 2025
DIAS FACTURADOS:	28
CONSUMO MES:	72 kWh
VALOR KWH FACTURADO:	$ 553,02
CONSUMO DIARIO:	2,6 kWh
VALOR DIARIO:	$ 1.437

LECTURA DE TU MEDIDOR Y CONSUMO [illegible] www.enel.com.co

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

Conoce más en www.enel.com.co o escaneando este QR

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

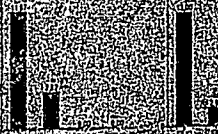
CLASE DE SERVICIO:	Comercial
ESTRATO:	4
CARGA kW:	6,75
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	100021821213B3
RUTA LECTURA:	12182120221
MANZANA DE LECTURA:	MS00410319
MEDIDOR NO:	018-4757674
MEDIDOR NO:	018-4757674

USO SEGURO DE LA ENERGÍA

Es importante que apagues por completo todos los dispositivos que no vas a usar, si no se pueden apagar, te recomendamos configurarlos en modo ahorro de energía.

CALIDAD DEL SERVICIO

DURACIÓN INTERRUPCIONES



CONTÁCTANOS

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá y Cundinamarca (601) 915 115	115	601 6140056

SUSCRIPTORES CLIENTE

¿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

Baloto Virtual: PIN · Monto

Corresponsales Bancarios: CONRED · efecty · Red Gaval · MOVIRED · Supergiros

Red Disutel: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Jumbo

Pago Código QR

Si pagas en un corresponsal bancario, exigir el desprendible del datáfono. El sello del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.

Inscríbete a factura electrónica* y aprovecha los beneficios.

Escanea el código

Comparte la emoción de tu energía a millones de personas. Puedes realizar tus donaciones en: www.enelxtodo.com.co/es sección "Comparte la energía" Aporte sugerido $49.365

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: | Vigencia: ENE/2025

G: $350,49 T: $56,03 D: $260,91 CV: $75,33 PR: $70,22 TR: $12,54 CT: $0,007 $825,30 / kWh

GRUPO: 11 CIRCUITO: BJ18-7914(RT01) - NIVEL DE TENSIÓN: PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 [illegible]

015 DE 1909.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de reclamos previstos en la Ley [illegible]

Información comunicate al (601) 5 115 116, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio [illegible]

resolución No 9001 de 10 de diciembre de 2020.

Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa dentro de los [illegible]

Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley [illegible]

En cumplimiento de la resolución CREG150/11 consultar www.creg.gov.co

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, este Sistema de Medición [illegible] Empresa [illegible] sus usuarios. Para obtener mayor información, le invitamos a consultarlas en nuestra página Web www.enel.com.co o a través de nuestra línea de atención [illegible] 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. Cualquier [illegible] por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo, ENEL COLOMBIA S.A. ESP no se responsabiliza por el servicio [illegible] 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 de ENEL COLOMBIA S.A. ESP [illegible]

de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 22/02/2025 08:50:03

FECHA EXPEDICIÓN: 24/02/2025 16:09:21

1 Total Energía $483.660 + 2 Portafolio Enel X $0 = Total a Pagar $483.660

PAGO OPORTUNO 05 MAR 2025

FECHA DE SUSPENSIÓN 06 MAR 2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 0317437-7

FECHA LÍMITE PAGO OPORTUNO: 20 MAR 2025

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual									
ENERGÍA ACTIVA FP	52.616									
ENERGÍA REACTIVA										$0
CONTRIBUCIÓN	20.00 % APORTE DEL 20.00 % DEL VALOR FACTURADO									
ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE TE COSTÓ $483.681									SUBTOTAL	$483.681

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena

SUBTOTAL

1 TOTAL ENERGÍA: $483.660

Otros cobros de productos y servicios

enel x

Productos y servicios disponibles para los clientes de Enel Colombia

2 TOTAL OTROS: $0

Con... + Otros cobros asociados a energía

Tenga en cuenta la fecha del PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la fecha de SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Pago parcial y cargo acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión se realiza de 5 a 7 días

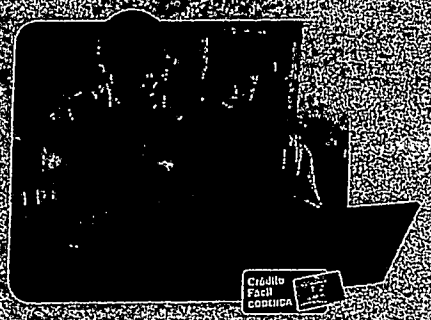
Información sobre el tratamiento de datos personales: Crédito Fácil CODENSA PAGO OPORTUNO: datos en el marco de la relación con usted, la cual se realiza soporte legal en las bases de tratamiento financiera y cobro por parte del comercio. El no suministrar los datos y/o realizar gestión de cobro

