ALCALDÍA LOCAL DE LOS MÁRTIRES | BOGOTÁ | FUNDACIÓN FCODES

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

RETIRO DE PUNTOS Y SEGUIMIENTO

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CPS-322-2024

FECHA: 13/02/25 | LOCALIDAD: LOS MARTIRES

JORNADA REALIZADA EL DIA: 31/01/25 | LUGAR: Parque Oscar

BARRIO DONDE RETIRAN LOS PUNTOS Parque Oscar | PROFESIONAL RETIRA PUNTOS: Mónica Velásquez TP: 11804

Nº MICROCHIP	NOMBRE Y APELLIDO DEL PROPIETARIO TENEDOR	TELEFONO	NOMBRE DEL PACIENTE	ESPECIE		OBSERVACIONES	FIRMA
				CANINO	FELINO		
900000012136780	Carolina Piñero	3232504372	Mafa	H			
900000012129078	Jhirly Caldera.	3229132868	Milo	H			
900000012136767	Sandra Rivera	3212163115	Oreo		M		
900000012129071	Carolina Luna	3008134194	Max	M			
900230043217796	Fernando Moreno	3102547277	Bella	H			
900233004321779.	Carmen Flecha	3138919992	Yamilo		M		
900233004321761	Yaret García	3229089102	Pity	M			
900233004321783	Yaret García	3229080402	Toby	M			

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

PLANILLA DE REGISTRO - ESTERILIZACIONES

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CPS-322-2024

LOCALIDAD: LOS MARTIRES | BARRIO: | JORNADA: S.C. La favorita

FECHA: 09 (Abril) 2025 | OPERADOR: FUNDACION ECODES

NÚMERO MICROCHIP	TIPO DE TENEDOR	ESTRATO	NOMBRE	APELLIDO	CC	SEXO: MUJER	SEXO: HOMBRE	SEXO: INTERSEXUAL	LGBTI	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
990000012130600	P	0	Luis Manuel	Lopez Rubio	79735 512		Y								Y	310202 4211	manuel opez2u 1075@ gmail.com	Kr 75 Bis # 6A - 54	Kira	Y			Y		
990000012130583	C	2	Wuilmer Antonio	Gutierrez Cuellar	16 695 388		Y								Y	314458 3419	314458 3419@ sincorreo com	Kr 79 # 78-46 IN2	Kira	Y			Y		
990000012130587	C	2	Fernando	Serrano Ospina	79 565 115		Y								Y	312379 7340	312379 7340@ sincorreo com	DG 18 Bis # 16A - 45	Kira	Y			Y		
990000012130596	C	2	Fernando	Serrano Ospina	79 565 115		Y								Y	312379 7340	312379 7340	DG 18 Bis # 16A - 45	Chispi	Y			P		
990000012130588	C	3	Martha Cecilia	Correa Correa	52 061 788	Y									Y	321366 8180	ccms9 lud@ hotmail com	DG 76 Bis # 17-39	Samanta	Y			Y		
900255001724093	C	2	Luz Mila	Agreda Jacanamijoy	52 440 110	Y									Y	320945 5109	luzmila agreda 66@gmail. com	DG 18 Bis # 16A - 45	Princesa	Y			Y		
900255001724091	Ceo	1	Omar Yesid	Gallo Pulido	80 881 733		Y								Y	323231 9815	323231 9815@ sincorreo com	Kr 77 # 69-07	Niña	Y			P	V	
900255001724088	C	2	Kenji Giuseeppe	Osorio Contreras	1070 229 046		Y								Y	301587 0035	kgiuse eppe@ gmail. com	CL 77 # 75-63 IN 11	Benjy	Y			P		
900255001724098	C	2	Naomis Justinis	Torres Rodriguez	31 474 762	X									Y	311824 6668	311824 6668@ sincorreo com	CL 77 # 76B-45 AP 301	Lucy	Y			Y		
990000012130748		2	Juan Pablo	Hurtado Diaz	7026 588 104		Y									323794 3046	Juanpg d19x@ hotmail com	Kr 76 # 17-25	Luna	Y			Y	V	

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 320

MICROCHIP: 990000012130600

FECHA: 09/04/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA X COMUNIDAD __

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Kira.

COLOR: Amarillo Negro

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

RAZA: Mestizo

EDAD: 1 año

PESO: 20 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: Luis Manuel Lopez Rubio

DIRECCION: Kr 15 B 13 # 6A-54

TELEFONO: 3102029211

CEDULA: 79735512

CORREO ELECTRÓNICO: manuellopezrub1075@gmail.com

BARRIO: La Estanzuela

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: Bachiller

NS/NR: __

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO: NO Sabe.

ULT. DESPARASITACION: NO Sabe.

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: 121 l/m

F. RESPIRATORIA: 32 r/m

TEMPERATURA: 38,4 °c

TLLC 1 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	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 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

Ramona 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: 74735512 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: S.C. La Favorita	FECHA: 23-04-20	HORA: 11:30 - 12:30 pm

OBSERVACIONES:

FECHA DE NACIMIENTO 01-ENE-1975
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
25-ENE-1993 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00597011-M-0079735512-20140709 0039140523A 1 1302964782

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.735.512
LOPEZ RUBIO
APELLIDOS
LUIS MANUEL
NOMBRES

FIRMA

Bogotá

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

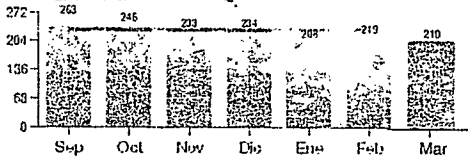
0316618-2

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 346887554-0

ABRAHAM NEIRA G
KR 15 BIS NO 6 A 54
BOGOTA, D.C. - LA ESTANZUELA

18 212 1767 / 117-11320

Activa

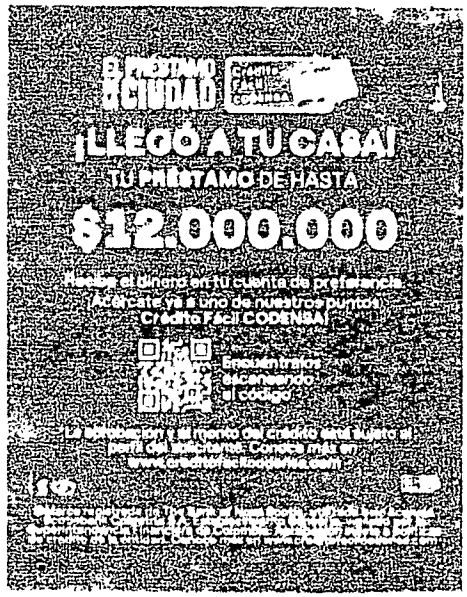


VALOR kWh APLICADO
$843,71

CONSUMO DIARIO:
7,24 kWh

VALOR DIARIO:
$7.332

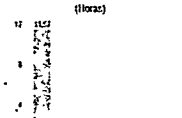
PERÍODO FACTURADO:	DÍAS FACTURADOS:	CONSUMO MES
20 FEB/2025 A 20 MAR/2025	29	210 kWh



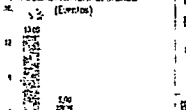
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Comercial
ESTRATO:	0
CARGA kW:	1,42
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10002182121767
RUTA LECTURA:	12182130082
MANZANA DE LECTURA:	MS00410404
MEDIDOR NO:	117-11320
MEDIDOR:	117-11320

DURACIÓN INTERRUPCIONES (Horas)



FRECUENCIA INTERRUPCIONES (Eventos)



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

¡CONTÁCTANOS!

Registrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia
316 830 6000 Opción Bot o pasa Asesor
Enel Colombia
@EnelClientesCO

SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Opción 1 las 24 horas	601 5140055

https://www.enel.com.co/es/personas/Peticiones-quejas-y-reclamos.html
defensor@enel.com

Provisión Tecnológica Conexión Robótica y Semovientes SAS BIC Nombre del SW: CEN-nacional - NIT 900.221.151-0

MEDIOS DE PAGO Y PUNTOS DE RECAUDO

Medios Virtuales de Pago

APP Banco | Internet Banco | Teléfono Banco | Débito Automático | Cajero Electrónico | APP Enel Clientes Colombia | Botón de Pago Online | Botón de Pago Banca Móvil

Corresponsales Bancarios: CONRED, efécil, Reval, MOVIRED, efecty

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio

Almacenes de Cadena: Alkosto, Ktronix

Código QR

Sistema Virtual

PSE, Tpaga

Compra 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: $21.261

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

G: $361,70 T: $48,85 D: $272,98 CV: $76,38 PR: $69,09 R: $12,90 CF: $0,00 / $843,71 Costo kWh Mes

GRUPO: TI CIRCUITO: SAN CRISTOBAL - NIVEL DE TENSIÓN: PROPIEDAD, Empresa

ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercializacion de Energia Electrica Tarifa 1*,04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1998.

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

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

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

En cumplimiento de la resolución CREG15/11 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 autorizado, 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 00:16:59
FECHA EXPEDICIÓN: 25/03/2025 16:24:12

Factura Impresa por Operador de Facturación SAS NIT 800.069.057

0000000000

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 321

MICROCHIP: 990000012130583

FECHA: 08/04/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Kira

COLOR: Blanco Cafe

ESPECIE: CANINO X FELINO __ SEXO: HEMBRA X MACHO __ RAZA Mestizo EDAD 2 años PESO: 18Kg POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Wilmer Antonio Gutierrez Cuellar

DIRECCION: Kr 19 # 18-46 INT 2

TELEFONO: 3144583419

CEDULA: 16 695 388

CORREO ELECTRÓNICO: 3144583419@sincorreo.com

BARRIO: La favorita ESTRATO: 2

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: NS/NR: __ Primaria

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: / FELINOS: TRIPLE FELINA: / HEXAVALENTE: / LEUCEMIA: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / RABIA: /
Oct 25	Marzo 25	

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI __ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 116 l/m | F. RESPIRATORIA: 32 r/m | TEMPERATURA: 38,2 °c | TLLC 1 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,9 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	1,8 ml.	5 mg/kg IV ☑ 10 mg/kg IM ☐
	PROPOFOL	3,6 ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	6,3 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1,2 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,18 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

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:
WILMER GUTIERREZ CUELLAR	16695388

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:
S-C La favorita	23-04-25	11:30 - 12:30 pm

OBSERVACIONES:

CEDULA DE IDENTIDAD

V 16.695.388

MF108
Dante Rivas
Director

APELLIDOS GUTIERREZ CUELLAR

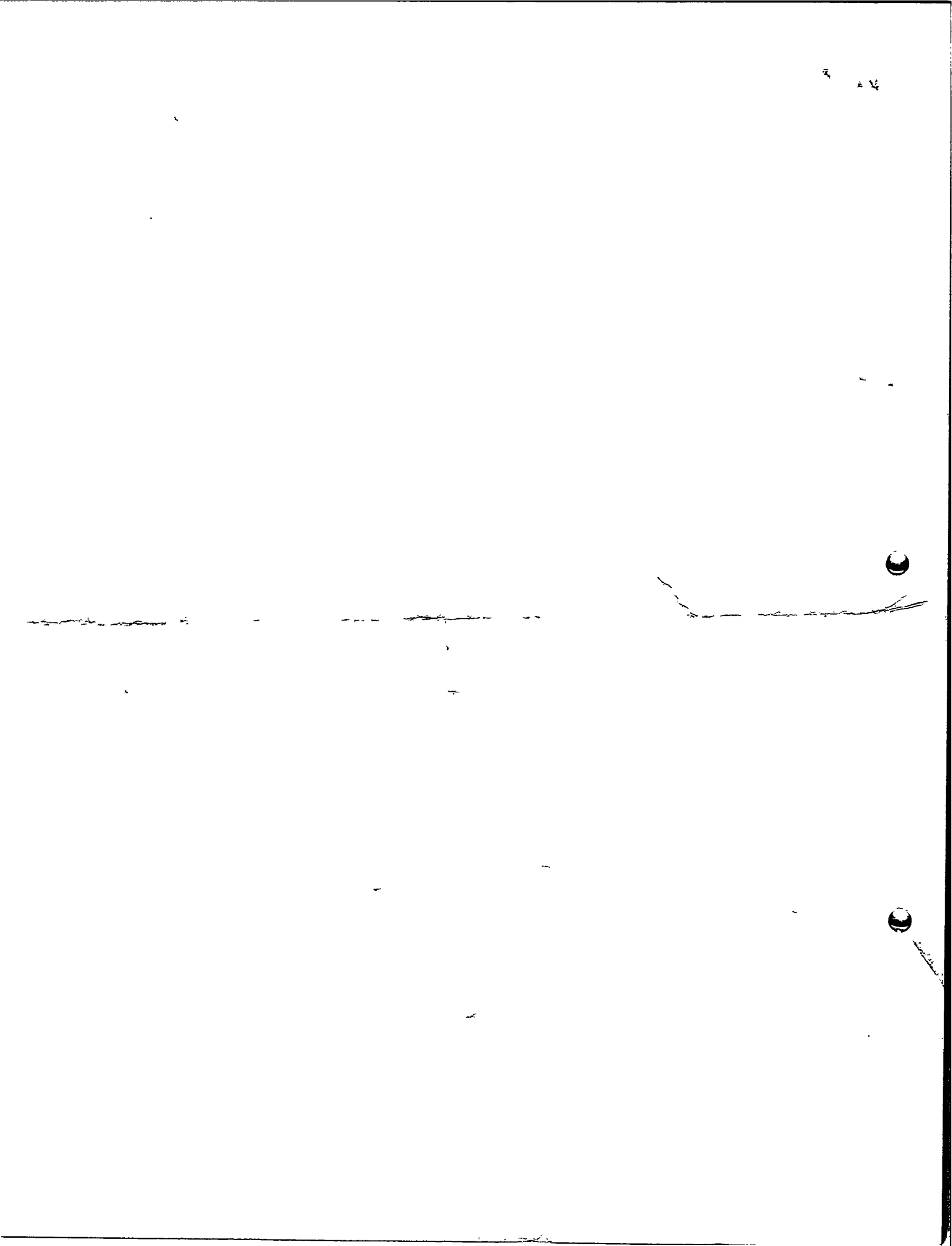
NOMBRES WUILMER ANTONIO

Wuilmer A Gutierrez C

05/09/1984 SOLTERO
F. NACIMIENTO ESTADO CIVIL

24/08/2018 03/2028
F. EXPEDICION F. VENCIMIENTO

VENEZOLANA



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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA:3 CICLO: N3 RUTA:N33526 BIMESTRAL

10598972
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

11763741318
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de
MARTINEZ MARTINEZ

Dirección del predio
KR 19 18 46 IN 2

Barrio: **LA FAVORITA** Localidad: **LOS MARTIRES**

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Período facturado	ENE/14/2025	MAR/13/2025

Pago oportuno **ABR/16/2025** Suspensión **ABR/23/2025**

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
JUN/10/2025	**ABR/02/2025 06:31:55**	**ABR/02/2025 15:15:50**

¡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 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.

Tu consumo en este período

En los períodos anteriores **tu promedio de consumo fue** 15

15	15	15	18
JUL-SEP $81.198	SEP-NOV $81.276	NOV-ENE $81.803	ÚLTIMO CONSUMO

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
18.000	305

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período 1341
Lectura anterior 1323
Tu consumo este período 18

Facturado con Consumo Normal
Base promedio
Descargue fuente alterna 0

Datos de tu medidor

Marca IBERCONTA
Serie 07015IB104597

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
$49.039,94		$45.867,48		$25.334-		$40.280
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** $109.853

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

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 13aa2b7[illegible]

Detalle de tu consumo este bimestre

	1 Acueducto						2 Alcantarillado*					
	Cant.	× Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	= Valor	Tarifa***	= Total (Tarifa del Ciclo)	Cant.	× Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	= Valor	Tarifa***	= Total (Tarifa del Ciclo)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$9.195,79	-40	$7.357-	$9.517,47	$11.034,58	2,00	$4.370,95	-40	$3.497-	$2.522,57	$5.244,00
Consumo residencial básico (m³)	18,00	$3.519,02	-40	$25.337-	$2.111,41	$38.005,36	18,00	$3.761,31	-40	$27.081-	$2.256,79	$40.622,58
Consumo residencial superior básico (m³)	.						.					
Cargo fijo no residencial (mes)	.						.					
Consumo no residencial (m³)	.						.					
Subtotal				$32.694-		$49.039,94				$30.578-		$45.867,48

* 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	$308	$950

El Mínimo Vital es un beneficio donde el Distrito de Bogotá brinda un apoyo económico de hasta 6 m³ mensuales (12 m³ por cada período facturado) a los usuarios residenciales de los estratos 1 y 2. (Acuerdo 937 de 2024)

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
I-ajuste a la decena	$3
D-bon. mín. vital total	$25.337-
Subtotal	25.334-

4 Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

5 Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

1 Deudas en estudio

Concepto	Valor
	$0
	$0
	$0
Subtotal	$0

6 Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	$0

Pagos por la página web, app y billeteras

puntopagos · tpaga · DaviPlata · Nequi · Claro PAY · ualá · dale · Alp 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, Itau, Occidente, AV Villas, Bogotá, Sudameris y Citi.

Aseo
Valor a pagar
$40.280

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 cual corresponde al valor de acueducto y cual al valor de aseo

(415)7707200489996(8020)117637413180(3900)000000040280

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$69.573

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)117637413184(3900)000000069573

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:
322	990000012130587	08/04/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:				COLOR:
Kira				Barcino Claro

ESPECIE: CANINO X FELINO __	SEXO: HEMBRA X MACHO __	RAZA	EDAD	PESO:	POTENCIAL PELIGROSO
		Mestizo	7 meses	13 Kg	SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION:	TELEFONO
Fernando Serrano Aspina	D6 18 Bis #16 A 45	3123797340
CEDULA: 79 565 115	CORREO ELECTRÓNICO: 3123797340@sincorreo.com	
BARRIO: La favorita	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: LOS MARTIRES
ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __	

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

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

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	32 r/m	38,4 °c	1 seg	Rosada

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y 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:
Fernando Serrano O	79565115

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.

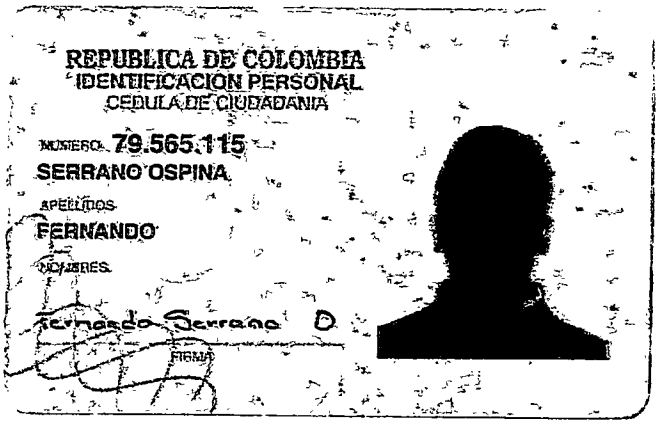
RAZÓN:

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

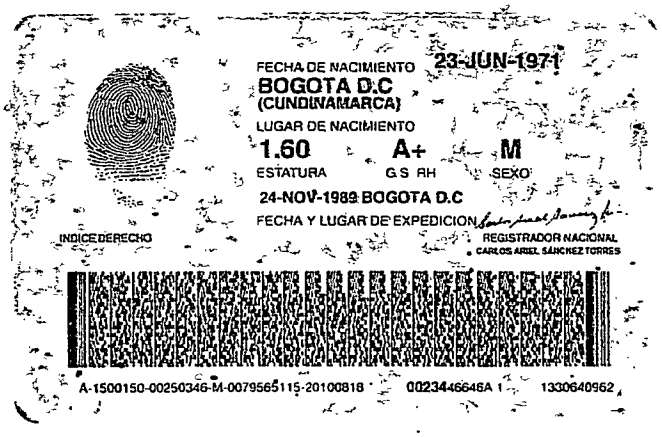
LUGAR:	FECHA:	HORA:
SC La favorita	23-04-25	11:30 - 12:30 pm

OBSERVACIONES:



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.565.115
SERRANO OSPINA
APELLIDOS
FERNANDO
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 23-JUN-1971
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 A+ M
ESTATURA G.S RH SEXO
24-NOV-1989 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO

A-1500150-00250346-M-0079565115-20100818 0023446646A 1 1330640962

acueducto

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: N3 RUTA: N33530 BIMESTRAL

10042044
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

40711686614
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de

M L DE GUARIN

Dirección del predio

DG 18 BIS 16A 45

Barrio: **LA FAVORITA** Localidad: **LOS MARTIRES**

Dirección de correspondencia

Periodo facturado	ENE/14/2025	MAR/13/2025

Pago oportuno	ABR/16/2025	Suspensión	ABR/23/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
JUN/10/2025	ABR/02/2025 06:31:34	ABR/02/2025 15:24:30

Datos adicionales del predio

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

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

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

Llámanos 116 Acueducto 110 Aseo

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

cadena.

5045

86551 42632 1/2

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 323 | MICROCHIP: 990000012130596 | FECHA: 09/04/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Chispi | COLOR: Gris Negro

ESPECIE: CANINO X FELINO __ | SEXO: HEMBRA X MACHO __ | RAZA Mestizo | EDAD 1año | PESO: 10Kg | 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: Fernando Serrano Osping | DIRECCION: DG 18 Bis #16A-45 | TELEFONO 3123797340

CEDULA: 79 565 115 | CORREO ELECTRÓNICO: 3123797340@sincorreo.com

BARRIO: la favorita | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: LOS MARTIRES

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

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud.

ULT. CELO: Dic 24 | ULT. DESPARASITACION: N.R | ULT. VACUNACION: NS/NR: __ CANINOS: PARVO: / TRIPLE: PENTAVALENTE: / FELINOS: TRIPLE FELINA: / HEXAVALENTE: / LEUCEMIA: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / RABIA: /

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 120 l/m | F. RESPIRATORIA: 31 r/m | TEMPERATURA: 38,4 ºc | TLLC 1 seg | MUCOSAS: Rosada

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y 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	Ximena Moreno Ruiz Médica veterinaria M.P. 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:
Fernando Serrano O	79 565 115

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:
S.C La favorita	23-04-25	11:30 - 12:30 pm

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.565.115
SERRANO OSPINA
APELLIDOS
FERNANDO
NOMBRES

Fernando Serrano D
FIRMA

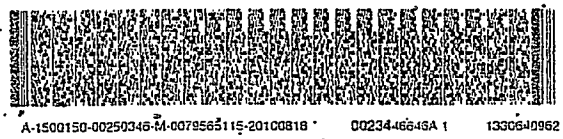
FECHA DE NACIMIENTO 23-JUN-1971
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 A+ M
ESTATURA G.S RH SEXO

24-NOV-1989 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00250346-M-0079565115-20100818 0023446646A 1 1330640962

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: N3 RUTA: N33530 BIMESTRAL

10042044
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

4071168614
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de
M L DE GUARIN

Dirección del predio
DG 18 BIS 16A 45
Barrio: LA FAVORITA Localidad: LOS MARTIRES

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Periodo facturado	ENE/14/2025		MAR/13/2025
Pago oportuno	ABR/16/2025	Suspensión	ABR/23/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
JUN/10/2025	ABR/02/2025 06:31:34	ABR/02/2025 15:24:30

¡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 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.

5045

86551 42632 1/2

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA	MICROCHIP:	FECHA:
324	990000012130588	09/04/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:						
Samanta					COLOR: Dorado	
ESPECIE: CANINO X FELINO __	SEXO: HEMBRA X MACHO __	RAZA Golden Retriever	EDAD 4 años	PESO: 25 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
Martha Cecilia Correa Correa	06 1ª Bis #17-39	3213668180
CEDULA: 52 061 788	CORREO ELECTRÓNICO: ccmsalud@hotmail.com.	
BARRIO: Eduardo Santos	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: LOS MARTIRES
ESCOLARIDAD: Técnico en Sistemas NS/NR: __	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __	

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: __ CANINOS PARVO:	TRIPLE:	PENTAVALENTE:
10 diciembre 2024	5 abril 2025	FELINOS: TRIPLE FELINA:	HEXAVALENTE:	PARAINFLUENZA Y BORDETELLA:
			LEUCEMIA:	RABIA:

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: sobrecondicion corporal

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

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

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Andres Quiroga Médico Veterinario TP. 34839	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Xiuvena 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:
	52061788

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:
SC Lafayette	23-04-25	11:30 - 12:30 pm

OBSERVACIONES:

Paciente presenta sobre condicion corporal 3,5|5, se explican los riesgos y responsable acepta y prosigue a procedimiento.
Paciente presenta hemorragia a nivel abdominal durante procedimiento quirurgico, se mantiene en observacion hasta el cierre de la jornada, paciente sale estable, alerta y constantes fisiologicas parametros normales, se envia formula medica y recomendaciones postquirurgicas

Andres Quiroga
Médico Veterinario
TP. 34839

52061788

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

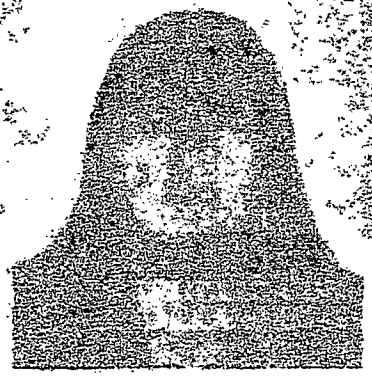
NUMERO 52.061.788

CORREA CORREA

APELLIDOS

MARTHA CECILIA

NOMBRES



FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 17-OCT-1971

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 B+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

28-SEP-1990 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00126382-F-0052061788-20081110 0005869112A 1 1510021418

Bogotá

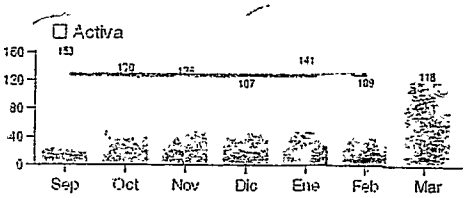
0307770-5

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 347048563-1

ANTONIO HERNANDEZ
DG 1 G BIS NO 17 39
BOGOTA, D.C. - EDUARDO SANTOS

19 204 4025 / 018-19417307



VALOR kWh APLICADO
$843,71

CONSUMO DIARIO:
4,07 kWh

VALOR DIARIO:
$2.913

PERÍODO FACTURADO:
21 FEB/2025 A 21 MAR/2025

DÍAS FACTURADOS: 29

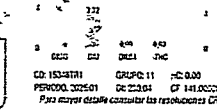
CONSUMO MES.
118 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

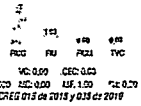
CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	3,06
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10002192044025
RUTA LECTURA:	12192040067
MANZANA DE LECTURA:	MS00410517
MEDIDOR NO:	018-19417307
MEDIDOR NO:	018-19417307

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

DURACIÓN INTERRUPCIONES (Horas)



FRECUENCIA INTERRUPCIONES (Eventos)



CD: 153-18781 GRUPO: 11 HD: 0,00 HC: 0,00 CEC: 0,03
PER000-202501 DE: 22,04 CF: 141,00220 AIC: 0,00 UE: 1,00 FE: 0,70
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 015 de 2018

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 | Nequi | Tpaga

Corresponsales Bancarios | Red Efectivo | Red Digital

CON | efecty | Reval | RED CADE | Baloto | Efecty

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

Internet y redes sociales: enel.com.co/personas/soporte-y-atencion | Puntos de pago gratis
Chat con asistencia en enel.com.co/personas/enel-te-atiende | Zona privada de la página Web
218 250 6003 (Bogotá Ext 0 para Asesor)
Enel Colombia | @EnelClientesCO | App Enel Clientes Colombia

Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115 | 115 Gratuito las 24 horas | 601 5140055 defensoria@enel.com

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

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: FEB/2025
G: $251,70 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: CAV27-1523TR1- - NIVEL DE TENSION:1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tasa 11,04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCION CREG 015 DE 1999.
Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP Somos grandes contribuyentes según resolución No 5061 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 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 recaudados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención señalados por esta Empresa.
El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A E.S.P. NIT. 860.063.875-6. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

CUDE: 8146615bda280bb1c2f101677ae6b1a99989d5c5662330cc0e1679f2530cdd2fc0005b1c80d3940b6b24f4f3056e8935

FECHA GENERACIÓN: 26/03/2025 03:08:20
FECHA EXPEDICIÓN: 26/03/2025 18:24:17

04 ABR/2025

$84.627 $105.573 $190.200 08 ABR/2025

0307770-5 23 ABR /2025

Tipo de Lectura: Real Situación encontrada: Normal

ENERGÍA ACTIVA FP	45.005	44.977	113	1	118	116	$843,71	$99.557
ENERGÍA REACTIVA	0	0	0	0	0	0	$272,93	$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh X		Valor kWh $843,7057 X		Beneficio -15,00 %			-$14.934
ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $2.918 DIARIOS							SUBTOTAL:	$84.623

Ajustes a la decena	$1	COBRO SEGUROS	$16.900
SUBTOTAL:	$1	Tarj.Créd. Franquicia	$88.673

$84.627 $105.573

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 $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
0307770-5

Documento Equivalente Electrónico No.
347048563-1

(415)7707209914253(8020)010307770534704856 31(3900)00000000190200

PAGO OPORTUNO
04 ABR /2025

TOTAL A PAGAR
$190.200

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA	MICROCHIP:	FECHA:
325	900255001724093	09/04/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
	Princesa	Blanco Negro.

ESPECIE: CANINO X FELINO __	SEXO: HEMBRA X MACHO __	RAZA	EDAD	PESO:	POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X
		Mestizo	8 meses	13Kg	

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
Luz Mila Agreda Jacanamijoy	Db 18 Bis #16A-45	3209455109

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
52 440 110	lurmilaagreda66@gmail.com

BARRIO:	ESTRATO:	LOCALIDAD: LOS MARTIRES
La favorita	2	

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

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: __ CANINOS PARVO: / HEXAVALENTE: / TRIPLE: — PENTAVALENTE: —	FELINOS: TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: — RABIA: Oct 24
N.R	N.R		

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	0,7 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	1,3 ml.	5 mg/kg IV ☑ 10 mg/kg IM ☐
	PROPOFOL	2,6 ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	4,5 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,9 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,13 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: 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	Andrea Moreno Ruiz Médica veter M.P. Universi	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:
Luzmila Agudelo Jaramillo	52440110

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:
SC La Favorita	23-04-25	11:30 - 12:30 pm

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO: 52.440.110

AGREDA JACANAMIJOY

APELLIDOS

LUZ MILA

NOMBRES

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 09-AGO-1974

MEDELLIN
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

21-AGO-1996 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
HERNAN PENAGOS GIRALDO

ÍNDICE DERECHO

A-1500150-01452729-F-0052440110-20240716 0140971817A 1 8512192011

ESTADO CIVIL

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: N3 RUTA: N33530 BIMESTRAL

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

10042044
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

4071686614
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Período facturado ENE/14/2025 MAR/13/2025

Pago oportuno ABR/16/2025 Suspensión ABR/23/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
JUN/10/2025	ABR/02/2025 06:31:34	ABR/02/2025 15:24:30

Factura a nombre de
M L DE GUARIN

Dirección del predio
DG 18 BIS 16A 45
Barrio: LA FAVORITA Localidad: LOS MARTIRES

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

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

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

Llámanos [illegible] 1 0 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.

5045

86551 42632 1/2

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA	MICROCHIP:	FECHA:
326	900255001724088	09/04/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
	Benjy	Barcino Claro

ESPECIE: CANINO X FELINO __	SEXO: HEMBRA X MACHO __	RAZA: Mestizo	EDAD: 1 año	PESO: 16 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
Kenji Giuseeppe Osorno Contreras	Cl 17 # 15-63 IN 11	3015870035

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
1010 229 046	kgiuseeppe@gmail.com

BARRIO: La favorita	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: LOS MARTIRES

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

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: __ CANINOS PARVO: HEXAVALENTE: TRIPLE: — PENTAVALENTE: — PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: — RABIA: Oct-24 FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA:
Marco 25	N.R	

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

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

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la 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	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:
KENI OSORIO	1010229046

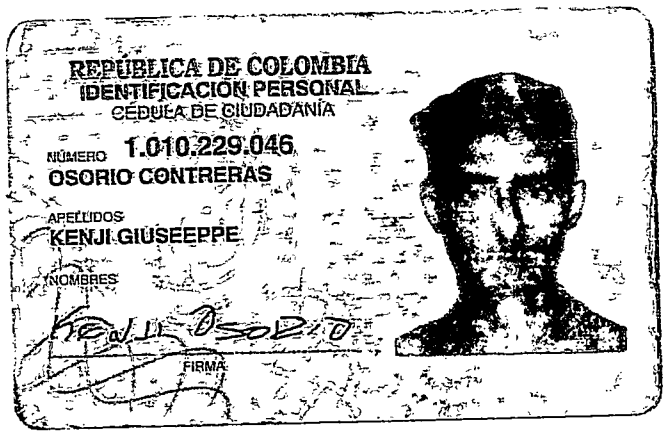
Yo, _____ identificado con CC. No._____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilización y castración) de mi animal de compañía.
RAZÓN:

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
SC La Favorita	23-04-25	11:30 - 12:30 pm

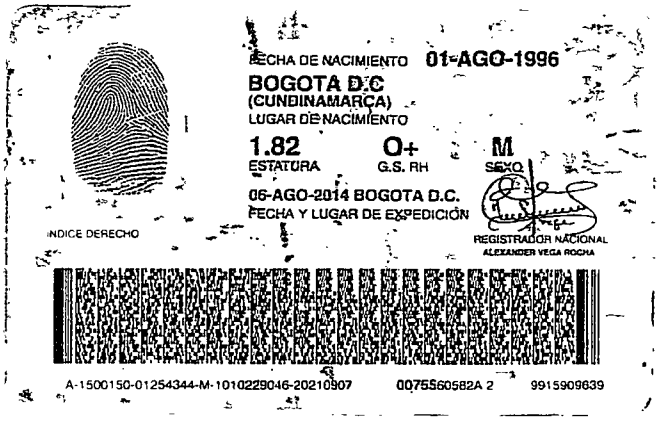
OBSERVACIONES:



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.010.229.046
OSORIO CONTRERAS
APELLIDOS
KENJI GIUSEEPPE
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 01-AGO-1996
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.82 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
06-AGO-2014 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01254344-M-1010229046-20210907 0075560582A 2 9915909639

NO ES BASURERO

Bota la basura en la caneca, no en la calle.

Denuncia en

aseo

Período facturado Aseo
FEB/01/2025 - MAR/31/2025
El servicio de aseo se factura de forma bimestral

Cuenta contrato Núm. de identificación de este predio	Número para pagos Número de esta factura de servicios públicos
10036645	11071174616

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

Datos del usuario

Tipo de productor	PEQUEÑO PRODUCTOR		Estrato	2	
Und. Res. Ocupadas:	1	Und. No Res. Ocupadas:	Densidad	2	0.200
Und. Res. Desocupadas:	000	Und. No Res. Desocupadas:	Volumen	000	0.00
Frecuencia Barrido:	06	Frecuencia Recolección:	%Participación	06	0.000%

Componentes de tarifas

Costo Fijo Total CFT.	Costo variable no aprovechable	Valor base aprovechamiento
106.234,74	84.119,32	152.831,36

A Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$67.161	Interés mora	$155.665
Aseo pequeño productor	$178.598	Ajuste a la decena -credito-	$1-
Subsidio	$26.865-	Dev.cobro no autoriz	$67-
Aporte	$89.299		
Deuda Vigencias anterior	$6.322.540		

Subsidio (-)	40%	Valor Aseo	$6.726.330
Aporte (+)	50%	Total Ingresos del periodo	$4.638.857
Informativo - deuda total		Ingreso que Aseo reporta a la DIAN en el corte 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	
0.0533	0.1031	

Histórico de vigencias cobradas

3	$288.555	2	$284.898	1	$302.691	Días liquidados 59

---

acueducto
BOGOTÁ

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: N3 RUTA: N33529 BIMESTRAL

10036645 Cuenta contrato Núm. de identificación de este predio	11071174616 Número para pagos Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de
MEJIA INT 11 MEJIA INT 11

Dirección del predio
CL 17 15 63 IN 11

Barrio: **LA FAVORITA** Localidad: **LOS MARTIRES**

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Período facturado	ENE/14/2025	MAR/13/2025
Pago oportuno	Inmediato	Suspensión Inmediato

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
JUN/10/2025	ABR/02/2025 06:31:22	ABR/02/2025 15:23:29

¡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.

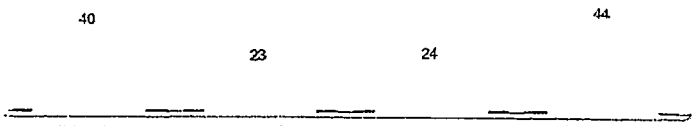
En este período **consumiste más agua** que en el anterior.
Abre y descubre el detalle de tu pago y consumo ↓

Llámanos 110 Aseo

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

Tu consumo en este período

En los períodos anteriores tu promedio de consumo fue 29



En este periodo consumiste más agua que en el anterior

Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

En este período 44.000

Promedio al día 746

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este periodo 2310
Lectura anterior 2266
Tu consumo este periodo 44

Facturado con Consumo Normal
Base promedio
Descargue fuente alterna 0

Datos de tu medidor

Marca ITRON AQUADIS COMPOSITE
Serie A17S216832

Tipo VELC015R160
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
$134.904,46	+	$137.643,54	+	$5.623.626	+	$6.786.330
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 periodo
Ingresos que la EAAB-ESP reporta a la DIAN en el periodo actual

= Total a pagar $12.682.503

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 70133263db0d4b708eea92851242cea2d29e58970fea2d0cab237428e0d1798aaa32c366d37f1bd58df89e6be6cb8f4

Detalle de tu consumo este bimestre

Acueducto

	Cant.	×	Valor unitario	×	Aporte (+) o Subsidio (-)* %	Valor	Tarifa**	=	Total
Cargo fijo residencial (mes)	2,00		$9.195,79		-40	$7.357-	$5.517,47		$11.034,58
Consumo residencial básico (m³)	22,00		$3.519,02		-40	$30.967-	$2.111,41		$46.451,44
Consumo residencial superior básico (m³)	22,00		$3.519,02			$0	$3.519,02		$77.418,44
Cargo fijo no residencial (mes)	.								
Consumo no residencial (m³)	.								
Subtotal						$38.324-			$134.904,46

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		$5.244,99
Consumo residencial básico (m³)	22,00		$3.761,31		-40	$33.099-	$2.256,79		$49.649,82
Consumo residencial superior básico (m³)	22,00		$3.761,31			$0	$3.761,31		$82.748,82
Cargo fijo no residencial (mes)	.								
Consumo no residencial (m³)	.								
Subtotal						$36.596-			$137.643,54

* Corresponde a consumos de hasta 31 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 (S/m3)	$17,12	$52,78
Tarifa consumo superior a básico (S/m3)	$0,00	$87,97
Total por consumo facturado	$377	$3.097

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
Resolución cra 936/20	$0
Ajuste a la decena	$3
Intereses de mora	$83.250
Subtotal	$83.253

4 Saldos anteriores

Concepto	Valor
Deuda anterior	$5.540.373
Subtotal	$5.540.373

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
$6.786.330

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 cual corresponde al valor de acueducto y cual al valor de aseo.

(415)7707200489996(8020)110711746169(3900)000006786330

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$5.896.173

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. (Esto pago solo podrá efectuarse en Bancos y Red CADE, no podrá efectuarse en un corresponsal bancario).

(415)7707200485271(8020)110711746162(3900)000005896173

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS NRO. ÚNICO DE REGISTRO **:1301000-10 EAAB-ESP

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 327

MICROCHIP: 900255001724098

FECHA: 09/04/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Lucy

COLOR: Amarillo, Crema

ESPECIE: CANINO X FELINO __ SEXO: HEMBRA X MACHO __ RAZA Mestizo EDAD 1año PESO: 31 Kg POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Naomis Justinis Torres Rodriguez

DIRECCION: CL 77 # 16B-45 AP 301

TELEFONO: 3118246668

CEDULA: 31474762

CORREO ELECTRÓNICO: 3118246668@emcorreo.com

BARRIO: La Favorita

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: NS/NR: __ Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA __ APTO X RURAL __

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO: Marzo 25

ULT. DESPARASITACION: N.R

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI __ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ningno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ningno

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

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 118 l/m

F. RESPIRATORIA: 31 r/m

TEMPERATURA: 38,2 °c

TLLC 1 seg

MUCOSAS: Rosada

OBSERVACIONES: Ningno

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 [X] 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: 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
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:
Yasmin	31.474.762

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:
SC La Favorita	23-04-25	11:30 - 12:30 pm

OBSERVACIONES:

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
CEDULA DE IDENTIDAD
V 31.474.762
099
Dante Rivas
Director
APELLIDOS TORRES RODRIGUEZ
NOMBRES NAOMIS JUSTINIS
FIRMA TITULAR
06/11/2003 SOLTERA
F. NACIMIENTO EDO CIVIL
09/08/2015 08/2025
F. EXPEDICION F. VENCIMIENTO
VENEZOLANO

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
CEDULA DE IDENTIDAD
V 31.474.762
099
Dante Rivas
Director
APELLIDOS TORRES RODRIGUEZ
NOMBRES NAOMIS JUSTINIS
FIRMA TITULAR
06/11/2003 SOLTERA
F. NACIMIENTO EDO CIVIL
09/08/2015 08/2025
F. EXPEDICION F. VENCIMIENTO
VENEZOLANO

NO ES BASURERO

BOGOTÁ

Bota la basura en la caneca, no en la calle.

Denuncia en

aseo

Período facturado Aseo
FEB/01/2025 - MAR/31/2025
El servicio de aseo se facturó de forma bimestral

Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio
10014845

Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos
11763719413

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

Datos del usuario

Tipo de producto	RESIDENCIAL	Estrato	2
Und. Res. Ocupada:	1	Und. No Res. Ocupada:	0
Und. Res. Desocupada:	000	Und. No Res. Desocupada:	000
Frecuencia Barrido:	06	Frecuencia Recolección:	06
Densidad	0.000		
Volumen	0.00		
%Participación	0.000%		

Componentes de tarifas

Costo Fijo Total CFT.	Costo variable no aprovechable	Valor base aprovechamiento
35.411,58	13.281,10	152.831,36

A Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$67.161	Conceptos credito	$1-
Subsidio	$26.855-	Ajuste a la decena -credito-	$4-
		Dev.cobro no autoriz	$11-

Substio (-)	40%	Valor Aseo	$40.240
Aporte (+)	00%	Total ingresos del periodo	$40.232
Informativo - deuda total		Ingreso que Aseo reporta a la DIAN en el periodo actual	

Toneladas por suscriptor mes

Barrido y limpieza	Limpieza urbana	Rechazo del aprovechamiento
0.0026	0.0011	0.0000

Efectivamente aprovechables | Residuos no aprovechables | Aforadas - no aforadas
0.0533 0.0363

Histórico de vigencias cobradas

3	$37.521	2	$36.935	1	$39.694	Días liquidados 59

La tarifa incluye subsidio o aporte.

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: N3 RUTA: N33529 BIMESTRAL

10014845
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

11763719413
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

Período facturado	ENE/14/2025	MAR/13/2025
Pago oportuno	ABR/16/2025	Suspensión ABR/23/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
JUN/10/2025	ABR/02/2025 06:31:16	ABR/02/2025 15:18:57

¡Hola!

Factura a nombre de
ANA DELIA PABON HUERTAS

Dirección del predio
CL 17 16B 45 AP 301

Barrio: **LA FAVORITA** Localidad: **LOS MARTIRES**

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

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

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

Llámanos [illegible] 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** 19

22 20 15 25

JUL-SEP	SEP-NOV	NOV-ENE	ÚLTIMO CONSUMO
$111.493	$102.940	$81.803	

En este período consumiste más agua que en el anterior

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

En este período 25.000

Promedio al día 424

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período 242
Lectura anterior 217
Tu consumo este período 25

Facturado con Consumo Normal
Base promedio
Descargue fuente alterna 0

Datos de tu medidor

Marca ELSTER
Serie A22FA178012

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
$68.043,08		$66.178,65		$25.338-		$40.280
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** $149.163

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

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 8e86891a5f918a9d9f74ac6a59b97e8764205c594320542d94f47d85f8914f9c84443f10b994abf764acf3ab69ee4c3

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-	$5.517,47		$11.034,58
Consumo residencial básico (m³)	22,00		$3.519,02	-40		$30.967-	$2.111,41		$46.451,44
Consumo residencial superior básico (m³)	3,00		$3.519,02			$0	$3.519,02		$10.557,06
Cargo fijo no residencial (mes)	-								
Consumo no residencial (m³)	-								
Subtotal						$38.324-			$68.043,08

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)	22,00		$3.761,31	-40		$33.099-	$2.256,79		$49.649,82
Consumo residencial superior básico (m³)	3,00		$3.761,31			$0	$3.761,31		$11.283,93
Cargo fijo no residencial (mes)	-								
Consumo no residencial (m³)	-								
Subtotal						$36.596-			$66.178,65

* Corresponde a consumos de hasta 17 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	$377	$1.425

El Mío Mío Vital es tu Señal de once el Distrito de Bogotá brinda un apoyo económico de hasta 6 m³ mensuales (~ 1 m³ por cada persona facturada) a los usuarios residenciales de los estratos 1 y 2.
Acuerdo 927 de 2024

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajuste a la decena	$1-
D-ben. min. vital total	$25.337-
Subtotal	25.338-

4 Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

5 Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

Deudas en estudio

Concepto	Valor
	$0
	$0
	$0
Subtotal	$0

6 Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	$0

Pagos por la página web, app y billeteras

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

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

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

Aseo
Valor a pagar
$40.280

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 cual corresponde al valor de acueducto y cual al valor de aseo.

(415)7707200489996(8020)117637194137(3900)000000040280

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$408.883

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

(415)7707200485271(8020)117637194137(3900)000000108883

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS NRO. ÚNICO DE RADIS 110-1109-000-10 EAAB-ESP

Vulnerable

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA	MICROCHIP:	FECHA:
328	990000012130748	09/04/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
	Luna	Blanco-Café

ESPECIE: CANINO X FELINO __	SEXO: HEMBRA X MACHO __	RAZA: Pitbull	EDAD: 3 años	PESO: 27Kg	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 X COMPRADO __ ADOPTADO __ REGALADO __ PERRO DE CUADRA __ OTRO __

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION:	TELEFONO
Juan Pablo Huertas Diaz	CR 16 #17 25	3237943046
CÉDULA: 1026588 704	CORREO ELECTRÓNICO: juanpadiax@hotmail.com	
BARRIO: Favorita	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: LOS MARTIRES
ESCOLARIDAD: NS/NR: Profesional	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __	

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

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

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1,4 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	2,7 ml.	5 mg/kg IV ☑ 10 mg/kg IM ☐
	PROPOFOL	5,4 ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	9,4 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1,8 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,2 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 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: 1026588104

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:
SC La Favorita	23-04-25	11:30 - 12:30 pm

OBSERVACIONES:

Paciente presenta estructura compatible con remanente ovarico el cual se retira.

TP 34839

1026588104

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

PLANILLA DE REGISTRO - ESTERILIZACIONES

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CPS-322-2024

LOCALIDAD: LOS MARTIRES | BARRIO: | JORNADA: S.C. La favorita

FECHA: 09 Abril 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
990000012130753	C	2	Maria Bella Lira	Marroquin Medina	51 900 768	Y									Y	3124052 SO	ymarroquin medina mariabella lira@gmail.com	Kr 19 # 18-46 INT 2	Rocky	Y			Y		H. Buenfamiliar.
900255001724092	C	2	Diana Ysmar	Arrizaga Juarez	67 100 69	Y									Y	316203 2847	arizagadi ana@gmail.com	CL 78 BIS # 16A-45	Lukas	Y		Y			Ducuello

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA	MICROCHIP	FECHA:
329	990000012130753	09/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:				COLOR:	
Rocky				Barcino	
ESPECIE: CANINO X FELINO __ SEXO: HEMBRA __ MACHO X	RAZA mestizo	EDAD 8 meses	PESO: 15 Kg	POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X	
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI __ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X	TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR __ CASERO __ CONCENTRADO 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 Bella Lira Marroquin Medina	Kr 79 #78-46 INZ	3124052450
CEDULA: 51 900 768	CORREO ELECTRÓNICO: marroquinmedinamariabellalira@gmail.com	
BARRIO: La favorita / ESTRATO: 2	LOCALIDAD: LOS MARTIRES	
ESCOLARIDAD: Secundaria NS/NR: __	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __	

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: __ CANINOS PARVO: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: / HEXAVALENTE: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / FELINOS: TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA: / RABIA: /
NO Aplica.	Diciembre - 2024	

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

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

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: 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 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 cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

JOP

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi 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:
Mª Bellalba Yanoguen.	51·900768.