ESTIMADO CLIENTE: La tarifa final es de: $653,92

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



NÚMERO DE CLIENTE
0317437-7

Documento Equivalente Electrónico No.
343351208-0

(415)7707209991253(8020)010317437734335120 80(3900)000000000483660

PAGO OPORTUNO
05 MAR 2025

TOTAL A PAGAR
$483.660

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 318

MICROCHIP: 900255001725454

FECHA: 31/03/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: SANCOCHO

COLOR: GRIS BLANCO.

ESPECIE: CANINO __ FELINO X SEXO: HEMBRA __ MACHO X RAZA MESTIZO EDAD 2A PESO: 3.9 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: Arnellys Caroling Calatayu

DIRECCION: cl 9 # 17-44

TELEFONO: 3273330391

CEDULA: 1126585

CORREO ELECTRÓNICO: IEGOGaina@Gmail.com.

BARRIO: Vda Nacional

ESTRATO: 0

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: NS/NR: __ TECNICO BACHILLER

TIPO DE VIVIENDA: CASA __ APTO X RURAL __

3. ANAMNESIS

Reporta buen estado de salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: __ CANINOS PARVO:	TRIPLE:	PENTAVALENTE:
NO APLICA	20 SEP	FELINOS: TRIPLE FELINA: / HEXAVALENTE: / LEUCEMIA: /	PARAINFLUENZA Y BORDETELLA:	RABIA: X 20 JULIO.

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	38,6 °c	1 seg	Rosadas

OBSERVACIONES: NINGNO

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,19 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,38 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.)	0,26 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 Vc:ázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Ximena Moreno Ruiz Médica veterinaria M.P 45482 Universidad Nacional de Colombia	FIRMA

BOGOTÁ	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM	

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO _X___ o RECHAZO ____ la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO
Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Arnulfo C	1026585

Yo, _____ identificado con CC. No._____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilización y castración) de mi animal de compañía.
RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación:	Firma:

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque María Eugenia	15-04-2025	11:30 - 12:30 pm

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA

PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

No. 1126585

COL

CALATAYU
APELLIDOS

ARNELLYS CAROLINA
NOMBRES

VEN F
NACIONALIDAD SEXO

20809980
DNI Nro.

07-10-1988
FECHA DE NACIMIENTO

28-01-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO

VISIBLE

FIRMA

INDICE DERECHO

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria.

Juan Francisco Espinosa Palacios
Director General de Migración Colombia

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL1126585<<2<<<<<<<<<<<<<<<
8810078F3105308VENE0438075<<<3
CALATAYU<<ARNELLYS<CAROLINA<<<

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: **0310861-5**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 343386833-3

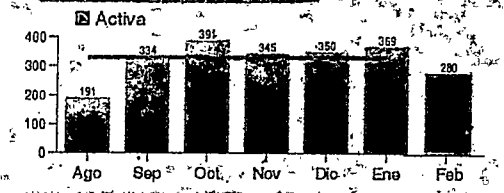
CLIENTE

EUDORO MAHECHA
CL 9 NO 17 44
CONT EN 17 50
BOGOTA, D.C. - VOTO NACIONAL

18 208 2688 / 074-2950532

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $353,92

CONSUMO DIARIO: 9,66 kWh

VALOR DIARIO: $9.894

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 330 kWh

PERIODO FACTURADO: 22 ENE/2025 A 19 FEB/2025

DIAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES: 280 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:	Comercial
ESTRATO:	0
CARGA kW:	5,16
FACTOR:	
RUTA REPARTO:	100021820826B6
RUTA LECTURA:	12182080265
MANZANA DE LECTURA:	MS004103231
[illegible]OR NO:	074-2950532
[illegible]DOR NO:	074-2950532

USO SEGURO DE LA ENERGÍA

Es importante que apagues por completo todos los dispositivos que no vas a usar, si no se pueden apagar te recomendamos configurarlos en modo ahorro de energía.

CALIDAD DEL SERVICIO

CC: 29117781 | GRUPO: 11 | HC: 0,00 | VC: 0,00 | CEC: 0,00
PERIODO: 202412 | DI: 224,07 | CI: 260,00000 | MC: 0,00 | MF: 1,20 | SE: 0,19
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 025 de 2019

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes
Centro de servicio en
315 800 6003 (Elena Bot o paso Asesor)
Enel Colombia @enelClientesCO
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas	601 5140055 denuncias@enel.com

DEFENSOR DEL CLIENTE
https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enel.com

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

APP Banco · Internet · Teléfono Banco · Débito Automático · Cajero Electrónico · APP Enel Clientes Colombia · Botón de Pago Online · Botón de Pago Bancolombia

Billeteras Virtual

Daviplata · MOVII · NEQUI · tpaga

Corresponsales Bancarios

CONRED · efecty · Gi Reval · MOVIRED · portalred

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 acto del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: ENE/2025
G: $358,49 T: $58,03 D: $890,91 · CV: $75,33 · PR: $70,22 R: $12,94 · CE: $0,00 / $563,92 *Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: BHS-2911TR1 - NIVEL DE TENSION: 1 PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mt. 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, línea de Bogotá al 01 8000 912 115; o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 9061 de 10 de diciembre de 2020.

Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio.

Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994

En cumplimiento de la resolución CREG 15011 consultar www.enel.com.co

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, te invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por [illegible] 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 [illegible] reportes, por favor diríjase a los canales de atención definidos por cada Empresa.

El [illegible] 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 [illegible]os Públicos Domiciliarios.

Comparte lo mejor de ti en Navidad a quienes lo necesitan:
Puedes realizar tus donaciones en:
www.enelxstore.com/co/es sección "Comparte mi energía"
Aporte sugerido: $28.691

FECHA GENERACIÓN: 24/02/2025 06:49:34
FECHA EXPEDICIÓN: 24/02/2025 13:55:13

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.096.812-

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFacturero - NIT 890.321.151-0

0310861-5 | 0310861-5 | 0310861-5 |

1 Total Energía $286.920

2 Portafolio Enel X $40.200

= Total a Pagar $327.120

PAGO OPORTUNO 05 MAR /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN 07 MAR/2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA 0310861-5

PRÓXIMA FECHA DE LECTURA 20 MAR /2025

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Diferencia de lecturas	×	Factor	=	Energía Consumida kWh	Energía Facturada kWh	×	Valor Unitario	=	Valor Facturado
ENERGIA ACTIVA FP	75.067		74.787		280		1		280	280		$853,92		$239.098
ENERGIA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$280,91		$0
CONTRIBUCION	APORTE DEL 20,00 % DEL VALOR FACTURADO													$47.820
ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $9.894 DIARIOS												SUBTOTAL		$286.918

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena $2

SUBTOTAL $2

1 TOTAL ENERGÍA $286.920

Otros cobros de productos y servicios

Asistencia Protección Luz 360 $23.500

COBRO SEGUROS $16.700

enelx

Te invitamos a consultar el detalle de tus productos y servicios a través de la APP, tu Sucursal Online en la página web o inscribiéndote a FACTURA VIRTUAL desde www.enel.com.co en la sección Personas.

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y aseo

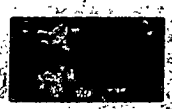
2 TOTAL OTROS: $40.200

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, esto lo cual se realiza reporte negativo a las bases de información Financiera y cobro por gastos de cobranza si la mora supera 15 días y se realiza gestión de cobro.

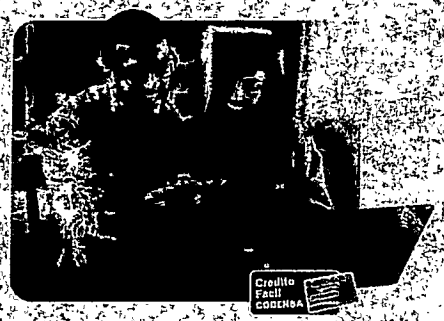
ESTIMADO CLIENTE: La tarifa final es de: $853,92

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.

Solícitala 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 0310861-5

Documento Equivalente Electrónico No. 343386833-3

(415)7707209914253(8020)010310861534338683333(3900)00000000327120

PAGO OPORTUNO 05 MAR /2025

TOTAL A PAGAR $327.120

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 319

MICROCHIP: 900255001724829

FECHA: 31/03/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA X COMUNIDAD __

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Ailino.

COLOR: Amarillo Blanco.