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:
S.C La favorita	23-04-25	11:30-12:30 pm

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **51.900.768**

MARROQUIN MEDINA

APELLIDOS

MARIA BELLA LIRA

NOMBRES

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **13-ENE-1968**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

04-SEP-1986 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-01071074-F-0051900768-20190402 0065066260A 1 9907633095

aseo

Período facturado Aseo
FEB/01/2025 - MAR/31/2025
El servicio de aseo se factura de forma bimestral

Cuenta contrato 10598972
Núm. de identificación de este predio

Número para pagos 11763741318
Número de esta factura de servicios públicos

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

Datos del usuario
Tipo de productor RESIDENCIAL
Und. Res. Ocupada: 1 | Und. No Res. Ocupada: | Estrato 2
Und. Res. Desocupada: 000 | Und. No Res. Desocupada: 000 | Densidad 0 | Volumen 0.000 | 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
35.411,58	13.281,10	152.831,36

Toneladas por suscriptor mes

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

Residuos no aprovechables	Aforadas - no aforadas
0,0533	0,0363

Histórico de vigencias cobradas

Días liquidados					
59	$39.694	1	$36.935	2	$37.521	3

A Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$67.161	Conceptos credito	$1-
Subsidio	$26.865-	Ajuste a la decena -credito-	$4-
		Dev.cobro no autoriz	$11-

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

Responsabilidades frente del ambiente Gran Contribuyente, Autorretenedor

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: N3 RUTA: N33526 BIMESTRAL

10598972
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

11763741318
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de
MARTINEZ MARTINEZ

Dirección del predio
KR 19 18 46 IN 2

Barrio: **LA FAVORITA** Localidad: **LOS MARTIRES**

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Periodo facturado	ENE/14/2025	MAR/13/2025

Pago oportuno **ABR/16/2025** Suspensión **ABR/23/2025**

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
JUN/10/2025	**ABR/02/2025 06:31:55**	**ABR/02/2025 15:15:50**

¡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** 15

JUL-SEP	SEP-NOV	NOV-ENE	ÚLTIMO CONSUMO
15	15	15	18
$81.198	$81.276	$81.803	

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
18.000	305

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período 1341
Lectura anterior 1323
Tu consumo este período 18

Facturado con Consumo Normal
Base promedio
Descargue fuente alterna 0

Datos de tu medidor

Marca IBERCONTA
Serie 07015IB104597

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
$49.039,94	$45.867,48	$25.334-	$40.280
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 FAAR-FSP reporta a la DIAN en el período actual

= **Total a pagar** $109.853

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

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 13aa0b71cd4eb131c8279acae10db76408be32994f0f74b42e9f4186629b05f37a07b9bd331abb844fd237f7f6b3bb591

Detalle de tu consumo este bimestre

	1 Acueducto					2 Alcantarillado				
	Cant. ×	Valor unitario ×	Aporte (+) o Subsidio (-)** % =	Valor	Tarifa*** =	Total (Tarifa x Cant.)	Cant. ×	Valor unitario ×	Aporte (+) o Subsidio (-)** % =	Valor	Tarifa*** =	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$9.195,79	-40	$7.357-	$5.517,47	$11.034,58	2,00	$4.370,95	-40	$3.497-	$2.622,57	$5.244,00
Consumo residencial básico (m³)	18,00	$3.519,02	-40	$25.337-	$2.111,41	$38.005,36	18,00	$3.761,31	-40	$27.081-	$2.256,79	$40.622,58
Consumo residencial superior básico (m³)	.						.					
Cargo fijo no residencial (mes)	.						.					
Consumo no residencial (m³)	.						.					
Subtotal				$32.694-		$49.039,94				$30.578-		$45.867,48

* Corresponde a consumos de hasta 17 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	$308	$950

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

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
I-ajuste a la decena	$3
D-ben. mín. vital total	$25.337-
Subtotal	25.334-

4 Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

5 Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

Deudas en estudio

Concepto	Valor
	$0
	$0
	$0
Subtotal	$0

6 Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	$0

Pagos por la página web, app y billeteras

puntopay tpaga Davivienda Nequi Claro pay ualá dale App EAAB EAAB Virtual

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 FSP solo recibe convenios con los siguientes bancos: Davivienda, Scotiabank Colpatria, Caja Social, Itau, Occidente, AV Villas, Bogotá, Sudameris y Citi.

Aseo
Valor a pagar
$40.280

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 cual corresponde al valor de acueducto y cual al valor de aseo

(415)7707200489996(8020)117637413180(3900)000000040280

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$69.573

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)117637413184(3900)000000069573

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:
330	900255001724092	09/04/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
	Lukas	Blanco Gris

ESPECIE: CANINO X FELINO __	SEXO: HEMBRA __ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 1año	PESO: 13Kg	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
Diana Ysmar Arrizaga Juarez	Dg 18 Bis # 16A-45	3102032847

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
67100 69	arrizagadiana@gmail.com

BARRIO: La favorita	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: CANINOS PARVO:	TRIPLE: — PENTAVALENTE: —
N.A	N.R	FELINOS: TRIPLE FELINA: / HEXAVALENTE: / LEUCEMIA:	PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: — RABIA: Feb 25

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ningno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	118 l/m	F. RESPIRATORIA:	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	1,3 ml.	5 mg/kg IV ☑ 10 mg/kg IM ☐
	PROPOFOL	2,6 ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	4,5 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,9 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,13 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: 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

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

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Diana	67/0069

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.

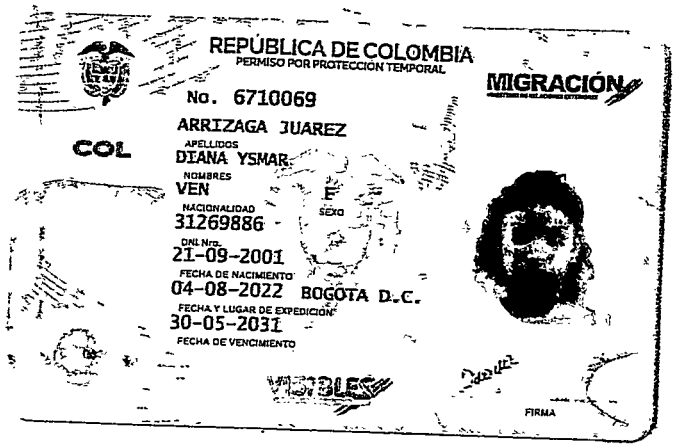
RAZÓN:

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
SC La Favorita	23-04-25	11:30 - 12:30 pm

OBSERVACIONES:



REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL

MIGRACIÓN

No. 6710069

ARRIZAGA JUAREZ
APELLIDOS

COL

DIANA YSMAR
NOMBRES

VEN F
NACIONALIDAD SEXO

31269886
DNI Nro.

21-09-2001
FECHA DE NACIMIENTO

04-08-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO

VISIBLE

FIRMA

E2228243

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

IPCOL6710069<<3<<<<<<<<<<<<<<<
0109213F3105308VENE2228243<<<7
ARRIZAGA<JUAREZ<<DIANA<YSMAR<<

Para el reparto ZONA:3 CICLO: N3 RUTA:N33530 BIMESTRAL

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

10042044
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

4071686614
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Período facturado ENE/14/2025 MAR/13/2025

Factura a nombre de
M L DE GUARIN

Pago oportuno ABR/16/2025 Suspensión ABR/23/2025

Dirección del predio
DG 18 BIS 16A 45

Barrio: LA FAVORITA Localidad: LOS MARTIRES

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
JUN/10/2025	ABR/02/2025 06:31:34	ABR/02/2025 15:24:30

Dirección de correspondencia

¡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.

Datos adicionales del predio

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

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

Llámanos 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.

5045 86551 42632 1/2

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

PLANILLA DE REGISTRO - ESTERILIZACIONES

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CPS-322-2024

LOCALIDAD: LOS MARTIRES | BARRIO: | JORNADA: S.C. La favorita

FECHA: 09 Abril 2025 | OPERADOR: FUNDACION ECODES

NÚMERO MICROCHIP	TIPO DE TENEDOR	ESTRATO	NOMBRE	APELLIDO	CC	SEXO: MUJER	SEXO: HOMBRE	SEXO: INTERSEXUAL	LGBTI	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
990000012130693	P	3	Gloria Esperanza	Terranova Babativa	39774 677	Y									Y	300289 9114	300289 9114@ sincorreo com	Kr 18 # 7C-50 AP 302	Reina		Y		Y		Gloria Terranova
990000012130595	C	2	Flor Lilia	Diaz Espinosa	52 270 279	Y									Y	314234 9708	314234 9708@ sincorreo com	CL 18 # 76-75 AP 401	Milu		Y		Y		Flor Lilia Diaz Espinosa
990000012130592	C	2	Flor Lilia	Diaz Espinosa	52 270 279	Y									Y	314234 9708	314234 9708@ sincorreo com	CL 18 # 76-75 AP 401	Bella		Y		Y		Flor Lilia Diaz Espinosa
Anulado																			lucy						
990000012130594	C	2	Nancy	Guzman Albadan	51 931 257	Y									Y	311620 6901	311620 6901@ sincorreo com	Kr 19 B # 124-43	Lucy		Y		Y		Nancy Guzman
990000012130586	C	3	Arnol Ediczan	Pardo Pardo	80163 024		Y								Y	319403 0943	pared 83@hotmail.com	CL 12 # 254-12 701 1402	Iona		Y		Y		
990000012130590	C	2	Martha Cecilia	Duran Cuy	1095 928 497	Y									Y	320939 0934	320939 0934@ sincorreo com	DG 78 BIS # 164-45	mia		Y		Y		MARTHA DUARTE
990000012130589	C(P)	2	Teresa	Lozano Rocha	41383 965	Y									Y	311890 3336	311890 3336@ correo com	Kr 19 # 18-46 INT 2	Iona		Y		Y		Teresa Lozano
990000012130694	C	0	Yosimar Mayer	Amaya Parra	59 407 58	Y									Y	315888 8988	yosimaya 92@gmail.com	CL 18 # 15-06 AP 300	Mia		Y		Y		Yosimar
990000012130581	C	2	Angie Dayanna	Camargo Gomez	1013 686 632	Y									Y	320997 3846	angiecamargo99@icloud.com	CL 18 # 15-23 AP 202	Bujia		Y		Y		Angie Camargo
990000012130741	C	1	Crucelida	Lara Puentes	36 154 342	Y									Y	320375 7457	320375 7457@ sincorreo com	CL 15 # 17-29 AP 311	Pachita		Y		Y		Crucelida Lara
990000012130585	C	1	Crucelida	Lara Puentes	(32136 154 342	Y									Y	320375 7457	320375 7457@ sincorreo com	CL 15 # 17-29 AP 311	Forastera		Y		Y		Crucelida Lara

C

C

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

PLANILLA DE REGISTRO - ESTERILIZACIONES

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CPS-322-2024

LOCALIDAD: LOS MARTIRES | BARRIO: | JORNADA: S.C. La favorita

FECHA: 09 Abril 2025 | OPERADOR: FUNDACION ECODES

NÚMERO MICROCHIP	TIPO DE TENEDOR	ESTRATO	NOMBRE	APELLIDO	CC	SEXO: MUJER	SEXO: HOMBRE	SEXO: INTERSEXUAL	LEGITIMI	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
990000012130750	C	2	Yissel Carolina	Ovalle España	1003 314 185	Y									Y	322 370 9559	gelang andres serna prieto 29@gma il.com	CL 77 A # 16 B-35 0202	Oreo		Y		Y		Carolina España
990000012130756	C	2	Linda Nathaly	Romero Rueda	1034 284 967	Y									Y	350833 3169	rueda natha lya20@ gmail.com	CL 174 # 16 B-15	Merlina		Y		Y		Nathaly R.
990000012130598	C	2	Fanny Naire	Rangel Villazana	59187 95	Y									Y	350 206 0959	gidoli cabrine @gmail com	Kr 16B # 17-17	Charlie		Y		Y		Fanny R.
Anulado																			Iona						
990000012130749	C	3	Ingrid Nataly	Rubio Castro	53129 921	Y									Y	311864 1328	nataly -r23@ hotmail com	Kr 18 Bis # 22 C-02 P12	Tequila		Y		Y		Nataly Rubio
990000012130742	C	3	Leivi Alexa	Blanco Gaona	80 070 780		Y								Y	312303 2965	312303 2965@ sincorreo .com	Kr 18 Bis # 22C-02 P12	Iona		Y		Y		
Anulado																			Peas						
990000012130747	C	2	Nicolas David	Abril Hernandez	1033 786 648		Y								Y	322447 1052	nacho pro5@ gmail com	Kr 15 # 17-19 AP 102	Pecas		Y		Y		NICOLAS DAVID ABRIL
990000012130755	C	2	Juan David	Vega Tapiero	1 110 178 826		Y								Y	311526 6719	juan 96jv @gmail com	DG 18 Bis # 16A-51	Nala		Y		Y		
990000012130745	C	2	Indira Yohana	Hernandez Junco	50 627 48	Y									Y	322430 2095	322430 2095@ sincorreo com	CL 174 # 16-39	Trenes		P		P		
990000012130757	C	2	Sarita	Rapalino Calleja	1000 493 303	Y									Y	320476 0746	sarita callejas c@gma il.com	Kr 15 # 22-93 AP 207	Nieve		-		P		Sarita Rapalino C
900255001724094	C	2	Kelly Marcela	Castrillon Garcia	1013 635 781	Y									Y	320400 0636	kellymar ce-44 @gmail com	DG 18 Bis # 16A-45	Horus		J		Y		Kelly

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

PLANILLA DE REGISTRO - ESTERILIZACIONES

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CPS-322-2024

LOCALIDAD: LOS MARTIRES | BARRIO: | JORNADA: S.C La Favorita

FECHA: 09 Abril 2025 | OPERADOR: FUNDACION ECODES

NÚMERO MICROCHIP	TIPO DE TENEDOR	ESTRATO	NOMBRE	APELLIDO	CC	SEXO: MUJER	SEXO: HOMBRE	SEXO: INTERSEXUAL	LGTBI	IDENTIFICACIÓN ÉTNICA: AFROCOLOMBI	IDENTIFICACIÓN ÉTNICA: PALENQU	IDENTIFICACIÓN ÉTNICA: INDIGEN	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
900255001724084	C	3	Jaime Alberto	Ramirez Alvarez	79 397 059		Y								Y	311478 2065	ramirezjaime@gmail.com	Kr 22 # 22-17 P12	Luna		Y		Y		
900255001724087	C	2	Ana Delia	Pabon Huerta	51 877 876	Y									Y	300320 3256	anadelia1190@hotmail.com	CL 17 # 16B-45 AP307	Miel		Y		Y		
900255001724100	Co		Angie Paola	Beltran	1007 588 379	Y									Y	318087 8398	ap3486099@gmail.com		Negra		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:
331	990000012130693	09/04/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA X COMUNIDAD __

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Reina	COLOR: Blanco Negro

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

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION:	TELEFONO
Gloria Esperanza Terranova Babativa	Kr 18 # 1C-50 AP 302	3002899114

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
39774677	3002899114@hotmail.com

BARRIO: Eduardo Santos	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: LOS MARTIRES

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

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: CANINOS PARVO: / TRIPLE: PENTAVALENTE: / HEXAVALENTE: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / FELINOS: TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA: / RABIA: /
N.R	N.R	

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ningno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

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

OBSERVACIONES: Ningno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,15 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 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:
Gloria Ternura Bobadilla	39.774.677 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:
S.C. La favorita	23-04-25	11:30 - 12:00 pm

OBSERVACIONES:

80

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **39.774.677**
TERRANOVA BABATIVA

APELLIDOS
GLORIA ESPERANZA

NOMBRES

FIRMA

ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-ENE-1967**
FUNZA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

15-JUL-1985 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNÁN PENAGOS GIRALDO

R-1500150-01405349-F-0039774677-20231218 0137984469A 2 8510142911

enel | Bogotá

ENEL COLOMBIA YA ESP
NIT 860063875-6
CARRERA 13 # 93 - 66 Piso 3

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **0317641-4**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 3435563196-5

CLIENTE

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

19 204 5102 / 074-55006

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

Tu lo cuentas Enel.

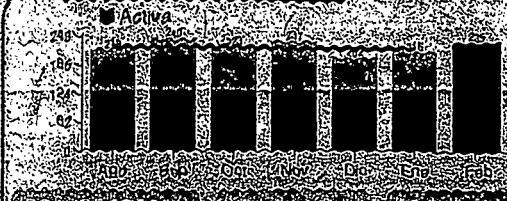
Entiende tu factura de energía.

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 $ 615,92

CONSUMO kWh 186

VALOR PROMEDIO DIARIO $ 5.722

PROMEDIO DIARIO kWh 6

PERIODO FACTURADO 31 DÍAS

FECHA PRÓXIMA LECTURA 28/03/2025

FECHA LECTURA ACTUAL 25/02/2025

CONSUMOS FACTURADOS 31

Estamos a un paso de tener LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía, ¡te encantará saberlo de antemano!

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO	Residencial
ESTRATO	2
CARGA KW	2kW
FACTOR	1
RUTA REPARTO	0002/1204S102
RUTA LECTURA	1204S102-15
MANZANA DE LECTURA	MSNX1052
MEDIDOR NO	074-55006
MEDIDOR NO	074-55006

USO SEGURO DE LA ENERGÍA

La información de la factura por completo todos los días, a la hora que tu la puedes leer, es la forma más fácil de ahorrar energía.

CALIDAD DEL SERVICIO

CONTÁCTANOS

Línea de atención
Oficinas de atención
Página web
Redes sociales
Registrate gratis
Zonas pilotos de tecnología Vial
App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Cundinamarca y Cundinamarca (601) 5115115	115 Opción 2	01 8000 912115

DEFENSOR DEL CLIENTE

Para más información visita: www.enel.com.co/es/personas/defensor-del-cliente.html

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago:
App Enel Clientes Colombia
Botón de Pago Enel
Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual:
Nequi
MOVII
Daviplata

Corresponsales Bancarios:
GANRED
Baloto
Efecty
MULTIRED
puntored

Red Distrital
RED CADE

Centros de Servicio
enel

Almacenes de Cadena
SUMBO

Código QR

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

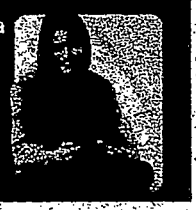
COMPONENTES TARIFARIOS (Componentes del costo) Vigencia: ENE/2025

G: $ 0 A: $ 0 P: $ 0 D: $ 0 C: $ 0 CV: $ 75,23 PR: $ 10,22 R: $ 12,94 CF: $ 0,00 (-585),22 Costo kWh $ 0

Incluye $ 0 de Subsidio Cupo Básico y $ 0 de Contribución Deficitaria.

Inscríbete a factura electrónica* y aprovecha los beneficios.

Escanea el código



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

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,94 por mil / Somos autorretenedores según Resolución No. 0047 de 29 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 038 de 2014.

Usted tiene derecho a reclamar dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de pago oportuno de esta factura. Para mayor información consúltenos en nuestra página web www.enel.com.co/es/personas/defensor-del-cliente.html

Señor Cliente:

Para el cobro de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de Normal previstos en la Ley 142 de 1994 y podrá hacer uso de ellos antes de la fecha establecida para pago oportuno. Para mayor información comuníquese al (601) 5 115 115, para Bogotá, al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente y Oficinas de Atención. ENEL COLOMBIA S.A. ESP., Somos grandes contribuyentes según resolución No 0070 de 10 de diciembre de 2020.

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

Para facturas de cobro previo, rigen los términos de caducidad del 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 los Usuarios. Para obtener mayor información, le invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co/es/personas/defensor-del-cliente.html o en nuestras oficinas de Servicio al Cliente.

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

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

CUDE: e0f0e5c6ddc61f2e5e2c2f7e8ed7f7e8e8e8

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA	MICROCHIP:	FECHA:
332	990000012130595	09/04/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
Milú		Amarillo blanco

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION:	TELEFONO
Flor Lilia Diaz Espinosa	CL 78 # 76-75 AP 401	3142349708
CEDULA: 52 270279	CORREO ELECTRÓNICO: 3142349708@sincorreo.com	
BARRIO: La favorita	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: LOS MARTIRES
ESCOLARIDAD: NS/NR: Primaria	TIPO DE VIVIENDA: CASA __ APTO X RURAL __	

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO:	TRIPLE:	PENTAVALENTE:
Marzo 25	N.R	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:
168 l/m	32 r/m	38,3 °c	1 seg	Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

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: 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	

	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:
Fror Lidia Dial Espinosa	52270279

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:
S.C La favorita	23-04-25	11:30 - 12:30 pm

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.270.279

DIAZ ESPINOSA
APELLIDOS

FLOR LILIA
NOMBRES

Flor Lilia Diaz Espinosa
FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-MAR-1974

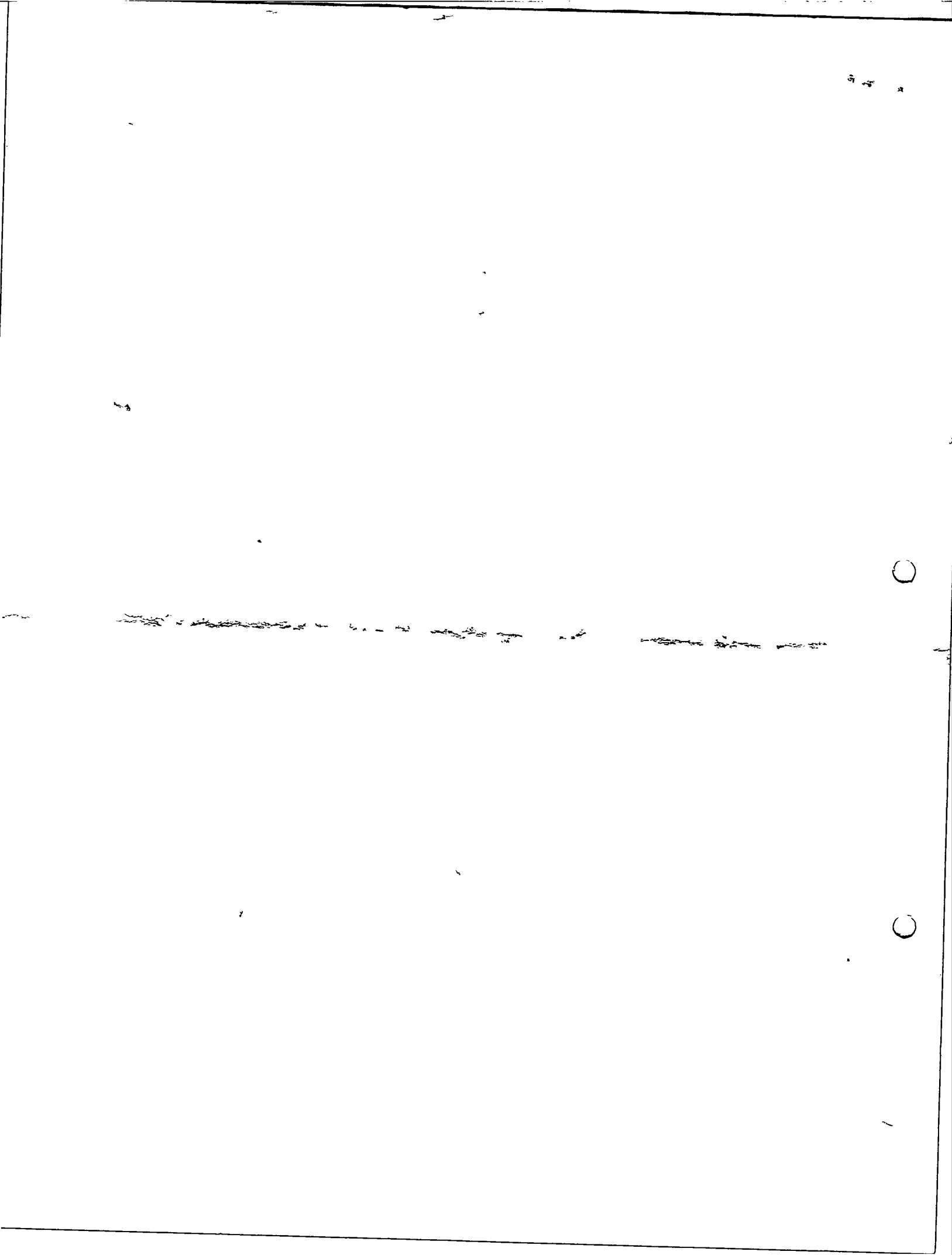
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

20-JUN-1994 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00190082-F-0052270279-20091024 0017433113A 1 1230109487



EL SUMIDERO
NO ES BASURERO

BOGOTÁ

Bota la basura en la caneca, no en la calle.

Denuncia en la Línea 116

El punto reciclado de infraestructura sirve contra la disponibilidad permanente de aquí y ahora. Utilizarlo indebido puede generar largas interrupciones en el servicio.

Costo Fijo Total CFT.	Costo variable no aprovechable	Valor base aprovechamiento
35.411,58	13.261,10	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	2

Datos del usuario

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

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

Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$67.161	Interés mora	$379
Subsidio	$26.865-	Ajuste a la decena -crédito-	$4-
Deuda Vigencias anterior	$39.690	Dev.cobro no autoriz	$11-

Subsidio (-)	%	Valor Aseo	$40.350
Aporte (+)	00%	Total Ingresos del periodo	$40.571
Informativo - deuda total		Ingreso que Aseo reporta a la DIAN en el período actual	

Toneladas por suscriptor mes

Barrido y limpieza	Limpieza urbana	Rechazo del aprovechamiento
0,0026	0,0011	0,0000
Efectivamente aprovechables	Residuos no aprovechables | Aforadas - no aforadas	
0,0533	0,0353	

Histórico de vigencias cobradas

3	$37.521	2	$36.935	1 $39.694

Días liquidados 69

La tarifa incluye subsidio o aporte*

Cuenta contrato Número de identificación de este predio
10376182

Número para pagos Número de esta factura de servicios públicos
40711696712

Numero de esta factura de servicios públicos

El servicio de aseo se factura de forma bimestral

Periodo facturado Aseo
FEB/01/2025 - MAR/31/2025

aseo

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, autoretenedor

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: N3 RUTA: N33530 BIMESTRAL

10376182
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

40711696712
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

Período facturado ENE/14/2025 MAR/13/2025

Pago oportuno ABR/16/2025 Suspensión ABR/23/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
JUN/10/2025	ABR/02/2025 06:31:51	ABR/02/2025 15:22:16

¡Hola!

Factura a nombre de
FLOR LILIA DIAZ ESPINOSA

Dirección del predio
CL 18 16 15 AP 401

Barrio: **LA FAVORITA** Localidad: **LOS MARTIRES**

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

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

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

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

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

cadena. NIT. 830.059.350-4

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA	MICROCHIP:	FECHA:
333	990000012130592	09/04/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:	
Bella.		Blanco Negro	

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

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION:	TELEFONO
Flor Lilia Diaz Espinosa	cl 78 #76-75 AP401	3142349708
CEDULA: 52 270 279	CORREO ELECTRÓNICO: 3142349708@sincorreo.com	
BARRIO: La favorita	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: LOS MARTIRES
ESCOLARIDAD: NS/NR: __ Primaria	TIPO DE VIVIENDA: CASA __ APTO X RURAL __	

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: / HEXAVALENTE: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / FELINOS: TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA: / RÁBIA: /
Marzo 25	N.R	

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

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

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,12 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,24 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☑
	PROPOFOL	___ ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,8 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,16 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,02 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL		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:
Florhilia Vial Espinosa	52240279

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:
S-C La Favorita	23-04-25	11:30 - 12:30 pm

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.270.279**

DIAZ ESPINOSA

APELLIDOS

FLOR LILIA

NOMBRES

Flor L. Lilia Diaz Espinosa

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-MAR-1974**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

20-JUN-1994 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00190082-F-0052270279-20091024 0017433113A 1 1230109487

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA:3 CICLO: N3 RUTA:N33530 BIMESTRAL

10376182
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

40711696712
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

Período facturado ENE/14/2025 MAR/13/2025

Pago oportuno ABR/16/2025 Suspensión ABR/23/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
JUN/10/2025	ABR/02/2025 06:31:51	ABR/02/2025 15:22:16

¡Hola!

Factura a nombre de
FLOR LILIA DIAZ ESPINOSA

Dirección del predio
CL 18 16 15 AP 401

Barrio: **LA FAVORITA** Localidad: **LOS MARTIRES**

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

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

En este 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.

aseo

Período facturado Aseo
FEB/01/2025 - MAR/31/2025
El servicio de aseo se factura de forma bimestral

Cuenta contrato Núm. de identificación de este predio	Número para pagos Número de esta factura de servicios públicos
10376182	40711696712

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	2
Und. Res. Ocupada:	1	Und. No Res. Ocupada:	0	Densidad	0.000
Und. Res. Desocupada:	000	Und. No Res. Desocupada:	000	Volumen	0.00
Frecuencia Barrido:	06	Frecuencia Recolección:	06	%Participación	0.000%

Componentes de tarifas

Costo Fijo Total CFT.	Costo variable no aprovechable	Valor base aprovechamiento
35.411,58	13.281,10	152.831,36

Bota la basura en la caneca, no en la calle.

Denuncia en

NO ES BASURERO
BOGOTÁ

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
0.0533	0.0363

Histórico de vigencias cobradas

3	$37.521	2	$36.935	1	$39.694	Días liquidados 59

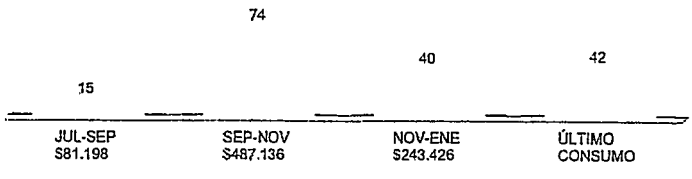
A Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$67.161	Interés mora	$379
Subsidio	$26.866-	Ajuste a la decena -credito-	$4-
Deuda vigencias anterior	$39.690	Dev.cobro no autoriz	$11-

Subsidio (-)	40%	Valor Aseo	$60.350
Aporte (+)	00%	Total ingresos del periodo	$40.671
Informativo - 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 43



En este periodo consumiste más agua que en el anterior

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

En este período

42.000

Promedio al día

712

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período 2451
Lectura anterior 2409
Tu consumo este período 42

Facturado con Consumo Normal
Base promedio
Descargue fuente alterna 0

Datos de tu medidor

Marca IBERCONTA
Serie 10098134

Tipo VELC025C
Diámetro pulgadas 1

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
$127.866,42		$130.120,92		$194.250		$80.350
1		2		3 4 5 6		A

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

Consulta el detalle atrás

Escanea y paga virtual

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

= **Total a pagar** $532.586

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

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 122e391ab3fd67d312586d5be0d67b710816a434f7786981a2ea1dd886be3588433a035bf93c5d13b7ff16380767309

Detalle de tu consumo este bimestre

	1 Acueducto						2 Alcantarillado					
	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)**	Valor	Tarifa***	Total	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)**	Valor	Tarifa***	Total
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$9.195,79	-40	$7.357-	$5.517,47	$11.034,58	2,00	$4.370,95	-40	$3.497-	$2.622,57	$5.244,90
Consumo residencial básico (m³)	22,00	$3.519,02	-40	$30.987-	$2.111,41	$46.451,44	22,00	$3.761,31	-40	$33.099-	$2.256,79	$49.649,82
Consumo residencial superior básico (m³)	20,00	$3.519,02		$0	$3.519,02	$70.380,40	20,00	$3.761,31		$0	$3.761,31	$75.226,20
Cargo fijo no residencial (mes)												
Consumo no residencial (m³)												
Subtotal				$38.324-		$127.866,42				$36.596-		$130.120,92

* Corresponde a consumos de hasta 17 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 antes 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	$377	$2.921

El Motivo Vital está en el cobro de [illegible] Con un litro de agua [illegible] [illegible] [illegible] [illegible]

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajuste a la decena	$1
D-ben. mín. vital total	$25.207-
Intereses de mora	$1.459
Subtotal	23.843-

4 Saldos anteriores

Concepto	Valor
Deuda anterior	$218.093
Subtotal	$218.093

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 solo tiene convenios con los siguientes bancos: Davivienda, Scotiabank Colpatria, Caja Social, Bac Occidente, AV Villas, Bogotá, Sudameris y Citi.

Aseo
Valor a pagar
$80.350

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

(415)7707200489996(8020)407116967125(3900)000000080350

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$452.236

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)407116967126(3900)000000452236

86380 42554 2/2

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA	MICROCH	FECHA:
334.	990000012130594	09/04/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Lucy			COLOR:	Blanco Negro
ESPECIE: CANINO __ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO __	RAZA Mestizo	EDAD 1 año	PESO: 2.3Kg.	POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI __ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X	TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR __ CASERO __ CONCENTRADO X MIXTO __ OTRO __			

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION:	TELEFONO
Nancy Guzman Albadan	Kr 19B #12A-43	3116206901.
CEDULA: 51 931 257	CORREO ELECTRÓNICO: 3116206901@sincorreo.com.	
BARRIO: La Sabana / ESTRATO: 2	LOCALIDAD: LOS MARTIRES	
ESCOLARIDAD: Primaria. / NS/NR: __	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __	

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: / HEXAVALENTE: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / FELINOS: TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA: / RABIA:
Octubre 2025	No Reporta	

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	170 l/m	F. RESPIRATORIA:	32 r/m	TEMPERATURA:	38,4 °c	TLLC	1 seg	MUCOSAS:	Rosada

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Mónica Velázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Ximena Moreno Ruiz Médica veterinaria M.P 45482 Universidad Nacional de Colombia	FIRMA

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

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Nancy Carmen Albadan	51937257

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:
S.C La favorida	23-04-25	11:30 - 12:30 pm

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 51.931.257
GUZMAN ALBADAN

APELLIDOS
NANCY

NOMBRES

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-JUL-1968
PUERTO LOPEZ
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57	B+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

31-MAR-1987 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00030841-F-0051931257-20080725 0001457915A 1 1230006770

38011

Bogotá

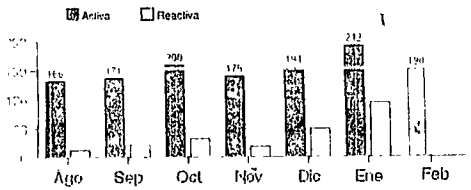
ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 860 063 875-8
Calle 93 No 13 – 45 Piso 1

0319328-6

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 343389414-0

ESMERALDA GONZÁLEZ ROMERO
KR 19 B NO 12 A 43
BOGOTA, D.C. - LA SABANA

18 251 4706 / 117-18318699



VALOR kWh APLICADO: $853,92

CONSUMO DIARIO: 6,55 kWh

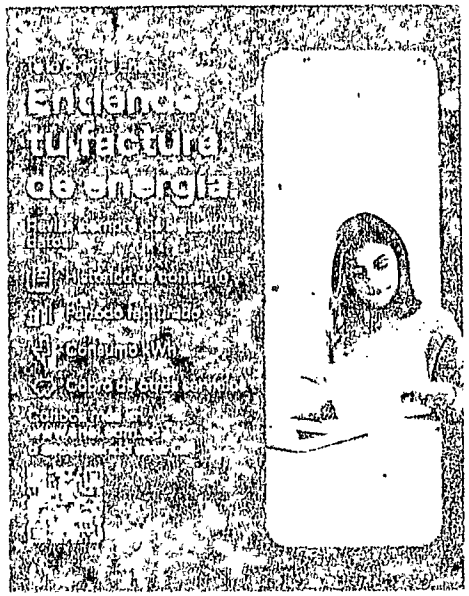
VALOR DIARIO: $4.295

PERÍODO FACTURADO: 22 ENE/2025 A 19 FEB/2025

DÍAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES 190 kWh

CONSUMO PROMEDIO



Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 860.201.151-0

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	2,56
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10002182514706
RUTA LECTURA:	12182020211
MANZANA DE LECTURA:	MS00410206
MEDIDOR NO:	117-18318699
MEDIDOR NO:	117-18318699

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

DURACIÓN INTERRUPCIONES (Horas)

FRECUENCIA INTERRUPCIONES (Eventos)

CD 29165781 GRUPO 11 NC 0.00 NC 0.00 CEC 0.00
PERIODO 202112 DI 224.07 CI 191.0000 IUC 0.78 IDC 1.00 %I 0.18
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 030 de 2018

¿CONTÁCTANOS?

Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115

115 Gratuito las 24 horas

601 6140056 domiciliarios@enel.com

Zona privada de la página Web

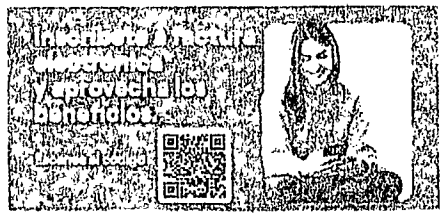
App Enel Clientes Colombia

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

Medios virtuales de pago

Ubicanos

App Enel Clientes Colombia | Internet | Teléfono Banco | Débito Automático | Cajero Electrónico | Botón de Pago Online | Establecimiento Bancolombia | Código QR



COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: ENE/2025
G: $350,49 T: $56,03 D: $280,91 CV: $75,33 PR: $70,22 R: $12,94 CF: $0,00 / $853,92 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: SJA6-29165781 - NIVEL DE TENSIÓN: 1 PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11 01 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 comunicate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 0061 de 18 de diciembre de 2020.

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

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

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

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, le invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o 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 más información relacionada con estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención definidos por cada Empresa

El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860 063 875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 24/02/2025 06:49:46
FECHA EXPEDICIÓN: 24/02/2025 15:13:12

Fecha y hora por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.058.812-

CUDE: 0e358d206e469cd4a1b90f73632f7e258a6e8da593a7a2b5cb7403dd4c200d028c1ec9c08c86906eeec22534727c4a

38011

16729 - Página 1 de 2

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 335

MICROCHIP: 990000012130586

FECHA: 09/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Iona

COLOR: Atigrado Blanco

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

RAZA: Mestiza

EDAD: 3 años

PESO: 2.1 Kg

POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Arnol Ediczon Pardo Pardo

DIRECCION: CL 12 # 25 A - 12 701 1402

TELEFONO: 3194030943

CEDULA: 80 763 024

CORREO ELECTRÓNICO: pared83@hotmail.com

BARRIO: Ricaurte

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: Técnico

NS/NR: __

TIPO DE VIVIENDA: CASA __ APTO X RURAL __

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO: 05 marzo 2025

ULT. DESPARASITACION: 01 enero 2025

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

FELINOS: TRIPLE FELINA:

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI __ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 166 l/m

F. RESPIRATORIA: 31 r/m

TEMPERATURA: 38,6 °c

TLLC 1 seg

MUCOSAS: Rosada

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO
TARJETA PROFESIONAL

Mónica Vc.ázquez Milan
Médica Veterinaria
TP. 11804

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO
TARJETA PROFESIONAL

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

FIRMA

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

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
	80.163.024

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:
S.C La favorita	23-04-25	11:30 - 12:30 pm

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 80.163.024

PARDO PARDO

APELLIDOS

ARNOL EDICZON

NOMBRES

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-JUL-1983

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA

A+ G.S. RH

M SEXO

03-SEP-2001 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00223499-M-0080163024-20100310 0021564797A 1 30551654

Cuenta o referencia de pago

Febrero 2025

63970821

Vanti

Fechas importantes

1 — 2 — 3 — 4

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	10M3	3.370,88	0,00	33.708,80
FIJO	1UN	4.043,00	0,00	4.043,00
AJUSTE DECENA	1UN	0,18	0,00	0,18
INTERESES FINANCIAMIENTO - NO GRA	1UN	13.711,87	0,00	13.711,87
INTERESES FINANCIAMIENTO - GRAVAD	1UN	1.107,76	210,47	1.318,23

1 — Total $52.781,72

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota N°	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A
1.9600 % Derecho Conexión Financiado	13/36	16.966,04	13.736,72	16.966,04
1.9600 % Derecho Conexión Financiado	13/36	1.282,24	872,43	1.282,24

2 — Total $18.248,28

3 — Valor facturas vencidas

$0,00

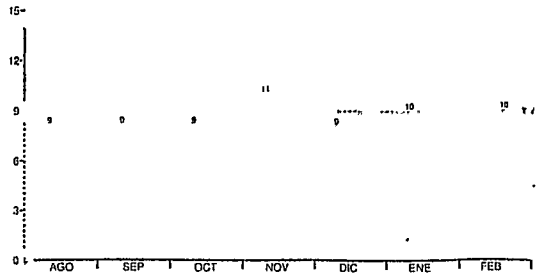
Total a pagar 1 + 2 + 3

$71.030,00

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial Estrato/Cat.Tres Días de consumo 31

Fecha	Lectura	Tipo
13 Ene. 2025	123	REAL
12 Feb. 2025	136	REAL

m³ corregido= 136 - 123 * Factor de corrección = 10

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 $ 7103

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Jul. 2028

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

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

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

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

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

Componentes tarifarios

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

Mj/m³Tu consumo en m³ de gas equivale: 118 kWh y el precio unitario del kWh es: $319.931

Factor de corrección

Vm: 13 Kp: 0.76727 Kt: 1.00624 Ft: 0.77205
Vc: 10 Tm: 13.77 Te: 15.56 Pe: 1.01008
Pa: 0.752 Pm: 0.023 F pv: 1.0

Factor de corrección: 0.77205

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IO: 100.0 IFI: 100.0

(415)7709998026025(8020)63970821(3900)00000000071030

Resolución No. 1959 del 17-Jul-1999 Autorización de Numeración de Facturación No. Formatos 1876406715808 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

52775

C1

752496cdb229e0786ccda38983c75e394a8837916b175c4080926cbb3425474376907d6f3b71aa87fe984f2684aa1fa Factura No. F15B27017588

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

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

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Banco de Bogotá · BBVA · GNB · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Nequi · plata · 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.

Si no estás de acuerdo con el valor que se pagó 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 puede interponer 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!

KUMAN S.A.S
CL 12 25A 12 T01 01402 - RICAURTE
BOGOTA

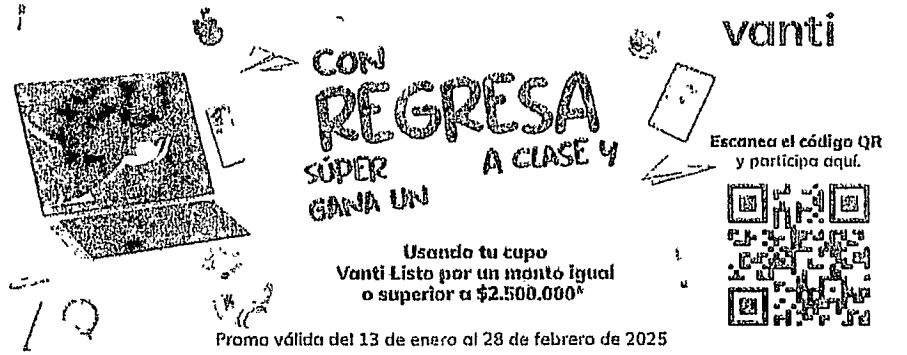
vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 009520220000032107

Lote: P09GN **Ruta:** 0011310114640005000 **Código del Sector:** 388

Cuenta o referencia de pago **63970821**

vanti

TU CUPO VANTI LISTO
APROBADO ES:



Paga a cuotas a través de tu factura de gas natural

éxito · Falabella · Jumbo

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

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

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

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

388 0011310114640005000 52775 P09GN C1

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 336

MICROCHI: 990000012130590

FECHA: 09/04/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: mia

COLOR: Aligrado

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

RAZA: Mestizo

EDAD: 1 año

PESO: 2.8Kg

POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Martha Cecilia Duran Cuy

DIRECCION: DG 78 BN # 164-45

TELEFONO: 3209390934

CEDULA: 1095928497

CORREO ELECTRÓNICO: 3209390934@hotmail.com

BARRIO: La favorita

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: primaria NS/NR: __

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO: No reporta

ULT. DESPARASITACION: No reporta

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

FELINOS: TRIPLE FELINA: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA:

LEUCEMIA: RABIA:

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ____ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 164 l/m

F. RESPIRATORIA: 32 r/m

TEMPERATURA: 38,4 °c

TLLC:) seg

MUCOSAS: Rosada

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

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

Mónica Velázquez Millán
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: MARTHA DUARTE	Nro de Identificación: 1095928497

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:
S-C La favorita	23-04-25	11:30 - 12:30 pm

OBSERVACIONES:

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.095.928.497

Apellidos
DURAN CUY

Nombres
MARTHA CECILIA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.55

Sexo
F

Fecha de nacimiento
22 AGO 1976

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BUCARAMANGA (SANTANDER)

15 ABR 2010, GIRON

MARTHA DURACUY

18 JUL 2034

050646270

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL050646270027091<<<<<<<<<<
7608221F3407183COL1095928497<9
DURAN<CUY<<MARTHA<CECILIA<<<<<

acueducto

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: N3 RUTA: N33530 BIMESTRAL

10042044
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

40711686614
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de
M L DE GUARIN

Dirección del predio
DG 18 BIS 16A 45
Barrio: **LA FAVORITA** Localidad: **LOS MARTIRES**

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Periodo facturado	ENE/14/2025	MAR/13/2025
Pago oportuno	ABR/16/2025	
Suspensión	ABR/23/2025	

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
JUN/10/2025	ABR/02/2025 06:31:34	ABR/02/2025 15:24:30

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

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

Llámanos 116 Acueducto 110 Aseo

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

cadena

5045 86551 42632 1/2

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA	MICROCHIP:	FECHA:
337	990000012130589	09/04/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:	
luna		Carey	

ESPECIE: CANINO __ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO __	RAZA	EDAD	PESO:	POTENCIAL PELIGROSO
		Mestizo	2 Años	1.9 Kg	SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION:	TELEFONO
Teresa Lozano Rocha	Kr 19 # 78-46 UN2	3118903336
CEDULA: 41383965	CORREO ELECTRÓNICO: 3118903336@sincorreo.com.	
BARRIO: La favorita	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: LOS MARTIRES
ESCOLARIDAD: primaria NS/NR: __	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __	

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: / CANINOS PARVO:	TRIPLE:	PENTAVALENTE:
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:
166 l/m	32 r/m	38,4 °c	1 seg	Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,09 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,19 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☒
	PROPOFOL	— ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,6 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,13 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,01 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la 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 MP 45482 Colegio 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 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:
Rodrigo Lozano Rocher	41383965

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.

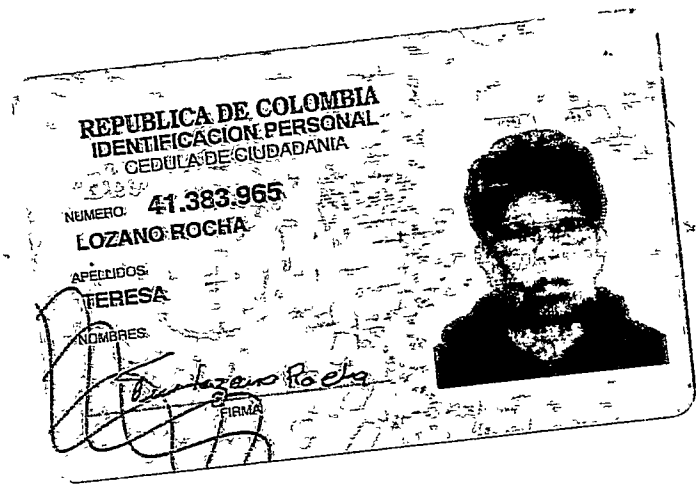
RAZÓN:

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
S-C La favorita	23-04-25	11:30 - 12:30 pm

OBSERVACIONES:



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO: 41.383.965

LOZANO ROCHA

APELLIDOS

TERESA

NOMBRES

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-JUN-1947

PURIFICACION (TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

27-SEP-1968 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00162685-F-0041383965-20090714 0013396975A 1 29033011

NO ES BASURERO

Bota la basura en la caneca, no en la calle.