ESPECIE: CANINO __ FELINO X | SEXO: HEMBRA __ MACHO X | RAZA: MESTIZO | EDAD: SM | PESO: 2.3 | 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: Maria Stella Rodriguez Castellanos

DIRECCION: Kr 18B #6-35 P12

TELEFONO: 3125713363

CEDULA: 39 796 958

CORREO ELECTRÓNICO: ailinmariarodriguez@gmail.com

BARRIO: La Estanzuela

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: NS/NR: QUINTO

TIPO DE VIVIENDA: CASA __ APTO X RURAL __

3. ANAMNESIS

Reporta buen estado de salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: __ CANINOS PARVO:	TRIPLE:	PENTAVALENTE:
NO APLICA	NOVIEMBRE 30	FELINOS: TRIPLE FELINA: 30 DICIEMBRE	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	34 r/m	38,6 °c	1 seg	Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,11 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,23 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☑
	PROPOFOL	— ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,8 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,16 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,02 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_x_ RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Mónica Vázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Ximena Moreno Ruiz Médica Veterinaria M.P 45482 Universidad Nacional de Colombia	FIRMA

BOGOTÁ	ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM	

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO** _X___ o **RECHAZO** ____ **la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía.** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO
Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor: Mercia 8/6/26.	Nro de Identificación: 39796958

Yo, _____ identificado con CC. No._____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilización y castración) de mi animal de compañía.
RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación:	Firma:

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
Parque Maria Eugenia	15-04-2025	11:30-12:30 pm

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

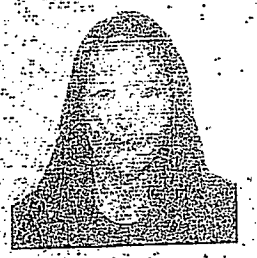
NUMERO 39.796.958

RODRIGUEZ CASTELLANOS

APELLIDOS

MARIA STELLA

NOMBRES



FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 30-MAR-1969

MONIQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

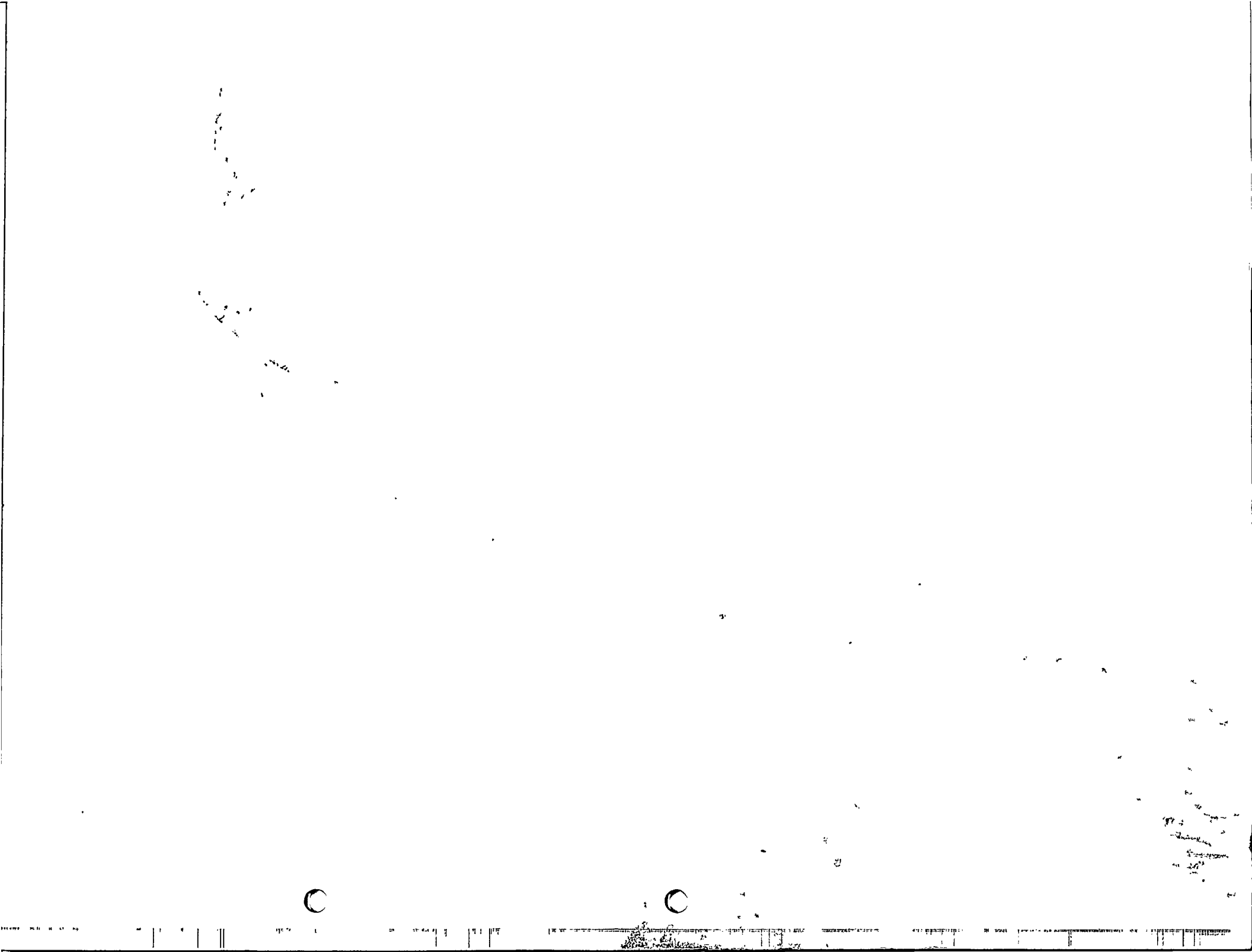
1.58 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