Denuncia en

aseo

Período facturado Aseo
FEB/01/2025 - MAR/31/2025

Cuenta contrato Núm. de identificación de este predio	Número para pagos Número de esta factura de servicios públicos
10598972	11763741318

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

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

Datos del usuario

Tipo de producto:	RESIDENCIAL			Estrato	2
Und. Res. Ocupada:	-	Und. No Res. Ocupada:	0	Densidad	0.603
Und. Res. Desocupada:	000	Und. No Res. Desocupada:	000	Volumen	0.03
Frecuencia Barrido:	05	Frecuencia Recolección:	06	%Participación	0.00035

Componentes de tarifas

Costo Fijo Total CFT.	Costo variable no aprovechable	Valor base aprovechamiento
35.411,58	13.281,10	152.831,36

A Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$67.161	Conceptos credito	$1-
Subsidio	$26.855-	Ajuste a la decena -credito-	$4-
		Dev.cobro no autoriz	$11-

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
0.0533	0.0363

Histórico de vigencias cobradas

3	$37.521	2	$36.935	1 $39.694 Días liquidados 59

Para el reparto ZONA:3 CICLO: N3 RUTA: N33526 BIMESTRAL

acueducto
AGUA ALCANTARILLADO BOGOTÁ

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

Natasha Avendaño Garcia
Representante Legal

10598972	11763741318
Cuenta contrato Núm. de identificación de este predio	Número para pagos Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de
MARTINEZ MARTINEZ

Dirección del predio
KR 19 18 46 IN 2

Barrio: **LA FAVORITA** Localidad: **LOS MARTIRES**

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Período facturado	ENE/14/2025	MAR/13/2025

Pago oportuno	ABR/16/2025	Suspensión	ABR/23/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
JUN/10/2025	ABR/02/2025 06:31:55	ABR/02/2025 15:15:50

¡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 15

15	15	15	18
JUL-SEP $81.198	SEP-NOV $81.276	NOV-ENE $81.803	ÚLTIMO CONSUMO

En este periodo consumiste más agua que en el anterior

Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

En este período 18.000

Promedio al día 305

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período 1341
Lectura anterior 1323
Tu consumo este período 18

Facturado con Consumo Normal
Basa promedio
Descargue fuente alterna 0

Datos de tu medidor

Marca IBERCONTA
Serie 07016IB104597

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
$49.039,94		$45.867,48		$25.334-		$40.280
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 $109.853

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 13aa2b7ed4en31e5279aaae10db7640be32594f0f74b42e9f4186629b05f37a97b2ed331abb34fe23797f6b3bb59:

Detalle de tu consumo este bimestre

1 Acueducto

	Cant.	Valor unitario	Aporte (-) o Sumicia (+) %	Valor	Tarifa***	Total	Cant.	Valor unitario	Aporte (-) o Subsidio (+) %	Valor	Tarifa***	Total
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$9.155,79	-40	$7.357-		$5.517,47	$11.034,58	2,00	$4.370,95	-40	$3.497-	$2.622,57	$5.244,00
Consumo residencial básico (m³)	18,00	$3.519,02	-40	$25.337-		$2.111,41	$36.005,36	18,00	$3.761,31	-40	$27.081-	$2.256,79	$40.622,58
Consumo residencial superior básico (m³)	.							.					
Cargo fijo no residencial (mes)	.							.					
Consumo no residencial (m³)	.							.					
Subtotal				$32.694-		$49.039,94					$30.578-		$45.867,48

* 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)	10,60	$87,97
Total por consumo facturado	$308	$950

1 SI Vive en Viviendas Unifamiliares o Bifamiliares de Estrato 1 y 2 con Consumo de hasta 20 m³ mensuales (22 m³ bimestrales) y Estrato 3 hasta 15 m³ mensuales (17 m³ bimestrales) y no tiene piscina, tiene derecho a un descuento del 50% en el cargo fijo y en el consumo básico.

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajuste a la decena	$3
D-ben. mín. vital total	$25.337-

4 Saldos anteriores

Concepto	Valor

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

Subtotal	25.334-	Subtotal	Subtotal

Pagos por la página web, app y billeteras

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

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

La EAAB-ESP solo tiene convenios con las siguientes bancos: Davivienda, Scotiabank Colpatria, Caja Social, Itau, Occidente, AV Villas, Bogotá, Sudameris y City.

Aseo
Valor a pagar
$40.280

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 cual corresponde al valor de acueducto y cual al valor de aseo.

(415)7707200489996(8020)117637413180(3900)000000040280

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$69.573

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

(415)7707200485271(8020)117637413184(3900)000000069573

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS NRO. JR. CD DE INSTRO 1 1000000-10 EAAB-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:
338	990000012130694	09/04/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
	Mia	Negro-blanco Amarillo

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

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION:	TELEFONO
Yosimar Mayer Amaya Parra	CL 18 # 15-06 AP 300	3158888988

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
5940758	yosiamaya92@gmail.com

BARRIO: La favorita	ESTRATO: 0	LOCALIDAD: LOS MARTIRES

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

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: __ CANINOS PARVO: / HEXAVALENTE: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / FELINOS: TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA: / RABIA: DIC 24
Marzo 25	N.R.	

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: 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	1,05 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,21 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,03 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y 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 Colombia 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:
Joanna	5940758

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:
S.C La favorita	23-04-25	11:30 - 12:30 pm

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA

PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

No. 5940758

COL

AMAYA PARRA
APELLIDOS

YOSIMAR MAYER
NOMBRES

VEN
NACIONALIDAD

F
SEXO

24197662
DNI Nro.

03-05-1992
FECHA DE NACIMIENTO

20-04-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO

VISIBLES

FIRMA

E2151674

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

IPCOL5940758<<8<<<<<<<<<<<<<<<
9205037F3105308VENE2151674<<<4
AMAYA<PARRA<<YOSIMAR<MAYER<<<<

Bogotá

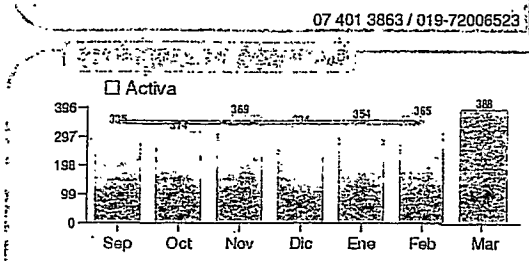
ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-6
Calle 93 No. 13 – 45 Piso 1

0340816-2

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 345025124-5

SERGIO VEGA AVENDA
CL 18 NO 15 06 AP 300
3 PI
BOGOTA, D.C. - LA FAVORITA

07 401 3863 / 019-72006523

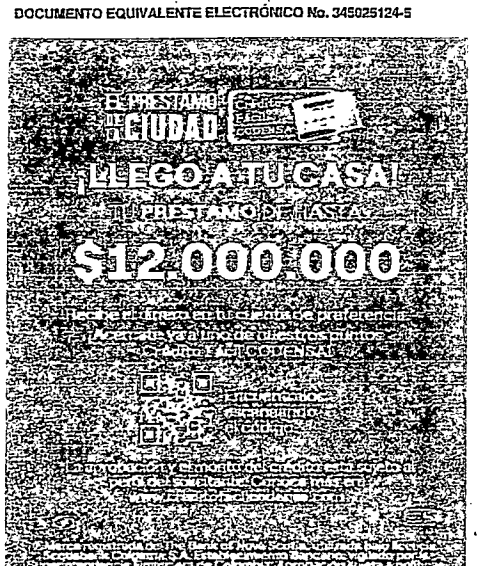


VALOR kWh APLICADO: $843,71

CONSUMO DIARIO: 13,38 kWh

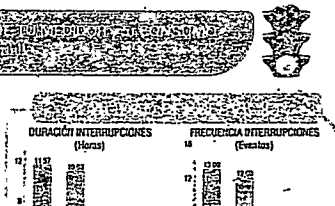
VALOR DIARIO: $13.546

PERÍODO FACTURADO: 05 FEB/2025 A 05 MAR/2025 — DÍAS FACTURADOS: 29 — CONSUMO MES 388 kWh — CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 315 kWh



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Comercial
ESTRATO:	0
CARGA kW:	0,50
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30004074013863
RUTA LECTURA:	34074020333
MANZANA DE LECTURA:	MS00610404
MEDIDOR NO:	019-72006523
MEDIDOR NO:	019-72006523



CD: 1213STR1 GRUPO: 11 HC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,00
PERIODO: 2025/01 DI: 2,03 CF: 334,00 VCC: 0,00 CF: 1,00 +/- 0,30
*Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 038 de 2019

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

CONTÁCTANOS

Tarifas y cobertura — Registro de gratis
Oficinas virtuales — Zona privada de la página Web
315 630 6003 Clave Bot o pone Asesor
App Enel Clientes Colombia

Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 5 115 115 — 115 Celular las 24 horas — 601 6140355 contactenos@enel.com

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

Convenios de Recaudo / Pagos — Medios Virtuales de Pago — Efectivo Virtual

AFP Colpensiones · Internet · Teléfono Bancos · Débito Automático · Cajero Electrónico · AFP Enel Clientes Colombia · Botón de Pago Online · Botón de Pago Corresponsales · MOVII · NEQUI · Epago

Corresponsales Bancarios — Red Física — Centros de Servicio — Código QR

CONCRED · efecti · O Reval · RED CADE · MOVIRED · Efecty

Almacenes de Cadena

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el diligenciado del desprendible. El sello 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: $272,99 CV: $76,38 PR: $69,89 R: $12,90 CF: $0,00 / $843,71 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: SF22-1213STR1 - - NIVEL DE TENSIÓN: 1 PROMEDIO: Empresa

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

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

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

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

En cumplimiento de la resolución CREG015011 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 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 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: $39.283

FECHA GENERACIÓN: 08/03/2025 01:35:37
FECHA EXPEDICIÓN: 08/03/2025 18:30:14

"Factura impresa por Computador de conformidad con el Art. 616 del E.T. Resolución DIAN 000019 de 2016"

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 800.321.151-0

CUDE: 3a7cf56c52cd87865a4ace0300d8917016d8bc8d31ecc9333357152fe6916a9bc772fd2f24d37b84b7229887b50059657f20

18 MAR /2025

20 MAR/2025

$392.830 | $0 | $392.830

0340816-2

03 ABR /2025

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

ENERGIA ACTIVA FP	38.053	37.675	388	1	388	388	$843,71		$327.359
ENERGIA REACTIVA	0	0	0	0	0	0	$272,98		$0
CONTRIBUCION	APORTE DEL 20,00 % DEL VALOR FACTURADO								$65.472

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $13.546 DIARIOS — **SUBTOTAL:** $392.830

Consumos - Otros cobros facturados en el mes: $392.830

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: $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 $32.702

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: $843,71

NÚMERO DE CLIENTE
0340816-2

Documento Equivalente Electrónico No.
345025124-5

(415)7707209914253(8020)010340816234502512 45(3900)00000000392830

PAGO OPORTUNO
18 MAR /2025

TOTAL A PAGAR
$392.830

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA	MICROCHIP:	FECHA:
339	990000012130581	09/04/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
Bujia		Atigrado

ESPECIE: CANINO __ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO __	RAZA	EDAD	PESO:	POTENCIAL PELIGROSO
		Mestizo	6 meses	2,4 Kg	SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION:	TELEFONO
Angie Dayanna Camargo Gomez	Cl 18 # 15-23 Apto2	3209913846
CEDULA:	**CORREO ELECTRÓNICO:**	
1013686632	angiecamargo99@icloud.com	
BARRIO: La favorita	**ESTRATO:** 2	**LOCALIDAD:** LOS MARTIRES
ESCOLARIDAD: NS/NR: __ Bachiller	**TIPO DE VIVIENDA:** CASA __ APTO X RURAL __	

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: CANINOS PARVO:	TRIPLE: — PENTAVALENTE: —
Marzo 25	N.R	FELINOS: TRIPLE FELINA: / HEXAVALENTE: / LEUCEMIA:	PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: — RABIA: Marz 25

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

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

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,12 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,24 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☑
	PROPOFOL	____ ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,8 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,16 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,02 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Mónica Vel: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:
Yajil Camargo	1013686632

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:
SC La Favorita	23-04-25	11:30 - 12:30 pm

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.013.686.632**

CAMARGO GOMEZ

APELLIDOS

ANGIE DAYANNA

NOMBRES

Angie Camargo

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-FEB-1999**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

09-MAR-2017 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALLINDO VACHA

P-1500150-00892815-F-1013686632-20170330 0054699895A 1 47446376

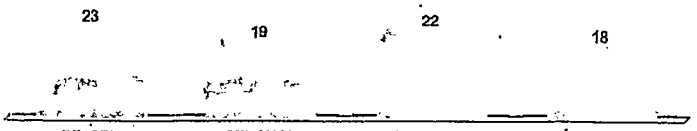
EL SUMIDERO
NO ES BASURERO
BOGOTÁ
Bota la basura en la caneca, no en la calle.
Denuncia en la Línea 116

aseo
Período facturado Aseo
FEB/01/2025 - MAR/31/2025
El servicio de aseo se factura de forma bimestral
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio
1135172 1
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos
427093196 12
LUNES A VIERNES 7:00 AM A 5:00 PM SABADO 9:00 AM A 1:00 PM
Horario de Atención
KR 56 No. 9-17 LC 2 Ed. Torre Americas
Datos del usuario
Tipo de producto RESIDENCIAL
Estrato 2
Und. Res. Ocupada: 1
Und. No Res. Ocupada: 0
Densidad 0.000
Und. Res. Desocupada: 000
Und. No Res. Desocupada: 000
Volumen 0.00
Frecuencia Barrido: 06
Frecuencia Recolección: 06
%Participación 0.000%
Componentes de tarifas
Costo Fijo Total CFT. 35.411,58
Costo variable no aprovechable 13.281,10
Valor base aprovechamiento 152.831,36
Toneladas por suscriptor mes
Barrido y limpieza 0,0026
Limpieza urbana 0,0011
Rechazo del aprovechamiento 0,0000
Efectivamente aprovechables
Residuos no aprovechables | Aforadas - no aforadas
0,0533
0,0363
Histórico de vigencias cobradas
3 $37.521
2 $36.835
1 $39.694
Días liquidados 59
La tarifa incluye subsidio o aporte*
Estado de cuenta aseo
Concepto: Aseo residencial, Subsidio
Valor: $87.161, $26.865-
Concepto: Interés mora, Ajuste a la decena -debito-, Dev.cobro no autoriz
Valor: $12, $3, $11-

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ
Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá-ESP
NIT. 899.999.094 - 1
Responsabilidades fiscales del emisor: Gran contribuyente; Autorretenedor
Natasha Avendaño García
Representante Legal
Para el reparto ZONA:3 CICLO: N3 RUTA:N33529
BIMESTRAL
11351721
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio
42709319612
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos
Escanea y descarga el documento electrónico equivalente
Período facturado ENE/14/2025 MAR/13/2025
Pago oportuno ABR/16/2025
Suspensión ABR/23/2025
Fecha esperada próxima factura JUN/10/2025
Fecha y hora de expedición factura ABR/02/2025 06:32:25
Fecha y hora de generación factura ABR/02/2025 15:19:14
¡Hola!
Factura a nombre de
EDIFICIO SANTIAGO EDIFICIO SAN
Dirección del predio
CL 18 15 23 AP 202
Barrio: LA FAVORITA Localidad: LOS MARTIRES
Dirección de correspondencia
Datos adicionales del predio
Clase de uso: Residencial
Estrato: 2
Unidades Habitacionales: 1
Unidades No Habitacionales: 0
¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambió
Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.
En este periodo consumiste menos agua que en el anterior.
Abre y descubre el detalle de tu pago y consumo ↓
Llámanos 116 Acueducto 110 Aseo
Entra a www.acueducto.com.co haz clic en Servicios al Ciudadano y obtén información de los puntos de atención, copia de la factura y realiza tu pago a través de internet.

Tu consumo en este período

En los períodos anteriores **tu promedio de consumo fue** 21



En este período consumiste menos agua que en el anterior.

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

En este período	Promedio al día
18.000	305

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período 1634	Facturado con Consumo Normal
Lectura anterior 1616	Base promedio
Tu consumo este período 18	Descargue fuente alterna 0

Datos de tu medidor

Marca JANZ	Tipo VELO015R160
Serie 14-6233240	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)	= Total a pagar
$49.039,94	$45.867,48	$25.304-	$40.300	$109.903

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

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): fedd47e4850f3128a8f2ce225dcf4e01a7e06677b6a8bbbd9e858cf501ce567c32ce846b9a4198273f4f53d28e3b1co4

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-	$5.517,47	$11.034,58
Consumo residencial básico (m³)	18,00	$3.519,02	-40	$25.337-	$2.111,41	$38.005,36
Consumo residencial superior básico (m³)						
Cargo fijo no residencial (mes)						
Consumo no residencial (m³)						
Subtotal				$32.694-		$49.039,94

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)	18,00	$3.781,31	-40	$27.081-	$2.256,79	$40.622,58
Consumo residencial superior básico (m³)						
Cargo fijo no residencial (mes)						
Consumo no residencial (m³)						
Subtotal				$30.578-		$45.867,48

* 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	$308	$950

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

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajuste a la decena	$3
D-ben. min. vital total	$25.337-
Intereses de mora	$30
Subtotal	25.304-

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
$40.300

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

(415)7707200489996(8020)427093196120(3900)000000040300

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$69.603

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)427093196123(3900)000000069603

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:
340	990000012130741	09/04/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
	Pachita	Blanco Negro

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

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION:	TELEFONO
Crucelida Lara Fuentes	cl 15 #17 -29 AP 311	3203757457

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
36154342	3203757457@sincorreo.com

BARRIO:	ESTRATO:	LOCALIDAD:
San Victorino	1	LOS MARTIRES

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

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: / FELINOS: TRIPLE FELINA: / HEXAVALENTE: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / LEUCEMIA: / RABIA:
Marc 25	N.R	

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:
171 l/m	32 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 específicamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_x_ RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Mónica Velázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Ximena Moreno Ruiz Médica veterinaria M.P 45482 Universidad Nacional de Colombia	FIRMA

	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:
Yuseli Del Luna	1.36154342

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

RAZÓN:

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
S.C La favorita	23-04-25	11:30 - 12:30 pm

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **36.154.342**

LARA PUENTES

APELLIDOS

CRUCELIDA

NOMBRES

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-OCT-1953**

NEIVA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 **A+** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO

28-NOV-1974 NEIVA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

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

Bogotá

0340228-7

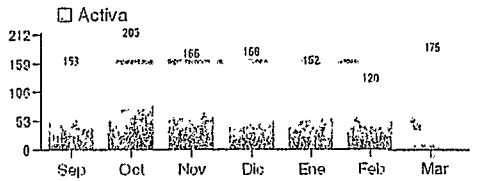
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 344989203-7

FACTURA DE VENTA

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

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

07 402 3601 / 018-5202222

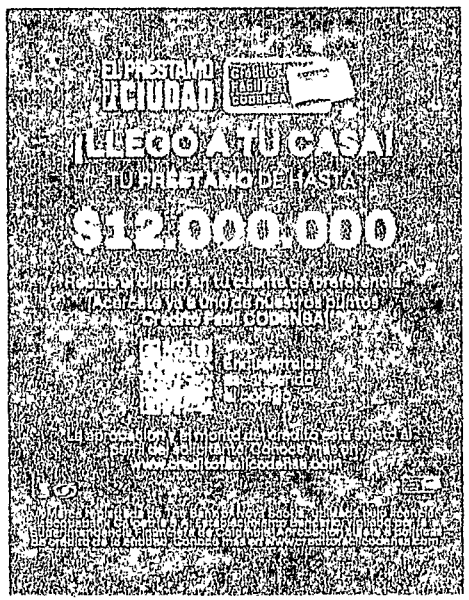


VALOR kWh APLICADO
$843,71

CONSUMO DIARIO:
6,03 kWh

VALOR DIARIO:
$4.524

PERÍODO FACTURADO:	DÍAS FACTURADOS:	CONSUMO MES
05 FEB/2025 A 05 MAR/2025	29	175 kWh

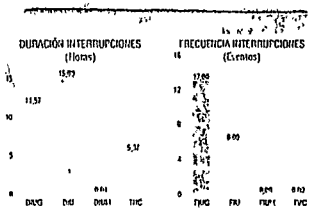


INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30004074023601
RUTA LECTURA:	34074050198
MANZANA DE LECTURA:	MS00610512
MEDIDOR NO:	018-5202222
MEDIDOR NO:	018-5202222

¿Cómo ahorrar energía?

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



¿Cómo puedo pagar mi factura?

APP Bancos · Internet · Teléfono Banco · Débito Automático · Cobro Electrónico · APP Enel Clientes Colombia · Botón de Pago Online · Botón de Pago Bancolombia · Nequi · Opaga · Corresponsales bancarios · Efecty

¿Cómo puedo pagar mi factura?

Registrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia
310 890 6003 (Elena Bot o pide Asesor)
Enel Colombia · @EnelClientesCO

Bogotá, Sabana y Cundinamarca		
601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas	601 6100056 denuncias@enel.com

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

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

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

G: $361,70 T: $19,85 D: $272,90 CV: $76,30 PR: $69,89 R: $12,90 CF: $0,00 / $813,71 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: 5F15-11615711 NIVEL DE TENSIÓN: 1 PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,01 por mil. Somos autoretenedores según Resolución No 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1995.

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

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

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

En cumplimiento de la resolución CREG 15071 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.

FECHA GENERACIÓN:
08/03/2025 01:37:00
FECHA EXPEDICIÓN:
08/03/2025 19:24:16

Factura emitida por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 805015161-2

5.105 - Página 1 de 2

61453

61453

CUDE: bb0eb4d92c9d13c6c54f8a0b952054b723fb3acd9ed49bc7aeda7a9c9baac9f034127bfdb9357226230209f8f4adf

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA	MICROCHIP:	FECHA:
341	990000012130585	09/09/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:	
Forastera		Blanco Negro	

ESPECIE: CANINO __ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO __	RAZA	EDAD	PESO:	POTENCIAL PELIGROSO
		Mestizo	6 meses	2,8 Kg	SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION:	TELEFONO
Crucelida Zara Rentes	cl 15 # 17-29 Ap 31	3203757457

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
36 154 342	3203757457@sincorreo.com

BARRIO:	ESTRATO:	LOCALIDAD:
San Victorino	1	LOS MARTIRES

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

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO:	TRIPLE:	PENTAVALENTE:
Marzo 25	N.R	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:
168 l/m	31 r/m	38,4 °c	1 seg	Rosada

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Mónica Vc. ázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	FIRMA
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:
Brenda Lucia P	36154342

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

RAZÓN:

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
S.C La Favorita	23-04-25	11:30 – 12:30 pm

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 36.154.342
LARA PUENTES
APELLIDOS
CRUCELIDA
NOMBRES

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-OCT-1953
NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.50 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
28-NOV-1974 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

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

61453

Bogotá

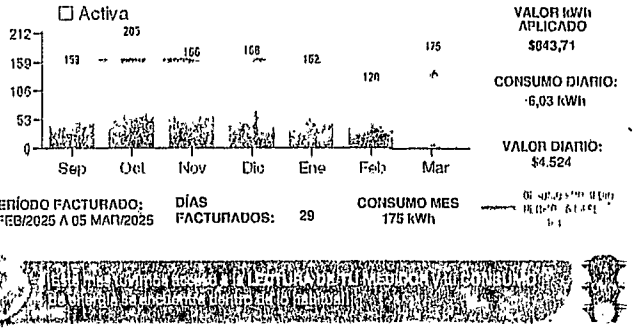
0340228-7

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 344989203-7

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

07 402 3601 / 018-5202222



VALOR kWh APLICADO
$843,71

CONSUMO DIARIO:
6,03 kWh

VALOR DIARIO:
$4.524

PERÍODO FACTURADO:
05 FEB/2025 A 05 MAR/2025

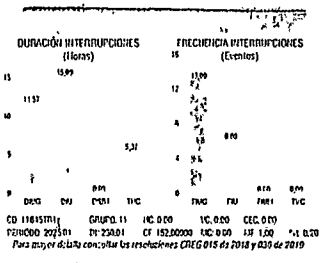
DÍAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES
175 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30004074023601
RUTA LECTURA:	34074050198
MANZANA DE LECTURA:	MS00610512
MEDIDOR NO:	018-5202222
MEDIDOR NO:	018-5202222

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.



Para mayor detalle consulte las resoluciones CREG 015 de 2018 y 030 de 2019

Registrate gratis

Chat de servicios en línea con el personal bot de servicio

Zona privada de la página Web

316 890 6003 (Elena Bot o pide Agente)

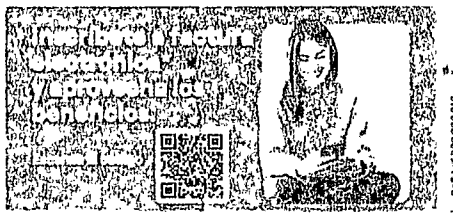
App Enel Clientes Colombia

Bogotá, Sabana y Cundinamarca
601 5 115 115

115 Gratuito las 24 horas

601 6140055
denuncias@enel.com

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



APP Banco | Internet | Teléfono Banco | Débito Automático | Cobro Electrónico | APP Enel Clientes Colombia | Botón de Pago Online | Botón de Pago Bancaribe | Efecty

CÓMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: FEB/2025
G: $261,70 T: $19,85 D: $272,90 CV: $76,38 PR: $69,89 R: $12,90 CF: $0,00 / $913,71 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: BF15-11615111 - NIVEL DE TENSIÓN: 1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.01 por mil Somos autorretenedores según Resolución No. 0517 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1995.
Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 0061 de 10 de diciembre de 2020.
"Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio."
Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994
En cumplimiento de la resolución CREG 15011 consultar www.enel.com.co
IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, te invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente
ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recibido 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:
08/03/2025 01:37:00
FECHA EXPEDICIÓN:
08/03/2025 19:24:16

CUDE: bb08b4c92ec9d13c8c54f8a0b952254b723b3ecd9ed49bc7aeda7a9c9b0ac5f034127bfbb3357226230209f8f84adf

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

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS Nit 830.959.812

5105 - Página 1 de 2

61453

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA	MICROCHIP:	FECHA:
342	990000012130750	09/04/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	COLOR:				
Oreo	Blanco - negro				
ESPECIE: CANINO __ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO __	RAZA mestizo	EDAD 2 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:	DIRECCION:	TELEFONO
Yissel Carolina Ovalle España	CL 17A # 76B - 35 0202	3223709350.
CEDULA: 1003 314 185	CORREO ELECTRÓNICO: GalaxyAndrea GarciaPerez 29@gmail.com.	
BARRIO: San Victorino	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: LOS MARTIRES
ESCOLARIDAD: Tecnologo NS/NR: __	TIPO DE VIVIENDA: CASA __ APTO X RURAL __	

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: __ CANINOS PARVO: / TRIPLE: PENTAVALENTE: HEXAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: FELINOS: TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA: RABIA:
05-Diciembre 2024	01 marzo 2024	

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

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

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Mónica Velázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Ximena Moreno Ruiz Médica veterinaria M.P 45482 Universidad Nacional de Colombia	FIRMA

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

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del Responsable/Tenedor: Carolina España	Nro de Identificación: 1003314185

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:
S-C La favorida	23-04-25	11:30 - 12:30 pm

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.003.314.185

OVALLE ESPAÑA

APELLIDOS

YISSEL CAROLINA

NOMBRES

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 05-DIC-1997

VALLEDUPAR
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

30-MAR-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

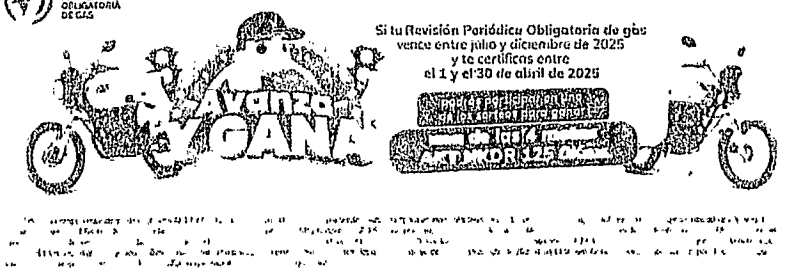
INDICE DERECHO

P-1500150-01269404-F-1003314185-20211127 0076922061A 3 9917006643

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

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

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 · Banca de las Oportunidades · BBVA · GNB · Bancolombia · Banco de Bogotá · Banco Pichincha · Banco de Occidente · Nequi · Daviplata · Dale

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

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

*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 no atiendas de conducto. 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 lo hecho señalado para el pago oportuno.

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 805.006.812-8 7048/23072024

¡Hola!

CRISTHIAN GILBERTO ORDONEZ RAMIREZ
CL 17A 16B 35 00202 - SAN VICTORINO
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5007109-504661

391

Lote: P09GN **Ruta:** 0011310271170005400 **Código del Sector:** 391

Cuenta o referencia de pago **61330330**

vanti

TU CUPO VANTI LISTO
APROBADO ES:

P09GN 0011310271170005400 58318

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

209

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

Cuenta o referencia de pago

Marzo 2025

61330330

EN MORA

Vanti

Fechas importantes

1 — 2 — 3 — 4

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

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	5M3	3.195,11	0,00	15.975,55
MENOS SUBSIDIO (41%)	1UN	-6.530,80	0,00	-6.530,80
AJUSTE DECENA	1UN	0,01	0,00	0,01
Intereses Moratorios Base Recargo	1UN	135,24	0,00	135,24

1 — Total $9.580,00

Tus financiaciones

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

2 — Total $0,00

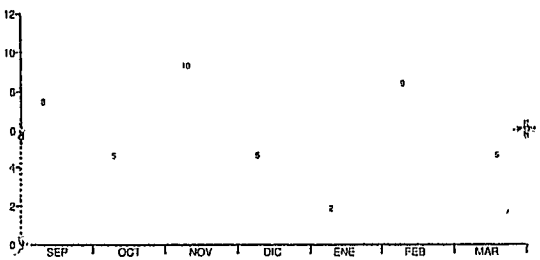
3 — Valor facturas vencidas $16.960,00

Total a pagar 1 + 2 + 3 $26.540,00

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial Estrato/Cat.Dos Días de consumo 29

Fecha	Lectura	Tipo
11 Feb. 2025	1678	REAL
11 Mar. 2025	1685	REAL

m³ corregido= 1685 - 1678 * Factor de corrección = 5

Tu próxima lectura será

Entre 07 y el 12 de Abril

Novedades de tu factura

CuVa $ 2825.91

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 Oct. 2027

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

Tarifas

El costo 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: 0.0
Pr: 72.75 Cvm: 0.0 Cufm: 0.0 Cuvm: 0.0
Ccm: 0.0 Ppcm: 42.475 DAUR: 0.0 DAUNR 0.0

Mjm³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 59 kWh y el precio unitario del kWh es: $160.081

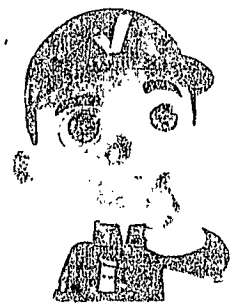
Factor de corrección

Vm: 7 Kp: 0.76628 Kt: 1.00536 Ft: 0.77039
Vc: 5 Tm: 14.02 Te: 15.56 Pe: 1.01008
Pa: 0.751 Pm: 0.023 Fpv: 1.0

Factor de corrección: 0.77039

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IQ: 100.0 IPII: 100.0



(415)7709998026025(8020)61330330(3900)00000000026540

Factura No. F15B296004876

58318

C1

Servicio prestado conforme a lo establecido en la Resolución 000200 Diciembre 27/2024 Retenedor de IVA. Autoretenedores Resolución No. 4959 del 17 Jul-1998 Autorización de Numeración de Facturación No. Formulario 18764057156808 del 19/12/2024. Facturación electrónica desde N° 00000001 hasta 90000000 con vigencia de 18 meses

Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NIUR 2-11001000-5, VANTI S.A. ESP. NIT. 800.067.813-5. Revisar fiscal Debida Y Tenaz S.A.S. Esta factura presta mérito ejecutivo Art 130 de la ley 142 de 1994

0de78930eb044dac9d8d6d42e179addad6dbd32ba20dab4607b79966d3c9042a94da76aa52098947a8ad1934562c86d

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 343 | MICROCHIP: 990000012130756 | FECHA: 09/04/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Merlina | COLOR: Amarillo blanco

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

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Linda Nathaly Romero Rueda | DIRECCION: CL 7A #16B-15 | TELEFONO 3508333169

CEDULA: 1034284967 | CORREO ELECTRÓNICO: ruedanathaly20@gmail.com

BARRIO: La favorita | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: LOS MARTIRES

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

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO: Marzo 25 | ULT. DESPARASITACION: N.R | ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: / HEXAVALENTE: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / FELINOS: TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA: / RABIA: /

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

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

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,13 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,27 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☒
	PROPOFOL	~ ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,9 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,18 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,02 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Mónica 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 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:
Nathaly R.	1034284967

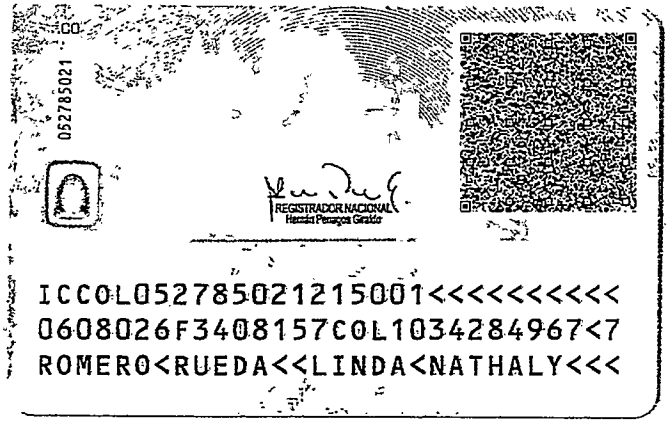
Yo, _____ identificado con CC. No._____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilización y castración) de mi animal de compañía.
RAZÓN:

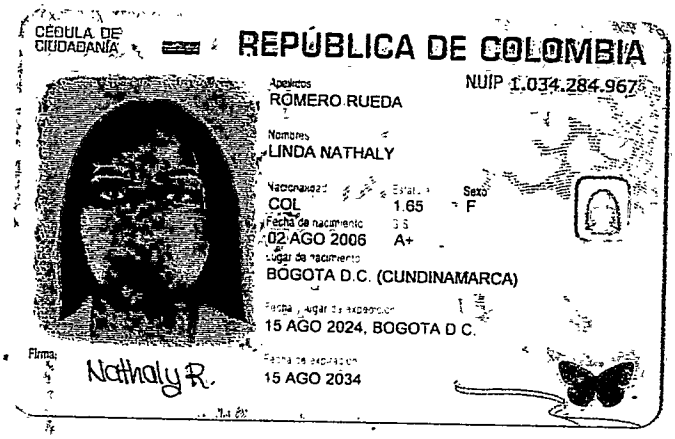
Nombre del Responsable/Tenedor:	Firma:
Nro. Identificación:	

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
S.C. La favorita	23-04-25	11:30 - 12:30 pm

OBSERVACIONES:


CO
052785021
REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo
ICCOL052785021215001<<<<<<<<<<
0608026F3408157COL1034284967<7
ROMERO<RUEDA<<LINDA<NATHALY<<<


CÉDULA DE CIUDADANÍA
REPÚBLICA DE COLOMBIA
NUIP 1.034.284.967
Apellidos
ROMERO RUEDA
Nombres
LINDA NATHALY
Nacionalidad
COL
Estatura
1.65
Sexo
F
Fecha de nacimiento
02 AGO 2006
G.S
A+
Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)
Fecha y lugar de expedición
15 AGO 2024, BOGOTA D.C.
Firma
Nathaly R.
Fecha de expiración
15 AGO 2034

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: N3 RUTA: N33529 BIMESTRAL

10023981
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

16540722119
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

¡Hola!

Factura a nombre de
OLIVERIO RUIZ

Dirección del predio
CL 17A 16B 15
Barrio: LA FAVORITA Localidad: LOS MARTIRES

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Período facturado	ENE/14/2025		MAR/13/2025
Pago oportuno	ABR/16/2025	Suspensión	ABR/23/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
JUN/10/2025	ABR/02/2025 06:31:25	ABR/02/2025 15:15:23

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

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

Llamadas 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.

4685

ASEO

Período facturado Aseo
FEB/01/2025 - MAR/31/2025
El servicio de aseo se factura de forma bimestral

Cuenta contrato Núm. de identificación de este predio	Número para pagos Número de esta factura de servicios públicos
10023981	16540722119

Dirección: CR 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: PEQUEÑO PRODUCTOR			Estrato	2	
Und. Res. Ocupada:	1	Und. No Res. Ocupada:	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
70.823,16	48.700,21	152.831,36

Subsidio (-)	40%	Valor Aseo	$174.242
Aporte (+)	60%	Total ingresar del periodo	$174.242
Informativo - deuda total		Ingreso que Aseo reporta a la DIAN en el noticia actual	

A Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$67.161	Conceptos credito	$-
Aseo pequeño productor	$89.299	Ajuste a la decena -credito-	$2-
Subsidio	$26.855-	Dev.cobro no aplicó	$39-
Aporte	$44.650		

Histórico de vigencias cobradas

Efectivamente aprovechables		Residuos no aprovechables		Arboladas - no atendidas	
0.0533				0.1031	
Barrido y limpieza		Limpieza urbana		Rechazo del aprovechamiento	
0.0026		0.0011		0.0000	
3	$163.038	2	$160.917	1	$171.192

Días liquidados
59

Toneladas por suscriptor mes

Tu consumo en este período

En los periodos anteriores tu promedio de consumo fue 24

36 36 36 19

JUL-SEP	SEP-NOV	NOV-ENE	ÚLTIMO CONSUMO
$430.204	$430.675	$433.838	

En este periodo consumiste menos agua que en el anterior.

Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

En este período 19.000

Promedio al día 322

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este periodo 43
Lectura anterior 24
Tu consumo este periodo 19

Facturado con Consumo Normal
Base promedio
Descargue fuente alterna 0

Datos de tu medidor

Marca G2 MISURATORI
Serie 24-682818

Tipo VELO015R200
Diámetro pulgadas ½

Para reducir tu consumo, recuerda:

Ducharte en 3 minutos para reducir tu consumo

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

Cerrar la llave al enjabonar los platos

Tu cobro en este período

Acueducto		Alcantarillado		Otros cobros		Aseo
$127.879,96	+	$120.310,79	+	$404.031	+	$174.200
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 periodo
Ingresos que la EAAB-ESP reporta a la DIAN en el periodo actual

= Total a pagar $826.420

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): ecf246742f5fc433bcc4144b784bfb31704052ace1d52f23115bb7705ad5488a5dc15749137cead35dd52a78b0bd9e2

Detalle de tu consumo este bimestre

1 Acueducto

	Cant.	Valor unitario	×	Ahorro (-) o Subsidio (-)** %	= Valor	Tarifa***	= Total
Cargo fijo residencia (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)	15,00	$3.519,02	50	$33.431	$5.278,53	$100.292,38	
Subtotal				$42.627		$127.879,95	

2 Alcantarillado

	Cant.	Valor unitario	×	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	= Valor	Tarifa***	= Total
Cargo fijo residencial (mes)							
Consumo residencial básico (m³)							
Consumo residencial superior básico (m³)							
Cargo fijo no residencial (mes)	2,00	$4.370,95	50	$4.371	$6.556,43	$13.112,90	
Consumo no residencial (m³)	19,00	$3.761,31	50	$35.733	$5.641,97	$107.197,89	
Subtotal				$40.104		$120.310,79	

* Corresponde a consumos de hasta 11 m³ mensuales (22 m³ bimestrales). ** (-) Aporte aplica para estratos 5, 6, comercial e industrial (-) Subsidio aplica para estratos 1, 2 o 3.
*** La tarifa se determina a partir del valor unitario del cargo fijo o del consumo. Si aplica un subsidio, se descuenta un 5%; si hay un aporte, agrega un 4

Tasas ambientales

Estos valores ya están incluidos en el consumo residencial básico y aplican a partir del 1 de enero 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	$813	$2.507

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajuste a la decena	$1
Subtotal	$1

4 Saldos anteriores

Concepto	Valor
Deuda anterior	$404.030
Subtotal	$404.030

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 GADE Consulta directorios y horarios de atención en: www.bogota.gov.co/servicios/cades

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

Aseo
Valor a pagar
$174.200

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 cual corresponde al valor de acueducto y cual al valor de aseo.

(415)7707200489996(8020)165407221198(3900)000000174200

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$652.220

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

(415)7707200485271(8020)165407221197(3900)000000552220

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS NO. UNICO DE PERDIDAS NO TECNICAS 9.1 1107000-10 EAAB-ESP

85826 42301

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA	MICROCHIP:	FECHA:
344	990000012130598	09/04/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	COLOR:	
Charlie.	Carey	

ESPECIE: CANINO __ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO __	RAZA Mestiza	EDAD 3 meses	PESO: 15Ks	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
Fanny Maire Rangel Villazang	Kr 76 B # 77-77	3502060959
CEDULA: 59187795	CORREO ELECTRÓNICO: aidollcabrillo1@gmail.com	
BARRIO: La favorita	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: LOS MARTIRES
ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR: __	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __	

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: CANINOS PARVO:	TRIPLE:	PENTAVALENTE:
No reporta.	marzo 20-2025	FELINOS: TRIPLE FELINA:	HEXAVALENTE: LEUCEMIA:	PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 170 l/m	F. RESPIRATORIA: 32 r/m	TEMPERATURA: 38,4 °c	TLLC 1 seg	MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,07 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,15 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 Velázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Ximena Moreno Ruiz Médica veterinaria M.P 4548	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:
Fanny Rz	5918795

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:
S.C La favorita	23-04-25	11:30 - 12:30 pm

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN

No. 5918795

COL

RANGEL VILLAZANA
APELLIDOS

FANNY MAIRE
NOMBRES

VEN
NACIONALIDAD

F
SEXO

27560263
ONTIPO

03-11-1999
FECHA DE NACIMIENTO

05-03-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO

VISIBLE

Fanny R.
FIRMA

E0323904

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

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

Juan Francisco Espinosa Palacios
Director General de Migración Colombia

IPCOL5918795<<4<<<<<<<<<<<<<<<
9911031F3105308VENE0323904<<<1
RANGEL<VILLAZANA<<FANNY<MAIRE<

EL SUMIDERO NO ES BASURERO

BOGOTÁ

Bota la basura en la caneca, no en la calle.

Denuncia en la Línea 116

El punto recibe de-hidratación ultrasónica hasta cuatro veces la capacidad permanente de aseo y alcantarillado e incluso puede generar tarjas y fracturas en el servicio.

aseo

Período facturado Aseo
FEB/01/2025 - MAR/31/2025

El servicio de aseo se factura de forma bimestral

Cuenta contrato 10042224
Núm. de identificación de este predio

Número para pagos 40711691515
Número de esta factura de servicios públicos

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

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

Datos del usuario

Tipo de productor	PEQUEÑO PRODUCTOR		Estrato		2
Und. Res.-Ocupada:	1	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
106.234,74	84.119,32	152.831,36

Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$67.161	Concepto crédito	$4-
Aseo pequeño productor	$178.598	Ajuste a la decena -crédito-	$2-
Subsidio	$28.865-	Dev.cobro no autoriz	$67-
Aporte	$89.299		

Subsidio (-)	40%	Valor Aseo	$302.120
Aporte (+)	50%	Total Ingresos del período	$302.191

Información de deuda total: Ingrese que Aseo reporta a la DIAN en el periodo actual

Histórico de Vigencias cobradas

3	$288.555	2	$284.898	1	$302.691	Días liquidados 59
---	---	---	---	---	---	---

La tarifa incluye subsidio o aporte*

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

0.0533 0.1031

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA:3 CICLO: N3 RUTA:N33529 BIMESTRAL

10042224
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

40711691515
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

Período facturado	ENE/14/2025	MAR/13/2025

Pago oportuno	ABR/16/2025	Suspensión	ABR/23/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
JUN/10/2025	ABR/02/2025 06:31:42	ABR/02/2025 15:17:34

¡Hola!

Factura a nombre de
MARTHA ALICIA BERNAL RODRIGUEZ

Dirección del predio
KR 16B 17 17

Barrio: **LA FAVORITA** Localidad: **LOS MARTIRES**

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso:	Multiusuario
Estrato:	2
Unidades Habitacionales:	1
Unidades No Habitacionales:	1

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

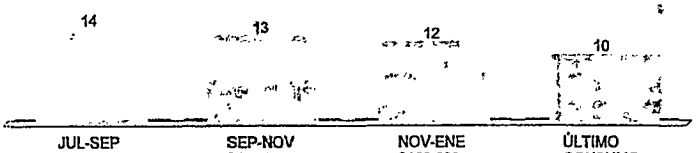
En este periodo **consumiste menos agua** que en el anterior.
Abre y descubre el detalle de tu pago y consumo ↓

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

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

Tu consumo en este período

En los períodos anteriores **tu promedio de consumo fue** 13



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

En este período 10.000

Promedio al día 169

En este período consumiste menos agua que en el anterior.

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período 735
Lectura anterior 725
Tu consumo este período 10

Facturado con Consumo Normal
Base promedio
Descargue fuente alterna 0

Datos de tu medidor

Marca BAYLAN
Serie 12058649

Tipo VELO015R160
Diámetro pulgadas ½

Para reducir tu consumo, recuerda:

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

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

Cerrar la llave al enjabonar los platos

Tu cobro en este período

Acueducto	+ Alcantarillado	+ Otros cobros	+ Aseo	Escanea y paga virtual
$56.261,78	$48.672,00	$10.561-	$308.120	
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** $402.493

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

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): a394957ef85d8c1c5c4c39df39ded8756533a01777d094eb2f876934e40d6e1058a1ec8f808ecabbaaeb77b603f50386

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 (Tasa e Cont.)
Cargo fijo residencial (mes)	1,00	$9.195,79	-40	$3.678-	$5.517,47	$5.517,79
Consumo residencial básico (m³)	5,00	$3.519,02	-40	$7.036-	$2.111,41	$10.557,10
Consumo residencial superior básico (m³)	-				-	-
Cargo fijo no residencial (mes)	1,00	$9.195,79	50	$4.598	$13.793,69	$13.793,79
Consumo no residencial (m³)	5,00	$3.519,02	50	$8.798	$5.278,63	$26.393,10
Subtotal				$2.680		$55.261,78

2 Alcantarillado

	Cant.	× Valor unitario	× Aporte (+) o Subsidio (-)** %	= Valor	Tarifa***	= Total
Cargo fijo residencial (mes)	1,00	$4.370,95	-40	$1.748-	$2.622,57	$2.622,95
Consumo residencial básico (m³)	5,00	$3.701,31	-40	$7.523-	$2.256,79	$11.283,55
Consumo residencial superior básico (m³)	-				-	-
Cargo fijo no residencial (mes)	1,00	$4.370,95	50	$2.185	$6.556,43	$6.555,95
Consumo no residencial (m³)	5,00	$3.701,31	50	$9.403	$5.641,97	$28.209,55
Subtotal				$2.317		$48.672,00

* Corresponde a consumos de hasta 11 m³ mensuales (22 m³ bimestrales). ** (+) Aporte: aplica para estratos 5, 6, comercial e industrial. (-) Subsidio: aplica para estratos 1, 2 o 3.
*** La tarifa se determina a partir del valor entero 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 ($/m3)		
Tarifa consumo superior a básico ($/m3)		
Total por consumo facturado	$300	$924

El Mínimo Vital es un beneficio donde el Distrito de Bogotá brinda un apoyo económico de hasta 6 m³ mensuales (12 m³ por cada período facturado) a los usuarios residenciales de los estratos 1 y 2. (Acuerdo 937 de 2024)

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
I-ajuste a la decena	$4-
D-ben. mín. vital total	$10.557-
Subtotal	10.561-

4 Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

5 Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

Deudas en estudio

Concepto	Valor
	$0
	$0
	$0
Subtotal	$0

6 Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	$0

Pagos por la página web, app y billeteras

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

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

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

Aseo
Valor a pagar
$308.120

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

(415)7707200489996(8020)407116915150(3900)000000308120

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$94.373

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)407116915153(3900)000000094373

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA	MICROCHIP:	FECHA:
345	990000012130749	09/04/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
	Tequila	Blanco Negro

ESPECIE: CANINO __ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO __	RAZA Mestizo	EDAD 11 meses	PESO: 2,8Kg	POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION:	TELEFONO
Ingrid Nataly Rubio Castro	Kr 18 Bis #22C 02 piz	3118641328
CEDULA: 53129921	CORREO ELECTRÓNICO: nataly-r23@hotmail.com	
BARRIO: Santa fe	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: LOS MARTIRES
ESCOLARIDAD: NS/NR: Tecnologo	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL ___	

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: CANINOS PARVO: HEXAVALENTE:	TRIPLE: PENTAVALENTE:
Marzo 25	NiR	FELINOS: TRIPLE FELINA: Ene 25 LEUCEMIA:	PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
170 l/m	32 r/m	38,6 °c	1 seg	Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Mónica Vázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	FIRMA MVM
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Ximena Moreno Ruiz Médica veterinaria MP 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:
Nataly Rubio	53129921

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:
S-C. La favorita	23-04-25	11:30 - 12:30 pm

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 53.129.921

RUBIO CASTRO

APELLIDOS

INGRID NATALY

NOMBRES

Nataly Rubio

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 12-ABR-1985

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

15-MAY-2003 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00244688-F-0053129921-20100713 0022722781A 1 34140161

EMPRESA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

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

BIMESTRAL

11703048	13813052415
Cuenta contrato Núm. de identificación de este predio	**Número para pagos** Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

Período facturado ENE/14/2025 MAR/13/2025

Pago oportuno ABR/16/2025 Suspensión ABR/23/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
JUN/10/2025	ABR/02/2025 06:32:21	ABR/02/2025 15:26:09

¡Hola!

Factura a nombre de
MELIDA PI 202 18 BIS 22C

Dirección del predio
KR 18 BIS 22C 02 PI 2

Barrio: SANTA FE 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 periodo **consumiste menos agua** que en el anterior.
Abre y descubre el detalle de tu pago y consumo ↓

Llámanos 116 Acueducto 110 Aseo

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

cadena

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA	MICROCHIP:	FECHA:
346	990000012130742	09/04/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	luna			COLOR:	Gris.	
ESPECIE: CANINO __ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO __	RAZA	mestizo	EDAD	1 año.	PESO: 4 kg.	POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI __ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X			TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR __ CASERO __ CONCENTRADO X MIXTO __ OTRO __		

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION:	TELEFONO
Leivi Alexis Blanco Gaona	Kr 18 Bis # 22C-02 P12	3123032965
CEDULA: 80070780	CORREO ELECTRÓNICO: 3123032965@sincolico.com.	
BARRIO: Santa Fe	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: LOS MARTIRES
ESCOLARIDAD: Secundaria NS/NR: __	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __	

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	167 l/m	F. RESPIRATORIA:	32 r/m	TEMPERATURA:	38,4 °c	TLLC	1 seg	MUCOSAS:	Rosada

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Mónica Velázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	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: 80070780

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:
S.C. La favorita	23-04-25	11:30 - 12:30 pm

OBSERVACIONES:

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 80.070.780

Apellidos
BLANCO GAONA

Nombres
LEIVI ALEXIS

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.57	M

Fecha de nacimiento
21 SEPT 1981

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
04 OCT 1999, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expiración
30 DIC 2034

.CO

071654799

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL071654799815001<<<<<<<<<<
8109219M3412307COL80070780<<<3
BLANCO<GAONA<<LEIVI<ALEXIS<<<<

Juna

aseo

Período facturado Aseo
FEB/01/2025 - MAR/31/2025
El servicio de aseo se factura de forma bimestral

Cuenta contrato	Número para pagos
Núm. de identificación de este predio	Número de esta factura de servicios públicos
11703048	13813052415

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

Datos del usuario

Tipo de producto:	RESIDENCIAL		Estrato	3	
Und. Res. Ocupada:	2	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:	07	%Participación	0.0000%

Componentes de tarifas

Costo Fijo Total CFT:	Costo variable no aprovechable	Valor base aprovechamiento
70.823,16	27.683,12	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 | Afectadas - no afectadas
0.0533	0.0380

Histórico de vigencias cobradas

3	$107.221	2	$105.558	1	$113.392

Días liquidados: 59

La factura incluye multa o aporte

A Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$135.443	Interés mora	$16
Subsidio	$20.317-	Dev.cobro no autoriz	$32-

Subsidio (-)	15%	Valor Aseo	$115.110
Aporte (+)	00%	Total Ingresos del período	$115.142

Informativo - deuda total — Ingreso que Aseo reporta a la DIAN en el concepto actual

---

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

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

11703048	13813052415
Cuenta contrato	**Número para pagos**
Núm. de identificación de este predio	Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

Período facturado	ENE/14/2025	MAR/13/2025

Pago oportuno ABR/16/2025 Suspensión ABR/23/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
JUN/10/2025	ABR/02/2025 06:32:21	ABR/02/2025 15:26:09

¡Hola!

Factura a nombre de
MELIDA PI 202 18 BIS 22C

Dirección del predio
KR 18 BIS 22C 02 PI 2

Barrio: **SANTA FE** 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 periodo **consumiste menos agua** que en el anterior.
Abre y descubre el detalle de tu pago y consumo ↓

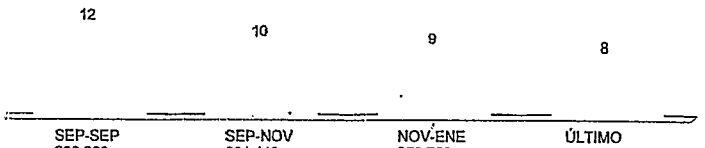
Llámanos **116** Acueducto **110** Aseo

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

cadena. NIT 899.999.094-0

Tu consumo en este período

En los períodos anteriores **tu promedio de consumo fue** 10



En este periodo consumiste menos agua que en el anterior.

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

En este período	Promedio al día
8.000	136

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período 1259	Facturado con Consumo Normal
Lectura anterior 1251	Base promedio
Tu consumo este período 8	Descargue fuente alterna 0

Datos de tu medidor

Marca FLODIS DE ACTARIS	Tipo VELO015T2
Serie A11S499375	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		$20		$115.110
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 $187.700

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): d7a0f43dd0be2561777b531f20134ef42f23cd3326b4c05298d773788496ac104bff82a924568b32857d8b32af79f433

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		-15	$2.759-	$7.816,42	$16.032,58
Consumo residencial básico (m³)	8,00	$3.519,02		-15	$4.223-	$2.991,17	$23.920,16
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
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)	$24,26	$74,77
Tarifa consumo superior a básico ($/m3)	$0,00	$87,97
Total por consumo facturado	$194	$598

Mínimo vital: La tarifa aplicada para el consumo básico corresponde a [illegible] mensuales. Si tu consumo supera este límite, el valor adicional se cobrará a la tarifa del estrato [illegible]

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
Intereses de mora	$20
Subtotal	20

4 Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

5 Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

Deudas en estudio

Concepto	Valor
	$0
	$0
	$0
Subtotal	$0

6 Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	$0

Pagos por la página web, app y billeteras

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

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

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

Aseo
Valor a pagar
$115.110

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 cual corresponde al valor de acueducto y cual al valor de aseo.

(415)7707200489996(8020)138130524157(3900)000000115110

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$72.590

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

(415)7707200485271(8020)138130524151(3900)000000072590

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS NRO. ÚNICO DE REGISTRO 1 800 000-10 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:
347	990000012130747	08/04/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Pecas	COLOR:	Carey

ESPECIE: CANINO __ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO __	RAZA Mestizo	EDAD 1 año	PESO: 2,8Kg	POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION:	TELEFONO
Nicolas David Abril Hernandez	Kr 15 # 17-19 AP 102	3224471052
CEDULA: 1033786 648	CORREO ELECTRÓNICO: nachobrs5@gmail.com	
BARRIO: La favorita — ESTRATO: 2	LOCALIDAD: LOS MARTIRES	
ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA __ APTO X RURAL __	

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: CANINOS PARVO: / HEXAVALENTE: / TRIPLE: — PENTAVALENTE: —
Marzo 25	N.R	FELINOS: TRIPLE FELINA: Dic 24 / LEUCEMIA: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: — / RABIA: Dic 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: 172 l/m	F. RESPIRATORIA: 34 r/m	TEMPERATURA: 38,5 °c	TLLC 1 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ningno

6. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: Ningno

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y 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 MP 45482 Matrícula 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:
DIEGAS DAVID ABNI(	1033786648

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.

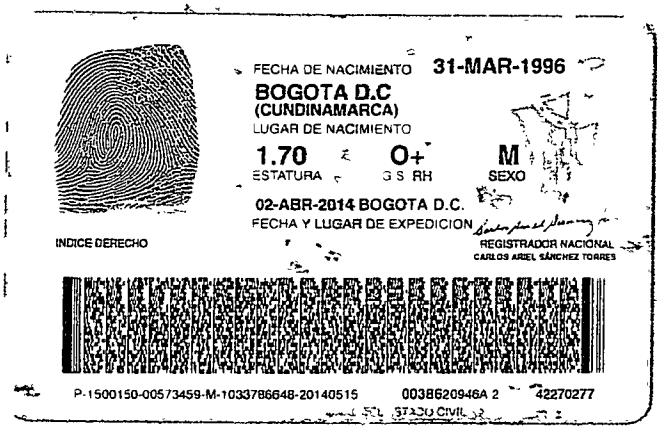
RAZÓN:

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

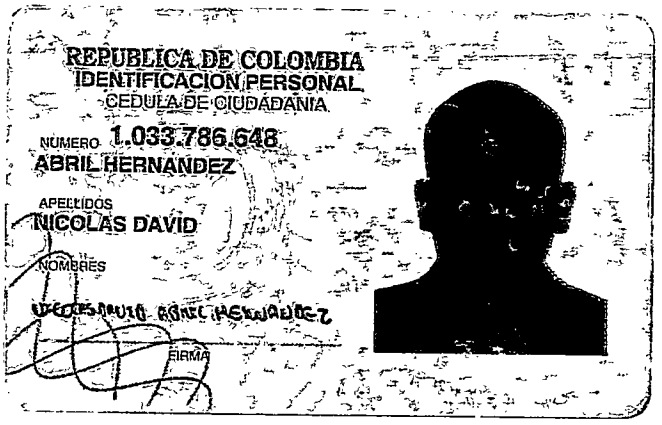
8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
S.C. La favorita	23-04-25	11:30 - 12:30 pm

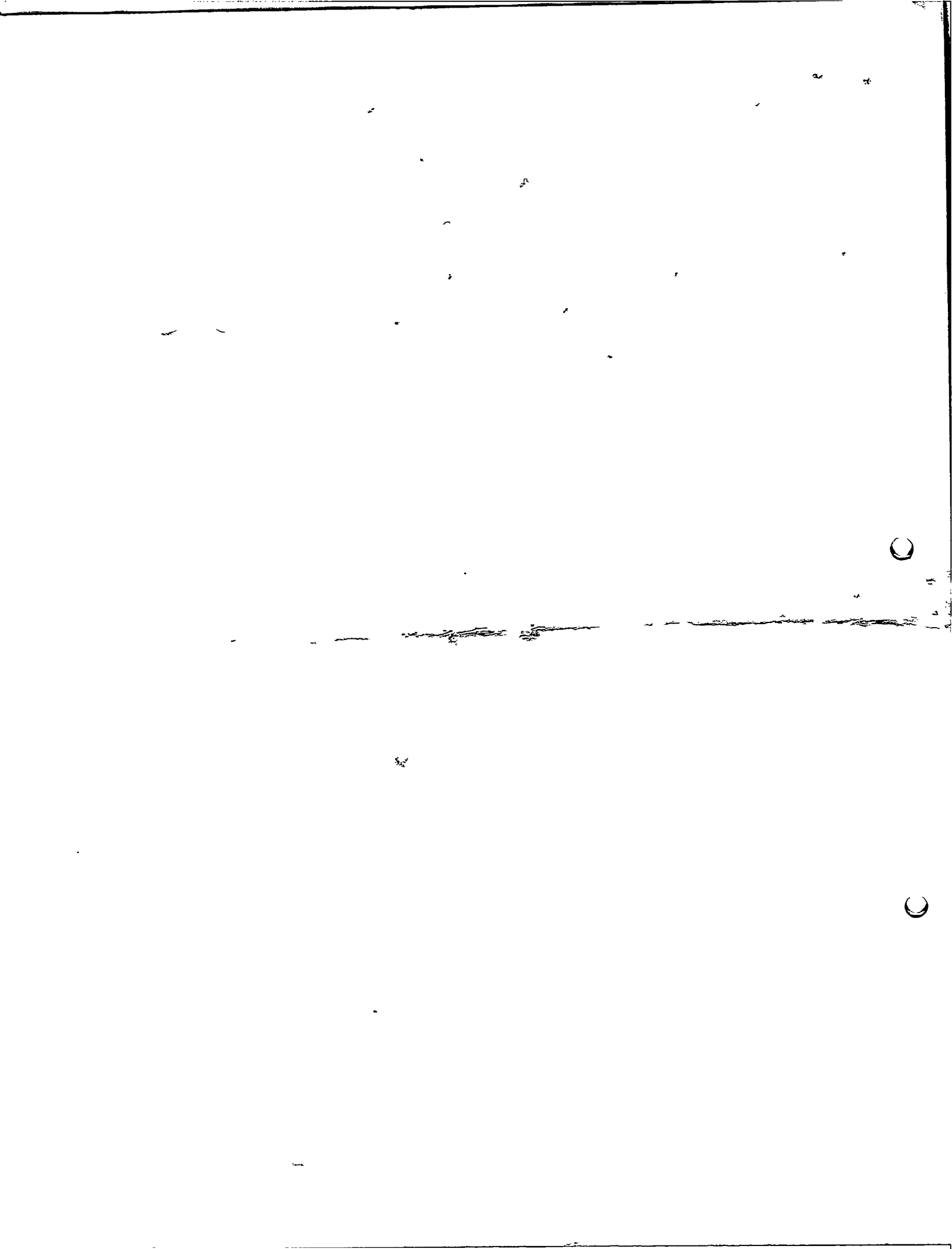
OBSERVACIONES:



FECHA DE NACIMIENTO 31-MAR-1996
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
02-ABR-2014 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
P-1500150-00573459-M-1033786648-20140515 0038620946A 2 42270277
ESTADO CIVIL



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.033.786.648
ABRIL HERNANDEZ
APELLIDOS
NICOLAS DAVID
NOMBRES
FIRMA



NO ES BASURERO

Bota la basura en la caneca, no en la calle.

Denuncia en

aseo

Período facturado Aseo
FEB/01/2025 - MAR/31/2025
El servicio de aseo se factura de forma bimestral

Cuenta contrato	Número para pagos
Núm. de identificación de este predio	Número de esta factura de servicios públicos
11282649	15865524910

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	RESIDENCIAL		Estrato	2	
Und. Res. Ocupada:	1	Und. No Res. Ocupada:	0	Densidad	0.000
Und. Res. Desocupada:	000	Und. No Res. Desocupada:	000	Volumen	0.00
Frecuencia Barrido:	06	Frecuencia Recolección:	06	%Participación	0.000%

Componentes de tarifas

Costo Fijo Total CFT.	Costo variable no aprovechable	Valor base aprovechamiento
35.411,58	13.281,10	152.831,36

Subsidio (-)	40%	Valor Aseo	$40.300
Aporte (+)	00%	Total Ingreso del periodo	$40.311
Información - deuda total		Ingreso que Aseo reporta a la DIAN en el periodo actual	

A Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$67.161	Interés mora	$19
Subsidio	$26.865-	Ajuste a la decena -crédito-	$4-
		Dev.cobro no autoriz	$11-

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
0.0533	0.0363

Histórico de vigencias cobradas

3	$37.521	2	$36.935	1	$39.694

Días liquidados
59

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA:3 CICLO: N3 RUTA:N33529 BIMESTRAL

11282649	15865524910
Cuenta contrato	**Número para pagos**
Núm. de identificación de este predio	Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de
BLANCA NELY MENDEZ AGUILERA

Dirección del predio
KR 15 17 19 AP 102

Barrio: **LA FAVORITA** Localidad: **LOS MARTIRES**

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Periodo facturado	ENE/14/2025		MAR/13/2025
Pago oportuno	ABR/16/2025	Suspensión	ABR/23/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
JUN/10/2025	ABR/02/2025 06:32:14	ABR/02/2025 15:17:46

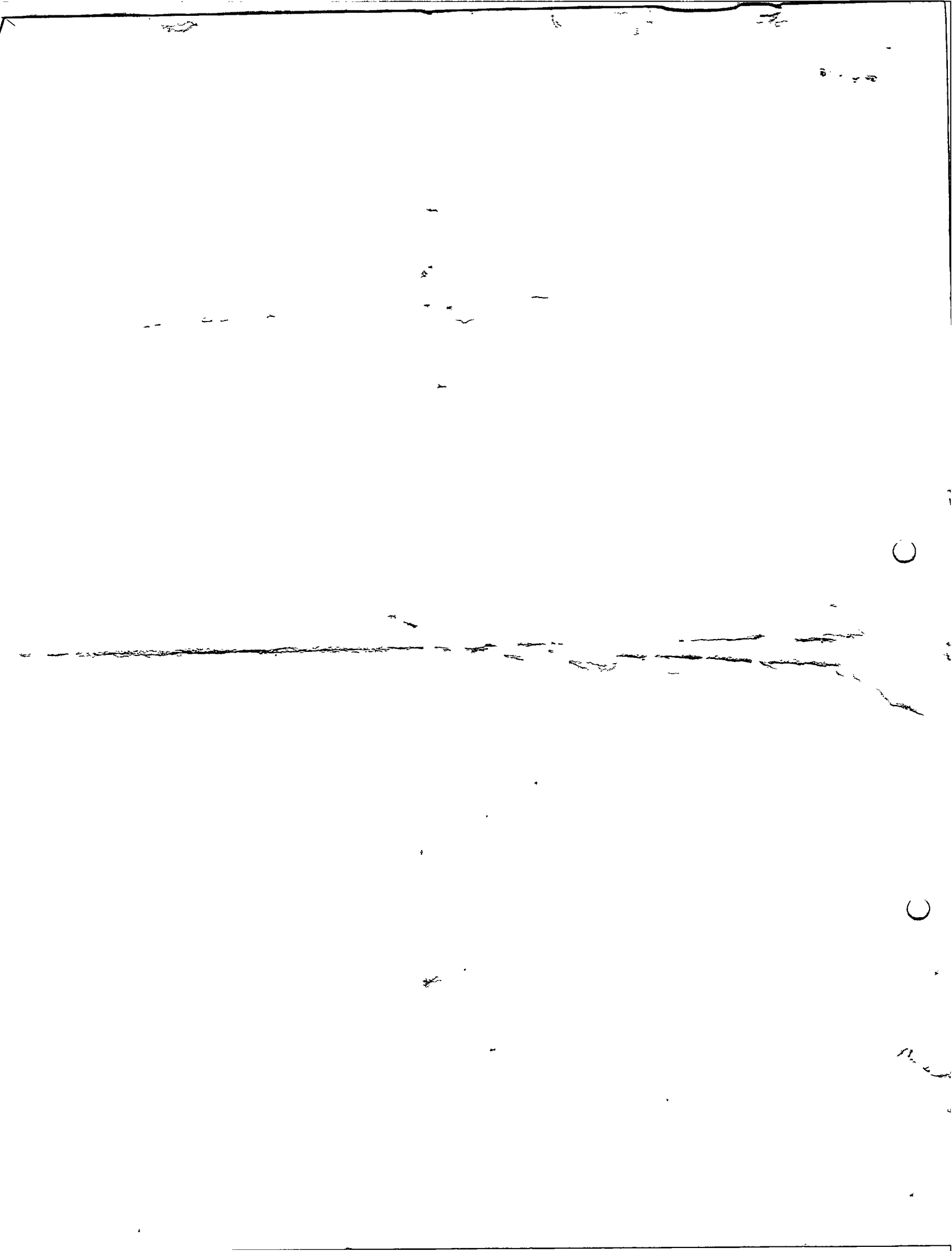
¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambió
Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.

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

Llámanos [illegible] 110 Aseo

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

cadena.



ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 348

MICROCHIP: 990000012130755

FECHA: 08/04/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Nala

COLOR: Atigrado - Blanco

ESPECIE: CANINO __ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO __ RAZA Mestizo EDAD 1 año PESO: 2.3 Kg POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Juan David Vega Tapiero

DIRECCION: 06 18 Bis #16A-51

TELEFONO: 3115266719

CEDULA: 1110178826

CORREO ELECTRÓNICO: Jdvt96.JV@gmail.com.

BARRIO: La favorita

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: Tecnologo NS/NR: __

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: __ CANINOS PARVO: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: / HEXAVALENTE: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / FELINOS: TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA: / RABIA:
Noviembre 01 2024	Diciembre 22-8	

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ____ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 168 l/m | F. RESPIRATORIA: 32 r/m | TEMPERATURA: 38,4 °c | TLLC 1 seg | MUCOSAS: Rosada

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,1 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,2 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☑
	PROPOFOL	— ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,8 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 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:
	1110178826

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:
S.C. La Favorita	23-04-25	11:30 - 12:30 pm

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

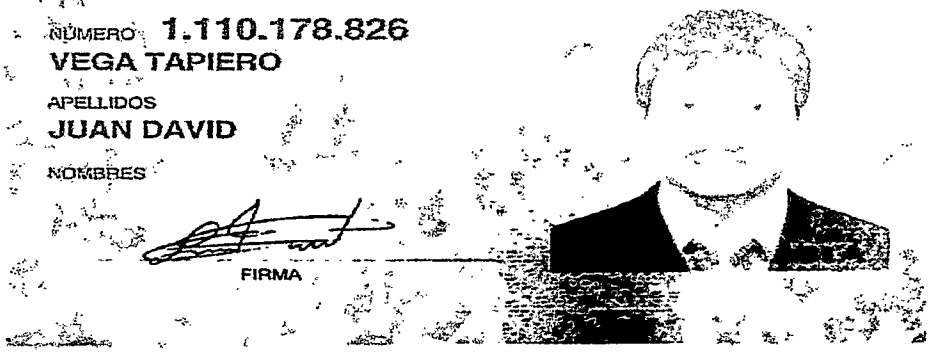
NÚMERO **1.110.178.826**

VEGA TAPIERO

APELLIDOS

JUAN DAVID

NOMBRES



FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-OCT-1996**

ORTEGA
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

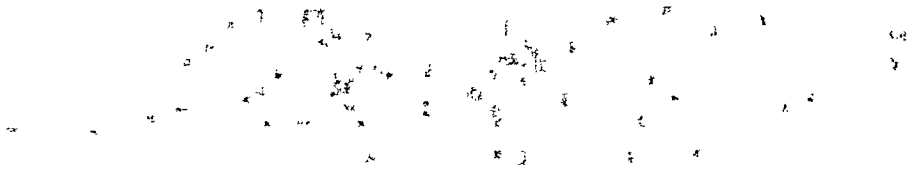
1.68	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

09-OCT-2014 ORTEGA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-2908500-01241674-M-1110178826-20210625 0074765298A 1 9915638799



Muestra tu consumo en litros para que lo comprendas mejor.

aseo

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

El servicio de aseo se factura de forma bimestral.

Cuenta contrato	Número para pagos
10035831	38694358110
Núm. de identificación de este predio	Número de esta factura de servicios públicos

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

Datos del usuario

Tipo de producto: RESIDENCIAL — Estrato: 2

Und. Res. Ocupada:	4	Und. No Res. Ocupada:	0	Densidad	0.000
Und. Res. Desocupada:	000	Und. No Res. Desocupada:	000	Volumen	0.00
Frecuencia Barrido:	05	Frecuencia Recolección:	06	%Participación	0.000%

Componentes de tarifas

Costo Fijo Total CFT	Costo variable no aprovechable	Valor base aprovechamiento
135.326,40	51.595,52	152.831,36

A Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$284.626	Ajuste a la decena -debito-	$4
Subsidio	$105.850-		

Subsidio (-)	40%	Valor Aseo	$166.780
Aporte (+)	00%	Total ingresos del periodo	$166.780
Información - deuda total		Ingreso que Aseo reporta a SUI en el periodo actual	

Toneladas por suscriptor mes

Barrido y limpieza	Limpieza urbana	Rebloso del aprovechamiento
0.0026	0.0011	0.0003

Efectivamente aprovechables	Residuos no aprovechables | Aforados - no aforados
0.0775	0.0363

Histórico de vigencias cobradas

3	$70.928	2	$133.072	1	$147.741	Días liquidados	62
---	---	---	---	---	---	---	---

La tarifa incluye subsidio o aporte*

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTA

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA:3 CICLO: N3 RUTA:N33530 BIMESTRAL

10035831	38694358110
Cuenta contrato	Número para pagos
Núm. de identificación de este predio	Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de
SEGUNDO PEDRO ORTEGA

Dirección del predio
DG 18 BIS 16A 51

Barrio: **LA FAVORITA** Localidad: **LOS MARTIRES**

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Periodo facturado	NOV/15/2024	ENE/13/2025

Pago oportuno **FEB/17/2025** Suspensión **FEB/20/2025**

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
ABR/09/2025	FEB/04/2025 06:47:52	FEB/04/2025 12:54:04

¡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.

Tu consumo en este período

En los períodos anteriores **tu promedio de consumo fue** 16

21 17 25 9

JUN-JUL	JUL-SEP	SEP-NOV	ÚLTIMO
$46.835	$107.164	$8.994.072	CONSUMO

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

En este período	Promedio al día
25.000	417

En este periodo consumiste más agua que en el anterior

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período 2442
Lectura anterior 2417
Tu consumo este período 25

Facturado con Consumo Normal
Base promedio
Descargue fuente alterna 0

Datos de tu medidor

Marca AQUAFORJAS
Serie AB105296

Tipo VOLU016C
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
$63.820,08		$61.664,65		$25.333-		$158.780
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	=	Total a pagar	$258.933

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

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

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 7f7f6d071a8b8d4ca8cb60ec466d0a104e3d5a4bd2abcc33930a43735b4d6c2b44fb19aba24fc24a6d3425932913e3

Detalle de tu consumo este bimestre

	1 Acueducto						2 Alcantarillado					
	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-) %	Valor	Tarifa**	Total	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-) %	Valor	Tarifa**	Total
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$9.155,79	-40	$7.357-	$0.517,47	$11.034,63	2,00	$4.370,95	-40	$3.497-	$2.622,57	$5.244,90
Consumo residencial básico (m³)	25,00	$3.519,02	-40	$35.190-	$2.111,41	$52.785,50	29,00	$3.781,31	-40	$37.013-	$2.250,79	$56.419,75
Consumo residencial superior básico (m³)												
Cargo fijo no residencial (mes)												
Consumo no residencial (m³)												
Subtotal				$42.547-		$63.820,08				$41.110-		$61.664,65

* 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	$37,97
Total por consumo facturado	$428	$1.320

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajuste a la decena	$4
Dcto. alta vital total	$25.337-
Subtotal	25.333-

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
$158.780

Acueducto y Alcantarillado
$100.153

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.
Si paga con cheque, girar dos cheques únicamente de gerencia a nombre de la [illegible] el número de cuenta [illegible] de acueducto y cuál el valor de aseo. Señor cajero: Si en el desprendible de esos aparece sello y sticker de reclamación, recibirlo sin Acueducto. (Este pago solo podrá efectuarse en Bancos y Red CADE, no podrá efectuarse en un corresponsal bancario).

(415)7707200465271(8020)3669436010710(3900)0000001001 94

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS NRO. ÚNICO DE REGISTRO R-31000690-10 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:
349	990000012130745	09/04/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:				COLOR:	
Tienesi				Blanco - Atigrado	
ESPECIE: CANINO __ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO __	RAZA mestizo	EDAD 2 años	PESO: 2.4 Kg	POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI __ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X	TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR __ CASERO __ CONCENTRADO X MIXTO __ OTRO __			

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION:	TELEFONO
Indira Yohana Hernandez Junco	CL 17A # 16-39	3224302095
CEDULA: 50627 48	CORREO ELECTRÓNICO: 3224302095@SINCO1100.com	
BARRIO: San Victorino	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: LOS MARTIRES
ESCOLARIDAD: bachiller NS/NR: __	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __	

3. ANAMNESIS

Bien estado de salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR __ CANINOS PARVO: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: / HEXAVALENTE: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / FELINOS: TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA: / RABIA: /
01-enero 2025	01-junio 2024	

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

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

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,12 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,2 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☑
	PROPOFOL	— ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,8 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,16 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,02 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Mónica Vc. Vázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Xi... Moreno Ruiz Médica veterinaria M.P 45482	FIRMA

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

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación: 5062748

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:
S.C. La Favorita	23-04-25	11:30 - 12:30 pm

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA

PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN

No. 5062748

COL

HERNANDEZ JUNCO
APELLIDOS

INDIRA YOHANA
NOMBRES

VEN
NACIONALIDAD

F
SEXO

11913209
DNI Nro.

21-05-1975
FECHA DE NACIMIENTO

26-05-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO

VISIBLES

FIRMA

Inscríbete por internet
a factura digital

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

Vanti

Si tu Revisión Periódica Obligatoria de gas vences entre julio y diciembre de 2025 y la certificas entre el 1 y el 30 de abril de 2026

Agenda tu Revisión Periódica obligatoria de gas

Colíneas

Mundo digital Vanti

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

Pagos electrónicos en otras entidades

Nequi · Bancolombia · BBVA · Davivienda · Banco Pichincha · dale · plata

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 nuestro 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 830.655.613-6 704B2307202

Se te suspenderá el servicio por falta de pago y cuando no acuerdes, en cuyo caso [illegible] días hábiles siguientes al conocimiento del hecho de [illegible] 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 hecho de [illegible] 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.

CECILIA RAMIREZ
CL 17A 16 39 - SAN VICTORINO
BOGOTA

Medidor

Lote: P09GN Ruta: 0011310274730005000 Código del Sector: 391

Cuenta o referencia de pago 61590097

TU CUPO VANTI LISTO
APROBADO ES:

www.grupovanti.com

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inqu

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

At
Gestiona tus

Línea de V
M
https:/

Recuerda que puedes elegir tu canal de preferencia para comunicarnos de ac

Por favor dobla y rasga para abrir

Marzo 2025

61590097

Fechas importantes

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

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. SIN SUBSIDIO	25M3	2.825,91	0,00	70.647,75
CONS. CON SUBSIDIO	20M3	3.195,11	0,00	63.902,20
MENOS SUBSIDIO (41%)	1UN	-26.123,22	0,00	-26.123,22
AJUSTE DECENA	1UN	3,27	0,00	3,27

1 — Total $108.430,00

Tus financiaciones

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

2 — Total $0,00

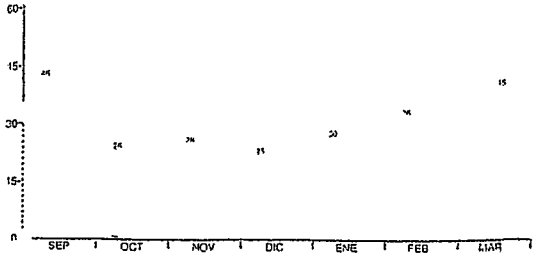
3 — Valor facturas vencidas **$0,00**

Total a pagar 1 + 2 + 3 **$108.430,00**

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial Estrato/Cat. Dos Días de consumo 29

Fecha	Lectura	Tipo
11 Feb. 2025	1611	REAL
11 Mar. 2025	1669	REAL

m³ corregidos= 1669 - 1611 * Factor de corrección = 45

Tu próxima lectura será Entre 07 y el 12 de Abril

Novedades de tu factura

CuVg $ 2025.91

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

Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 May. 2028

La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la vigente "Resoluciones 059 de 2012 y 11265 de 2017"

Agenda ya tu RFO 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 Energía y Gas (CREG)

Componentes tarifarios

Gm: 1604.97 Tm: 526.97 Dm: 621.22 Vm: 0.0
Pc: 72.75 Cvm: 0.0 Cvfc: 0.0 Cuvm: 0.0
Ccm: 0.0 Fpcu: 42.475 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

Mj/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale a 531 kWh y el precio unitario del kWh es $204,193

Factor de corrección

Vm: 58 Kb: 0.76628 Kt: 1.00536 Pt: 0.77039
Vc: 45 Tm: 14.02 Te: 15.56 Pe: 1.01008
Pa: 0.751 Pm: 0.023 Fpv: 1.0
Factor de corrección: 0.77039

Indicadores de calidad

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

(415)7709998026025(8020)61590097(3900)00000000108430

12/03/2025 Facturación electrónica desde N° 00000001 hasta 50000000 con vigencia de 15 meses
b8ed23dd37682ba66125b2e1c91c9f2f25b3473522201560978a1400d0dde5991 1c5124e357500e115a9524f468fe7 Factura No. F15B29639204

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 350

MICROCHIP: 990000012130757

FECHA: 09/04/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Nieve

COLOR: Blanco Gris

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

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Sarita Rapalino Calleja

DIRECCION: Kr 15 #22-93 AP207

TELEFONO: 3204760146

CEDULA: 1000493303

CORREO ELECTRÓNICO: saritacalleja.sc@gmail.com

BARRIO: Santa Fe ESTRATO: 2 LOCALIDAD: LOS MARTIRES

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

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO: Marzo 25

ULT. DESPARASITACION: Feb 25

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

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 170 l/m F. RESPIRATORIA: 32 r/m TEMPERATURA: 38,4 °c TLLC 1 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

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

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:
Sarita Rapalino C	1000493 303

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:
S.C La Favorita	23-04-25	11:30 - 12:30 pm

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.000.493.303

RAPALINO CALLEJAS
APELLIDOS

SARITA
NOMBRES

Sarita Rapalino C
FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 05-DIC-2002

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

14-DIC-2020 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

ÍNDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01189257-F-1000493303-20201215 0072830718A 1 8501156498

enel | Bogotá

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

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagar y consultar tu número de cliente ingresa a

0346808-9

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 341743228-2

CLIENTE

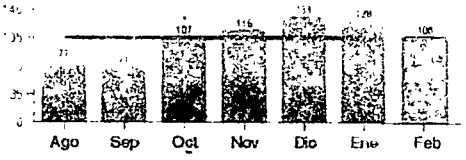
A DE RODRIGUEZ
KR 15 NO 22 93 AP 201
APTO 201
BOGOTA, D.C. - SANTA FE

08 401 3550 / 018-30069208

¿Prefieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO

Activa



VALOR kWh APLICADO: $853,92

CONSUMO DIARIO: 3,86 kWh

VALOR DIARIO: $1.704

PERÍODO FACTURADO: 09 ENE/2025 A 05 FEB/2025

DÍAS FACTURADOS: 28

CONSUMO MES: 108 kWh

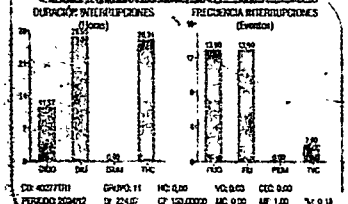
CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 106 kWh

Este mes tuvimos acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR. Tu consumo de energía se ejecutó dentro de lo habitual.

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	4,27
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30004084013550
RUTA LECTURA:	34084010440
MANZANA DE LECTURA:	MS006610309
MEDIDOR NO:	018-30069208
MEDIDOR NO:	018-30069208

CALIDAD DEL SERVICIO



USO SEGURO DE LA ENERGÍA

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

CONTÁCTANOS

Servicios móviles enel.com.co/es/personas/radicaciones

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

Registrate gratis

Zona privada de la página Web

App Enel Clientes Colombia

315 800 6003 (Elena Bot o pasa Asesor)

Enel Colombia @EnelClientesCO

Cobertura Nacional Asistencia Al Cliente	EMERGENCIAS	SUGERENCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas.	601 5140055 denuncias@enel.com

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

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

Billetera Virtual

Daviplata
MOVII
MASGO
Upaga

Corresponsales Bancarios

CONRED
efecty
Red Baloto
MOVIRED
Aval

Red Distrital

RED CADE

Centros de Servicio

enel

Almacenes de Cadena

Exito
Carulla

Código QR

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

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

G: $358,49 T: $56,03 D: $250,91 CV: $75,33 PR: $70,22 R: $12,94 CF: $0,00 / $823,82 Costo kWh Mes

GRUPO 11 CIRCUITO: 9727-43277781 - NIVEL DE TENSIÓN: 1 PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por ctd. Somos autorretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002 - Régimen Común - CIIU 4111 IVA No aplica - NIT SOLUCIÓN CRUCE 915 DE 1999.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha prefijada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 9051 de 30 de diciembre de 2020

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

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

En cumplimiento de la resolución CREG 15071 consultar enelcomercial.com.co

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

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

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

FECHA GENERACIÓN: 10/02/2025 01:26:41
FECHA EXPEDICIÓN: 10/02/2025 18:13:10

CUDE: d8f6a1a221947e797955dd7f4e2234956d8657447c6ae853d73b9e3415811490ba2d6eaeb5770a71ac1745b73980a580b

Factura Impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.094.612 - Versión Numérica

Nombre del SW: GENFinanciero - NIT: 830.221.15

$49.950 + $0 = $49.950

PAGO OPORTUNO
19 FEB./2025

FECHA DE SUSPENSION
21 FEB/2025

ENERGÍA

. 0346808-9

06 MAR /2025

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual		Lectura Anterior	=	Diferencia de Lecturas	X	Factor	=	Energía Consumida kWh	Energía Facturada kWh	X	Valor Unitario	=	Valor Facturado
ENERGÍA ACTIVA TP	33.177		33.069		108		1		108	108		$853.92		$92.224
ENERGÍA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$280.91		$0
														$42.270

SUBSIDIO: Consumo a subsidiar 130,00 kWh X Valor kWh $853,9223 X Beneficio -45,83 % = $42.270

ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $1.784 DIARIOS.

SUBTOTAL: $49.954

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$-4
SUBTOTAL:	$-4

Contribución + Otros cobros

(1) TOTAL ENERGÍA $49.950

Otros cobros de productos y servicios

enel x

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

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y aseo

(2) TOTAL OTROS $0

Tené en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $89.638

Informamos que de no realizar el pago de tus obligaciones Crédito Fácil CODENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO, éstas generarán en mora, lo cual se realiza reporte negativo a las bases de información Financiera y cobro [illegible] cobrará 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 -45,83 %

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
0346808-9

Documento Equivalente Electrónico No.
341743228-2

(415)7707209914253(8020)0103468089341743228 2(3900)000000000049950

PAGO OPORTUNO
19 FEB /2025

TOTAL A PAGAR
$49.950

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA	MICROCHIP:	FECHA:
351	900255001724094	09/04/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
	Horus	Blanco Negro

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

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI __ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X	TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR __ CASERO __ CONCENTRADO __ 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
Kelly Marcela Castrillon Garcia	D6 18 Bv #16 A-45	3204000636

CEDULA:	CORREO ELECTRONICO:
1013 635 781	Kellymarce_44@gmail.com

BARRIO:	ESTRATO:	LOCALIDAD: LOS MARTIRES
La favorita	2	

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

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ____ NO Y	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	31 r/m	38,3 °c	1 seg	Rosadas

OBSERVACIONES: Ningno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,11 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,2 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☒
	PROPOFOL	— ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,17 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,15 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,02 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ningno

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Mónica Vázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Ximena Moreno Ruiz Médica veterinaria MP 45482 Colegio 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: Kelly	Nro de Identificación: 1013635781

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:
S.C. La favorita	23-04-25	11:30 - 12:30 pm

OBSERVACIONES:

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.013.635.781

Apellidos
CASTRILLON GARCIA

Nombres
KELLY MARCELA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.58	F

08 SEPT 1992 O+

SABANALARGA (ANTIOQUIA)

19 OCT 2010. BOGOTA D C

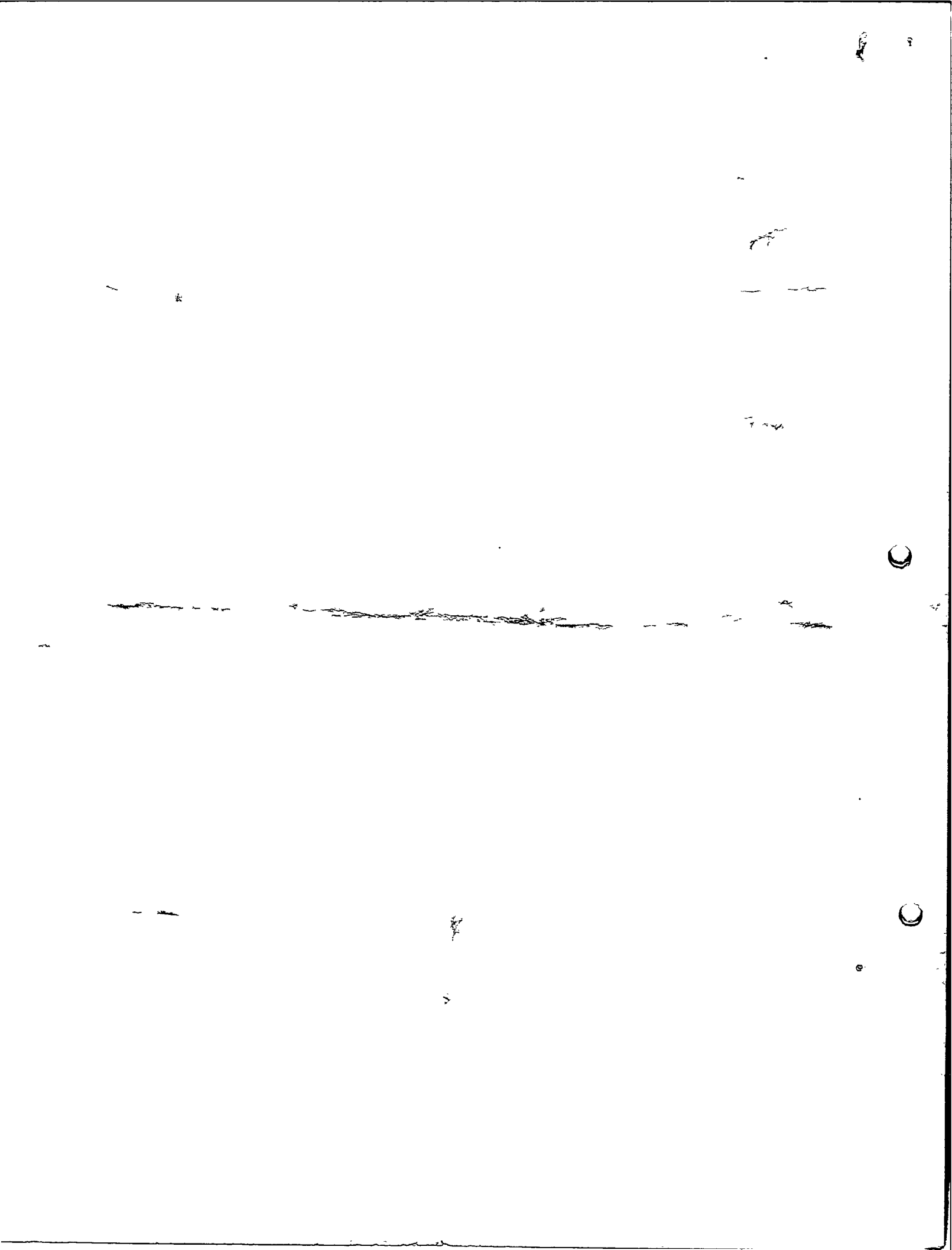
21 OCT 2034

.CO

057221906

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL057221906215001<<<<<<<<<<<
9209080F3410211COL1013635781<0
CASTRILLON<GARCIA<<KELLY<MARCE



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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: N3 RUTA: N33530 BIMESTRAL

10042044
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

40711686614
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Periodo facturado ENE/14/2025 MAR/13/2025

Factura a nombre de
M L DE GUARIN

Dirección del predio
DG 18 BIS 16A 45

Barrio: LA FAVORITA Localidad: LOS MARTIRES

Pago oportuno ABR/16/2025 Suspensión ABR/23/2025

Dirección de correspondencia

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
JUN/10/2025	ABR/02/2025 06:31:34	ABR/02/2025 15:24:30

¡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.

Datos adicionales del predio

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

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

Ubícanos en el paseo

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

5045 86551 42632 1/2

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA	MICROCHIP:	FECHA:
352	900255001724084	09/04/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
	Luna	Carey

ESPECIE: CANINO __ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO __	RAZA Mestizo	EDAD 8 meses	PESO: 3AKg	POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI __ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X	TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR __ CASERO __ CONCENTRADO X MIXTO __ OTRO __			

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION:	TELEFONO
Jaime Alberto Ramirez Alvarez	Kr 22 #22-17 P12	3114782065
CEDULA: 79 397 059	CORREO ELECTRONICO: ramirezjaime@gmail.com	
BARRIO: Semper Mendoza — ESTRATO: 3	LOCALIDAD: LOS MARTIRES	
ESCOLARIDAD: NS/NR: __ Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA √ APTO __ RURAL __	

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ____ NO √	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: 38,1 °c	TLLC 1 seg	MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL		FIRMA
	Mónica Vázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	MV
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Xiomara Moreno Médica Veterinaria MP 45482	XM

	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:
Jaime de Ramírez	79397059 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:
S.C. La favorita	23-04-25	11:30 - 12:30 pm

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO: 79.397.059

RAMIREZ ALVAREZ
APELLIDOS

JAIME ALBERTO
NOMBRES

FIRMA

ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-SEP-1966
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

30-NOV-1984 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-01049799-M-0079397059-20181210 0063561251A 1 1465252871

Bota la basura en la caneca, no en la calle.

Denuncia en

¡ES BASURERO

BOGOTÁ

aseo

Período facturado Aseo
FEB/01/2025 - MAR/31/2025
El servicio de aseo se factura de forma bimestral

Cuenta contrato Núm. de identificación de este predio	Número para pagos Número de esta factura de servicios públicos
11111689	42031055413

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

LIMPIEZA URBANA 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: 07 | %Participación: 0.0000%

Componentes de tarifas

Costo Fijo Total CFT	Costo variable no aprovechable	Valor base aprovechamiento
35.411,58	13.841,56 -	152.831,36

Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$87.722	Intereses mora	$542
Subsidio	$10.158-	Dev.cobro no autoriz	$16-
Deuda Vigencias anterior	$56.700		

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
0.0533	0.0380

Histórico de vigencias cobradas

3	$53.610	2	$52.779	1	$56.696

Días liquidados: 59

Subsidio (-)		Valor Aseo	
Aporte (+)	0%	Total ingresos del periodo	$114.790
Información - deuda total		Ingreso que Aseo reporta a la DIAN en el periodo actual	$58.106

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: N3 RUTA: N33542 BIMESTRAL

11111689 Cuenta contrato Núm. de identificación de este predio	42031055413 Número para pagos Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

Periodo facturado	ENE/14/2025	MAR/13/2025

¡Hola!

Factura a nombre de
PEDRO A PEDRAZA G

Dirección del predio
KR 22 22 17 PI 2

Barrio: **SAMPER** Localidad: **LOS MARTIRES**

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Pago oportuno	Inmediato	Suspensión	Inmediato

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
JUN/10/2025	ABR/02/2025 06:32:06	ABR/02/2025 15:26:23

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

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

Llámanos 116 Acueducto 110 Aseo

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

Tu consumo en este período

En los períodos anteriores **tu promedio de consumo fue** 25

25	25	25	25
JUL-SEP	SEP-NOV	NOV-ENE	ÚLTIMO
$179.587	$179.774	$181.047	CONSUMO

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

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

En este período	Promedio al día
25.000	424

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período 1563
Lectura anterior 1633
Tu consumo este período 25

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

Datos de tu medidor

Marca FLODYS CYBLE
Serie A14S141463

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
$91.995,08		$89.051,65		$182.593		$114.790
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-FSP reporta a la DIAN en el período actual

= Total a pagar $478.430

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

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 26ad80a3523d168e5797da4a900c07733cc78ffe34618c9e2ee54aea65ba2761166a101aec2c0936ddd50d85142bc63

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	-15	$2.759-	$7.816,42	$15.632,58
Consumo residencial básico (m³)	22,00	$3.519,02	-15	$11.613-	$2.991,17	$65.805,44
Consumo residencial superior básico (m³)	3,00	$3.519,02		$0	$3.519,02	$10.557,06
Cargo fijo no residencial (mes)						
Consumo no residencial (m³)						
Subtotal				$14.372-		$91.995,08

2 Alcantarillado

	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	= Valor	Tarifa***	= Total
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$4.370,95	-15	$1.311-	$3.715,31	$7.430,90
Consumo residencial básico (m³)	22,00	$3.761,31	-15	$12.412-	$3.197,11	$70.336,62
Consumo residencial superior básico (m³)	3,00	$3.761,31		$0	$3.761,31	$11.283,93
Cargo fijo no residencial (mes)						
Consumo no residencial (m³)						
Subtotal				$13.723-		$89.051,65

* 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	$534	$1.909

El Mínimo Vital es un beneficio donde el Distrito de Bogotá brinda un apoyo económico de hasta 6 m³ mensuales (12 m³ por cada periodo facturado) a los usuarios residenciales de los estratos 1 y 2.
Resolución 925 de 2024

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajuste a la decena	$3
Intereses de mora	$1.540
Subtotal	1.543

4 Saldos anteriores

Concepto	Valor
Deuda anterior	$181.050
Subtotal	$181.050

5 Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

6 Deudas en estudio

Concepto	Valor
	$0
	$0
	$0
Subtotal	$0

6 Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	$0

Pagos por la página web, app y billeteras

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

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

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

Aseo
Valor a pagar
$114.790

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

(415)7707200489996(8020)420310554133(3900)000000114790

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$363.640

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)420310554138(3900)000000363640

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS NRO. ÚNICO DE RECLAMOS PRO 1-1100100-10 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:
353	900255001724087	09/04/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
Miel		Atigrado blanco

ESPECIE: CANINO __ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO __	RAZA	EDAD	PESO:	POTENCIAL PELIGROSO
		Mestizo	4 meses	1,2Kg	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
Ana Delia Pabon Huertas	Cl 7 # 16 B - 45 AP 301	3003203256
CEDULA: 51 877 876	CORREO ELECTRONICO: anadeliapabohuertas@gmail.com	
BARRIO: La favorita	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: LOS MARTIRES
ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA __ APTO Y RURAL __	

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
165 l/m	33 r/m	38,0 °c	1 seg	Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,06 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,12 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☑
	PROPOFOL	— ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,4 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,08 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 Vezquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Ximena Moreno Ruiz Médica veterinaria MP 45482 Universidad Nacional de Colombia	FIRMA

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

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Ana Delia Pabá	51877876

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:
S.C. La Favorita	23-04-25	11:30 ~ 12:30 pm

OBSERVACIONES:

FECHA DE NACIMIENTO 09-DIC-1966

TOCAIMA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

06-DIC-1985 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

INDICE DERECHO

A-1500150-00813081-F-0051877876-20160413 0049303045A 2 1443836301

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 51.877.876

PABON HUERTAS

APELLIDOS

ANA DELIA

NOMBRES

FIRMA

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: **0340622-9**

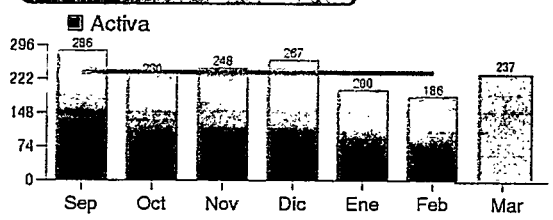
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 345037184-9

CLIENTE

ALEIDA CELIS HENAO
CL 17 NO 16 B 45 AP 301
AP 301
BOGOTA, D.C. - LA FAVORITA

07 402 3089 / 117-22568447

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $843,71

CONSUMO DIARIO: 8,17 kWh

VALOR DIARIO: $5.206

PERIÓDO FACTURADO: 05 FEB/2025 A 05 MAR/2025

DIÁS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES 237 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 235 kWh

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

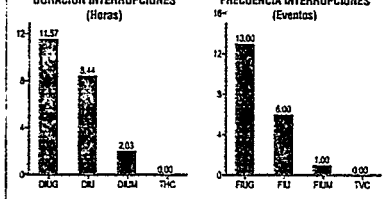
INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	4,33
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30004074023089
RUTA LECTURA:	34074040346
MANZANA DE LECTURA:	MS00610425
MEDIDOR NO:	117-22568447
MEDIDOR NO:	117-22568447

USO SEGURO DE LA ENERGÍA

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

CALIDAD DEL SERVICIO



CO: 18914TR1 GRUPO: 11 HC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,57
PERIODO: 2025/01 OI: 230,04 CF: 200,00000 MC: 0,00 MF: 1,00 %c: 0,20

Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 035 de 2019

CONTÁCTANOS

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

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas.	601 5140055 denuncias@enel.com

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

Billetera Virtual
Rappipay · Daviplata · MOVII · NEQUI · tpaga

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

Red Distrital
RED CADE

Centros de Servicio
enel

Almacenes de Cadena
Jumbo · Metro

Código QR

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

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: SF12-18914TR1- - NIVEL DE TENSION:1 PROPIEDAD: Empresa

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

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunicate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 9061 de 10 de diciembre de 2020.