19-DIC-1988 USME
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

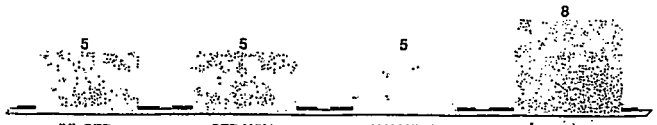
INDICE DERECHO

A-1500150-00098825-F-0039796958-20081016 0004491939A 1 25724489



Tu consumo en este período

En los períodos anteriores **tu promedio de consumo fue** 5



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

136

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período 1281
Lectura anterior 1273
Tu consumo este período 8

Facturado con Consumo Normal
Base promedio
Descargue fuente alterna 0

Datos de tu medidor

Marca IBERCONTA
Serie 09015IB019703

Tipo VELO015C
Diámetro pulgadas ½

Para reducir tu consumo, recuerda:

- Ducharte en 3 minutos para reducir tu consumo
- Tener siempre un balde en la ducha para reusar el agua recogida
- Cerrar la llave al enjabonar los platos

Tu cobro en este período

1 Acueducto	+	2 Alcantarillado	+	3 4 5 6 Otros cobros	+	A Aseo
$39.561,74		$33.007,38		$0		$53.070

Consulta el detalle de estos cobros en las tablas numeradas de abajo — Consulta el detalle atrás

Escanea y paga virtual

Conoce puntos de pago virtuales o presenciales al final de la página

Total ingresos del período
Ingresos que la EAAB-ESP reporta a la DIAN en el período actual

= **Total a pagar** $125.640

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): d54823e85169d585729b29f5ec19779119c68220b670bb51d8bbe08ed379e92583f0100232f23fecfb73231e122e816

Detalle de tu consumo este bimestre

1 Acueducto

	Cant.	× Valor unitario	×	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	= Valor	Tarifa***	= Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$9.195,79		-15	$2.759-	$7.816,42	$15.632,58
Consumo residencial básico (m³)	8,00	$3.519,02		-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-	$3.715,31	$7.430,90
Consumo residencial básico (m³)	8,00	$3.761,31		-15	$4.514-	$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)	$24,25	$74,77
Tarifa consumo superior a básico ($/m3)	$0,00	$67,97
Total por consumo facturado	$194	$598

El Mínimo Vital es un beneficio donde el 1er mes de pago brinda un apoyo económico en el consumo mensuales (12 m³ por cada periodo facturado) a los usuarios residenciales de los estratos 1 y 2.

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, apps y billeteras

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

Red CADE Consulta direcciones y horarios de atención en: www.bogota.gov.co/servicios/cades

La EAAB ESP sólo tiene convenios con los siguientes bancos: Davivienda, Scotiabank Colpatria, Caja Social, Itaú, Occidente, AV Villas, Bogotá, Sudameris y City.