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

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

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

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

ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliano de energía eléctnca (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 atencion definidos por cada Empresa.

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

FECHA GENERACIÓN: 08/03/2025 01:36:45
FECHA EXPEDICIÓN: 08/03/2025 18:16:09

CUDE: b021f1dade1e93ec6a8e56a00558f5f8980735b54caf975b45e9d2a51b5c88d8881de7908c2b15d1f134dff80b996b86

Vulnerable

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA	MICROCHIP:	FECHA:
354	900255001724100	09/04/2025

ORIGEN: CES X PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD __

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
	Negra	Carey

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

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION:	TELEFONO
Angie Paola Beltran		3180878398

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
1007588379	ap3463609@gmail.com

BARRIO:	ESTRATO:	LOCALIDAD: LOS MARTIRES

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

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: __ CANINOS PARVO:	TRIPLE: — PENTAVALENTE: —
Marzo 25	N.R	FELINOS: TRIPLE FELINA: / HEXAVALENTE: / LEUCEMIA:	PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: — RABIA: Marz 25

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

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

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL		FIRMA
	Mónica Vc.ázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	Mónica Vázquez 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 X MV

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

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Angie Paola Beltran	1007588379

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:
S.C. La Favorita	23-04-25	11:30 - 12:30 pm

OBSERVACIONES:

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

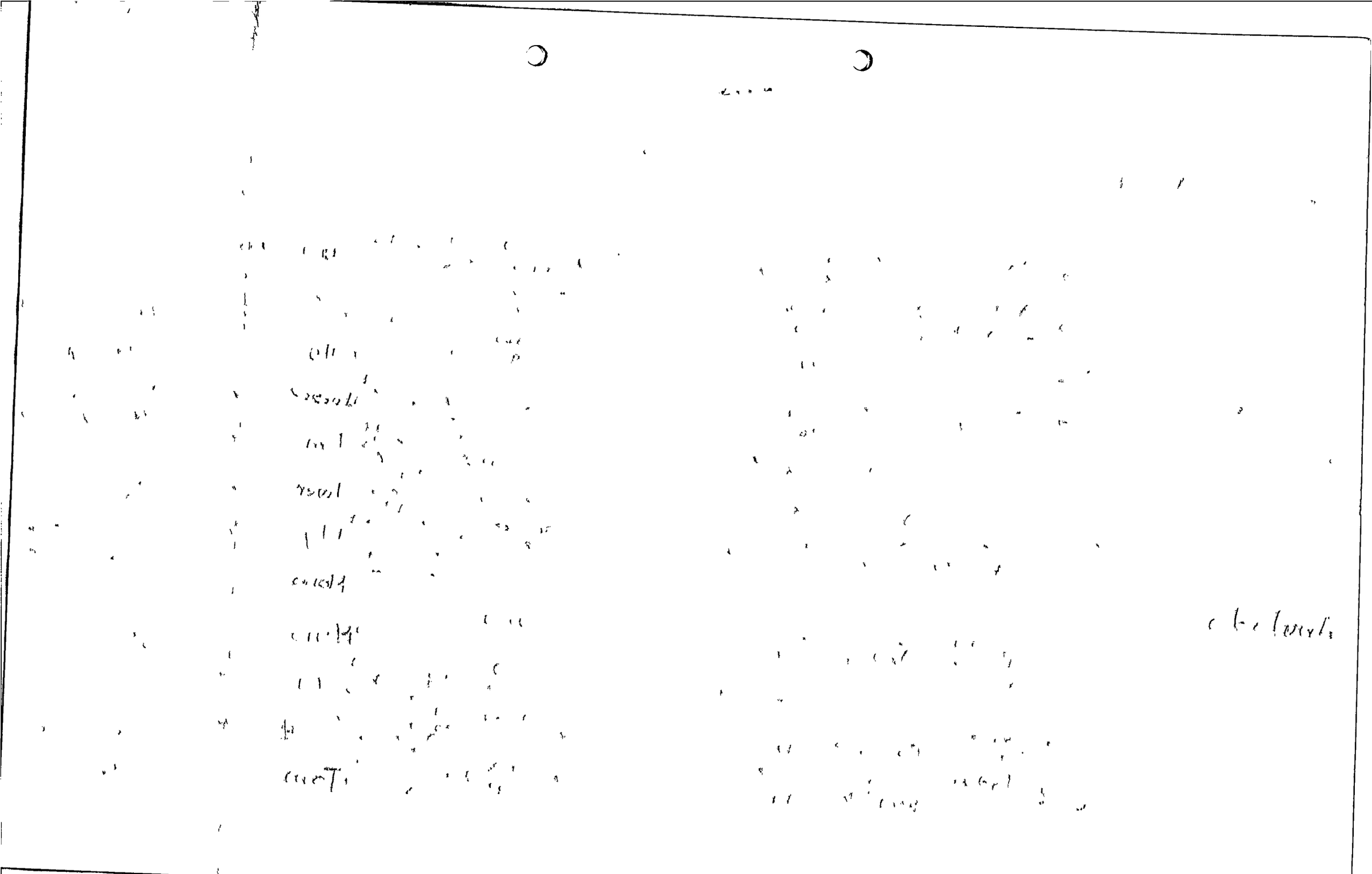
PLANILLA DE REGISTRO - ESTERILIZACIONES

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CPS-322-2024

LOCALIDAD: LOS MARTIRES | BARRIO: | JORNADA: S.C La favor 109

FECHA: 09 Abril 2025 | OPERADOR: FUNDACION ECODES

NÚMERO MICROCHIP	TIPO DE TENEDOR	ESTRATO	NOMBRE	APELLIDO	CC	SEXO: MUJER	SEXO: HOMBRE	SEXO: INTERSEXUAL	LGTBI	IDENTIFICACIÓN ÉTNICA: AFRO COLOMBIANO	PALENQUERO	INDIGENA	RAIZAL	GITANO	NINGUNO	FIJO / CELULAR	e-mail	DIRECCIÓN	NOMBRE PACIENTE	ESPECIE: CANINO	ESPECIE: FELINO	SEXO: MACHO	SEXO: HEMBRA	OBSERVACIONES	FIRMA
990000012130584	C	2	Maria Patricia	Carrero Suarez	39 618 891	Y									Y	320330 9967	320330 99670 sincorreo com	CL 174 # 16-39	chiquitin	Y		Y			Maria Patricia Carrero Suarez
990000012130758	C	0	Andres Leonardo	Muñoz Sanchez	71768 340		Y								Y	311898 8533	311898 8533@ sincorreo com	CL 18 # 15-06 AP 300	Jack.	Y		Y			Andres Leonardo Muñoz
990000012130743	C	2	Yissel Carolina	Ovalle Espana	1003 314 185	Y									Y	322370 9359	galaxyandreagarcia2229@gmail.com	CL 174 # 16B-35 0202	milo.	Y		Y			Carolina Espana
990000012130591	C	2	Linda Nathaly	Romero Rueda	1034 284 967	Y									Y	350833 3169	ruedanathaly200@gmail.com	CL 174 # 16B-15	Hueso	Y		Y			Nathaly R.
990000012130582	C	2	Maria Bella Lira	Marroquin Medina	51 900 768	Y									Y	312405 2450	mariaquinmedinamariabellalira@gmail.com	Kr 19 # 18-46 UV2	Tom	Y		Y			Ma Bella Marroquin.
990000012130744	C	2	Karen Dayanna	Reina Ortiz	1023 886 200	Y									Y	312428 5301	karendayanareina9643@gmail.com	CL 18 # 15-23 AP 102	Oliver	Y		Y			
990000012130759	C	3	Charles Albeiro	Zarate Contrera	79 609 445		Y								Y	301133 8350	301133 8350@ sincorreo com	CL 22 A # 17-32 402	Toby		Y	Y			Charles Albeiro Zarate Contrera
Anulado																			Mono						
990000012130752	C	2	Jazmin Rocio	Velasquez Ardila	52875 434	Y									Y	320940 5846	Jggle 1982@ hotmail com	kr 18 # 21-40 001	Mono	Y		Y			
990000012130746	C	3	Maycol Estiven	Morales Olivera	1001 288 225		Y								Y	311610 2379	maicol morales2008@gmail.com	CL 22A # 17-32 402	Sanji	Y		Y			
990000012130760	C	2	Karen Lizeth	Carduzo Bohorquez	1003 704 481	Y									Y	311870 9119	1004 carduzo bohorquez@gmail.com	06 18 Bis # 16 45	Garfield	Y		Y			Karen Carduzo
990000012130751	C	2	Indira	Monsalve Hernandez	51 263 49	Y									Y	301338 5842	nacarindira@gmail.com	CL 174 # 16-39	Tom	Y		Y			Indira M.



ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 355 | MICROCHIP: 990000012130584 | FECHA: 08/04/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Chiquitin. | COLOR: Atigrado

ESPECIE: CANINO __ FELINO X | SEXO: HEMBRA __ MACHO X | RAZA mestizo | EDAD 9 meses | PESO: 2-8 Kg | POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria Patricia Carrero Suarez | DIRECCION: CL 77 A # 16-39 | TELEFONO: 3203309967

CEDULA: 39618891 | CORREO ELECTRÓNICO: 3203309967@Sincorreo.com

BARRIO: San Victorino | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: LOS MARTIRES

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

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 167 l/m | F. RESPIRATORIA: 32 r/m | TEMPERATURA: 38,2 °c | TLLC 1 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Mónica Velázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	FIRMA	Mónica Velázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804
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:
María Patricia Parra Suarez	39618891 fgg.

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:
S.C. La Favorita	25-04-25	11:30 – 12:30 pm

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 39.618.891

CARRERO SUAREZ
APELLIDOS

MARIA PATRICIA
NOMBRES

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 03-SEP-1968

SILVANIA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

20-MAY-1987 FUSAGASUGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

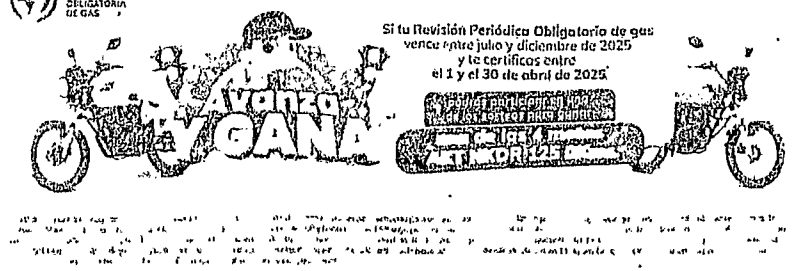
INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00154371-F-0039618891-20090416 0010685527A 1 28778023

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

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



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 · Banca ía · BBVA · GNB · Bancolombia · Banco · Banco Pichincha · Nequi · plata · 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 no hayas suscrito un acuerdo de pago dentro de los (5) días hábiles siguientes al conocimiento del cobro. Para presentar recurso de reposición ante la empresa y apelar ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los (5) días hábiles siguientes al conocimiento del cobro. Si presenta factura el cliente cuenta con los mecanismos de defensa en la ley 142 de 1994 y puede hacer uso antes de la fecha señalado para el pago oportuno.

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 830.096.812-8 704B23072024

¡Hola!

CECILIA RAMIREZ
CL 17A 16 39 - SAN VICTORINO
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 009520210000052654

Lote: P09GN **Ruta:** 0011310274730005000 **Código del Sector:** 391

Cuenta o referencia de pago **61590097**

vanti

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:

391 0011310274730005000 58585 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 8171
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

Cuenta o referencia de pago **Marzo 2025** **61590097**

Nit 900078185-5 Vanti S.A. E.S.P. www.vanti.com.co

Vanti
Vamos más allá

Fechas importantes

1 — 2 — 3 — 4

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

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. SIN SUBSIDIO	25M3	2.825,91	0,00	70.647,75
CONS. CON SUBSIDIO	20M3	3.195,11	0,00	63.902,20
MENOS SUBSIDIO (41%)	1UN	-26.123,22	0,00	-26.123,22
AJUSTE DECENA	1UN	3,27	0,00	3,27

1 — Total $108.430,00

Tus financiaciones

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

2 — Total $0,00

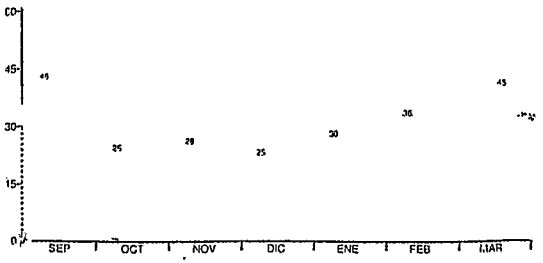
3 — Valor facturas vencidas **$0,00**

Total a pagar 1 + 2 + 3 **$108.430,00**

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial Estrato/Cat. Dos Días de consumo 29

Fecha	Lectura	Tipo
11 Feb. 2025	1611	REAL
11 Mar. 2025	1669	REAL

m³ corregido= 1669 - 1611 * Factor de corrección = 45

Tu próxima lectura será

Entre 07 y el 12 de Abril

Novedades de tu factura

CuVa $ 2025.91

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 May. 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 $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: 0,0
Pi: 72.75 *Cvm: 0.0 Cufm: 0.0 Cuvm: 0.0
Ccm: 0.0 Fpcm: 42.475 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

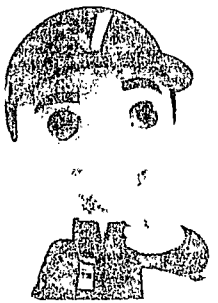
Mjm³Tu consumo en m³ de gas equivale: 531 kWh y el precio unitario del kWh es: $204.193

Factor de corrección

Vm: 58 Kp: 0.76628 Kt: 1.00536 Ft: 0.77039
Vc: 45 Tm: 14.02 Te: 15.56 Pe: 1.01000
Pa: 0.751 Pm: 0.023 Ft pv: 1.0
Factor de corrección: 0.77039

Indicadores de calidad

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



(415)7709998026025(8020)61590097(3900)00000000108430

58585 C1

Factura No. F15B29639204

b8cd22dd376828a68125b2e4e91c9f2f25b3473522d1567a814003dda59911c512b4c3575800e115a9524456d8e7

12/03/2024. Facturación electrónica desde N° 00000001 hasta 50000000 con vigencia de 18 meses

Zona Transparente S.A. Nit 830122137-4

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 356 | MICRC: 990000012130758 | FECHA: 09/04/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Jack | COLOR: Gris

ESPECIE: CANINO __ FELINO X | SEXO: HEMBRA __ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 6 meses | PESO: 3.5kg | POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Andres Leonardo Muñoz Sanchez | DIRECCION: Cl 18 # 15-06 AP 300 | TELEFONO: 3118988533

CEDULA: 71768340 | CORREO ELECTRÓNICO: 3118988533@unicolmo.com.

BARRIO: La favorita | ESTRATO: 0 | LOCALIDAD: LOS MARTIRES

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

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 166 l/m | F. RESPIRATORIA: 33 r/m | TEMPERATURA: 38,6 °c | TLLC 1 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Mónica 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:
Andrés Leonardo Muñoz	7176830

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:
S-C La favorida	23-04-25	11:30 - 12:30 pm

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **71.768.340**

MUÑOZ SANCHEZ

APELLIDOS

ANDRES LEONARDO

NOMBRES

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-MAR-1977**

MEDELLIN
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70	**AB+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

23-JUN-1995 MEDELLIN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0100150-00194461-M-0071768340-20091108 0017805133A 1 29639593

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: **0340816-2**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 345025124-5

CLIENTE

SERGIO VEGA AVENDA
CL 18 NO 15 06 AP 300
3 PI
BOGOTA, D.C. - LA FAVORITA

07 401 3863 / 019-72006523

¿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!

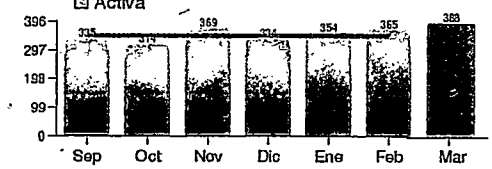
Encuéntralos escaneando el código

*La aprobación y el monto del crédito está sujeto al perfil del solicitante. Conoce más en www.creditofacilcodensa.com

Marca registrada de The Bank of Nova Scotia, utilizada bajo licencia. Sociedad Codensa S.A. Entidad vigilada por la Superintendencia Financiera de Colombia. Aprobación sujeta a políticas de crédito de la entidad. Conoce más en www.creditofacilcodensa.com

COMPORTAMIENTO CONSUMO

Activa



VALOR kWh APLICADO $843,71

CONSUMO DIARIO: 13,38 kWh

VALOR DIARIO: $13.546

PERÍODO FACTURADO: 05 FEB/2025 A 05 MAR/2025 | DÍAS FACTURADOS: 29 | CONSUMO MES 388 kWh | CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 5 MESES: 345 kWh

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

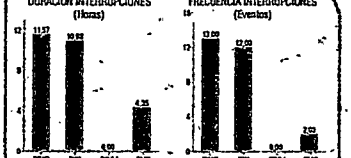
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Comercial
ESTRATO:	0
CARGA kW:	0,50
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30004074013863
RUTA LECTURA:	34074020333
MANZANA DE LECTURA:	MS00610404
MEDIDOR NO:	019-72006523
MEDIDOR NO:	019-72006523

USO SEGURO DE LA ENERGÍA

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

CALIDAD DEL SERVICIO



CO: 12135781 | GRUPO: 11 | HC: 0,00 | VC: 0,00 | CEC: 0,00
PERIODO: 202501 | DI: 230,04 | CP: 354,00000 | IEC: 0,00 | EF: 1,00 | %z: 0,20
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 038 de 2019

CONTÁCTANOS

Diseñe su factura en enel.com.co/personas/facturacion
Chat de atención en enel.com.co/personas/chat-de-atencion
315 800 6003 (Elena Bot o pasa Asesor)
Enel Colombia | @EnelClientesCO
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas	601 610 0055 denuncias@enel.com.co

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago: APP Banco, Internet, 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, puntored, Su Red Efectiva

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

Inscríbete a factura electrónica* y aprovecha los beneficios.

Escanea el código

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: FEB/2025
G: $361,70 T: $43,85 D: $272,98 CV: $76,38 PR: $69,89 R: $12,80 CF: $0,00 / $843,71 Costo kWh Mes

Comparte lo mejor de tu energía a quienes lo necesitan.
Puedes realizar tus donaciones en: www.enelxstore.com/co/es sección "Comparte mi energía"
Aporte sugerido: $39.283

GRUPO: 11 CIRCUITO: SF23-12135781 - - NIVEL DE TENSIÓN: 1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999.
Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 9061 de 10 de diciembre de 2020.
"Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio."
Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994
En cumplimiento de la resolución CREG 15811 consultar www.enel.com.co
IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, la invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.
ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo, ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención definidos por cada Empresa.
El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 08/03/2025 01:36:37
FECHA EXPEDICIÓN: 08/03/2025 18:30:14

"Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.075.612-2"

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero.- NIT 830.221.151-9

CUDE: 3a7c456c52d97665a1ace030d9917016d8be8d31ecc93335751521e6915a9bc772fcd24e37b84b7298870500596571720

1 Total Energía	+	2 Portafolio Enel X	=	Total a Pagar	PAGO OPORTUNO	FECHA DE SUSPENSIÓN
$392.830		$0		$392.830	18 MAR /2025	20 MAR/2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 0340816-2

PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 03 ABR /2025

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

CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Diferencia de lecturas	X	Factor	=	Energía Consumida kWh	Energía Facturada kWh	X	Valor Unitario	=	Valor Facturado
ENERGIA ACTIVA FP	38.063		37.675		388		1		388	388		$843,71		$327.358
ENERGIA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$272,98		$0
CONTRIBUCION	APORTE DEL 20.00 % DEL VALOR FACTURADO													$65.472
ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $13.548 DIARIOS												SUBTOTAL:		$392.830

Otros cobros asociados a energía

Consumos + Otros cobros asociados a energía — 1 TOTAL ENERGÍA: $392.830

Otros cobros de productos y servicios

enel X

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

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

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

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

ESTIMADO CLIENTE: La tarifa final es de: $843,71

NÚMERO DE CLIENTE
0340816-2

Documento Equivalente Electrónico No.
345025124-5

(415)7707209914253(8020)010340816234502512 45(3900)00000000392830

PAGO OPORTUNO
18 MAR /2025

TOTAL A PAGAR
$392.830

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA	MICROCHIP:	FECHA:
357	990000012130743	09/04/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Milo	COLOR:	Blanco-Negro

ESPECIE: CANINO __ FELINO X	SEXO: HEMBRA __ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 7meses	PESO: 3.5Kg	POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION:	TELEFONO
Yissel Carolina Ovalle Espring	CL 17A # 16B - 35 0202	3223709359
CEDULA: 1003 314 185	CORREO ELECTRÓNICO: Galaxyandrea6garciaperez29@gmail.com	
BARRIO: San Victorino	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: LOS MARTIRES
ESCOLARIDAD: Tecnologo NS/NR: __	TIPO DE VIVIENDA: CASA __ APTO X RURAL __	

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: __ CANINOS PARVO: HEXAVALENTE: TRIPLE: PENTAVALENTE: PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: RABIA:	FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA:
NO Aplica.	28 marzo - 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:	169 l/m	F. RESPIRATORIA:	32 r/m	TEMPERATURA:	38,3 °c	TLLC	1 seg	MUCOSAS:	Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Mónica Velázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Ximena Moreno Ruiz Médica veterinaria M.P 45482 Universidad Nacional de Colombia	FIRMA

Alcaldía 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:
Carolina Espitia	1003344185

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:
S.C. La favorita	23-04-25	11:30 - 12:30 pm

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.003.314.185

OVALLE ESPAÑA

APELLIDOS

YISSEL CAROLINA

NOMBRES

Carolina Ovalle España

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 05-DIC-1997

VALLEDUPAR
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

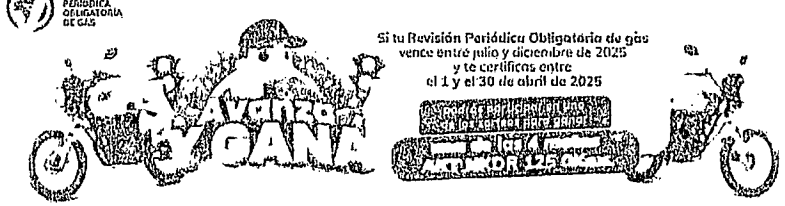
30-MAR-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01269404-F-1003314185-20211127 0076922061A 3 9917006643

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

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



vanti

Agenda tu Revisión escaneando el QR

Aliados Cóljuegos

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 · Banca de las Oportunidades · BBVA · GNB · Bancolombia · Banco de Bogotá · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · plata · dale

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

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

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

Se te [illegible] presente factura el cliente cuenta con los mecanismos [illegible] reposición ante la empresa y apelar ante la [illegible] servicio por [illegible] pago / [illegible] defensa en [illegible] ley [illegible] de [illegible] casa que [illegible] de [illegible] mediar o a la autoridad [illegible] dentro de los [illegible] y puede hacer uso antes de la fecha señalada para el pago oportuno. puedes presentar un [illegible] sobre el contenido de la [illegible] de consumo, [illegible] al corrocimiento del acto de suspensión

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.086.812-8 704823072021

¡Hola!

CRISTHIAN GILBERTO ORDONEZ RAMIREZ
CL 17A 16B 35 00202 - SAN VICTORINO
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5007109-504661

391

Lote: P09GN **Ruta:** 0011310271170005400 **Código del Sector:** 391

Cuenta o referencia de pago **61330330**

0011310271170005400

58318

P09GN

C1

vanti

TU CUPO VANTI LISTO
APROBADO ES:

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

202

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 8171
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 doble y rasgue para abrir la factura

Factura de gas

Marzo 2025

Cuenta o referencia de pago **61330330**

BOGOTA

Vigilado Superservicios

CUENTA EN MORA

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
PAGO INMEDIATO	INMEDIATO	Feb. - Mar. 2025	14 Mar. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	5M3	3.195,11	0,00	15.975,55
MENOS SUBSIDIO (41%)	1UN	-6.530,80	0,00	-6.530,80
AJUSTE DECENA	1UN	0,01	0,00	0,01
Intereses Moratorios Base Recargo	1UN	135,24	0,00	135,24

① — Total $9.580,00

Tus financiaciones

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

② — Total $0,00

③ — Valor facturas vencidas

$16.960,00

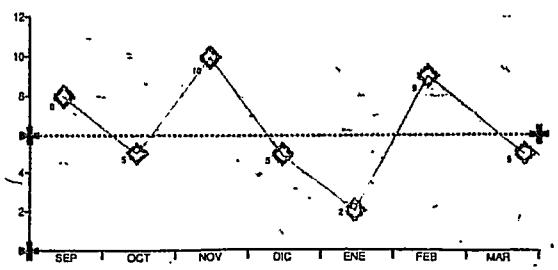
Total a pagar ① + ② + ③

$26.540,00

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial Estrato/Cat. Dos Días de consumo 29

Fecha	Lectura	Tipo
11 Feb. 2025	1678	REAL
11 Mar. 2025	1685	REAL

m³ corregido= 1685 - 1678 * Factor de corrección = 5

Tu próxima lectura será Entre 07 y el 12 de Abril

Novedades de tu factura

CuVa $ 2825.91

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 Oct. 2027

La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente* *Resoluciones 059 de 2012 y 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: 526.97 Dm: 621.22 Cm: 0.0
Pr: 72.75 Cvm: 0.0 Cufm: 0.0 Cuvm: 0.0
Ccm: 0.0 Fpcm: 42.475 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

M/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 59 kWh y el precio unitario del kWh es: $160.081

Factor de corrección

Vm: 7 Kp: 0.76628 Kt: 1.00536 Pt: 0.77039
Vc: 5 Tm: 14.02 Te: 15.56 Pe: 1.01008
Pa: 0.751 Pm: 0.023 Ft pv: 1.0

Factor de corrección: 0.77039

Indicadores de calidad

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

(415)7709998026025(8020)61330330(3900)00000000026540

Factura No. F15B29604876

0:1e79930eb044dac9c8b8cd42a079aacdac82cb20a8b4607b795663c9042a94de76ae52888947a8ad1934582e56d

12/03/2024. Facturación electrónica Resolución N° 000001 hasta 5000000 con vigencia de 18 meses

De la ley 142 de 1994
Persona Prestadora S.A.
E.S.P. 800.007.813-5

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA	MICROCHIP:	FECHA:
358	990000012130591	09/04/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:					
Huesos		Blanco Negro					
ESPECIE: CANINO __ FELINO X	SEXO: HEMBRA __ MACHO X	RAZA	Mestizo	EDAD	1 año	PESO: 3.7Kg	POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION:	TELEFONO
Linda Nathaly Romero Rueda	CL 77A # 16B-15	3508333169
CEDULA: 1034284967	CORREO ELECTRÓNICO: ruedanathaly20@gmail.com	
BARRIO: La favorita	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: LOS MARTIRES
ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __	

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: / HEXAVALENTE: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / FELINOS: TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA: / RABIA: /
N.A	N.R	

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	38,1 °c	1 seg	Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL		FIRMA
	Mónica Vázquez 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

	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:
Nathaly R.	1034284967

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:
S.C La favorita	23-04-25	11:30 – 12:30 pm

OBSERVACIONES:

Paciente presenta mayor riesgo anestesico y quirurgico porque presenta vomito abundante posterior a la anestesia, se explican riesgos por broncoaspiracion, responsable acepta y procigue

MV
Mónica Velázquez Milán
Medica Veterinaria
TP. 11804

Nathaly R.
1034284967

CO
052785021

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL052785021215001<<<<<<<<<<
0608026F3408157COL10342849677
ROMERO<RUEDA<<LINDA<NATHALY<<<

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.034.284.967

Apellidos
ROMERO RUEDA

Nombres
LINDA NATHALY

Nacionalidad
COL

Estatura
1.65

Sexo
F

Fecha de nacimiento
02 AGO 2006

G.S.
A+

BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
15 AGO 2024, BOGOTA D.C.

Firma
Nathaly R.

Fecha de expiración
15 AGO 2034

NO ES BASURERO
Bota la basura en la caneca, no en la calle.
Denuncia en

aseo

Período facturado Aseo
FEB/01/2025 - MAR/31/2025
El servicio de aseo se factura de forma bimestral

Cuenta contrato 10023981
Núm. de identificación de este predio

Número para pagos 16540722119
Número de esta factura de servicios públicos

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

Datos del usuario

Tipo de producto:	RESIDENCIAL PRODUCTOR			Estrato	2
Und. Res. Ocupada:	1	Und. No Res. Ocupada:	1	Densidad	0.200
Und. Res. Desocupada:	000	Und. No Res. Desocupada:	000	Volumen	0.00
Frecuencia Barrido:	06	Frecuencia Recolección:	06	%Participación	0.000%

Componentes de tarifas

Costo Fijo Total CFT.	Costo variable no aprovechable	Valor base aprovechamiento
70.823,16	48.700,21	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
0.0533	0.1037

Histórico de vigencias cobradas

3	$163.038	2	$160.917	1	$171.192

Días liquidados
59

A Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$67.761	Conceptos crédito	$3-
Aseo pequeño productor	$89.299	Ajuste a la decena -crédito-	$3-
Subsidio	$26.865-	Dev.cobro no autoriz	$39-
Aporte	$44.650		

Subsidio (-)	40%	Valor Aseo	$117.242
Aporte (+)	60%	Total ingrese del periodo	$117.242
Informativo - deuda total		Ingreso que Aseo reporta a la DIAN en el rol/cos actua	

acueducto
AGUA BOGOTÁ
Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá-ESP
NIT. 899.999.094 - 1
Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: N3 RUTA: N33529 BIMESTRAL

10023981
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

16540722119
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

Período facturado	ENE/14/2025	MAR/13/2025

Pago oportuno ABR/16/2025 Suspensión ABR/23/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
JUN/10/2025	ABR/02/2025 06:31:25	ABR/02/2025 15:15:23

¡Hola!

Factura a nombre de
OLIVERIO RUIZ
Dirección del predio
CL 17A 16B 15
Barrio: **LA FAVORITA** Localidad: **LOS MARTIRES**

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso:	**Comercial**
Estrato:	**2**
Unidades Habitacionales:	**0**
Unidades No Habitacionales:	**1**

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

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

Llámanos 116 Acueducto 110 Aseo

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

cadena

Tu consumo en este período

En los periodos anteriores tu promedio de consumo fue 24

36 36 36 19

JUL-SEP	SEP-NOV	NOV-ENE	ÚLTIMO CONSUMO
$430.204	$430.675	$433.838	

En este periodo consumiste menos agua que en el anterior.

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

En este período 19.000

Promedio al día 322

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este periodo 43
Lectura anterior 24
Tu consumo este periodo 19

Facturado con Consumo Normal
Base promedio
Descargue fuente alterna 0

Datos de tu medidor

Marca G2 MISURATORI
Serie 24-682818

Tipo VELO015R200
Diámetro pulgadas ½

Para reducir tu consumo, recuerda:

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

Tu cobro en este período

Acueducto	+	Alcantarillado	+	Otros cobros	+	Aseo
$127.879,96		$120.310,79		$404.031		$174.200
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 reportó a la DIAN en el periodo actual

= Total a pagar $826.420

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): ef248742f5fc433bcc4144b794bb31704052ace1d62ff23115bb7705ad5486a5dc15749137cead35dd52a78b0bd9e2

Detalle de tu consumo este bimestre

1 Acueducto

	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	= Valor	Tarifa***	= Total
Cargo fijo residencial (mes)	-					
Consumo residencial básico (m³)	-					
Consumo residencial superior básico (m³)	-					
Cargo fijo no residencial (mes)	2,00	$9.195,79	50	$9.196	$13.793,69	$27.587,58
Consumo no residencial (m³)	19,00	$3.519,02	50	$33.431	$5.278,53	$100.292,38
Subtotal				$42.627		$127.879,96

2 Alcantarillado

	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	= Valor	Tarifa***	= Total
Cargo fijo residencial (mes)	-					
Consumo residencial básico (m³)	-					
Consumo residencial superior básico (m³)	-					
Cargo fijo no residencial (mes)	2,00	$4.370,95	50	$4.371	$6.556,43	$13.112,90
Consumo no residencial (m³)	19,00	$3.761,31	50	$35.733	$5.641,97	$107.197,89
Subtotal				$40.104		$120.310,79

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

Tasas ambientales
Estos valores ya están incluidos en el consumo residencial básico y superior a básico, si se paga antes

	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	$813	$2.507

El Mínimo Vital es la cantidad de agua que cada hogar necesita para suplir su consumo básico de [illegible] Bogotá, el mínimo vital es de [illegible] litros por persona al día. Para [illegible] personas es de [illegible] litros por mes.

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajuste a la decena	$1
Subtotal	1

4 Saldos anteriores

Concepto	Valor
Deuda anterior	$404.030
Subtotal	$404.030

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
$174.200

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 cual corresponde al valor de acueducto y cual al valor de aseo.

(415)7707200489996(8020)165407221198(3900)000000174200

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$652.220

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

(415)7707200485271(8020)165407221197(3900)000000652220

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS NRC. UNICO DE REGISTRO No 1 1100-000-10 EAU-ESP

85826 42301 2

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA	MICROCHIP:	FECHA:
359	990000012130582	09/04/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Tom	COLOR: Blanco - Negro	
ESPECIE: CANINO __ FELINO X	SEXO: HEMBRA __ MACHO X	RAZA mestizo	EDAD 3 años.	PESO: 4 Kg	POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI __ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X	TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR __ CASERO __ CONCENTRADO X MIXTO __ OTRO __	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION:	TELEFONO
Maria Bella Lira Morroquin Meding	Kr 19 # 18-46 INZ	3246572450
CEDULA: 51 900 768	CORREO ELECTRÓNICO: mariaquinmedinamariabellalira@gmail.com.	
BARRIO: La favorita	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: LOS MARTIRES
ESCOLARIDAD: Secundaria. NS/NR: __	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __	

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: __ CANINOS PARVO:	TRIPLE:	PENTAVALENTE:
NO Aplica	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:
163 l/m	30 r/m	38,1 °c	1 seg	Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y especificamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterillzación/castración), quien 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 MP 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:
Ma Belalcazar Marroquin	51 900 768

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

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
S.C La Favorita	23-04-25	11:30 - 12:30 pm

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **51.900.768**

MARROQUIN MEDINA

APELLIDOS

MARIA BELLA LIRA

NOMBRES

FIRMA

ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **13-ENE-1968**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

04-SEP-1986 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-01071074-F-0051900768-20190402 0065066260A 1 9907633095

aseo

Cuenta contrato 1059899 72 — Número para pagos 11763741318

Num. de identificación de este predio — Número de esta factura de servicios públicos

Periodo facturado Aseo FEB/01/2025 - MAR/31/2025

Si soy de aseo se factura de forma bimestral

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

Datos del usuario

Tipo de producto:	RESIDENCIAL			Estrato	2
Und. Res. Ocupadas:	1	Und. No Res. Ocupadas:	0	Densidad	0.000
Und. Res. Desocupadas:	000	Und. No Res. Desocupadas:	000	Volumen	0.00
Frecuencia Barrido:	06	Frecuencia Recolección:	06	%Participación	0.0000%

Componentes de tarifas

Costo Fijo Total CFT:	Costo variable no aprovechable	Valor base aprovechamiento
35.411,58	13.281,10	152.831,36

Toneladas por suscriptor mes

Barrido y limpieza	Limpieza urbana	Rechazo del aprovechamiento
0.0026	0.0011	0.0000
Efectivamiento aprovechables	Residuos no aprovechables | Aforadas - no aforadas	
0.0533	0.0363	

Histórico de vigencias cobradas

3	$37.521	2	$36.935	1	$39.694

Días liquidados: 59

La tarifa incluye subsidio o aporte

Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$67.181	Conceptos credito	$1-
Subsidio	$26.865-	Ajuste a la decena -credito-	$1-
		Dev.cobro no autoriz	$11-

Subsidio (-)	40%	Valor Aseo	$40.316
Aporte (+)	00%	Total ingresos del periodo	$40.316
Informativo - deuda total		Ingrese que Aseo reporta a la DIAN en el periodo actual	

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: N3 RUTA: N33526 — BIMESTRAL

10598972 Cuenta contrato — Núm. de identificación de este predio

11763741318 Número para pagos — Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de
MARTINEZ MARTINEZ

Dirección del predio
KR 19 18 46 IN 2

Barrio: **LA FAVORITA** Localidad: **LOS MARTIRES**

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Periodo facturado	ENE/14/2025	MAR/13/2025
Pago oportuno	ABR/16/2025	Suspensión ABR/23/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
JUN/10/2025	ABR/02/2025 06:31:55	ABR/02/2025 15:15:50

¡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 ↓

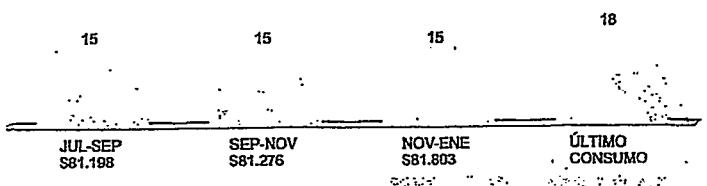
Llámanos **116** Acueducto **110** Aseo

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** 15



En este periodo consumiste más agua que en el anterior

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

En este período 18.000

Promedio al día 305

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período 1341	Facturado con Consumo Normal
Lectura anterior 1323	Base promedio
Tu consumo este período 18	Descargue fuente alterna 0

Datos de tu medidor

Marca IBERCONTA	Tipo VELO015C
Serie 07015IB104597	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
$49.039,94		$45.867,48		$25.334-		$40.280
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** $109.853

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 13ac2b71cd4eb131c8279acae10db76408be329918f74b42e9f4186629b05f37a07b5b4331abb841e237f7feb5b591

Detalle de tu consumo este bimestre

1 Acueducto

	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	= Valor	Tarifa***	= Total
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$3.105,70	-40	$7.357-	$3.517,47	$11.034,58
Consumo residencial básico (m³)	18,00	$3.519,02	-40	$25.337-	$2.111,41	$38.006,36
Consumo residencial superior básico (m³)						
Cargo fijo no residencial (mes)						
Consumo no residencial (m³)						
Subtotal				$32.694-		$49.039,94

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)	18,00	$3.761,31	-40	$27.081-	$2.255,79	$40.622,58
Consumo residencial superior básico (m³)						
Cargo fijo no residencial (mes)						
Consumo no residencial (m³)						
Subtotal				$30.578-		$45.867,48

* 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	$308	$950

1 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.
1 Decreto 927 de 2024

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajuste a la decena	$3
D-ben. mín. vital total	$25.337-
Subtotal	25.334-

4 Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

5 Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

Deudas en estudio

Concepto	Valor
	$0
	$0
	$0
Subtotal	$0

6 Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	$0

Pagos por la página web, app y billeteras

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

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

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

Aseo
Valor a pagar
$40.280

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.
Si paga con cheque, gírar los 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 cual corresponde al valor de acueducto y cual al valor de aseo.

(415)7707200489996(8020)117637413180(3900)000000040280

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$69.573

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

(415)7707200485271(8020)117637413184(3900)000000069573

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS NRO. ÚNICO DE REGISTRO 1-1100000-10 EAU-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:
360	990000012130744	09/01/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	COLOR:
Oliver	Atigrado

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

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION:	TELEFONO
Karen Dayanna Reina Ortiz	CL 18 # 15-23 AP 102	3124285301

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
1023 886 200	Karendayanareina643@gmail.com

BARRIO:	ESTRATO:	LOCALIDAD: LOS MARTIRES
La favorita	2	

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

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO:	TRIPLE:	PENTAVALENTE:
N.A	N.R	FELINOS: TRIPLE FELINA: /	HEXAVALENTE: / LEUCEMIA: /	PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / RABIA: /

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
166 l/m	32 r/m	38,6 °c	1 seg	Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y 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	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: 1023886200

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.

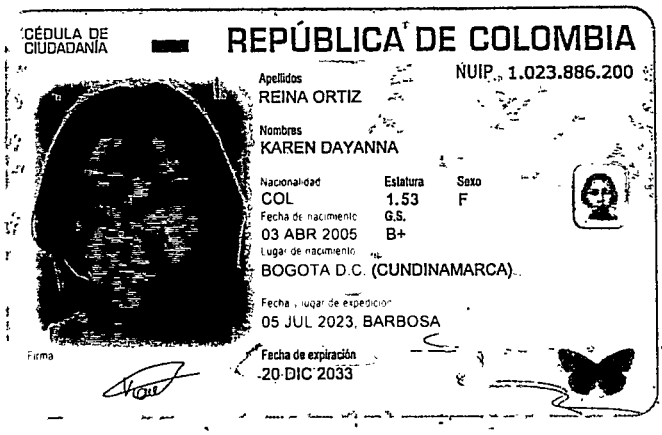
RAZÓN:

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
S.C. La Favorita	23-04-25	11:30 - 12:30 pm

OBSERVACIONES:



CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.023.886.200

Apellidos
REINA ORTIZ

Nombres
KAREN DAYANNA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.53	F

Fecha de nacimiento
03 ABR 2005

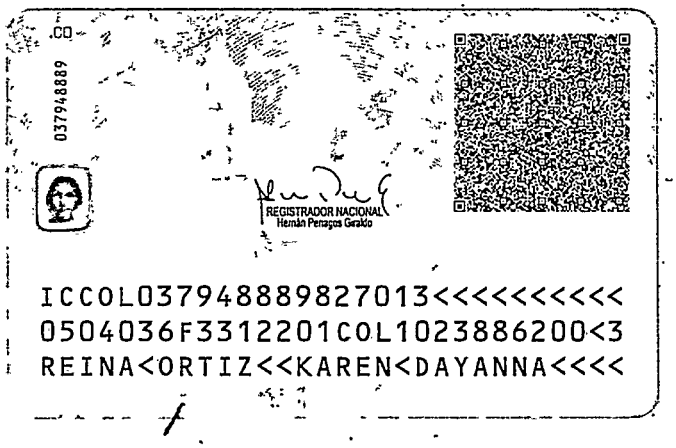
G.S.
B+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
05 JUL 2023, BARBOSA

Firma

Fecha de expiración
20 DIC 2033



.CO

037948889

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL037948889827013<<<<<<<<<<
0504036F3312201COL1023886200<3
REINA<ORTIZ<<KAREN<DAYANNA<<<<

acueducto

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: N3 RUTA: N33529 BIMESTRAL

11351707
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

42709319513
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de
EDIFICIO SANTIAGO EDIFICIO SAN

Dirección del predio
CL 18 15 23 AP 102
Barrio: **LA FAVORITA** Localidad: **LOS MARTIRES**

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Período facturado	ENE/14/2025	MAR/13/2025
Pago oportuno	ABR/16/2025	Suspensión ABR/23/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
JUN/10/2025	ABR/02/2025 06:32:24	ABR/02/2025 15:19:09

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

En este 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.

4730

85909 42342 1/[redacted]

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA	MICROCHIP:	FECHA:
361	990000012130759	09/04/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Toby		COLOR:	Gris	
ESPECIE: CANINO __ FELINO X	SEXO: HEMBRA __ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 3 años	PESO: 3.3 Kg	POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI __ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X	TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR __ CASERO __ CONCENTRADO X MIXTO __ OTRO __			

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION:	TELEFONO
Charles Albeiro Zarate Contreras	CL 22 A # 17-32 AP 402	3011338350
CEDULA: 79 609 445	CORREO ELECTRONICO: 3011338350@gmail.com	
BARRIO: Santa Fe / ESTRATO: 3	LOCALIDAD: LOS MARTIRES	
ESCOLARIDAD: primaria / NS/NR: __	TIPO DE VIVIENDA: CASA __ APTO X RURAL __	

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO:	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. 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:
167 l/m	30 r/m	38,5 °c	1 seg	Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,16 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,3 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☑
	PROPOFOL	— ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1,1 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,2 ml.	17.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,03 ml.	0,2 mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Mónica Velázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	FIRMA
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:
Charles Albeiro Zuñiga Contreras	79609445

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:
S.C. La Favorita	23-04-25	11:30-12:30 pm

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 79.609.445
ZARATE CONTRERAS
APELLIDOS
CHARLES ALBEIRO
NOMBRES

Charles Albeiro Zarate C.
FIRMA

ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 26-DIC-1971
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.75 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
23-AGO-1991 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01118701-M-0079609445-20191211 0069244334A 2 9911026878

76154

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 8[illegible]63.875-6
Calle 93 No. 13-45 Piso 1

CLIENTE

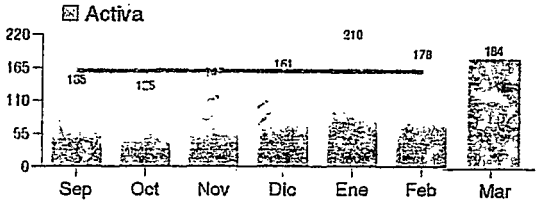
ELENA NOHEMI MEJIA FLOREZ 3115198510
CL 22 A NO 17 32 AP 402
PISO CUARTO NO 402
BOGOTA, D.C. - SANTA FE

08 401 2447 / 075-228063

0342432-4

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 345167935-5

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $843,71

CONSUMO DIARIO: 6,34 kWh

VALOR DIARIO: $4.786

PERIÓDO FACTURADO:	DÍAS FACTURADOS:	CONSUMO MES	CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES:
06 FEB/2025 A 06 MAR/2025	29	184 kWh	159 kWh

¡Este mes tuvimos acceso a LECTURA REAL! [illegible]
de energía será cuenta [illegible]

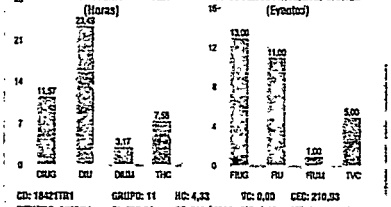
INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	7,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30004084012447
RUTA LECTURA:	34084030130
MANZANA DE LECTURA:	MS00610322
MEDIDOR NO:	075-228063
MEDIDOR NO:	075-228063

USO RESPONSABLE 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: 18421TR1 GRUPO: 11 HC: 4,33 TC: 0,00 CEC: 210,33
PERIODO: 2025/01 CI: 233,04 CF: 210,33 HC: 1,00 HF: 1,00 %: 0,20

Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 036 de 2018

CONTÁCTANOS

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

PRESENCIAL	TELEFÓNICO	ESCRITO
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 [illegible]

Billetera Virtual

APP Banco · Internet · Teléfono Banco · Débito Automático · Cajero Electrónico · APP Enel Clientes Colombia · Botón de Pago Online · Botón de Pago Bancolombia · MOVII · NEQUI · tpaga

Corresponsales Bancarios

CONRED · efácil · Reval · MOVIRED · efecty

Red Distrital

RED CADE

Centros de Servicio

Almacenes de Cadena

Metro

Codigo 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.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: FEB/2025
G: $361,70 T: $478,85 D: $272,98 CV: $76,38 PR: $69,89 R: $12,90 CF: $0,00 / $843,71 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: SP14-18421TR1-- NIVEL DE TENSION:1 PROPIEDAD: Empresa

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

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunicate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 9061 de 10 de diciembre de 2020.