Aseo
Valor a pagar
$53.070

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)110696339122(3900)000000053070

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)110696339128(3900)000000072570

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS NRO. ÚNICO DE REGISTRO 1-11001000-10 EAB-ESP

Costo Fijo Total CFT.	Costo variable no aprovechable	Valor base aprovechamiento
32.554,48	12.723,20	152.831,36

Componentes de tarifas

Frecuencia Barrido:	06	Frecuencia Recolección:	06	%Participación	0.000%
Und. Res. Desocupada:	000	Und. No Res. Desocupada:	000	Volumen	0.00
Und. Res. Ocupada:	1	Und. No Res. Ocupada:	0	Densidad	0.000
Tipo de productor RESIDENCIAL				Estrato	3

Datos del usuario

KR 58 No 9-17 LC 2 Ed. Torre Americas
Horario de Atención
LUNES A VIERNES 7:00 AM A 5:00 PM SABADO 9:00 AM A 1:00 PM

LIMPIEZA METROPOLITANA S.A. E.S.P.
830122861-1

A. Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$62.434	Ajuste a la decena -anterior-	$1
Subsidio	$9.365-		

Subsidio (-)	15%	Valor Aseo	$53.070
Aporte (+)	00%	Total Ingresos del periodo	$53.070
Inmediato - deuda total		Ingreso que Aseo reporta a la DIAN en el periodo actual	

Toneladas por suscriptor mes

Barrido y limpieza	Limpieza urbana	Rechazo del aprovechamiento
0.0026	0.0011	0.0000

Efectivamente aprovechables	Residuos no aprovechables | Aforadas - no aforadas
0.0578	0.0380

Historico de vigencias cobradas

3	2	1	Días liquidados
$53.610	$52.779	$56.698	64

La tarifa incluye subsidio o aporte*

Período facturado Aseo
FEB/01/2025 - MAR/26/2025

El servicio de aseo se factura de forma bimestral

Cuenta contrato 11289278
Núm. de identificación de este predio

Número para pagos 11069633912
Número de esta factura de servicios públicos

aseo

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Para el reparto ZONA:3 CICLO: K3 RUTA:K33416

BIMESTRAL

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá-ESP
NIT. 899.999.094 - 1
Responsabilidades fiscales del emisor: Gran contribuyente; Autoretenedor

Natasha Avendaño García
Representante Legal

11289278
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

11069633912
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de
MANUEL A PUERTO S

Dirección del predio
KR 18B 6 35 PI 2

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**

Período facturado	ENE/07/2025	MAR/06/2025

Pago oportuno	ABR/09/2025	Suspensión	ABR/14/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
JUN/03/2025	MAR/26/2025 07:01:02	MAR/26/2025 13:23:54

¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambió
Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.

En este 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.

ANEXO 2

HISTORIAS CLINICAS ESTERILIZACION 09.04.25

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

RETIRO DE PUNTOS Y SEGUIMIENTO

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CPS-322-2024

FECHA: 28 DE Febrero 2025

JORNADA REALIZADA EL DIA: 17-11-02-125

BARRIO DONDE RETIRAN LOS PUNTOS Eduardo Santos

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

LUGAR: Eduardo Santos

PROFESIONAL RETIRA PUNTOS: Monica Velásquez TP: 117804

Nº MICROCHIP	NOMBRE Y APELLIDO DEL PROPIETARIO TENEDOR	TELEFONO	NOMBRE DEL PACIENTE	ESPECIE		OBSERVACIONES	FIRMA
				CANINO	FELINO		
990000012131801	William Moreno	3155240857	Pituto	M			William Moreno
990000013802940	William Moreno	3155240857	Comino	M			William Moreno
990000013799197	Juan Benites	3164317353	Mono		M		
—	—	—	—	—	—	—	—
990000012131866	Rodolfo mesa	3228117335	Marina	H			Rodolfo
990000012131814	Yiset Gomez	3115519925	Iceball	H			Yiset G.
990000012131733	Daniela Hoyos	3146544468	Amaro	M			
990000012131819	Karen Bejarano	3105789548	Morita		M		Karen Bejarano
990000013799185	katherin jimenez	3042150487	laza		H		Katherin J.
990000012131704	Santiago Olaya	3015139163	Hila		H		Santiago Olaya
990000012131807	Andy Rodriguez	3212223102	Sirius		M		Cindy Rodriguez
990000013794556	Yuliana Sarmiento	3115733232	Zira		H		Yuliana S.
990000013799199	miguel Ruiz	3102051037	Max	M			Maicol Ruiz.
990000012131731	Ana García	3505425413	Tells		M		Ana Isabel García
990000012131813	Alicia Duque	3117919100	luna		H		
990000012131740	Diana otalbo	3134386112	Macarena	H			Daniel Otalvo.
990000013794546	julian ibañez	3208817134	Lupe		H		