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

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

En cumplimiento de la resolución CREG155/11 consultar www.enel.com.co

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

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

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

CUDE: 25e80idb2e7aece8c6e8c76c8ea50e471f8b159d9ada4711f3276caae9e9529d4593b3760b93acb023b4a42a1b5c1e9bd

FECHA GENERACIÓN: 10/03/2025 01:50:18
FECHA EXPEDICIÓN: 10/03/2025 16:35:07

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del BW: CENFinanciero - NIT 860.321.151-0

Factura Impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.050.812-1

76154

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA	MICROCHIP:	FECHA:
362	990000012130752	09/04/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Mono	COLOR: Tigre Anaranjado

ESPECIE: CANINO __ FELINO X	SEXO: HEMBRA __ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 6 meses	PESO: 3,5 Kg	POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION:	TELEFONO
Jazmin Rocio Velasquez Ardila	Kr 18 # 21-40 001	3209405846
CEDULA: 52875434	CORREO ELECTRÓNICO: jagle1982@hotmail.com	
BARRIO: Semper Mendoza — ESTRATO: 2	LOCALIDAD: LOS MARTIRES	
ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __	

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: / HEXAVALENTE: / LEUCEMIA: /	TRIPLE: / PENTAVALENTE: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / RABIA: /
N.A	N.R	FELINOS: TRIPLE FELINA: /	

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 163 l/m	F. RESPIRATORIA: 31 r/m	TEMPERATURA: 38,2 ºc	TLLC 1 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Mónica Velázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	FIRMA MVM
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Ximena Moreno Ruiz Médica veterinaria M.P 45482 Consejo 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: 52875434

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:
SC La favorita	23-04-25	11:30 - 12:30 pm

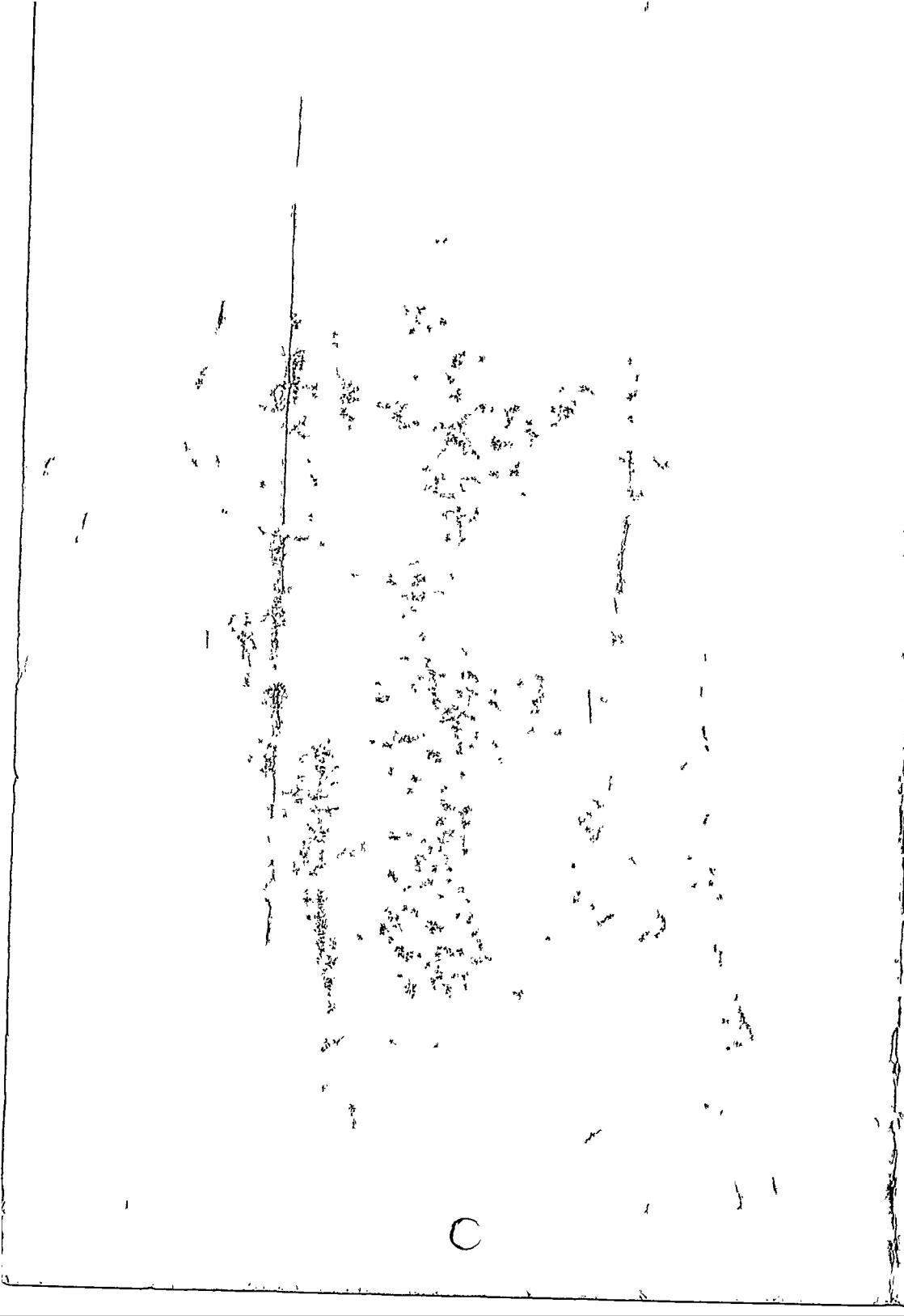
OBSERVACIONES:

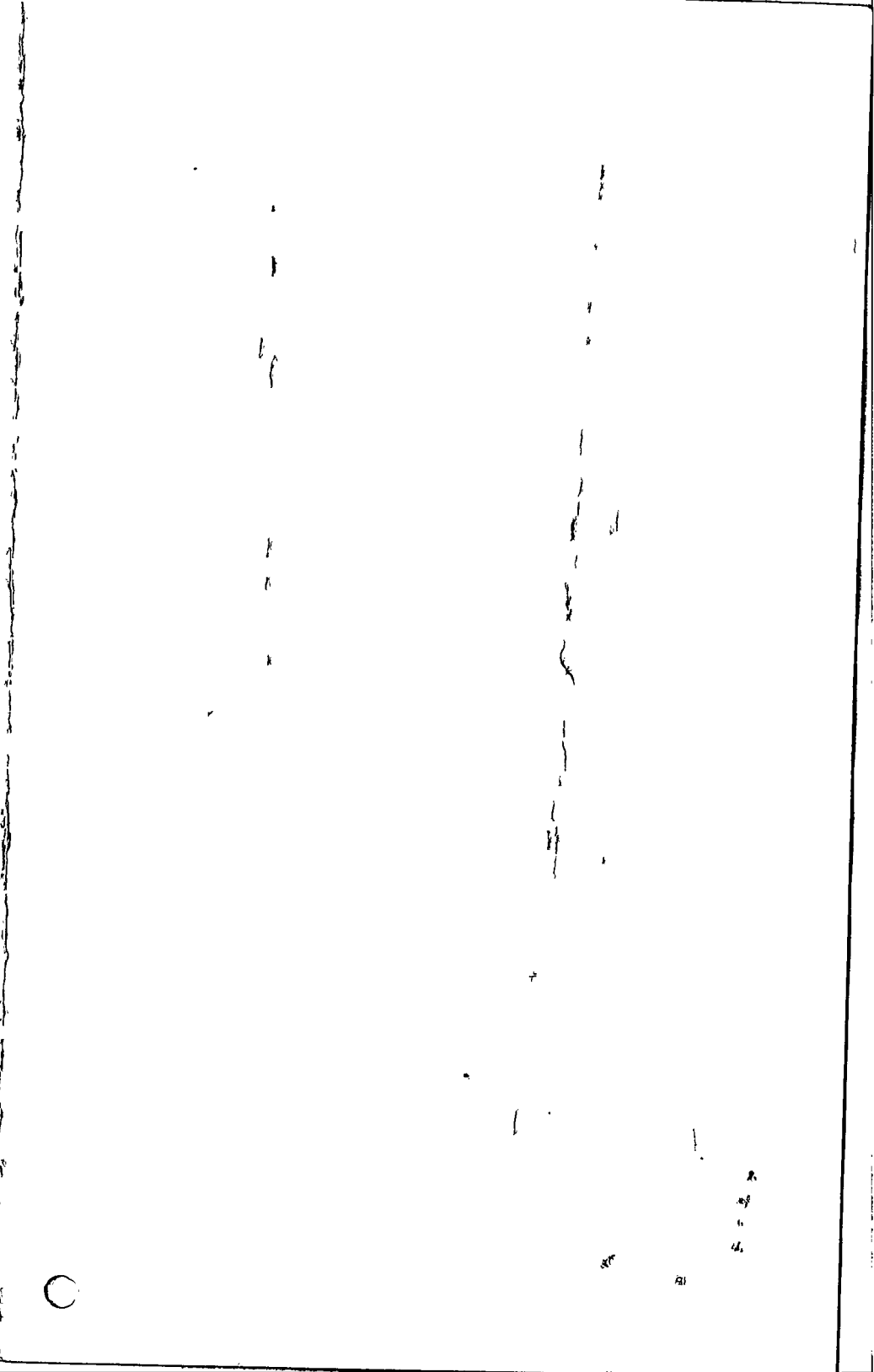
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
52875434
NUMERO
VELASQUEZ ARDILA
APELLIDOS
JAZMIN ROCIO
NOMBRES
FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 04-SEP-1982
PAUNA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62 ESTATURA
O- G.S. RH
F SEXO
08-NOV-2000 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-1500100-42089135-F-0052875434-20010517 01937 01129A 01 095437753





Marzo 2025

Cuenta o referencia de pago **61439930**

Vanti

Fechas importantes

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

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	6M3	3.195,11	0,00	19.170,66
MENOS SUBSIDIO (41%)	1UN	-7.836,97	0,00	-7.836,97
AJUSTE DECENA	1UN	-3,69	0,00	-3,69

1 — Total **$11.330,00**

Tus financiaciones

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

2 — Total **$0,00**

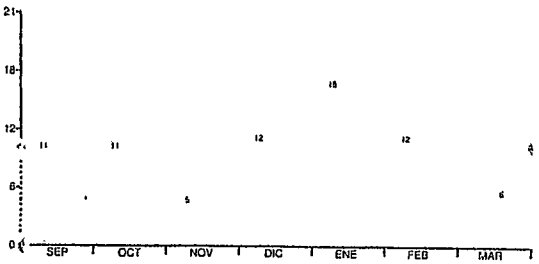
3 — Valor facturas vencidas **$0,00**

Total a pagar 1 + 2 + 3 **$11.330,00**

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
11 Feb. 2025	5484	REAL
11 Mar. 2025	5492	REAL

m^3 corregido= 5492 - 5484 * Factor de corrección = 6

Tu próxima lectura será Entre 07 y el 12 de Abril

Novedades de tu factura

CuVa $ 2825.91

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

27 Feb. 2027

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

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

el valor del m^3 de gas este mes es de $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: 0.0
Pp: 72.75 Cvm: 0.0 Cutm: 0.0 Cuvm: 0.0
Ccm: 0.0 Fpcm: 42.475 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

Mj/m^3 Tu consumo en m^3 de gas equivale: 71 kWh y el precio unitario del kWh es: $159.629

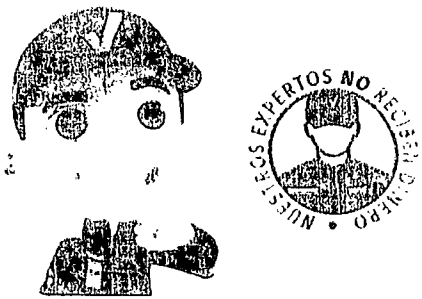
Factor de corrección

Vm: 8 Kp: 0.76628 Kt: 1.00536 Ft: 0.77039
Vc: 6 Tm: 14.02 Tc: 15.56 Pa: 1.01008
Pa: 0.751 Pm: 0.023 F^2 pv: 1.0

Factor de corrección: 0.77039

Indicadores de calidad

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



(415)7709998026025(8020)61439930(3900)00000000011330

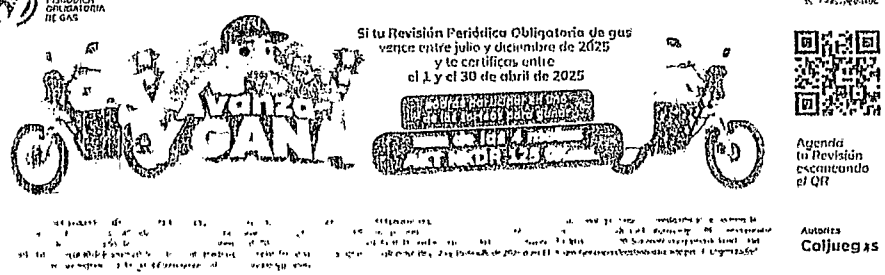
15d5da1c1bccabbe5f41e8be5fff8068ad5cb12ea2da6e65d1b90d0be9a5ced11aa69a4dc7e6c54 Factura No. F15B29593467

49231

C1

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

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



Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Banca de las Oportunidades · BBVA · GNB · Bancolombia · Banco Pichincha · Nequi · plata · dale

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

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

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

Si se suspende el servicio por falta de pago y con posterioridad a la misma, en caso de que el consumidor no presente el acuerdo de pago dentro de los quince (15) días siguientes al corte, el contrato de condiciones uniformes se entenderá terminado unilateralmente por parte de la empresa y podrá acudir ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los cinco (5) días siguientes al corte para que ordene la reposición del servicio. La empresa podrá cobrar el costo de suspensión. Sobre el contenido de la presente factura el cliente cuenta con los mecanismos de reclamo en la ley 142 de 1994 y puede hacer uso antes de la fecha de pago oportuno.

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-8 704B/23072024

¡Hola!

GONZALO FLOREZ
KR 18 21 40 00001 - SAMPER MENDOZA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5057101-39059

390 0011310056390005000 49231

Lote: P09GN **Ruta:** 0011310056390005000 **Código del Sector:** 390

Cuenta o referencia de pago **61439930**

vanti

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 4.800.000**

P09GN

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA	MICROCHIP:	FECHA:
363	990000012130746	09/04/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:				COLOR:	
Sanji				Amarillo Atigrado	
ESPECIE: CANINO __ FELINO X	SEXO: HEMBRA __ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 1 AÑO.	PESO: 4 Kg	POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI __ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X	TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR __ CASERO __ CONCENTRADO X MIXTO __ OTRO __			

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION:	TELEFONO
Maycol Estiven Morales Olivera	cl 22A # 17-32 AP 402	3116102379
CEDULA: 1001 288 225	CORREO ELECTRÓNICO: marcolmorales2008@gmail.com	
BARRIO: Santa fe / ESTRATO: 3	LOCALIDAD: LOS MARTIRES	
ESCOLARIDAD: bachiller NS/NR: __	TIPO DE VIVIENDA: CASA __ APTO X RURAL __	

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

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

OBSERVACIONES: Ninguna

6. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL		FIRMA
	Mónica Velázquez Milán Médica Veterinaria TP. 11804	MV
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Ximena Moreno Ruiz Médica veterinaria M.P 45482	

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: 1020788225

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:
SC La Favorita	23-04-25	11:30 - 12:30 pm

OBSERVACIONES:

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.001.288.225

Apellidos
MORALES OLIVEROS

Nombres
MAYCOL ESTIVEN

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.66	M

Fecha de nacimiento: 03 AGO 2003
G.S. O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
10 AGO 2021, BOGOTA D.C

27 MAYO 2034

CO

047313637

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL047313637415001<<<<<<<<<<
0308038M3405271COL1001288225<2
MORALES<OLIVEROS<<MAYCOL<ESTIV

Bogotá

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

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **0342432-4**

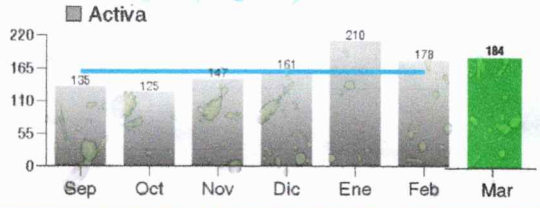
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 345167935-5

CLIENTE

ELENA NOHEMI MEJIA FLOREZ 3115198510
CL 22 A NO 17 32 AP 402
PISO CUARTO NO 402
BOGOTA, D.C. - SANTA FE

08 401 2447 / 075-228063

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $843,71

CONSUMO DIARIO: 6,34 kWh

VALOR DIARIO: $4.786

PERIÓDO FACTURADO: 06 FEB/2025 A 06 MAR/2025

DÍAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES 184 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 159 kWh

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

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

®Marca registrada de The Bank of Nova Scotia, utilizada bajo licencia. Scotiabank Colpatria S.A. Establecimiento Bancario, vigilado por la Superintendencia Financiera de Colombia. Aprobación sujeta a políticas de crédito de la entidad. Conoce más en www.creditofacilcodensa.com.

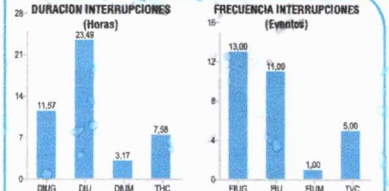
INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	7,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30004084012447
RUTA LECTURA:	34084030130
MANZANA DE LECTURA:	MS00610322
MEDIDOR NO:	075-228063
MEDIDOR NO:	075-228063

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: 18421TR1 GRUPO: 11 HC: 4,33 VC: 0,00 CEC: 210,93
PERIODO: 2025/01 DI: 230,04 CF: 210,80000 MC: 1,00 MF: 1,00 %I: 0,29

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

CONTÁCTANOS

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

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

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas.	601 5140055 denuncias@enel.com

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

Billetera Virtual
Nequi pay · DAVIplata · MOVII · NEQUI · tpaga

Corresponsales Bancarios
CONRED · efácil · Reval · Todo Incluido · Bancolombia · Su Red Amiga · MOVIRED · puntored · efecty

Red Distrital
RED CADE

Centros de Servicio
enel

Almacenes de Cadena
JUMBO · Alkosto

Código QR

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

Regístrate a Conecta.
Recibe beneficios como puntos, abonos a tu factura, descuentos, bonos y más.
Regístrate aquí:

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: **Vigencia: FEB/2025**
G: $361,70 T: $49,88 D: $272,98 CV: $76,38 PR: $69,89 R: $12,90 CF: $0,00 / $843,71 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: SP14-18421TR1-- NIVEL DE TENSION:1 PROPIEDAD: Empresa

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

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunicate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 9061 de 10 de diciembre de 2020.

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

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

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

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

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

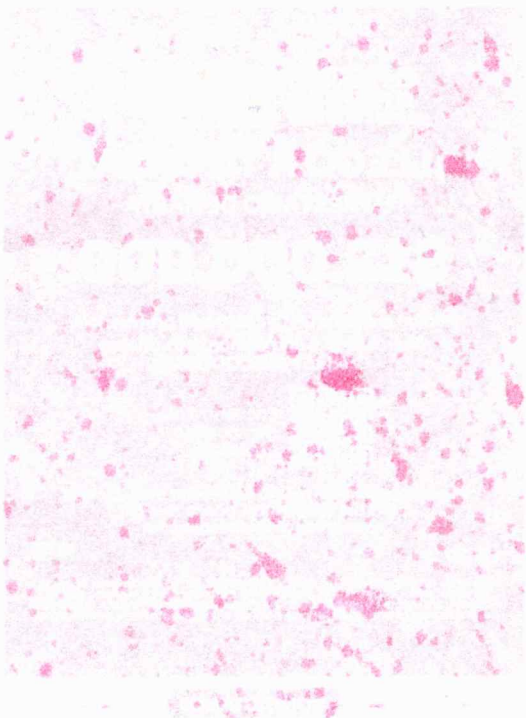
El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

CUDE: 25e80fdb2e7aece8c6effc76c8ea50e478b159d9ade4711f3276caac9e95294593b3760b93acb023b4a42a1b5cfe9bd

FECHA GENERACIÓN: 10/03/2025 01:50:18
FECHA EXPEDICIÓN: 10/03/2025 16:35:07

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.096.812
Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 860.321.151-0
1.147 - Página 1 de 4

76154



ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA: 364

MICROCHIP: 990000012130760

FECHA: 01/07/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Garfield

COLOR: Amarillo

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Karen Lizeth Cardozo Bohorquez

DIRECCION: DG 18 Bis # 16A - 51

TELEFONO: 3118709119

CEDULA: 1003704481

CORREO ELECTRÓNICO: 1004cardozokaren@gmail.com

BARRIO: La favorita ESTRATO: 2 LOCALIDAD: LOS MARTIRES

ESCOLARIDAD: bachillerato NS/NR: __

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO __ RURAL __

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO: No aplica.

ULT. DESPARASITACION: Diciembre 11-2024

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

FELINOS: TRIPLE FELINA: LEUCEMIA: RABIA:

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI __ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 163 l/m

F. RESPIRATORIA: 30 r/m

TEMPERATURA: 38,2 °c

TLLC 1 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,15 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,3 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 Velázquez Milán, Médica Veterinaria, TP. 11804

FIRMA: MVM

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

FIRMA: XMR

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:
Kaira Cardozo	1003704481

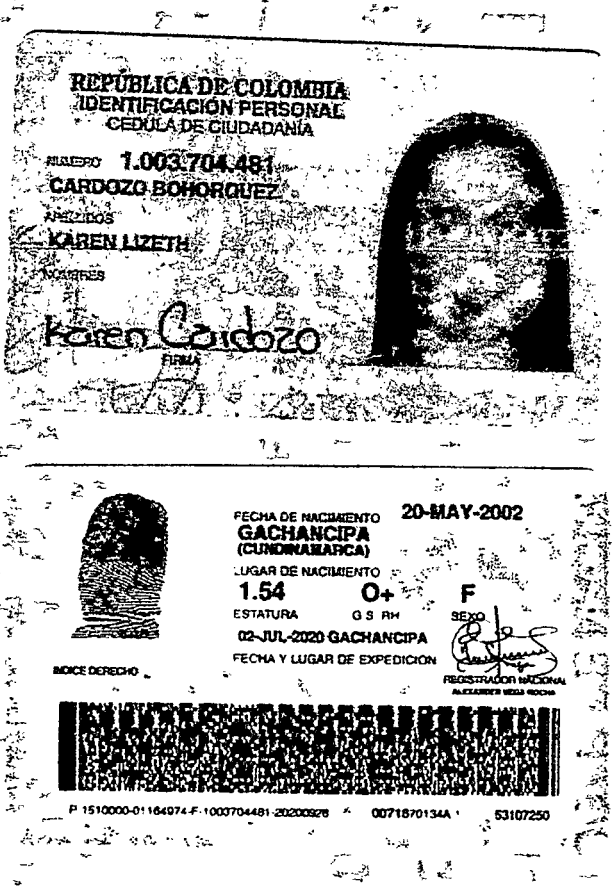
Yo, _____ identificado con CC. No._____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilización y castración) de mi animal de compañía.
RAZÓN:

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

8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
S.C. La Favorita	23/04/25	11:30 - 12:30 pm

OBSERVACIONES:



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.003.704.481

APELLIDOS
CARDOZO BOHORQUEZ

NOMBRES
KAREN LIZETH

Karen Cardozo
FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 20-MAY-2002
GACHANCIPA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

02-JUL-2020 GACHANCIPA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

P 1510000-01164974-F-1003704481-20200526 0071870134A 1 53107250

ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 06-OCT-1996

ORTEGA
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

09-OCT-2014 ORTEGA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-2908500-01241674-M-1110178826-20210625 **0074765298A 1** 9915638799

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

acueducto

AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Responsabilidades fiscales del emisor: Gran contribuyente; Autorretenedor

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto **ZONA:3** **CICLO: N3** **RUTA:N33530**

BIMESTRAL

10035831
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

38694358110
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

Período facturado	NOV/15/2024	ENE/13/2025

Pago oportuno **FEB/17/2025** Suspensión **FEB/20/2025**

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
ABR/09/2025	FEB/04/2025 06:47:52	FEB/04/2025 12:54:04

¡Hola!

Factura a nombre de
SEGUNDO PEDRO ORTEGA

Dirección del predio
DG 18 BIS 16A 51
Barrio: LA FAVORITA **Localidad: LOS MARTIRES**

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso:	**Residencial**
Estrato:	**2**
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 ↓

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

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

cadena. Nit. 890.930.534-0 · www.cadena.com

---

aseo

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

El servicio de aseo se factura de forma bimestral

Cuenta contrato 10035831
Núm. de identificación de este predio

Número para pagos 38694358110
Número de esta factura de servicios públicos

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

LIME — EMPRESA METROPOLITANA S.A. E.S.P. 830123451-1

Datos del usuario

Tipo de producto: RESIDENCIAL — Estrato: 2

Und. Res. Ocupada:	4	Und. No Res. Ocupada:	0	Densidad	0,000
Und. Res. Desocupada:	000	Und. No Res. Desocupada:	000	Volumen	0,00
Frecuencia Barrido:	06	Frecuencia Recolección:	06	%Participación	0,000%

Componentes de tarifas

Costo Fijo Total CFT.	Costo variable no aprovechable	Valor base aprovechamiento
135.328,40	51.595,52	152.831,36

Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$264.826	Ajuste a la decena -debito-	$4
Subsidio	$105.850-		

Subsidio (-)	40%	Valor Aseo	$158.796
Aporte (+)	00%	Total impreso del periodo	$158.796
Financiamiento - deuda total		Impuesto que Aseo reporta a la DIAN en el periodo actual	

Toneladas por suscriptor mes

Barrido y limpieza	Limpieza urbana	Reciclaje del aprovechamiento
0,0026	0,0011	0,0000
Facturamos aprovechables	- Recuperado aprovechables | Aforadas - no aforadas	
0,0775	0,0383	

Histórico de Vigencias cobradas

3	$70.928	2	$133.072	1	$147.741	62	Días liquidados

La tarifa incluye subsidio o aporte*

SIMPLIFICAMOS TU FACTURA

Muestra tu consumo en litros para que lo comprendas mejor.

Tu consumo en este período

En los períodos anteriores **tu promedio de consumo fue** 16

En este período consumiste más agua que en el anterior

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

En este período 25.000

Promedio al día 417

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período 2442
Lectura anterior 2417
Tu consumo este período 25

Facturado con Consumo Normal
Base promedio
Descargue fuente alterna 0

Datos de tu medidor

Marca AQUAFORJAS
Serie AB105296

Tipo VOLU016C
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
$63.820,08	$61.664,65	$25.333-	$158.780	
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** $258.933

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

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 787b071a3a8d4bc80cb60ec466db104e3d5a4bc2abcc33930b43735b4d3c2b44fb19a6a241c24a5d342593291e3

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-	$0.517,47		$11.034,58
Consumo residencial básico (m³)	25,00	$3.519,02	-40	$36.190-	$2.111,41		$52.785,50
Consumo residencial superior básico (m³)							
Cargo fijo no residencial (mes)							
Consumo no residencial (m³)							
Subtotal				642.547-			$63.820,08

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)	25,00	$3.761,31	-40	$37.613-	$2.250,79		$56.419,75
Consumo residencial superior básico (m³)							
Cargo fijo no residencial (mes)							
Consumo no residencial (m³)							
Subtotal				$41.110-			$61.664,65

* 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, tipo 90 m³ mes

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m3)	$17,72	$2,79
Tarifa consumo superior a básico ($/m3)	$0,00	$37,97
Total por consumo facturado	$428	$1.320

El Mínimo Vital es un beneficio donde el Distrito de Bogotá brinda un apoyo económico se paga el 0 de consumo de 0 m³ por cada período facturado, a los usuarios residenciales de los estratos 1 y 2.
Decreto $37.25 [illegible]

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajuste a la decena	$4
D-ben. Inm. vital total	$25.337-
Subtotal	25.333-

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
Acueducto y Alcantarillado
$158.780

$100.153

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.
Si paga por cheque, gire dos cheques únicamente de gerencia a nombre de la **DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO** con el número de cuenta **FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.** de acueducto y cuál al valor de aseo. Señor cajero. Si en el desprendible de esas aparece sello y cláculo de reclamación, recibir solo Acueducto. (Este pago solo podrá efectuarse en Bancos y Red CADE, no podrá efectuarse en un corresponsal bancario).

(415)7707208458271(8020)3860435011071(3900)000000100163

4729

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS NRO. ÚNICO DE REGISTRO 8-11001000-10 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:
365	990000012130751	09/04/2025

ORIGEN: CES __ PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD X

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:	
	Tom		Blanco Beige

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

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION:	TELEFONO
Indira Monsalve Hernandez	CL 77A #76-39	3013385842

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
51263 49	nacarindira@gmail.com

BARRIO:	ESTRATO:	LOCALIDAD: LOS MARTIRES
San Victorino	2	

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

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: X CANINOS PARVO: / HEXAVALENTE: / TRIPLE: / PENTAVALENTE: / FELINOS: TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA: / PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: / RABIA: /
N.A	N.R	

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	34 r/m	38,6 °c	1 seg	Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,07 ml.	1 mg/kg IM
	KETAMINA	0,14 ml.	5 mg/kg IV ☐ 10 mg/kg IM ☒
	PROPOFOL	____ ml.	2 mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,4 ml.	2 mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,09 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 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	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:
Indira Moncalve	5126349.

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:
S.C. La favorita	23-04-25	11:30 - 12:30 pm

OBSERVACIONES:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

No. 5126349

COL

MONSALVE HERNANDEZ
APELLIDOS

INDIRA
NOMBRES

VEN
NACIONALIDAD

F
SEXO

26875450
DNI Nro.

15-06-1998
FECHA DE NACIMIENTO

31-03-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO

VISIBLES

FIRMA

E1958521

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 Migracion Colombia

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

IPCOL5126349<<8<<<<<<<<<<<<<<<
9806157F3105308VENE1958521<<<9
MONSALVE<HERNANDEZ<<INDIRA<<<<

Marzo 2025

Cuenta [illegible] 61590097

Fechas 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
CONS. SIN SUBSIDIO	25M3	2.825,91	0,00	70.647,75
CONS. CON SUBSIDIO	20M3	3.195,11	0,00	63.902,20
MENOS SUBSIDIO (41%)	1UN	-26.123,22	0,00	-26.123,22
AJUSTE DECENA	1UN	3,27	0,00	3.27

1 — Total $108.430,00

Tus financiaciones

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

2 — Total $0,00

3 — Valor facturas vencidas $0,00

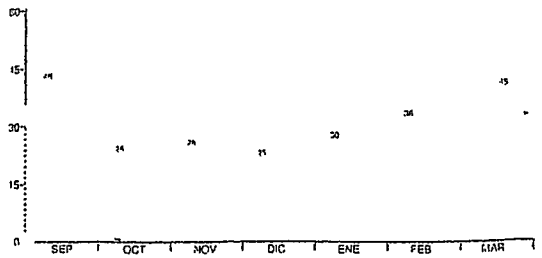
Total a pagar 1 + 2 + 3 $108.430,00

Paga por

Escanea el código QR

12/03/2024 Facturación electrónica desde Nº 00000001 hasta 50000000 con vigencia de 18 meses

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
11 Feb. 2025	1611	REAL
11 Mar. 2025	1669	REAL

m³ corregido= 1669 - 1611 * Factor de corrección = 45

Tu próxima lectura será Entre 07 y el 12 de Abril

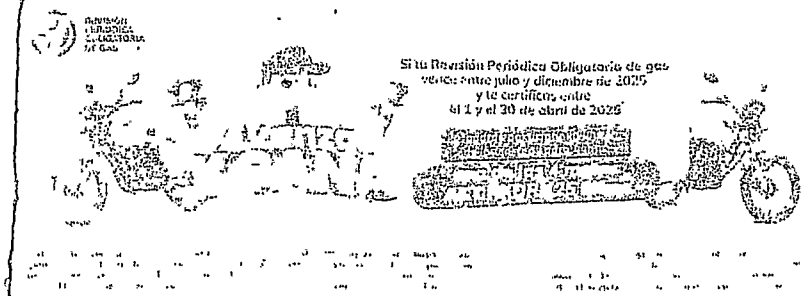
Novedades de tu factura

CuVa $ 2025.91

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

(415)7709998026025(8020)61590097(3900)00000000108430

Inscríbete para tener
, diligencia
al formulario y empieza a recibir
tu factura de manera digital.



Vanti

Colgdegas

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

Recuerda que puedes pagar las facturas de uno o varios contratos asociados en una sola transacción

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Efecty · BBVA · Bancolombia · Banco · Banco Pichincha · Nequi · plata · daviplata

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies:
Metro, Jumbo, Éxito

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

Eficiencia energética

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

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

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

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT 830.054.811-4 70-6823072024

presente factura en [illegible] los meses. Cinco días de demora en no [illegible]

CECILIA RAMIREZ
CL 17A 16 39 - SAN VICTORINO
BOGOTA

Vanti

Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 009520210000052654

391

Lote: P09GN Ruta: 0011310274730005000 Código del Sector: 391

0011310274730005000

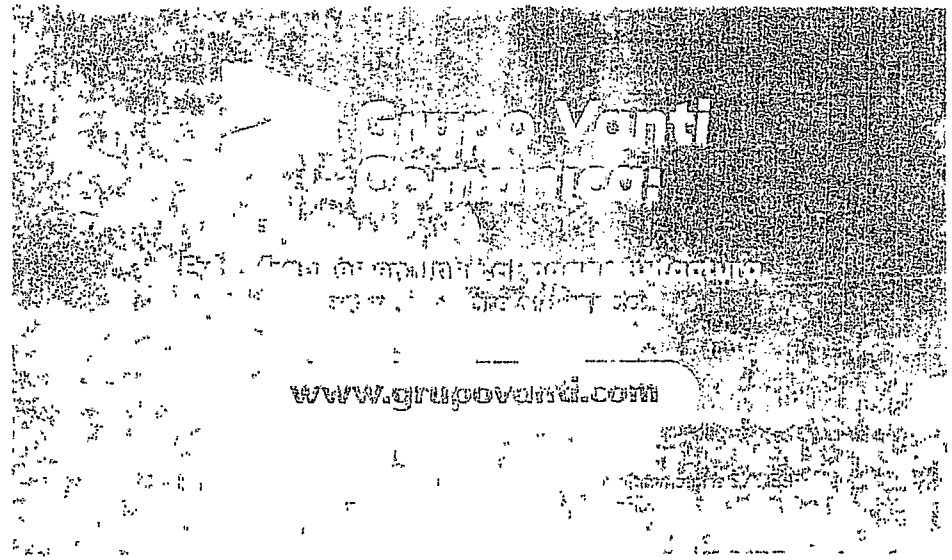
Cuenta o referencia de pago 61590097

58585

Vanti

TU CUPO VANTI LISTO
APROBADO ES:

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.

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

Vulnerable

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 322-2024 FDLM

HISTORIA CLINICA	MICROCHIP:	FECHA:
366	900255001724091	09/04/2025

ORIGEN: CES X PROTECCIONISTA __ COMUNIDAD __

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
	Niña	Amarillo Negro

ESPECIE: CANINO X FELINO __	SEXO: HEMBRA X MACHO __	RAZA	EDAD	PESO:	POTENCIAL PELIGROSO SI __ NO X
		Mestizo	1 año	13Kg	

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:	DIRECCIÓN:	TELEFONO
Omar Yesid Gallo Pulido	KR 17 # 69 01	3232319815

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
80881733	3232319815@sincorreo.com

BARRIO:	ESTRATO:	LOCALIDAD: LOS MARTIRES
Favorita	1	

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

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: __ CANINOS PARVO: / HEXAVALENTE: / TRIPLE: __ PENTAVALENTE: __ PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: __ RABIA: Oct 24	FELINOS: TRIPLE FELINA: / LEUCEMIA: /
Marzo 25	N.R		

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

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

OBSERVACIONES: Ninguno

6. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y 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. Tatiana Morena Ruiz Médica veterinaria M.P. 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:
• Omar Yesid Gallo Pulido	• 80881733

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:	

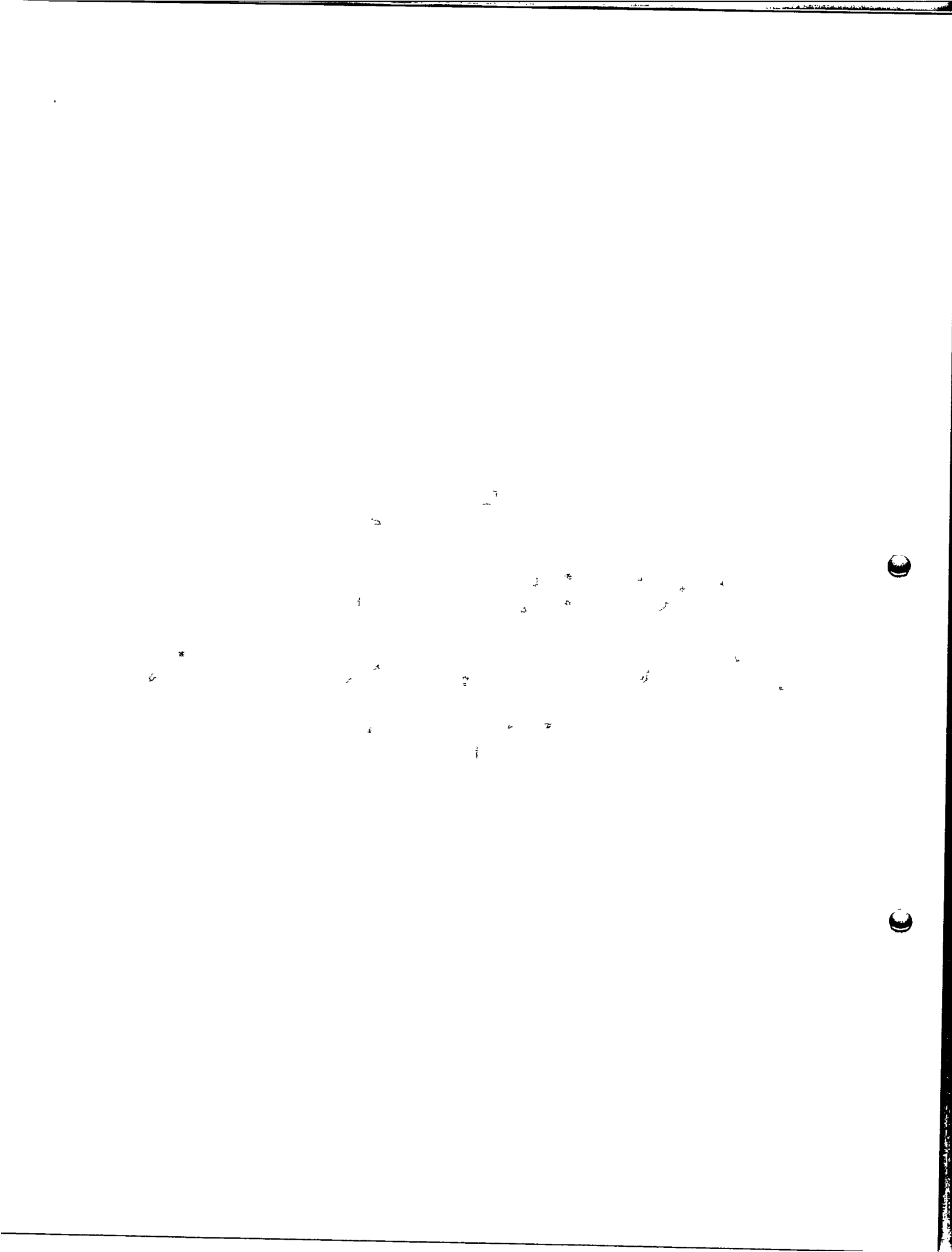
8. CITA DE RETIRO DE PUNTOS

LUGAR:	FECHA:	HORA:
SC La Favorita	23-04-25	1130 - 12:30 pm

OBSERVACIONES:

ANEXO 3

HISTORIAS CLINICAS COMPONENTE URGENCIAS VETERINARIAS.



FUNDACIÓN ECODES

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE LOS MÁRTIRES | BOGOTÁ

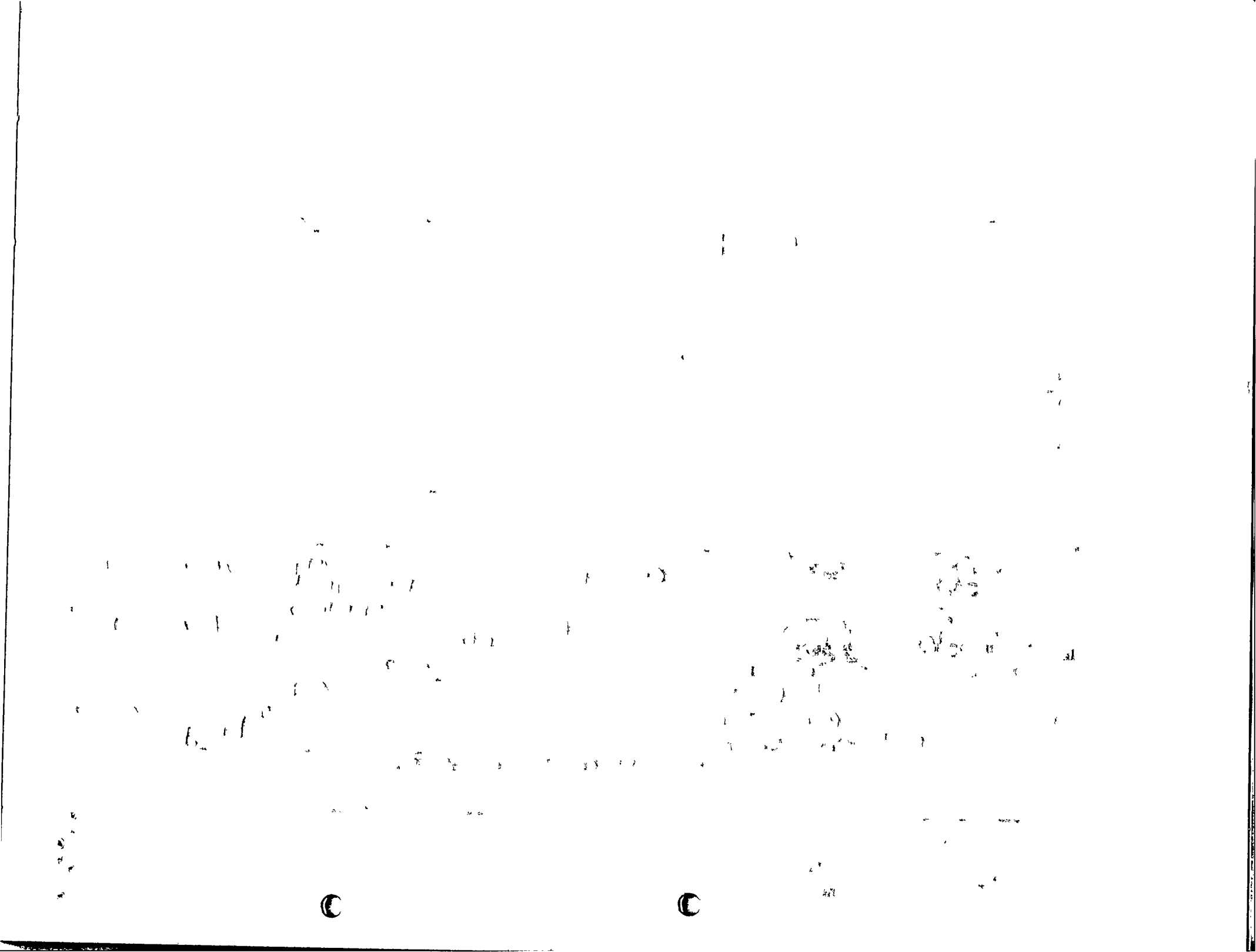
HOJA DE COSTOS INDIVIDUAL CPS 322 -2024

NOMBRE Rocky — HISTORIA CLÍNICA Vig 20 2025

Canino X — Hembra _ — Raza : Mestizo

Felino _ — Macho X — Peso: 22.7

N	Fecha	Pruebas / Procedimientos	COSTO	Clínica Operadora	Alcaldía Local.
1	27/03/25	Prequirúrgico (CH, ALT y creatinina).	77.630.	Zoovet	Camila Aguilar MEDICO VETERINARIA UDCA TP 43597
1	27/03/25	Hospitalnacion Paciente talla Mediana (>10 a 25kg)	212.050	Zoovet	Camila Aguilar MEDICO VETERINARIA UDCA TP 43597
TOTAL			289.680		



FUNDACION ECODES

BOGOTA D.C	Fecha: 27/03/25	Hora:	AM ☐ PM ☐	Nº Radicado/ Incidente:	Urg 202025
Descripción de la solicitud: Hospitalización y pox 1.					

Canino ☒ Felino ☐	Macho ☒ Hembra ☐	Nombre: Rocky		Microchip: NR.	
Edad: 1 1/2		Color: Dorado.		Raza: Mestizo	
Dirección: Estación antigua metropolitana.		Barrio: La estanzuela		Localidad: Los Mártires	

Observaciones

Aparentemente tuvo 3 puñalados, se suturaron, a los dos días lo atropelló un carro, no se sabe si tenia vacunas pero reporta que si, laceración abdominal, orina y deposición normal, temperatura 38,9, meloxicam, quercetol y cefalexina, mp p con claudicación, posee mucho dolor.

Conductor:	Vehículo:	Destino:

Triage:

DATOS DEL SOLICITANTE Y/O TESTIGO

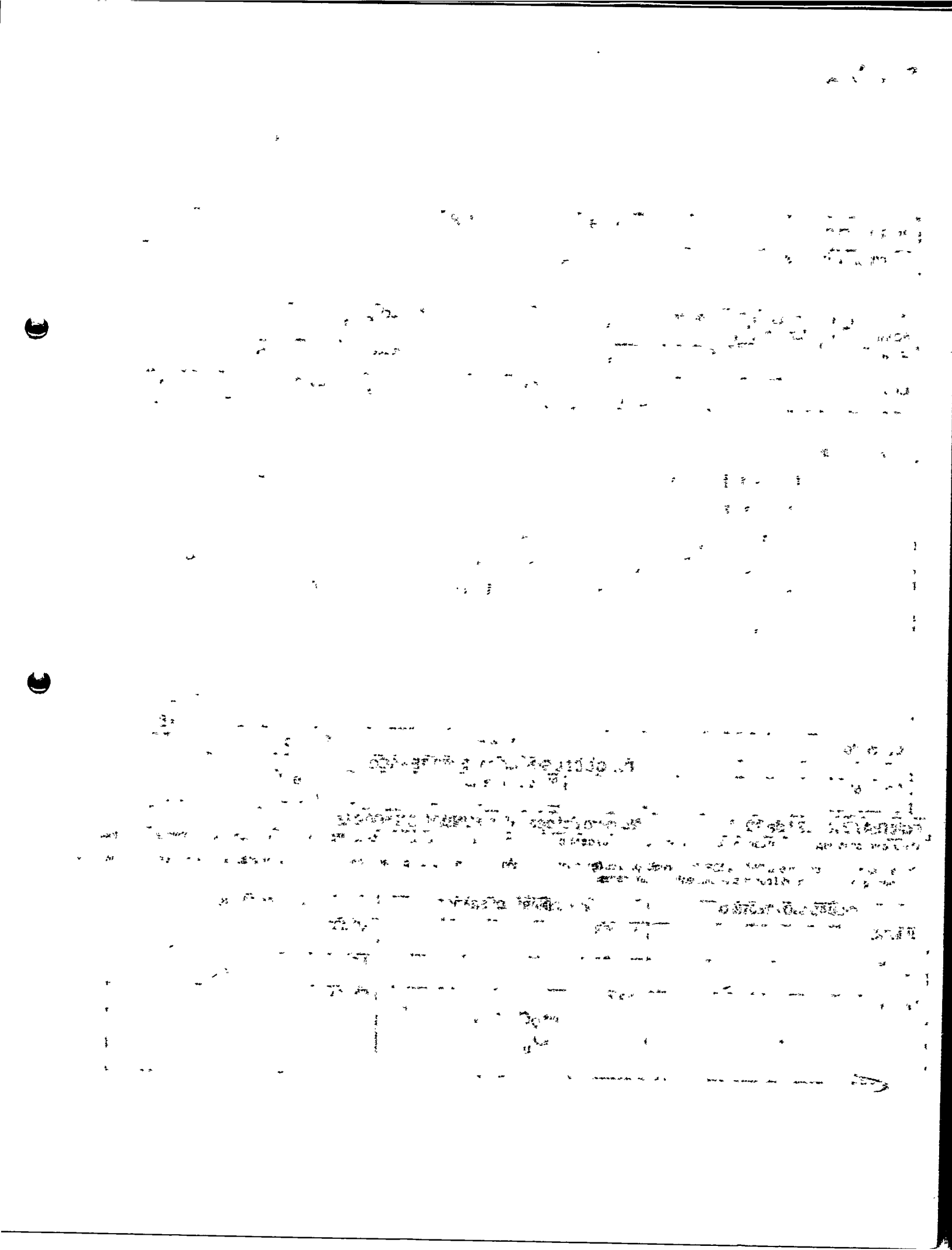
Nombre:	N.º Documento:	Teléfono

CONTRATO N°: 322 de 2024	**Nombre del operador: FUNDACION ECODES**

Como ciudadano declaro que el canino y/o felino referenciado no es de mi propiedad, por lo tanto, la alcaldía local de los Mártires, será el responsable de atenderlo y custodiardo.

Se hace entrega del paciente al OPERADOR del Servicio, para su respectiva valoración, atención y demás procedimientos de acuerdo con el anexo técnico y demás documentos integrales que hacen parte del contrato vigente entre las dos partes.

CIUDADANO / TESTIGO	VETERINARIO OPERADOR	ALCALDÍA
NOMBRE: Raul López	NOMBRE: Camila Aguilar	NOMBRE:
CC. 79'735 512	T.P 43597	T.P 33346
FIRMA	FIRMA Camila Aguilar MEDICO VETERINARIA UDCA T.P 43597	FIRMA



URGENCIAS MÉDICAS VETERINARIAS

Contrato de prestación CPS 322 -2024

HISTORIA CLÍNICA: CPP- Urg 20 2025 | MICROCHIP: EN CLINICA ___ LECTOR ___ NO X | FECHA: 27/03/2025

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE	Rocky			PESO:	22.7 kg
ESPECIE	CANINO: X FELINO: ___	RAZA: Mestizo	EDAD: 1-2 años	SEXO	HEMBRA: ___ MACHO: X

2. DATOS DE PRESENTACION DE URGENCIA

RESPONSABLE	QUIEN DERIVA:	BARRIO

3. MOTIVO DE CONSULTA

Claudicación en MPI por atropellamiento y hendas cortopunzantes.

4. EXAMÉN CLÍNICO

TEMPERATURA:	FR. RESPIRATORIA:	FR.CARDIACA:	TLLC	CONDICIÓN CORPORAL	TRIAGE
38.8	30				

ESTADO DE CONCIENCIA	Alerta __ Deprimido__ Estupor__ Coma__	% DESHIDRATACION	0-5 %	6 -7 %	8 - 9 %
MUCOSAS	Rosa __ Pálidas__Congest__ Ictéricas__ Cianóticas_	ESTADO REPROD	Castrado __ Entero__ Gestación __ Lactancia __ Sin Evidencia__		

5. DESCRIPCION DE HALLAZGOS ANORMALES

Hendas a nivel de las articulaciones de la rodilla de aprox 1 cm en ambos miembros posteriores, henda en biceps femoral de 5 cm aprox leve sangrado de la misma, henda abdominal con fricción, Claudicación MPI grado 3.

6.ABORDAJE DIAGNÓSTICO

	LISTA DE PROBLEMAS	LISTA MAESTRA	DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES (DAMVIT)
1.	Henda abierta en biceps femoral		Politrauma.
2.	Claudicación MPI Grado 3.		
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

7. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS Y RESULTADOS

EXAMEN	R	NR	FECHA	INTERPRETACION DE RESULTADOS
Cuadro hemático	X			En rango
ALT	X			Aumentada
Creatinina	X			En rango

8. PLAN TERAPEUTICO INICIAL

Pregabalina
MARBOfloxacina

9. DIAGNOSTICO(S) DEFINITIVOS

10. PRONOSTICO Bueno __ Reservado X Malo __

FECHA DE CONTROL:

MV NOMBRE Y TP: JENNIFER URBAEZ 3226

FIRMA: JENNIFER URBAEZ

REPORTE DE LABORATORIO

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MÁRTIRES

NOMBRE	ROCKY	**FECHA**	03-28-2025
ESPECIE	CANINO	**CONSECUTIVO**	0328250030002
RAZA	CRIOLLO	**PROPIETARIO**	ALCALDIA MARTIRES
SEXO	MACHO	**MEDICO REMITENTE**	MV TURNO
EDAD	2 AÑOS		

HEMOGRAMA COMPLETO CANINO

ANALITO	RESULTADO	UNIDAD	RANGO ADULTO	RANGO CACHORRO	ALTERACIONES ERITROCITARIAS	POIQUILOCITOS
LEUCOCITOS	11.0	X 10^3/L	6-17	6-17	Anisocitosis:	Equinocitos
LINFOCITOS (absolutos)	2.2	X 10^3/L	0.8-6.1	0.8-6.1	Policromasia	Codocitos
MONOCITOS (absolutos)	0.8	X 10^3/L	0-1.8	0-1.8	aglutinación	Acantocitos
NEUTROFILOS (absolutos)	7.7	X 10^3/L	4-12.6	4-12.6	rouleaux	Esquinocitos
EOSINOFILOS (absolutos)	0.3	X 10^3/L	0-1	0-12	Rubricitos	Queratocito
LINFOCITOS (relativos)	20.0	%	12-30	12-30	MORFOLOGIA LEUCOCITOS	excentrocito
MONOCITOS (relativos)	8.0	%	2-9	2-9	Neu. Tóxicos	INCLUSIONES ERITROCITARIAS
NEUTROFILOS (relativos)	70.0	%	60-77	60-80	Neu. Bandas	C. Heinz
EOSINOFILOS (relativos)	2.0	%	2-7	2-7	Hipersegmentados	C. Howeel Jolly
ERITROCITOS	8.1	X 10^{12}/L	5.5-8.5	4.3-6-3	Lin. Reactivos	Punteo Basófillco
HEMOGLOBINA	10.3	g/dL	8-18	7.4-14.9	Lin. atípicos	ALTERACIONES HALLADAS
CHCM	33.6	g/dL	32-36	32-38	MORFOLOGIA PLAQUETARIA	PLASMA NORMAL
HCM	20.5	Pg	19-24	20-25	Macro plaquetas	
VCM	66.4	Fl	60-72	62-78	Micro plaquetas	ERITROCITOS Y LEUCOCITOS NORMALES EN FORMA Y TAMAÑO
HEMATOCRITO	42.3	%	37-50	30-42	Agregados:	
PLAQUETAS	322	X 10^3/L	200-460	200-460	ARTEFACTOS PLASMA	
PROTEINAS	7.0	g/dl	6.0-7.8	6.0-7.8	Micro coágulos	
ALBUMINA	3.0	g/dl	2.4-3.9	2.2-2.9	Coágulos	
GLOBULINAS	4.0	g/dl	2.1-4.4	2.1-4.8	Lipemia	
ALB/GLO	1.0	/	0.72-1.5	0.72-1.5	Ictericia	
N/O (no observado)					hemolisis	

Hemograma automatizado URIT 2900 Vet plus, confirmación manual con lamina en microscopio

Mayra Rocío Martínez Rojas
Médico veterinario.
Esp Lab clínico veterinario

REPORTE DE LABORATORIO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D C
ALCALDÍA LOCAL DE LOS MÁRTIRES

FECHA: 03-28-2025	**CONSECUTIVO:** 0328250030002		
NOMBRE: ROCKY	**RAZA:** CRIOLLO	**EDAD:** 2 AÑOS	**SEXO:** M
PROPIETARIO: ALCALDIA MARTIRES		**MV REMITENTE:** MV TURNO	

QUÍMICA SANGUÍNEA

PERFIL RENAL

Parámetro	Valor	Valores Referencia
CREATININA SANGUINEA	0.8	0,2 – 2,1 mg/dl

OBSERVACIONES:

Suero NORMAL

Resultados válidos solo para la muestra remitida

Mayra Rocío Martínez Rojas
Médico veterinario.
Esp Lab clínico veterinario

REPORTE DE LABORATORIO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
ALCALDÍA LOCAL DE LOS MÁRTIRES

FECHA: 03-28-2025	CONSECUTIVO: 0328250030002		
NOMBRE: ROCKY	RAZA: CRIOLLO	EDAD: 2 AÑOS	SEXO: M
PROPIETARIO: ALCALDIA MARTIRES		MV REMITENTE: MV TURNO	

QUÍMICA SANGUÍNEA

PERFIL HEPÁTICO

Parámetro	Valor	Valores Referencia
ALT/GPT	96.4	19- 57 UI/L

Prueba realizada por quimioluminiscencia y coloración enzimática CHEM 7

Suero NORMAL

Mayra Rocío Martínez Rojas
Médico veterinario.
Esp. Lab clínico veterinario

ALCALDIA LOCAL DE LOS MARTIRES

Contrato de prestación CPS 322-2024

HOJA INTERNA DE HOSPITALIZACIÓN

Historia Clínica

Nombre Paciente : Rocky

Peso (k) 22-7kg

Formula médica: Anexo.

Fecha Ingreso 27-3-25

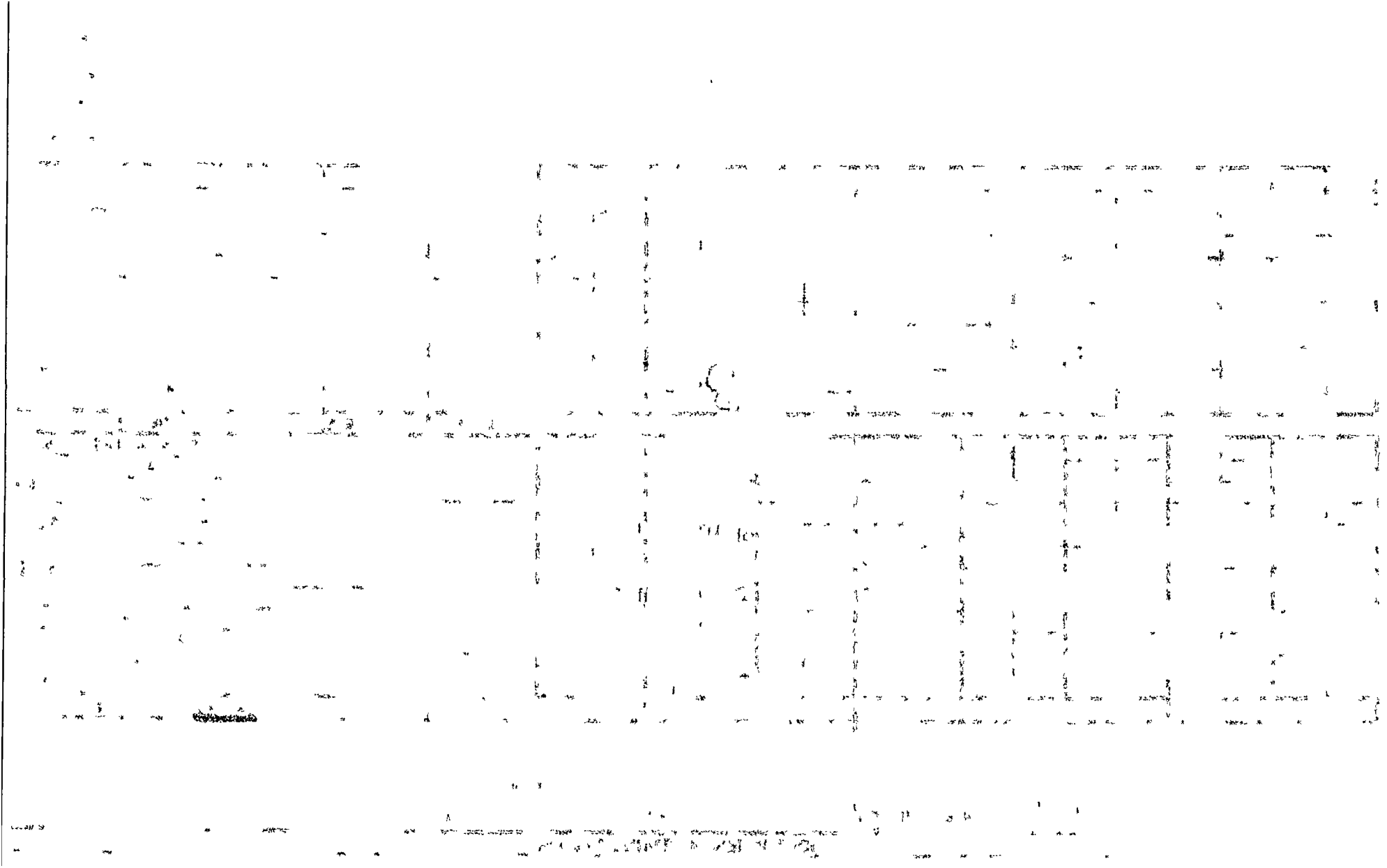
Fechas Salida

Diagnostico presuntivo Politrauma

Parámetro de Evaluación	Fecha	27/03/25		28/03/25	
Temperatura Corporal		39	38.8	39.2	38.8
Frecuencia Cardíaca			120	110	128
Frecuencia Respiratoria			30	80	30
Frecuencia Pulso			120	FUI	128
Color de mucosas			Rosa	Rosa	Rosa
Apetito			Si	SI	Si
Sed			Si	SI	Si
Estado de ánimo			Alerta	Alerta	Alerta
Consist. Heces			No	No	No
Vómito			NO	NO	NO
Producción de orina			Si	SI	Si
Grado de deshidratación			8%	8%	8%

Tratamiento	Vía Admon	Dosis	Am	Pm		
Pregabalina 50mg 4 tab	VO	2mg		(9)	(9)	9
moxifloxacina 0.56ml	SC	2.5mg		(4)		9

Observaciones



	URGENCIAS MEDICO VETERINARIAS
	Contrato de prestación de servicios CPS 322-2024
	RECETA MÉDICA

H.C. Urg 20 2025	**NOMBRE** Rocky	**ESPECIE** Canino
SEXO [redacted]		
RAZA Mestizo	**EDAD 1/2 años**	**Microchip NR**

I) Pregabalina 50 mg cápsulas #30
Administrar vía oral 1 cápsula cada 12 horas durante 15 días consecutivos con estómago lleno.

II) Marboquin 50mg tabletas #5
Administrar vía oral 1 tableta cada 24 horas durante 5 días consecutivos con estómago lleno

III) Baxidin spray frasco #1
Impregnar el producto en una gasa esteril y realizar limpieza de las heridas evitando formacion de costras

IV) Collar isabelino/donut de uso permanente hasta nueva orden según recomendación del médico responsable.

RECOMENDACIONES: *Programar ecografía abdominal y estudio radiográfico de cadera y/o miembro posterior derecho.
*Realizar desbridaje de la herida, limpieza y posible aproximación del tejido.
*Cualquier signo de alarma comunicarse con el médico responsable

Médico Veterinario: Jennifer Ubaque	TP 32268	FIRMA

	ALCALDIA LOCAL DE LOS MARTIRES	
	PROGRAMA DE URGENCIAS VETERINARIAS	
	CPS-322-2024	
	ENTREGA SATISFACTORIA DE MASCOTA	

Yo Andrea Alm Actuando en calidad de persona mayor de edad con C.C : 52505473 de Bogotá PROPETARIO Y/O RESPONSABLE de la Mascota con nombre y características descritas en este documento; por medio del presente escrito (de manera libre y espontánea, sin ninguna clase de presión) DECLARO recibir en buenas condiciones, después de los PROCEDIMIENTOS, TRATAMIENTOS, CIRUGIA (S) Y AYUDAS DIAGNOSTICAS REALIZADAS.

PACIENTE: Rocky
HISTORIA: Urg 20-2025.
RAZA: Mestizo
ESPECIE: Canino
SEXO: Macho
EDAD: 1-2 AÑOS

Me comprometo a abstenerme de realizar escritos, publicaciones en las redes sociales en la página WEB de la clínica, frente a opiniones personales ante las inconformidades, sin antes haber agotado los procedimientos internos y procesos de responsabilidad judicial en los que se hallan fallado a mi favor, ello atendiendo al Derecho Constitucional de la presunción de inocencia. Y en caso, de no cumplir con ello, tengo claro que puede llegar a responder por el pago de una indemnización de carácter económica por perjuicios causados.

Por ser un documento que contiene una obligación expresa, clara y exigible presta Mérito Ejecutivo.

Propietario o persona autorizada
C.C 52505473
Tel 3007484057

Médico Veterinario
T.P 32258

FUNDACIÓN ECODES

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE LOS MÁRTIRES | BOGOTÁ

URGENCIAS MÉDICAS VETERINARIAS	
FDLM-CPS-322-2024	
ACTA DE ENTREGA DE PACIENTES DADOS DE ALTA	
FECHA: 28/03/25	**ACTA DE ENTREGA N°.** Urg 20-2025

LUGAR DE ENTREGA: Clínica Veterinaria 200vet

El prestador de servicios de Urgencias Veterinarias **FUNDACION ECODES,** a través de su clínica operadora hace entrega del (los) paciente (s) relacionados a continuación, quienes fueron atendidos en el programa de **URGENCIAS VETERINARIAS** de la Alcaldía Local de los Mártires y por su evolución clínica puede (n) ser dado(s) DE ALTA:

N°.	NOMBRE	H.C.	ESPECIE	SEXO	EDAD	PESO
1	Rocky	Urg 20 2025	Canino	Macho	1-2 años	27.7kg

ENTREGA OPERADOR DEL SERVICIO

Nombre	JENNIFER CLAVIJO
Cargo	32268
Firma	JENNIFER CLAVIJO

RECIBE TENEDOR RESPONSABLE

Nombre	Andrea Acuña
C.C.	52505413
Firma	Andrea Acuña

AUTORIZACIÓN ALCALDÍA LOCAL

Nombre	Andrea Acuña
Cargo	Medico Veterinario
Firma	Andrea Acuña

Camila Aguilar Peñaranda MVB A

Camila Aguilar
MEDICO VETERINARIA
UDCA TP 43597

FUNDACIÓN ECODES

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE LOS MÁRTIRES | BOGOTÁ

HOJA DE COSTOS INDIVIDUAL CPS 322 -2024

NOMBRE Jupiter → Reingreso. HISTORIA CLÍNICA Urg 14-2025.

Canino _ Hembra _ Raza : Mestizo

Felino X Macho X Peso: 5kg.

N	Fecha	Pruebas / Procedimientos	COSTO	Clínica Operadora	Alcaldía Local.
1	25/03/25	Leucemia viral Felina (Cromatografia detección antigeno)	112.130	200VET	
1	25/03/25	Inmunodeficiencia viral Felina (Cromatografia detección antigeno)	135.040	200VET	
1	25/03/25.	Frotis para hemoparásitos.	34.720	200VET	
TOTAL			$ 281.890.		

REPORTE DE LABORATORIO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D C | ALCALDÍA LOCAL DE LOS MÁRTIRES

FECHA: 03-26-2025	**CONSECUTIVO: 0326250001**		
NOMBRE: JUPITER	**RAZA: MESTIZO**	**EDAD: 4 AÑOS**	**SEXO: M**
REMITE: ALCALDIA LOS MARTIRES		**MV REMITENTE: MV TURNO**	

HEMOPARÁSITOS

PRUEBA REALIZADA:

FORTIS SANGRE PERIFERICA EN LAMINA TINCION DE WRIGHT

RESULTADO

SE OBSERVAN ESTRUCTURAS COMPATBILES CON *MYCOPLASMA SPP 1+*
EN MUESTRA REMITIDA

MORFOLOGIA CÉLULAS BLANCAS: Normales en forma y tamaño
MORFOLOGÍA ERITROCITARIA: GR Normales en forma y tamaño

OBSERVACIONES:

Resultados válidos únicamente para la muestra remitida

Mayra Rocío Martínez Rojas
Médico veterinario.
Esp Lab. clínico veterinario

REPORTE DE LABORATORIO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D C

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MÁRTIRES

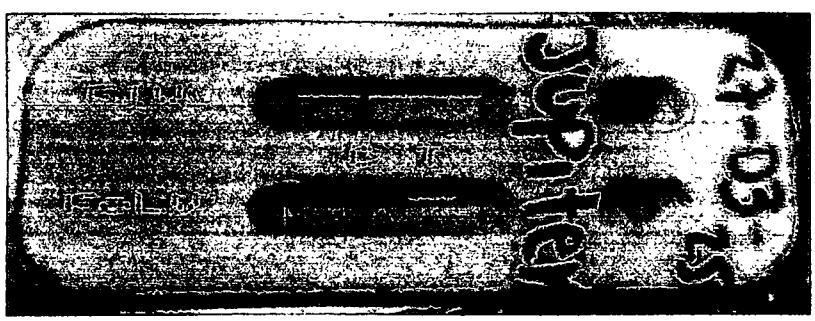
FECHA: MARZO-27-2025	CONSECUTIVO: 030272500300001		
NOMBRE: JUPITER	RAZA: MESTIZO	EDAD: 4 AÑOS	SEXO: M
PROPIETARIO: ALCALDIA MARTIRES		MV REMITENTE: MV TURNO	

SNAP COMBO Ag FeLV/Ac FIV

Inmunoensayo para la detección de antígeno de virus de la leucemia felina (FeLV) y de anticuerpo frente al virus de la inmunodeficiencia felina (FIV). (Ref Bionote Inc. Lote 1204D098. Exp: (02-SEPT-2026)

RESULTADOS

Virus de la Leucemia Felina (FeLV)	**NEGATIVO**
Virus de la Inmunodeficiencia Felina (FIV)	**NEGATIVO**



Mayra Rocío Martínez Rojas
Médico veterinario.
Esp Lab clínico veterinario

	ALCALDIA LOCAL DE LOS MARTIRES	
	PROGRAMA DE URGENCIAS VETERINARIAS	
	CPS-322-2024	
	ENTREGA SATISFACTORIA DE MASCOTA	

Yo Candelaria Romero Actuando en calidad de persona mayor de edad con C.C : 64476703 de Bogota. PROPETARIO Y/O RESPONSABLE de la Mascota con nombre y características descritas en este documento; por medio del presente escrito (de manera libre y espontánea, sin ninguna clase de presión) DECLARO recibir en buenas condiciones, después de los PROCEDIMIENTOS, TRATAMIENTOS, CIRUGIA (S) Y AYUDAS DIAGNOSTICAS REALIZADAS.

PACIENTE: Júpter
HISTORIA: Utg 19-2025
RAZA: Mestizo
ESPECIE: Felino
SEXO: Macho
EDAD: 4 años

Me comprometo a abstenerme de realizar escritos, publicaciones en las redes sociales en la página WEB de la clínica, frente a opiniones personales ante las inconformidades, sin antes haber agotado los procedimientos internos y procesos de responsabilidad judicial en los que se hallan fallado a mi favor, ello atendiendo al Derecho Constitucional de la presunción de inocencia. Y en caso, de no cumplir con ello, tengo claro que puede llegar a responder por el pago de una indemnización de carácter económica por perjuicios causados.

Por ser un documento que contiene una obligación expresa, clara y exigible presta Mérito Ejecutivo.

Candelaria Romero
Propietario o persona autorizada
C.C 64476 703
Tel 314 266 8040

Médico Veterinario
T.P 32268

ANEXO 4

ACTA ENTREGA CONCENTRADO HOGARES DE PASO

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

EVIDENCIA DE REUNIÓN

Código: GDI-GPD-F029
Versión: 6
Vigencia: 21 de agosto de 2024
Caso 11OLA: 70103

Objeto de la reunión: Entrega de alimento Pwa Caninos y Felinos Hogares de Paso Los Mártires

Fecha: 22 de Mayo de 2025

Hora de inicio: 9AM

Hora de finalización: 1pm

Lugar: Localidad de los martires

Dependencia:

Nombre del Responsable:

Modalidad: ___Presencial X ___Virtual ___Telefónica ___Mixta

TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS (Jurídico o legal)	NOMBRE IDENTITARIO	ENTIDAD Y DEPENDENCIA	CARGO					TIPO DE VINCULACIÓN				CORREO ELECTRÓNICO - TELÉFONO DE CONTACTO	FIRMA
					ASESOR	DIRECTIVO	PROFESIONAL	TÉCNICO/ TECNÓLOGO	AUXILIAR	CARRERA	PROVISIONAL	LIBRE NOMB.	CONTRATISTA		
CC	52121895	Esmeralda Pepinos	NA	Comunidad			X							esmepepina173@outlook.com	
CC	1032481446	Ana Beatriz Torres	NA.	Comunidad										anamariaBotorquez	
CC	79.735512	Manuel Lopez	NA.	protecciouisfq										3102024211	
CC	52.323703	CRISTINA PEÑA	NA	PROTECCIÓN										3164845578	
CC	4069220	Kurman Gaitán	NA	Protección										3142827877	
CC	52108100	Alexandra Hernandez	N/A	Protección			X							3103311093	
	52.127.878	Yamile Gomez	N.A.	Protección			X							3026990550	
	51873.146	Mabel Carmen Cano G.	NA.	Protacion										Colombian petshop2020@gmail.com	
	64476703	Candelaria Rojas		protectora										3142668040	

CONSENTIMIENTO: Quien registra sus datos, conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoce y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Gobierno, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3387000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por el uso indebido de los datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos. De igual manera entiende que los datos aquí consignados serán usados para temas estadísticos, de caracterización poblacional y en determinados casos para el acceso a la oferta institucional de la Secretaría Distrital de Gobierno.

* Ver SAC-M002 Manual de Atención Diferencial y Preferencial para personas con discapacidad, disponible en https://gaia.gobiernobogota.gov.co/content/sistema-integrado-de-gestion-sdg

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

EVIDENCIA DE REUNIÓN

Código: GDI-GPD-F029
Versión: 6
Vigencia: 21 de agosto de 2024
Caso HOLA: 70103

Objeto de la reunión: Entrega de Alimento bogares de paso

Fecha: 22 mayo 2025

Hora de inicio: 9am

Lugar: Localidad de los mártires

Hora de finalización: 1pm

Modalidad: X Presencial / Virtual / Telefónica / Mixta

Dependencia:

Nombre del Responsable:

TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS (Jurídico o legal)	NOMBRE IDENTITARIO	ENTIDAD Y DEPENDENCIA	CARGO: ASESOR	CARGO: DIRECTIVO	CARGO: PROFESIONAL	CARGO: TÉCNICO/ TECNÓLOGO	CARGO: AUXILIAR	TIPO DE VINCULACIÓN: CARRERA	TIPO DE VINCULACIÓN: PROVISIONAL	TIPO DE VINCULACIÓN: LIBRE NOMB.	TIPO DE VINCULACIÓN: CONTRATISTA	CORREO ELECTRÓNICO - TELÉFONO DE CONTACTO	FIRMA
	51984750	Ana Cecilia Ortiz	51984750	Protección										agcod152003 @gmail.com	
	1210335[illegible]	Sandra Martinez		Protección										3[illegible]	

CONSENTIMIENTO: Quien registra sus datos, conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoce y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Gobierno, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificabl Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención 3387000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por el uso indebido de los dat personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos. De igual manera entiende que los datos aquí consignados serán usados para temas estadísticos, de caracterización poblacional y en determinados casos para el acceso a la oferta institucional de la Secretaría Distrit de Gobierno.

* Ver SAC-M002 Manual de Atención Diferencial y Preferencial para personas con discapacidad, disponible en https://gaia.gobiernobogota.gov.co/content/sistema-integrado-de-gestion-sdg

En las instalaciones de la alcaldía local, se inicia la reunión con la presencia de los firmantes para la verificación de elementos requeridos para la ejecución del Contrato 322 de 2024, elementos incluidos en la oferta económica del contrato suscrito entre el Fondo de Desarrollo Local de los Mártires y Fundación Ecodes. los cuales se describen a continuación:

Por parte de la supervisión, se deja constancia que los insumos descritos a continuación cumplen con las especificaciones técnicas, cantidades y valores indicados en la propuesta económica, revisión requerida para adelantar el proceso de verificación, tal como se relacionan a continuación:

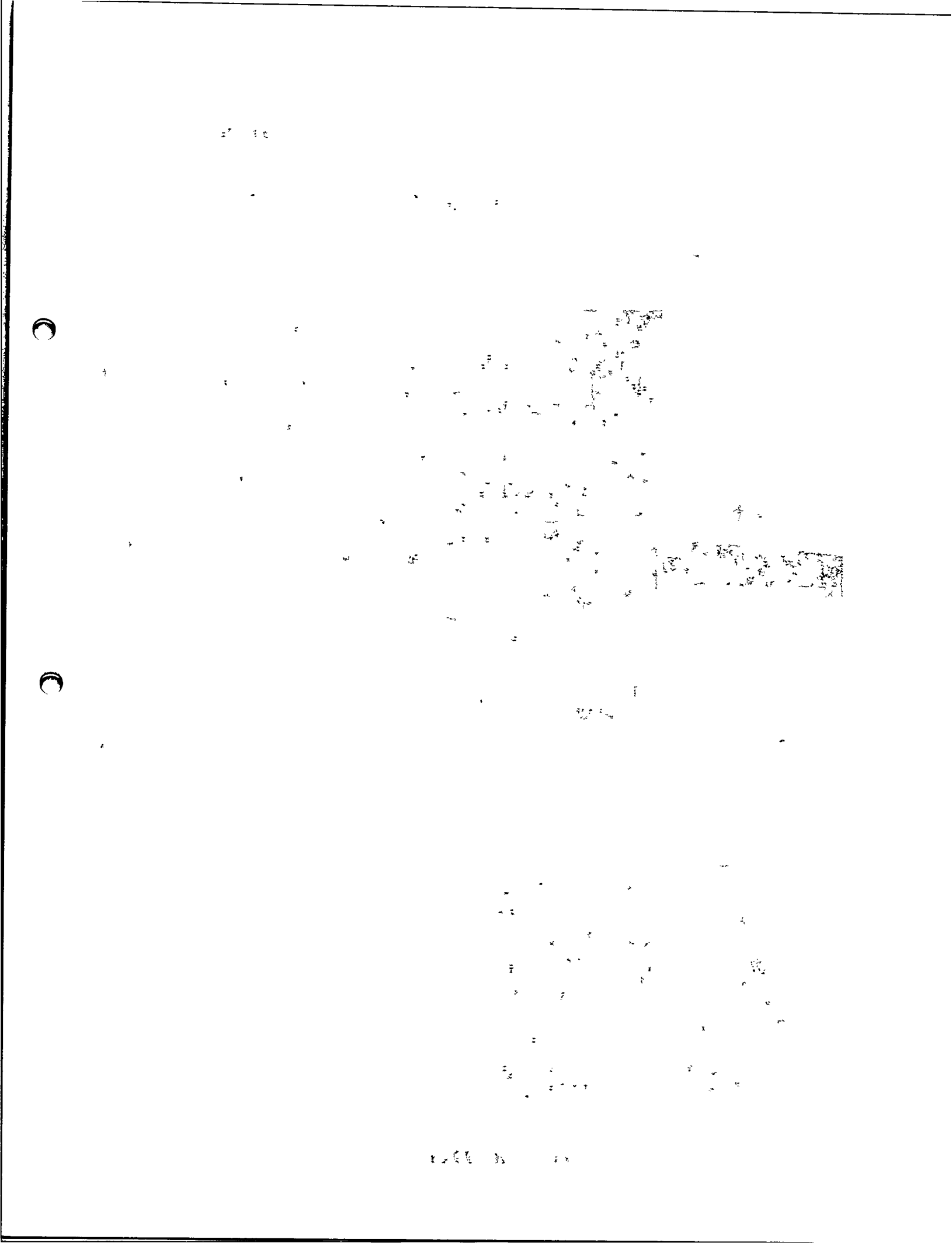
ANEXO REGISTRO FOTOGRAFICO DE LOS INSUMOS.

DESCRIPCIÓN COMERCIAL	ESPECIFICACION TECNICA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	VALOR UNITARIO ANTES DE IVA	VALOR Unitario TOTAL
Concentrado	Concentrado para caninos adultos, bolsa x 30 kg INGREDIENTES Harina de Carne y/o Harina de Sangre y/o Harina de Pollo. Levadura. Gluten de Maíz. Harina de Trigo y/o Arroz Molido y/o Trigo Molido. Torta de Soya. Soya Extruida. Azúcar. Galleta. Sebo Animal y/o Aceite Vegetal. Sal. Minerales: Carbonato de Calcio, Fosfato Bicálcico, Oxido y/o Sulfato de Manganeso, Oxido y/o Sulfato de Cobre, Oxido y/o Sulfato de Zinc, Sulfato Ferroso, Ioduro de Potasio y/o Etilen Diamino Dihidroiodo (E.D.D.I.), Carbonato de Cobalto. Selenito de Sodio. Vitaminas: A, D3, E, K, B12, Riboflavina, Niacina, Biotina, Ácido Fólico, Pantotenato de Calcio, Cloruro de Colina, Antioxidantes: B.H.T o Acetato de Tocoferol. Extracto de Yuca Shidigera. Aminoácidos: Lisina y Metionina. COMPOSICIÓN GARANTIZADA HUMEDAD MAXIMO 10%, PROTEINA MINIMO 24%, GRASA MINIMO 10%, FIBRA MAXIMO 4%, CENIZAS MAXIMO 9%.	Und	19	$ 187.277	$222.860

Concentrado	Concentrado para gatos adultos, bolsa x 7kg INGREDIENTES Harina de vísceras de aves, harina de salmón, grano de maíz, arroz quebrado, salvado de soya, salvado de trigo, salvado de gluten de maíz, aceite de aves, hidrolizado de hígado de aves, linaza, harina de trigo, levadura de cerveza autolizada deshidratada, aceite de salmón, hexametafosfato de sodio, aceite de oliva, aceite de girasol refinado, vitaminas (A, D3, E, C, K3, B1, B2, B6, B12, ácido pantoténico, niacina, ácido fólico, biotina), minerales (sulfato de manganeso, sulfato de zinc, zinc orgánico, sulfato de hierro, sulfato de cobre, yodato de calcio, selenito de sodio, selenio orgánico), taurina, extracto de Yucca schidigera, tripolifosfato de sodio, cloruro de colina, cloruro de sodio, ácido fosfórico, cloruro de potasio, colorantes de grado alimenticio (rojo ponceau 4R, amarillo tartrazina, amarillo crepúsculo), antioxidantes (BHA, BHT). COMPOSICION GARANTIZADA HUMEDADA 10%, PROTEINA CRUDA 31%, LIPIDOS 12%, FIBRA CRUDA 3%, CENIZAS MAX 7,5%.	**Und**	**17**	**$ 111.933**	**$133.200**	

DESARROLLO Y CONCLUSIONES DE LA REUNIÓN:

COMPROMISOS DE LA REUNIÓN

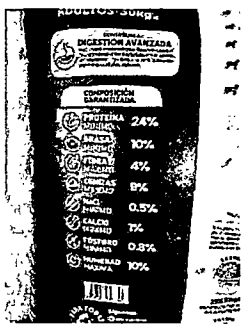


DESARROLLO Y CONCLUSIONES DE LA REUNIÓN:

Se realiza la entrega de concentrado el día 22 de marzo de 2025. para los diferentes hogares de paso, de la localidad de los mártires, los cuales fueron entregados según indicaciones por parte del apoyo a la supervisión, en donde se determinaba la cantidad de animales de compañía, y consecuente con esto la cantidad de alimento que recibía cada hogar de paso.

Dicho recorrido se realiza con la supervisión del contrato, el apoyo a la supervisión y coordinador del contrato 322 de 2024.

Se realiza la entrega sin presentarse inconvenientes en el mismo.



COMPROMISOS DE LA REUNIÓN

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE ENTREGA
1			

ANEXO 5

RADICACION INGRESO ALMACEN.

Outlook

27/3/25, 16:15
Alcaldía Local de Martires
R No. 2025-641-001998-2
2025-03-27 16:14 - Folios: 1 Anexos: 1
Destino: Area de Gestion de Desarr
Rem/D: FUNDACION ECODES
20256410019982

Ingreso Almacen CPS 322 DE 2024

Desde Martires Perritos <martirespyba2025@gmail.com>
Fecha Jue 27/03/2025 12:50 PM
Para Liseth Camila Aguilar Galeano <liseth.aguilar@gobiernobogota.gov.co>; CDI Martires <cdi.martires@gobiernobogota.gov.co>

9 archivos adjuntos (2 MB)

1. 562. FDL DE MARTIRES CPS 322 DE 2024.pdf; 2. Oficio ingreso almacen.pdf; 3. Rut Ecodes Enero 2025.pdf; 4. RIT ECODES 2025.pdf; 5. RESOLUCION 201-AL 800 FUNDACION ECODES.pdf; 6. CLAUSULADO CONTRATO No. FDLM-322-2024 (120487).pdf; 7. ACTA DE INICIO FDLM-322-2024.pdf; 8. FORMATO 06 PROPUESTA ECONOMICA ecodes.xlsx; 9. acta verificacion .pdf;

Cordial saludo
Adjunto documentos solicitando realizar ingreso almacén de concentrado para canino y felinos, correspondientes con el contrato en ejecución, CPS 322 de 2024.
Muchas gracias.
Fundacion Ecodes.

ANEXO 6

ACTA JORNADA ESTERILIZACION 31.03.25

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

EVIDENCIA DE REUNIÓN

Código: GDI-GPD-F029
Versión: 6
Vigencia: 21 de agosto de 2024
Caso 11OLA: 70103

Objeto de la reunión:	Jornada Esterilización Parque María Eugenia				
Fecha:	31 Mayo 2025.	Hora de inicio: 7:30 am	Modalidad:	X Presencial	
Lugar:	Parque María Eugenia	Hora de finalización: ____		___ Virtual	
Dependencia:		Nombre del Responsable:		___ Telefónica	
				___ Mixta	

TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS (Jurídico o legal)	NOMBRE IDENTITARIO	ENTIDAD Y DEPENDENCIA	CARGO					TIPO DE VINCULACIÓN				CORREO ELECTRÓNICO - TELÉFONO DE CONTACTO	FIRMA
					ASESOR	DIRECTIVO	PROFESIONAL	TÉCNICO/ TECNÓLOGO	AUXILIAR	CARRERA	PROVISIONAL	LIBRE NOMB.	CONTRATISTA		
CC	1031140474	Erika N. García E	NA.	Fundación Ecodes			X						X	marthajpyba2025@gmail.com	
CC	1018507180	Camila Aguilar	N/A	Secretaría PyBA			X						X	Lisith.Aguilar@gobiernobogota.gov.co	
CC	52108107	Alexandra Hernández	N/A	Protección										Piaalexahernandez@hotmail.com	
CC	64476703	Candelaria Romero		Aux Logístico Protección										3142668040	
CC	51873116	Ma del Carmen Caro C		Auxiliar logístico Protección										3102391363 Colombiapetsand@gmail.com	
CC	11.005534	John Jaber Daza		FDLM		X						X		Ale.tec.monitoreo@gobiernobogota	

CONSENTIMIENTO: Quien registra sus datos, conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoce y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Gobierno, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3387000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por el uso indebido de los datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos. De igual manera entiende que los datos aquí consignados serán usados para temas estadísticos, de caracterización poblacional y en determinados casos para el acceso a la oferta institucional de la Secretaría Distrital de Gobierno.

* Ver SAC-M002 Manual de Atención Diferencial y Preferencial para personas con discapacidad, disponible en https://gaia.gobiernobogota.gov.co/content/sistema-integrado-de-gestion-sdg

DESARROLLO Y CONCLUSIONES DE LA REUNIÓN:

Se realiza jornada CUARTA (4) de esterilización canina y felina realizada el día 31 de marzo del 2025 en el marco de la ejecución del Contrato de Prestación de servicios 322 de 2024 cuyo objeto es:" PRESTAR LOS SERVICIOS PARA REALIZAR LA ATENCIÓN DE ANIMALES EN LA LOCALIDAD DE LOS MÁRTIRES". Dicha Jornada se realizó en el Parque Oscar, la supervisión inspecciona los requerimientos necesarios para la realización de la Jornada de Esterilización.

Una vez realizada la verificación se inicia la jornada.

Durante el desarrollo del evento se verificaron los aspectos señalados en el anexo técnico como:

a) La unidad móvil quirúrgica cuenta con los conceptos sanitarios favorables y sin requerimiento alguno, expedidos por la secretaria de salud con una vigencia no mayor a 12 meses, garantizando el cumplimiento de la normativa sanitaria contenida en la Ley 9 de 1979 y el Decreto 780 de 2016.

b) El vehículo garantizo adecuada iluminación, ventilación y aireación, además de condiciones de temperatura adecuada para los animales durante las jornadas.

c) la UMQ garantizo en la jornada una fuente de energía propia para las necesidades de máquinas y equipos utilizados durante las intervenciones (Maquinas rasuradoras, lámparas, fuentes de luz) y los de más elementos que lo requieran.

Por otra parte, se verifico que el equipo instalado supliera las necesidades de la demanda de la jornada. La verificación de los insumos, instrumentos, implementos, medicamentos, y en general, de todos los elementos utilizados para la prestación del servicio se realizó al inicio de la jornada encontrando que están en óptimas condiciones; no están vencidos y son los indicados para la prestación del servicio.

Como resultado de la jornada de esterilización se realizaron 50 esterilizaciones de las cuales fueron atendidos a comunidad y a proteccionistas o carreteros de la localidad, de las cuales se implantaron 50 microchips. Del total de procedimientos se atendieron 19 caninos y 31 felinos.

Se culmina la jornada de esterilización sin presentar inconvenientes en la misma.
NOTA: RETIRO DE PUNTOS. 15 DE ABRIL 2025.

COMPROMISOS DE LA REUNIÓN

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE ENTREGA
1	Entregar la documentación de la jornada (Historias clínicas, autorización de propietarios, recibos públicos y fotocopia de la cédula del propietario.) en el informe de ejecución	**Fundación Ecodes**	**informe de ejecución.**
2	**Entrega base de datos jornada médico veterinaria.**	**Fundación Ecodes**	**informe de ejecución**

Elaborada por:

Fecha de la próxima reunión: Lugar de la próxima reunión:

ANEXO 7

ACTA JORNADA ESTERILIZACION 09.04.25

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

EVIDENCIA DE REUNIÓN

Código: GDI-GPD-F029
Versión: 6
Vigencia: 21 de agosto de 2024
Caso HOLA: 70103

Objeto de la reunión:	Jornada Estonilización La Favorita - Cra 16B # 17A -20.		
Fecha:	9 ABRIL 2025.	**Hora de inicio:** 7:00am	**Modalidad:** X Presencial / ___ Virtual / ___ Telefónica / ___ Mixta
Lugar:	La Favorita.	**Hora de finalización:** ____	
Dependencia:	Alcaldia Local de Los Mártires.	**Nombre del Responsable:**	

TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS (Jurídico o legal)	NOMBRE IDENTITARIO	ENTIDAD Y DEPENDENCIA	CARGO: ASESOR	CARGO: DIRECTIVO	CARGO: PROFESIONAL	CARGO: TÉCNICO/ TECNÓLOGO	CARGO: AUXILIAR	TIPO DE VINCULACIÓN: CARRERA	TIPO DE VINCULACIÓN: PROVISIONAL	TIPO DE VINCULACIÓN: LIBRE NOMB.	TIPO DE VINCULACIÓN: CONTRATISTA	CORREO ELECTRÓNICO - TELÉFONO DE CONTACTO	FIRMA
CC	1031140474	Erika Natalia García	N.A.	Fundación Ecodo			X						X	mathros.plazas@gmail.com	
CC	20699977	Lucila Aguirre	N A	Auxiliar logistico										lecar248@gmail.com	
CC	A069220	Kurman Garzón	N/A	Auxiliar logistico										KurmanA7@hotmail.com	
CC	52505977	Andrea [illegible]	NA	FDLM.			X						X	[illegible]	
CC	11.605 534	John Jadi... Sucal		FDLM.		X						X		[illegible] @gobiernobogota	

CONSENTIMIENTO: Quien registra sus datos, conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoce y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Gobierno, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3387000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por el uso indebido de los datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos. De igual manera entiende que los datos aquí consignados serán usados para temas estadísticos, de caracterización poblacional y en determinados casos para el acceso a la oferta institucional de la Secretaría Distrital de Gobierno.

* Ver SAC-M002 Manual de Atención Diferencial y Preferencial para personas con discapacidad, disponible en https://gaia.gobiernobogota.gov.co/content/sistema-integrado-de-gestion-sdg

DESARROLLO Y CONCLUSIONES DE LA REUNIÓN:

Se realiza jornada QUINTA (5) de esterilización canina y felina realizada el día 9 de abrul del 2025 en el marco de la ejecución del Contrato de Prestación de servicios 322 de 2024 cuyo objeto es:" PRESTAR LOS SERVICIOS PARA REALIZAR LA ATENCIÓN DE ANIMALES EN LA LOCALIDAD DE LOS MÁRTIRES". Dicha Jornada se realizó en el Parque Oscar, la supervisión inspecciona los requerimientos necesarios para la realización de la Jornada de Esterilización.

Una vez realizada la verificación se inicia la jornada.

Durante el desarrollo del evento se verificaron los aspectos señalados en el anexo técnico como:

a) La unidad móvil quirúrgica cuenta con los conceptos sanitarios favorables y sin requerimiento alguno, expedidos por la secretaria de salud con una vigencia no mayor a 12 meses, garantizando el cumplimiento de la normativa sanitaria contenida en la Ley 9 de 1979 y el Decreto 780 de 2016.

b) El vehículo garantizo adecuada iluminación, ventilación y aireación, además de condiciones de temperatura adecuada para los animales durante las jornadas.

c) la UMQ garantizo en la jornada una fuente de energía propia para las necesidades de máquinas y equipos utilizados durante las intervenciones (Maquinas rasuradoras, lámparas, fuentes de luz) y los de más elementos que lo requieran.

Por otra parte, se verifico que el equipo instalado supliera las necesidades de la demanda de la jornada. La verificación de los insumos, instrumentos, implementos, medicamentos, y en general, de todos los elementos utilizados para la prestación del servicio se realizó al inicio de la jornada encontrando que están en óptimas condiciones; no están vencidos y son los indicados para la prestación del servicio.

Como resultado de la jornada de esterilización se realizaron 47 esterilizaciones de las cuales fueron atendidos a comunidad y a proteccionistas o carreteros de la localidad, de las cuales se implantaron 47 microchips. Del total de procedimientos se atendieron 12 caninos y 35 felinos.

Se culmina la jornada de esterilización sin presentar inconvenientes en la misma.
NOTA: RETIRO DE PUNTOS. 23 DE ABRIL 2025.

COMPROMISOS DE LA REUNIÓN

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE ENTREGA
1	Entregar la documentación de la jornada (Historias clínicas, autorización de propietarios, recibos públicos y fotocopia de la cédula del propietario.) en el informe de ejecución	Fundación Ecodes	informe de ejecución.
2	Entrega base de datos jornada médico veterinaria.	Fundación Ecodes	informe de ejecución

Elaborada por:

Fecha de la próxima reunión: Lugar de la próxima reunión:

ANEXO 8

LISTADO SENSIBILIZACION

ALCALDÍA LOS MÁRTIRES BOGOTÁ	**LISTADO DE ASISTENCIA JORNADA DE SENSIBILIZACIÓN CPS 322 DE 2024.**	

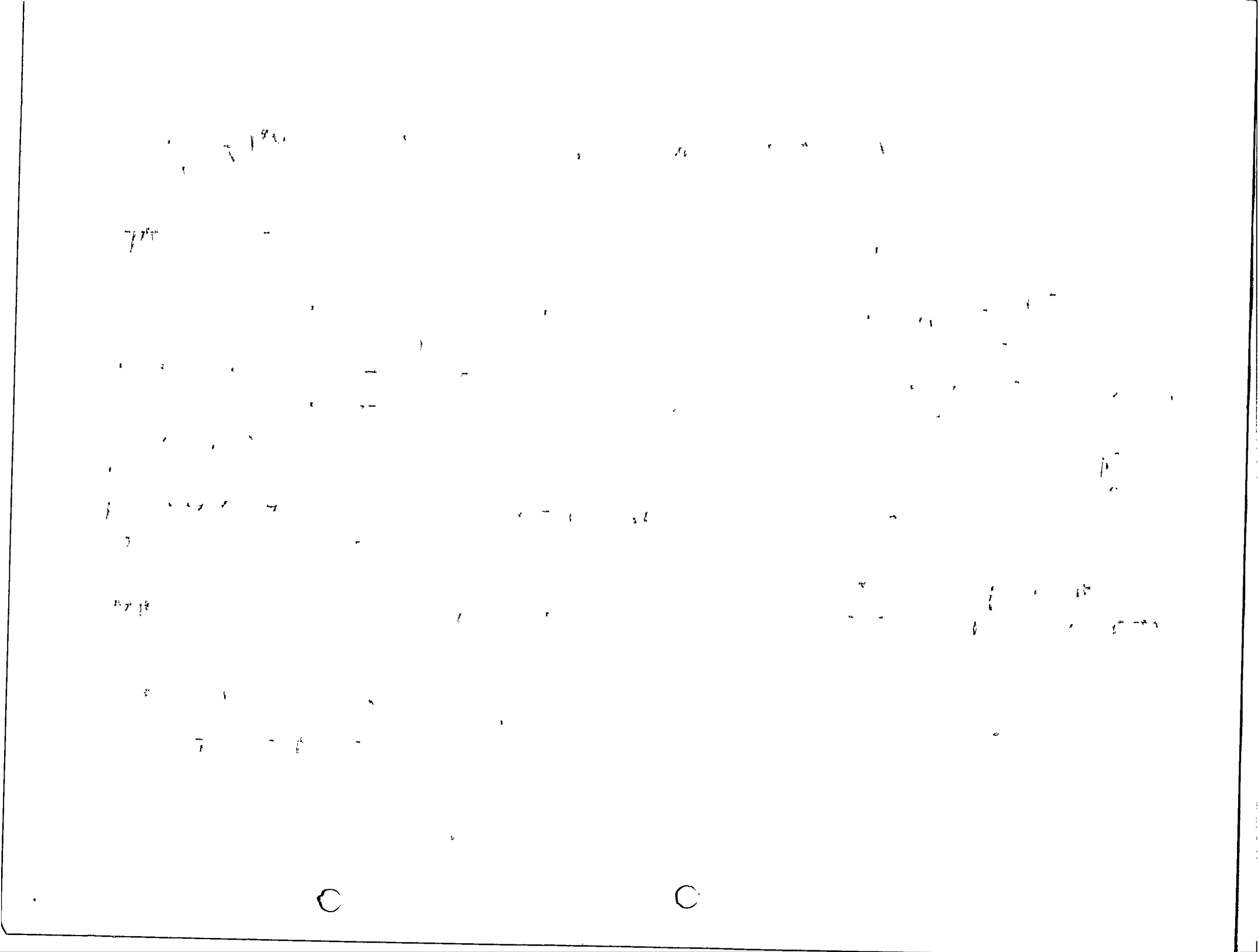
FECHA: 31 Marzo ok 2025	**JORNADA:** Esterilización
LUGAR: Parque María Eugenia (Estanzuela)	**OPERADOR: FUNDACION ECODES.**

NOMBRE Y APELLIDO	NUMERO DE DOCUMENTO	DIRECCION	BARRIO	NUMERO CELULAR	FIRMA
Laura Neme	1010237297	Cra 15 bis # 7-47	Estanzuela	3202541843.	Laura Neme
Alba Mercedes Obeba.	41'303.116.	Cll 7-A # 15-29.	Estanzuela	3132626103	
Nancy Garzon	52'819.592.	Clle 4A bis # 18b30	Ed. Santos	3150529570	
Tatiana Galindo	1000644492.	Cra 19 A # 4.632.	Progreso	3157591867	Tatiana Galindo
Sandra Ramirez	52144.186	Cra 16 # 16-66.	Favorita	3163564159	
Daniel Plazas Plazas.	79'917.852.	Cra 19 # 2-38	Ed Santos	3226846986	
Luz Marina Alarcon	39'634.324	Cra 18C # 4-A 71	Ed. Santos	3232146933	Luz Marina A
Jessika Mateus	1010194544.	Clle 72A # 16-32	Santa fé	3115897602	
César Augusto Becerra	1023877812	Av. Calle 6 # 19-08	Estanzuela	3226735790	Cesar A. Becerra P
Beatriz Velasquez	768134.	Av. Calle 6 # 18-79	Estanzuela	3223761570	Beatriz Velasquez
Flor Quintero	43'101.683	Cra 18b # 3-65	Ed. Santos	3134238763	
Patricia Cortes	52124.729	Cra 17 # 8-28.	Ed. Santos	3227700737	Patricia Cortes
Arnelys Calatayu.	1126585	Clle 9 # 17-48	Estanzuela	3223330379.	Arnellys C.
Lizeth Valbuena.	1007557354	Cra 4A # 2-54	Ed. Santos	3115798018	
Jorge Rojas	19'203.959	Clle 6b # 18-78.	Estanzuela	3227978250	JRB
Elizabet Hernandez Bibiano	1023877338	Cra 18C # 4 A 71	Ed. Santos	3232146933	

LOS MÁRTIRES | BOGOTÁ	**LISTADO DE ASISTENCIA JORNADA DE SENSIBILIZACIÓN CPS 322 DE 2024.**	

FECHA: 31 Marzo de 2025	**JORNADA:** Esterilización
LUGAR: Parque María Eugenia (Estanzuela)	**OPERADOR: FUNDACION ECODES.**

NOMBRE Y APELLIDO	NUMERO DE DOCUMENTO	DIRECCION	BARRIO	NUMERO CELULAR	FIRMA
Hadisolany Rojas Arciniegas	521280.491	Cll 6b # 18-78.	Estanzuela	3115840858	Hadisolanga Rojas
Yenny Diaz	52'732.048.	Cll 8 # 15-49.	Estanzuela.	3022781850	Yenny Diaz
Doris Vela.	1018414564.	Cll 6b #18-78.	Estanzuela.	3184655143	
Luna Arambula	1016944379.	Cra 16 # 17-21	Favorita	3232095724	Luna Arámbula.
Nubia del Carmen Rodriguez	52'821.960	Cll 15 #25-23	Estanzuela	3124-83834.4	Nubia Rodriguez
Cristian Celis.	1.106893065	Cll 7 # 14-22	Estanzuela	3193893059	Cristian Celis
Nubia Rocio Escudero	30323884	Av Calle 6 # 19-08	Estanzuela.	3104152980	Nubia Rocio
Jesus Parra	94'426.410	Cra 22 Bis #6-92	Santa fe	3124877294	
Nelson Badillo	79'507.250.	Cra. 16 #8-53.	Vda Nacional	3052071899.	
Juan David Martinez	1000991610	Cll 7bis # 18 bld	Estanzuela.	3142085472.	
Clara Inés Gaona	51'586.627	Cll 7 # 14-22.	Estanzuela	3138805865	
Nubia Gaitan Beltran	52'359.698.	Cra 16 # 16-66.	Favorita	3143894634	
Emily de los Rios	1026599776	Cra 28 # 1C 21.	Ed. Santos	3102404048	
Julian Rueda	1049204270	Cra 20 # 49A-90	Progreso	3152840737	
Juan Martinez	1000991610	Cll 7bis # 18-35	Vda Nacional	3142085477	



ALCALDÍA LOS MÁRTIRES | BOGOTÁ	**LISTADO DE ASISTENCIA JORNADA DE SENSIBILIZACIÓN CPS 322 DE 2024.**	

FECHA: 9 - Abril - 2025	**JORNADA:**
LUGAR: La Favorita	**OPERADOR: FUNDACION ECODES.**

NOMBRE Y APELLIDO	NUMERO DE DOCUMENTO	DIRECCION	BARRIO	NUMERO CELULAR	FIRMA
Lilia Diaz	52270279	Cll 18 # 16 44	Favorita	3142345708	lilia Diaz
LILIA DIAZ	52270279	Cll 18# 16 44	Favorita	3142349708	lilia Diaz
Arnold Pardo	80163024	Cl 12 25A-12	Ricaurte	3194030943	
Nancy Guzman	51.931.257	CRA 21 12A-78	Sabana	3116206901	Nancy Guzman
Bernabe Serano	79.565 115	Dg 18 Bis 16A 45	Favorita	3123797340	
Fernando Serano	79565 115	Dg 18 Bis 16A-95	Favorita	3123797340	
Indira Hernandez	50-627.48(PP)	Cl 18 16-07	Favorita	3224502095	
Indira Hernandez	5126349 (PP)	Cl 18 16-07	Favorita	3013385842	
Carolina Espana	3223709354	CL 17A 16B-35	Favorita	CC 1003314185	Carolina Espana
Natalia Parra	1001311274	CL 17A 16B-35	Favorita	3135052261	Natalia parra
Manuel López	79735512	Cra 15bis B# 54	Estanzuela	3102024251	
Martha Durán	1095928497	Cll 18bis 16A 45	Favorita	3209390972	MARTHA
Yesyma Amaya	5940758	Cll 17 Local 1381	Favorita	3158888881	
Andres Muñoz	71768340	Cll 18-15-06	Favorita	3118988533	andres munoz
Angie Camargo	1013686632	Cll 18-15-23	Favorita	3209193846	Angie Camargo
Martha Correa	52061788	Dg 18 Bis 1739	Eduardos	3213668180	

LOCALIDAD LOS MÁRTIRES BOGOTÁ	**LISTADO DE ASISTENCIA JORNADA DE SENSIBILIZACIÓN CPS 322 DE 2024.**	

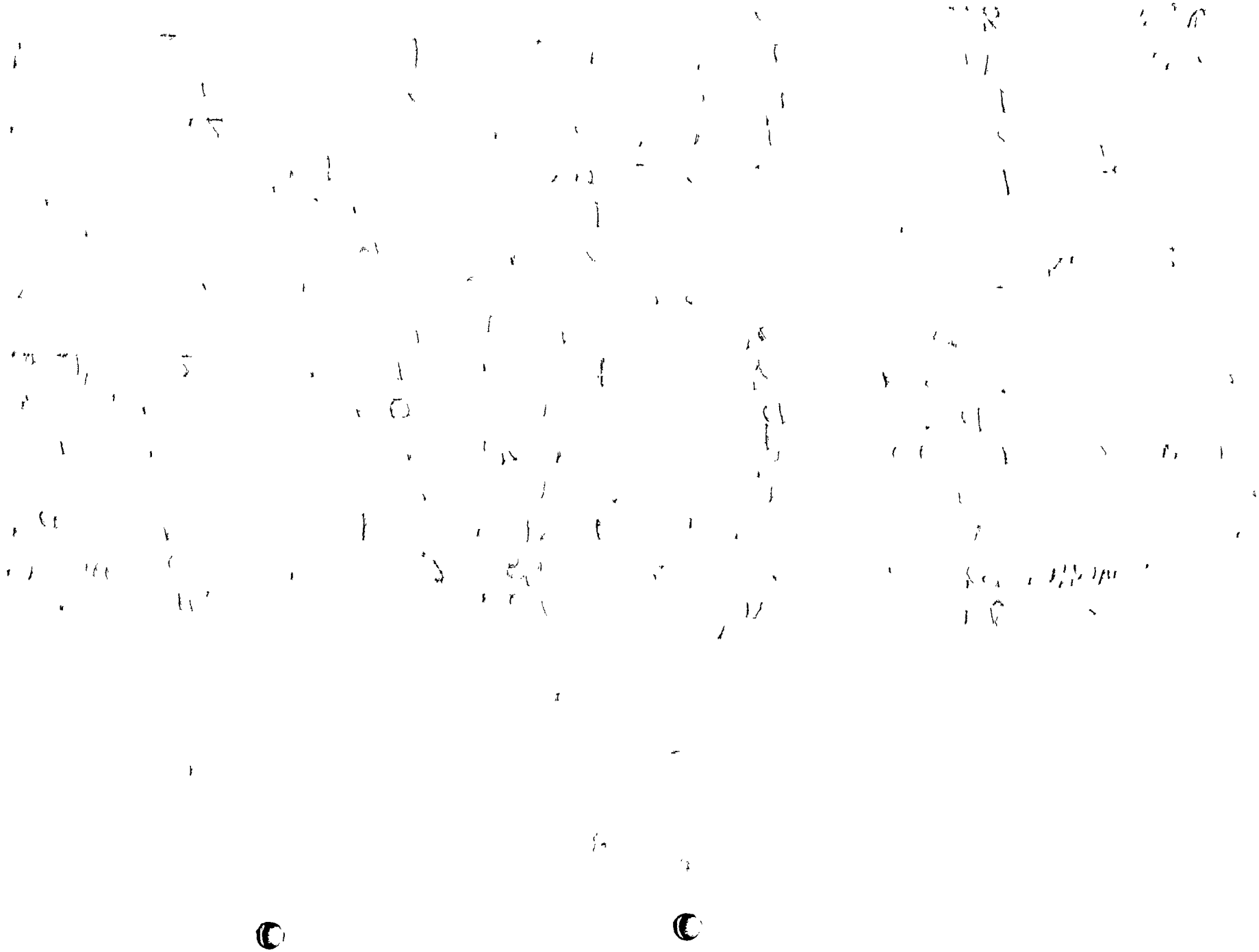
FECHA: 09-Abril 2025	**JORNADA:**
LUGAR: La Favorita	**OPERADOR: FUNDACION ECODES.**

NOMBRE Y APELLIDO	NUMERO DE DOCUMENTO	DIRECCION	BARRIO	NUMERO CELULAR	FIRMA
Diana Arriaga	67100869	Dra 18 bis 16A 46	Favorita	3102032847	Diana A. Arriaga
Luz Mila Arriaga	52440110	Carr Dia 18 bis 16A45	Favorita	3209455109	Luz Mila Arriaga J.
Kelly M. Castrillón G	1013635781	Cll 18-16-07	Favorita	3204000636	Kelly
Omar Y. Gallo P	80881733	Cra 16b-17-69	Favorita	3232319815	Omar Gallo
Kenjy Osorio	1010229046	Cll 17-15-63	Favorita	3015870035	Kenjy Osorio
Ana Pabon	51877876	Cll 17-16b-45	Favorita	3003203256	Ana Pabon
Naomis Torres	31474762	Cll 17 16B 45	Favorita	3118246668	Naomis
Juan Pablo Huertas	1026558104	Cra 16-17-25	Favorita	3237943046	
Angie Paola Beltran	1007588879		Favorita	3208470434	Angie Paola Beltran

ALCALDÍA LOS MÁRTIRES | BOGOTÁ	**LISTADO DE ASISTENCIA JORNADA DE SENSIBILIZACIÓN CPS 322 DE 2024.**	

FECHA: 9. Abril 2025	**JORNADA:**
LUGAR: Favorita	**OPERADOR: FUNDACION ECODES.**

NOMBRE Y APELLIDO	NUMERO DE DOCUMENTO	DIRECCION	BARRIO	NUMERO CELULAR	FIRMA
Maria Mercaquein	51900768	Cir 19-18-46	Liston	3124052450	
Nathaly Rueda	1034284967	Cir 18bis 22-C-12	Sta Fe	3508333169	Nathaly R.
Celia Clara Fuentes	36154342	cll 15-17-29	T San Victorino	3203752457	
Maria Carrero	39618891	Cll 17A-16-39	Favorita	3203309768	
Fanny Rangel	18 5918795	Cir 16B-17-17	Favorita	3502060959	Fanny Rangel
Karen Reina	1023886200	cll 15 Cir 19	Favorita	3124285301	
Lina A Ramirez	79397059	Cir 16-22-44	Sta Fe	3114782065	
Jasmin Velazquez	52875434	Cir 18-21-40	Sta Fe	3209405846	
Alexis Blanco	80070980	Cir 18bis 22c02	Sta Fe	3123032965	
Natalia Rubio	53129921	Cir 18-22c02	Sta Fe	3118641328	Natalia Rubio
Charles Alberto Zarate	79609445	Cll 22A-17-32	Sta Fe	3011338350	
Michael Morales	1001.288.255	Cll 22A 17-32	Sta Fe	3116102371	
Nicolas Hernandez	1033786648	Cll 15-17-34	Favorita	3224471052	
Juan David Vega	1110178826	Dia 18-16A-51	Favorita	3152667119	
Karen Cardozo	1003704851	Dia 18-16A-51	Favorita	3118709119	Karen Cardozo
Sara Calleja	1000493303	Car 15-22-92	Sta Fe	3204760146	Sara Rafolino C



ANEXO 9

PIEZAS PUBLICITARIAS

TE INVITAMOS A NUESTRA
Gran jornada de esterilización
Requisitos:
El animal debe estar en ayunas de sólidos / líquidos.
Copia de la cédula de ciudadanía.
Copia de un recibo de servicio público no mayor a tres meses.
Asistir desde el inicio con su animal de compañía, de lo contrario, no se asignará turno.
Lunes
31 Marzo 2025
HORA 7:00 a. m.
Calle 6b 18-78
Parque María Eugenia
Cupos limitados
Entrega de turnos de 8:00 a. m. a 11:00 a. m.
ALCALDÍA LOCAL DE LOS MÁRTIRES
BOGOTÁ

TE INVITAMOS A NUESTRA

Gran jornada de esterilización

Requisitos:

- El animal debe estar en ayunas de sólidos / líquidos.
- Copia de la cédula de ciudadanía.
- Copia de un recibo de servicio público no mayor a tres meses.
- *Asistir desde el inicio con su animal* de compañía, de lo contrario, no se asignará turno.

Miércoles
9 Abril 2025
HORA 7:00 a. m.

Cra 16B Nº 17A - 20
Salón comunal **La Favorita**

47 Cupos:
Entrega de turnos de
Desde las 8:00 a. m.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE LOS MÁRTIRES | BOGOTÁ

ANEXO 10

CD: BASES DE DATOS Y REGISTRO FOTOGRAFICO

ANEXO 11

CERTIFICADO DISPOSICION DE RESIDUOS

CT_SERVI No. 488427-1

SERVIECOLOGICO SAS
Identificada con NIT 900.218.279 – 1

Certifica que la empresa **Zoovet SAS** identificada con NIT **901427461**, ubicada en la ciudad de **BOGOTA D.C.** y dirección en **Cll. 3 # 38 B - 29**, entrego durante las fechas relacionadas a continuación, los siguientes residuos y sus respectivas cantidades con un total de **19 Kg**:

No. MF	FECHA	Residuo	Corriente	Cantidad	Unidad	Manejo
38056	18/03/2025	BIOSANITARIO	Y1	18	Kg	INCINERACION
38056	18/03/2025	CORTOPUNZANTE	Y1	1	Kg	INCINERACION

Estos residuos fueron transportados por la empresa **ECORESIDUOS NACIONALES** con NIT 900493566-6.

Los cuales se recibieron en las instalaciones de **SERVIECOLOGICO SAS**, ubicado en Km 18 Vía Chuzaca Silvania para su Almacenamiento, Aprovechamiento y Tratamiento Térmico de los Residuos y/o Desechos Peligrosos, de acuerdo a lo indicado en la Resolución No. 1185 de 2012 y cedida totalmente a Serviecologico SAS por medio de la Resolución No. 20227000682 de 11 de Noviembre del 2022, por la cual se concede Licencia Ambiental por la Corporación Autónoma Regional de Cundinamarca (CAR).

La actividad de manejo de residuos o desechos peligrosos para la cual ha sido contratada, ha concluido de conformidad con lo acordado entre las partes.

El presente certificado se expide a los **21** días del mes **MARZO** del año **2025.**

Cordialmente;

JAVIER FERNANDO USECHE BARBERY
GERENTE COMERCIAL
SERVIECOLOGICO

CT_SERVI No. 480196-1

SERVIECOLOGICO SAS
Identificada con NIT 900.218.279 – 1

Certifica que la empresa **ZOOVET SAS** identificada con NIT **901427461**, ubicada en la ciudad de **BOGOTA DC** y dirección en **Cll. 3 # 38 B - 29**, entrego durante las fechas relacionadas a continuación, los siguientes residuos y sus respectivas cantidades con un total de **107 Kg**:

No. MF	FECHA	Residuo	Corriente	Cantidad	Unidad	Manejo
37789	12/03/2025	R. ANIMAL	Y1	5	Kg	INCINERACION
37789	12/03/2025	BIOSANITARIO	Y1	17	Kg	INCINERACION
37789	12/03/2025	CORTOPUNZANTE	Y1	3	Kg	INCINERACION
37789	12/03/2025	REACTIVOS DE LABORATORIO	Y42	80	Kg	INCINERACION
37789	12/03/2025	SOLIDOS CONTAMINADOS	Y10	2	Kg	INCINERACION

Estos residuos fueron transportados por la empresa **ECORESIDUOS NACIONALES** con NIT 900493566-6.

Los cuales se recibieron en las instalaciones de **SERVIECOLOGICO SAS**, ubicado en Km 18 Vía Chuzaca Silvania para su Almacenamiento, Aprovechamiento y Tratamiento Térmico de los Residuos y/o Desechos Peligrosos, de acuerdo a lo indicado en la Resolución No. 1185 de 2012 y cedida totalmente a Serviecologico SAS por medio de la Resolución No. 20227000682 de 11 de Noviembre del 2022, por la cual se concede Licencia Ambiental por la Corporación Autónoma Regional de Cundinamarca (CAR).

La actividad de manejo de residuos o desechos peligrosos para la cual ha sido contratada, ha concluido de conformidad con lo acordado entre las partes.

El presente certificado se expide a los **28** días del mes **MARZO** del año **2025**.

Cordialmente;

JAVIER FERNANDO USECHE BARBERY
GERENTE COMERCIAL
SERVIECOLOGICO

ANEXO 12

INFORME TECNICO DE ACTIVIDADES

FUNDACIÓN ECODES

INFORME TÉCNICO FINAL

FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE LOS MARTIRES– FUNDACION ECODES.

CPS 322 DE 2024

BOGOTÁ, 2025.

FUNDACIÓN ECODES

COMPONENTE I ESTERILIZACIONES

Para el componente de esterilizaciones en el marco del contrato local se realizaron un total de 366 cirugías, de estas incluidas 40 cirugías como factor adicional del proyecto, discriminados por sexo y especie de los animales intervenidos y sus lugares de intervención como se describe a continuación:

CIRUGIAS CONSOLIDADAS CONTRATO 322 - 2024

JORNADA	FECHA	LUGAR	CH	CM	FH	FM	TOTAL	META
PARQUE OSCAR	31.01.25	PARQUE OSCAR	24	17	25	24	90	
SANTA HELENA	17.02.25	SANTA HELENA	14	13	42	31	100	
Lafrayette	3.03.25	Subred Lafayette	11	17	27	24	79	**324**
que Maria Eugenia	31.02.25	Estanzuela	9	10	15	16	50	
La Favorita	9/04/2025	La favorita	10	2	24	11	47	
TAL, ESTERILIZACIONES			68	59	133	106	**366**	

Por otra parte, durante estas jornadas se realizaron atenciones a población vulnerable como habitantes de calle o carreteros y a comunidad perteneciente a la localidad de Los mártires, como se evidencia a continuación:

CONSOLIDADOS TIPO DE TENEDOR

MES	COMUNIDAD	PORTECCIONISTA	CALLE	TOTAL
ENERO	69	21	0	90
FEBRERO	100	0	0	100
MARZO	108	21	0	129
ABRIL	42	2	3	47
TOTAL	169	21	0	366

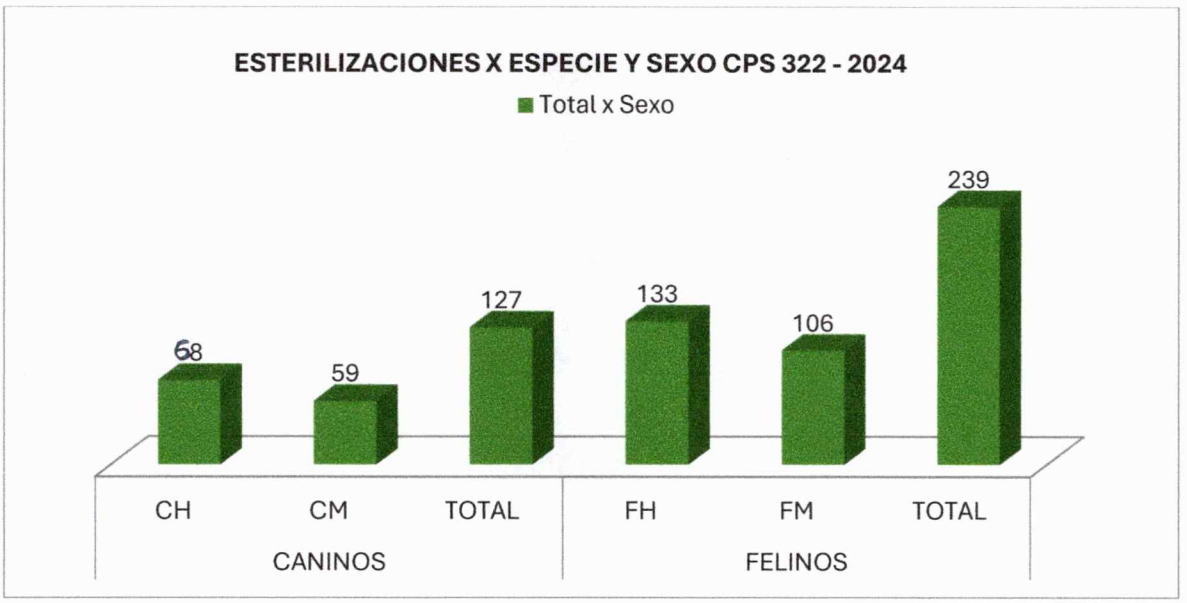
NÚMERO DE ANIMALES QUE ASISTIERON A LA JORNADA, ESPECIFICANDO CUÁNTOS YA SE ENCONTRABAN IDENTIFICADOS CON MICROCHIPS.

Durante el periodo informado asistieron a las jornadas de esterilización programadas un total de 366 pacientes, de los cuales 2 pacientes se encontraban previamente identificados con microchips, por lo tanto, se realizó la implantación total de 364 pacientes.

IMPLANTADOS CONSOLIDADOS CONTRATO 322 - 2024					
JORNADA	**FECHA**	**LUGAR**	**TOTAL, ESTERILIZADOS**	**TOTAL, IMPLANTADOS**	**TOTAL, EXISTENTES**
PARQUE OSCAR	31/01/2025	PARQUE OSCAR	90	88	2
SANTA HELENA	17/02/2025	santa helena	100	100	0
Lafrayette	3/03/2025	lafayette	79	79	0
Parque Maria Eugenia	31/03/2025	estanzuela	50	50	0
La favorita	9/04/2025	la favorita	47	47	0
TOTAL			366	364	2

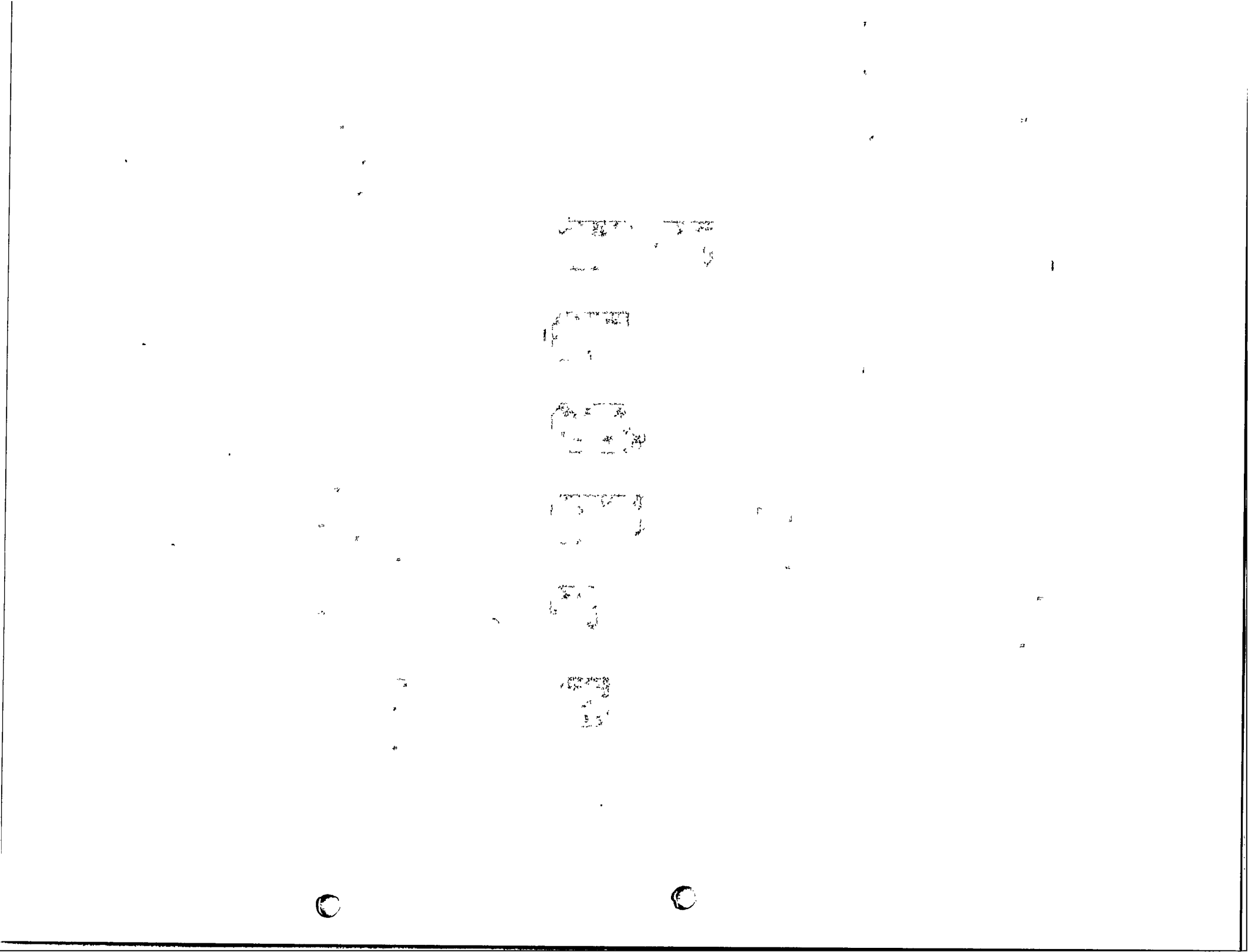
NÚMERO DE ANIMALES ESTERILIZADOS EN TOTAL, DISCRIMINADOS POR ESPECIE Y SEXO

ESTERILIZACIONES CONSOLIDADAS CPS 322 - 2024						
JORNADAS REALIZADAS	CANINOS			FELINOS		
	CH	CM	TOTAL	FH	FM	TOTAL
PARQUE OSCAR	24	17	41	25	24	49
SANTA HELENA	14	13	27	42	31	73
Lafrayette	11	17	28	27	24	51
Parque María Eugenia	9	10	19	15	16	31
La favorita	10	2	12	24	11	35
Total, x Sexo	68	59	**127**	133	106	**239**
TOTAL, ESTERILIZACIONES	**366**					



COMPONENTE II BRIGADAS MÉDICAS

En el marco del contrato se realizaron un total 177 de atenciones en brigadas médico-veterinarias, tal como se evidencia en el siguiente cuadro, discriminado por especie y hogar de paso, como se muestra a continuación.



FUNDACIÓN ECODES

Candelaria Romero	Valiente	2,5Kg	1fel
	Tom	5,5Kg	1fel
	Ambar	4,5Kg	1fel
	Sol	4Kg	1fel
	Mufasa	4Kg	1fel
	Pantera	4Kg	1fel
	Luna	4,5Kg	1fel
	Cuky	4,5Kg	1fel
	Pitufina	3,5Kg	1fel
	Chica Da silva	4Kg	1fel
	Lana	3,2Kg	1fel
	Blacky	6Kg	1can
	Miel	3Kg	1can
	Abby	21Kg	1can
	Yupy	22Kg	1can
	Maximo	28Kg	1can

Esmeralda Pepinosa	chuchito	5.8Kg	1fel
	Ashlam	4Kg	1fel
	Panterita	4.5Kg	1fel
	Moon	3,8Kg	1fel
	Ambar	4,5Kg	1fel
	Sambrina	3,8Kg	1fel
	Tigre	4Kg	1fel
	Tango	4,7Kg	1fel
	Madona	3,8Kg	1fel
	Perla	3,2Kg	1fel
	Mandy	4,5Kg	1fel
	Silver	3;2Kg	1fel
	Otto	4Kg	1fel
	Freia	3,5Kg	1fel
	Hanna	4Kg	1fel
	Teo	4,6Kg	1fel
	Milu	4Kg	1fel
	Mafe	4,3KG	1fel
	Canelito	5,6Kg	1fel
	Pablito	12Kg	1can

FUNDACIÓN ECODES

Ana Cecilia Ortiz	Pandora	4Kg	1fel
	Chuchi	5Kg	1fel
	Lluvia	5Kg	1fel
	Rasputia	3,5Kg	1fel
	Dragonia	3,2Kg	1fel
	Michii	5Kg	1fel
	Luna	4Kg	1fel
	Laura	6Kg	1fel
	Gomita	4Kg	1fel
	Yody	6Kg	1fel
	NN	20Kg	1can
	Maria	12Kg	1can
	Hamber Rose	20Kg	1can
	Nogueta	20Kg	1can
	Doria	24Kg	1can
	Señora Isis	30Kg	1can
	Brina	32Kg	1can
	Demona	28Kg	1can
	Boster	31Kg	1can
	Kiara	28Kg	1can

Alexandra Hernandez	Linda	3,5 Kg	1fel
	Pity	3,8 Kg	1fel
	Pico	4 Kg	1 fel
	Maria	3,5 Kg	1fel
	Pacho	3,5 Kg	1 fel
	Tigre	5 Kg	1 fel
	Amaranta	3 Kg	1 fel
	Bully	13 Kg	1can
	Juana	40kg	1can

Yamile Gomez	Sonw	3,2Kg	1fel
	Dulce maria	3,2Kg	1fel
	Tommy	3,5Kg	1fel
	Luna	7Kg	1can
	Nene	7Kg	1can
	Copito	12Kg	1can
	Kitty	12Kg	1can
	Odin Manuel	12Kg	1can

FUNDACIÓN ECODES

Ana Bohorquez	Pancha	4Kg	1fel
	Nala	11Kg	1can
	Coco	12Kg	1can
	Scott	15Kg	1can
	Velka	17Kg	1can
	Nanis	15Kg	1can
	Manchas	13Kg	1can
	Layka	22Kg	1can
	Chiqui	17Kg	1can
	Canela	15Kg	1can
	Fiera	30Kg	1can
	Luci	30Kg	1can
	Maylo	28Kg	1can
	Monito	30Kg	1can
	Mono	30Kg	1can
	Negra	28Kg	1can

Sandra Martinez	Jack	6Kg	1fel
	Chispa	6Kg	1fel
	Lennon	5Kg	1fel
	Ashlam	5Kg	1fel
	Falcao	4Kg	1fel
	Muñeca	5Kg	1fel
	Choco	7Kg	1can
	Baeily	13Kg	1can
	Nala	15Kg	1can
	Muñeco	22Kg	1can
	Negra	24Kg	1can
	Apolo	24Kg	1can
	Negro	32Kg	1can
	Mona	32Kg	1can
	Luna	33Kg	1can
	Barbas	35Kg	1can

FUNDACIÓN ECODES

Cristina Deaza	Blue	2Kg	1 fel
	Linda	4Kg	1 fel
	Niña	4Kg	1 fel
	Paris	4Kg	1 fel
	NN	2,5Kg	1 fel
	Pancha	3,5Kg	1 fel
	Nieve	2,5Kg	1 fel
	Sol	4Kg	1 fel
	Miau	3kg	1 fel
	Luna	4,5Kg	1 fel
	Magia	4Kg	1 fel
	Mama	4Kg	1 fel
	Felix	4Kg	1 fel
	Estrella	4Kg	1 fel
	Bella	3,5Kg	1 fel
	Canela	7Kg	1can
	Suky	13Kg	1can
	Hanna	12Kg	1can
	Toby	12Kg	1 can
	Bamby	18 Kg	1can
	Bendi	12Kg	1can
	Max	20Kg	1can
	Negra	17 Kg	1can

Manuel Lopez	Michingo	6 kg	1fel
	Mia	7Kg	1 can
	Guffy	7Kg	1 can
	Perla	20Kg	1can
	Castello	20Kg	1can
	Hanna	26 Kg	1can
	Bony	28Kg	1can
	Guajiro	31Kg	1can
	Mona	30Kg	1can
	Mono	30Kg	1can
	Pirata	32Kg	1can
	Red	28Kg	1can

FUNDACIÓN ECODES

Kurman Gaitan	Victoria	4Kg	1fel
	Juan Gabriel	4Kg	1fel
	Mercury	4Kg	1fel
	Arequipe	4Kg	1fel
	Crista	4Kg	1fel
	Felipe	4Kg	1fel
	Pan y Agua	4Kg	1fel
	Heredero	4Kg	1fel
	Raya negra	4Kg	1fel
	Camila	4Kg	1fel
	Lulu	12Kg	1can
	Sarita	15Kg	1can
	Berenice	12Kg	1can
	Paco	14Kg	1can
	Gertrudis	14Kg	1can
	Mike	12	1can
	Hugo	12	1can
	Cirilo	16Kg	1can
	Chuky	14Kg	1can
	Papuchis	20Kg	1can
	Alaska	25Kg	1can
	Sacha	35Kg	1can

María del Carmen Caro	Nene tini	5Kg	1 fel
	Duma	5,2Kg	1 fel
	Coco	6Kg	1 fel
	Pancha villa	4,5Kg	1 fel
	Garu	5Kg	1fel
	Mapachita	5Kg	1 fel
	Rin tin tin	8Kg	1can
	Linda	15Kg	1can
	Conan	18Kg	1 can
	Chiqui	27Kg	1 can
	Milo	26Kg	1 can

Felinos totales: 89
Caninos totales: 88
Atenciones totales: 177

FUNDACIÓN ECODES

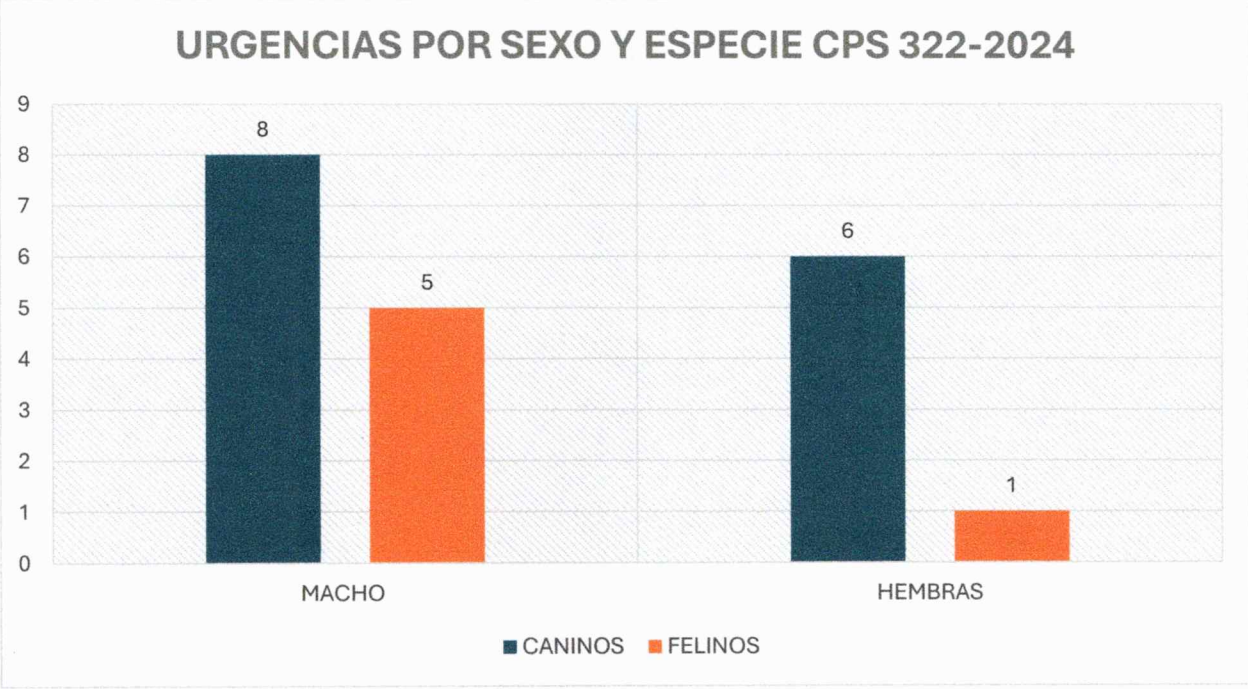
COMPONENTE III URGENCIAS

Durante la ejecución total del contrato, se ejecutaron un total de $ $19.858.290,00 *a continuación, se enlistan los pacientes atendidos durante todo el contrato:*

HISTOR CLINI	FECH INGRE	FECH SALID	PACIEN	ESPI	RAZ	SE	ED	TRI	LOCALID	CASUISTICA	ESTAD	TIPO INGRES	VALOR TOTAL
DLM 322-00	29/01/2025	29/01/2025	MANCHAS	CANINO	MESTIZO	MACHO	3 AÑOS	2	OS MARTIRES		VIVO	NUEVO	$ 502.310,00
DLM 322-00	29/01/2025		MILU	FELINO	MESTIZO	HEMBRA	4 AÑOS	2	OS MARTIRE	GINGIVOESTOMATITIS	VIVO	NUEVO	$ 1.220.660,00
DLM 322-00	1/02/2025		MIEL	CANINO	MESTIZO	HEMBRA	8MESES	2	OS MARTIRE	ORTOPEDICO	VIVO	NUEVO	$ 1.211.570,00
DLM 322-00	4/02/2025		MIAU	FELINO	MESTIZO	MACHO	2 AÑOS	3	OS MARTIRE	ORTOPEDICO	VIVO	NUEVO	$ 622.100,00
DLM 322-00	4/02/2025	4/02/2025	COPITO	CANINO	MESTIZO	MACHO	15 AÑOS	3	OS MARTIRES		VIVO	NUEVO	$ 465.710,00
DLM 322-00	5/02/2025	7/02/2025	CANELO	FELINO	MESTIZO	MACHO	10 AÑOS	2	OS MARTIRE	VIRAL	VIVO	NUEVO	$ 796.390,00
DLM 322-00	5/02/2025	5/02/2025	IRIS	CANINA	MESTIZO	HEMBRA	1 AÑO	3	OS MARTIRE	DISTEMPER	VIVO	NUEVO	$ 238.650,00
DLM 322-00	11/02/2025	11/02/2025	TOM	FELINO	RUSO AZUL	MACHO	4 AÑOS	2	OS MARTIRE	RX	VIVO	NUEVO	$ 622.100,00
DLM 322-00	16/02/2025	19/02/2025	TINI	FELINO	MESTIZO	MACHO	1 AÑO	1	OS MARTIRE	PIF/MYCOPLASMA	EUTANASIA HUMANITA	NUEVO	$ 1.178.830,00
DLM 322-01	4/03/2025	4/03/2025	SIMONA	CANINO	MESTIZO	HEMBRA	1 AÑO	3	OS MARTIRE	ORTOPEDIA	VIVO	NUEVO	$ 4.612.100,00
DLM 322-01	4/03/2025		MUÑECO	CANINO	COCKER	MACHO	12 AÑOS	2	LOS MARTIRES	RMEDAD PERIODONT	VIVO	NUEVO	$ 2.068.660,00
DLM 322-01	4/03/2025	5/03/2025	APOLO	CANINO	BEAGLE	MACHO	12 AÑOS	3	OS MARTIRE	ONCOLOGICO	VIVO	NUEVO	$ 858.200,00
DLM 322-01	6/03/2025	6/03/2025	ODIN MANUE	CANINO	MESTIZO	MACHO	3 AÑOS	3	OS MARTIRE	UDA EQUINA/DISPL	VIVO	NUEVO	$ 679.250,00
DLM 322-01	5/03/2025	5/03/2025	JUPITER	FELINO	MESTIZO	MACHO	3 AÑOS	2	LOS MARTIR	HEMOPARASITOS	VIVO	NUEVO	$ 1.173.150,00
DLM 322-01	7/03/2025	7/03/2025	JUANA	CANINO	PITBULL	HEMBRA	7 AÑOS	3	OS MARTIRE	HA PRIBLEMA END	VIVO	NUEVO	$ 1.222.740,00
DLM 322-01	5/03/2025	5/03/2025	MONO	CANINO	MESTIZO	MACHO	8 AÑOS	3	OS MARTIRE	DISPLASIA CADERA	VIVO	NUEVO	$ 850.270,00
DLM 322-01	5/03/2025	5/03/2025	CONAN	CANINO	MESTIZO	MACHO	3 AÑOS	3	OS MARTIRE	EXODONCIA	VIVO	NUEVO	$ 637.960,00
DLM 322-01	10/03/2025	10/03/2025	LUNA	CANINO	MESTIZO	HEMBRA	10 AÑOS	2	OS MARTIRE	LAUDICACION MPC	VIVO	NUEVO	$ 167.330,00
DLM 322-01	14/03/2025	14/03/2025	BONIIE	CANINO	A BULLIE	HEMBRA	3 MESES	3	OS MARTIRE	SECRECION VULVAF	VIVO	NUEVO	$ 158.740,00
DLM 322-02	27/03/2025	28/03/2025	ROCKY	CANINO	MESTIZO	MACHO	1 AÑO	3	OS MARTIRE	A POR ATROPELLA	VIVO	NUEVO	$ 289.680,00
DLM 322-02	26/03/2025	26/03/2025	JUPITER	FELINO	MESTIZO	MACHO	3 AÑOS	3	OS MARTIRE	lasma, caludiacion,	VIVO	REINGRESO	$ 281.890,00

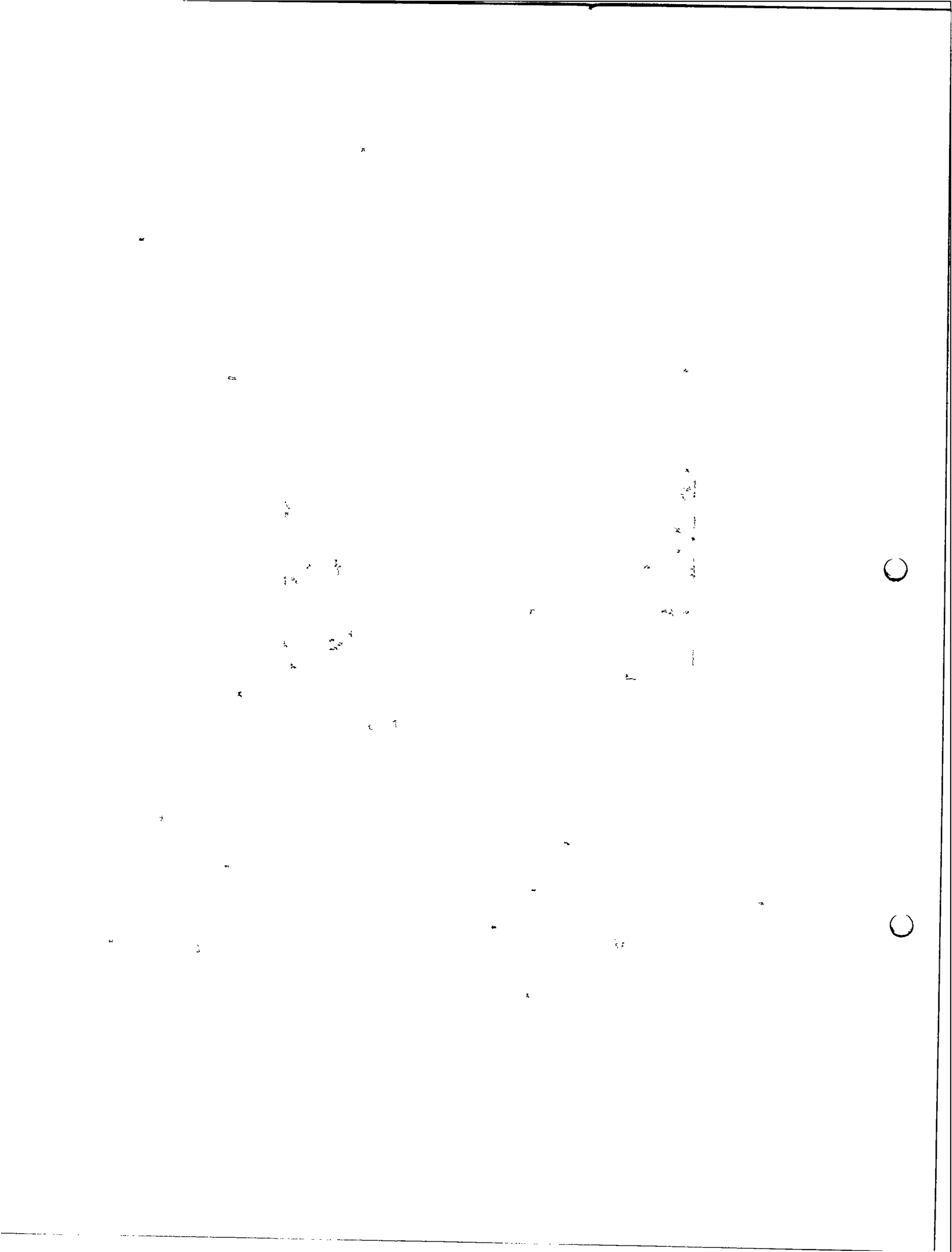
De esta manera y desde el inicio del contrato se realizó la atención total de 20 pacientes, con la siguiente distribución:

CONSOLIDADOS POR SEXO Y ESPECIE URGENCIAS VETERINARIAS CPS 322-2024			
	MACHO	**HEMBRAS**	**TOTAL**
CANINOS	8	6	14
FELINOS	5	1	6
TOTAL	13	7	20



De estos pacientes 19 fueron dados de alta, a 1 se le aplico la eutanasia humanitaria y ninguno tuvo muerte intrahospitalaria.

CONSOLIDADOS SUPERVIVENCIA URGENCIAS VETERINARIAS CPS 322-2024				
	DADO DE ALTA	**EUTANASIA HUMANITARIA**	**MUERTE INTRAHOSPITALARIA**	**TOTAL**
CANINOS	14	0	0	14
FELINOS	5	1	0	6
TOTAL	19	1	0	20



Por otra parte, de acuerdo con la información brindada por la persona que hace entrega del animal, se puedo observar que, de los 20 pacientes, 3 pacientes fueron remitido con tutor responsable. (comunidad) y 0 pacientes remitido en condición de calle/vulnerabilidad (tutor habitante de calle), y 17 eran de proteccionista de la localidad.

CONSOLIDADOS TENEDOR				
	COMUNIDAD	PORTECCIONISTA	CALLE	TOTAL
	3	17	0	20
TOTAL	3	17	0	20

COMPONENTE IV EDUCACIÓN

Durante las jornadas realizas para la comunidad en esterilizaciones se realizó capacitaciones en protección y bienestar, animal, a continuación, se discrimina el número total de personas capacitadas:

FECHA	LUGAR	TOTAL, SENSIBILIZACIONES
31-ene-25	PARQUE OSCAR	70
17-feb-25	SANTA HELENA	64
3-mar	LAFAYETTE	58
31-mar	ESTANZUELA (parque maría Eugenia)	31
9-abr	La favorita	41
		Total: 264

FUNDACIÓN ECODES

De esta manera desde el inicio del contrato hasta su finalización se reportan en los componentes de urgencias veterinarias, brigadas médicas y esterilizaciones se atendió un total de 563 animales.

CONSOLIDADAS POR COMPONENTE CONTRATO 322 - 2024					
COMPONENTE	**CH**	**CM**	**FH**	**FM**	TOTAL
TOTAL, ESTERILIZACIONES	68	59	133	106	366
TOTAL, BRIGADAS	46	42	51	38	177
TOTAL, URGENCIAS	6	8	1	5	20
TOTAL, PACIENTES ATENDIDOS EN LOS TRES COMPONENTES	**120**	**109**	**185**	**149**	**563**