FONTIBÓN | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERELIZACIONES VETERINARIAS.CPS 533-2025

HISTORIA CLÍNICA ESTERI ... CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA
HC - Número de historia clínica: 01

MICROCHIP: 900255003232420

FECHA: 10-04-26

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA X | COMUNIDAD | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Natila | COLOR: cafe

ESPECIE: CANINO X FELINO | SEXO: HEMBRA X MACHO | RAZA: Mestizo | EDAD: 7M. | PESO: 7.7 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL 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: Myriam Yagama Arevalo | DIRECCION: Kr 99 Bis 74-05 | TELEFONO: 3108709678.

CEDULA: 35.507.658 | CORREO ELECTRÓNICO: hogardepasomiscachorros@gmail.com.

BARRIO: zona franca | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: N/R | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: Enero/26

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa | TRIPLE: dd/mm/aaaa | PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa Enero/26

HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa | PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa | RABIA: dd/mm/aaaa

FELINOS:

TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa | LEUCEMIA: dd/mm/aaaa | RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 96 l/m | F. RESPIRATORIA: 29 r/m | TEMPERATURA: 38,1°C | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: ---

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1,5 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1,5 ml	5-2mg/kg IV
	Morfina	0,8 ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1.2 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.48 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ---

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 sobrenombre preoperatorios.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	GINA PAOLA RODRIGUEZ O. MÉDICA VETERINARIA T.P. 09743	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	VALENTINA ALONSO FORERO MÉDICA VETERINARIA T.P. 41441	FIRMA

FONTIBON

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que, al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como: 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 otros 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 de la realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos 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 ha 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 precaución 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/Tutor:	Nro. de identificación:
Alyian Yocyama	1.350.7.638

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

Nombre del responsable/Tenedor: CC	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del responsable/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICION DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre del Responsable/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 35.507.658
YAGAMA AREVALO

APELLIDOS
MYRIAM

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 19-AGO-1966
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO

10-DIC-1984 SUBA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERELIZACIONES VETERINARIAS.CPS 533-2025

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA
HC - Número de Historia Clínica: 02

MICROCHIP: Expiry-Date:2030/09/02 900255003232417

FECHA: 20-04-26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA X COMUNIDAD ____ CALLE ____

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Lola

COLOR: Negro / café

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Mestizo EDAD: 4M PESO: 3.2 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL 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: Myriam Yagama Arevalo

DIRECCION: Kr 99 Bis 74-05

TELEFONO 3708709678.

CEDULA: 35 507.658

CORREO ELECTRONICO: hogardepasomiscachorros@gmail.com

BARRIO: Zona Franca

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa N/R

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa N/R

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa

HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

FELINOS:

TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

CLASIFICACION ASA: X I. II. III. IV. V. VI. E.

CONDICION CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 92 l/m F. RESPIRATORIA: 27 r/m TEMPERATURA: 38,1 °c TLLC 2 seg MUCOSAS: rosadas

OBSERVACIONES: ~~~

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,7 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,7 ml	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.72 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ~~~

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	GINA PAOLA RODRIGUEZ G. MÉDICA VETERINARIA T.P. 09743	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	VALENTINA ALONSO FORERO MÉDICA VETERINARIA T.P. 41441	FIRMA

FONTIBON

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se resalta 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 de la realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos 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 ha 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 precaución 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/Tutor:	Nro. de Identificación:
Hyria Lagama	TI. 502. 613

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del responsable/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICION DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre del Responsable/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 35.507.658
YAGAMA AREVALO

APELLIDOS
MYRIAM

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 19-AGO-1966
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

10-DIC-1984 SUBA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

FONTIBÓN | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERELIZACIONES VETERINARIAS.CPS 533-2025

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC- (Número de historia clínica): 07

SIRIUS/HPI: 900255003232415

FECHA: 10-04-26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA X COMUNIDAD CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Nany

COLOR: Blanco - Gris

ESPECIE: CANINO X FELINO SEXO: HEMBRA X MACHO RAZA: Mestizo EDAD: 2A PESO: 15.9 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL 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: Myriam Yagama Arevalo

DIRECCION: kr 99 B bis 74-05

TELEFONO: 3108709678.

CEDULA: 35.507.658

CORREO ELECTRÓNICO: hogardepasomiscachorros@gmail.com.

BARRIO: Zona Franca

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: N/R

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: N/R

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa

HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

FELINOS:

TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

CLASIFICACION ASA: X I. II. III. IV. V. VI. E.

CONDICION CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 98 l/m

F. RESPIRATORIA: 26 r/m

TEMPERATURA: 38.2 °C

TLLC 2 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	2 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	2 ml	5-7mg/kg IV
	Atropina	0.8 ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1.6 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.64 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	GINA PAOLA RODRIGUEZ G. MÉDICA VETERINARIA T.P. 09743	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	VALENTINA ALONSO FORERO MÉDICA VETERINARIA T.P. 41441	FIRMA

TONTIBÓN

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que, al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas o 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, infección de antibióticos, baños secos o otras sustancias que irriten o 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 de la realización de exámenes **prequirúrgicos** a mi animal de compañía **(los cuales NO los cubre el Programa)**. Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos 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 ha 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 precaución 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/Tutor:	Nro. de Identificación:
Hyrian Yagama.	35 807 658

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

Nombre del responsable/Tenedor: CC.	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del responsable/Tutor: Nro. Identificación: FIRMA:

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICION DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre del Responsable/Tutor: Nro. Identificación: FIRMA:



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 35.507.658
YAGAMA AREVALO

APELLIDOS
MYRIAM

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 19-AGO-1966
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

19-DIC-1984 SUBA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

FONTIBÓN | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERELIZACIONES VETERINARIAS.CPS 533-2025

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de Historia Clínica: 04

MICROCHIP: Expiry-Date:2030/09/02 900255003232955

FECHA: 10-04-26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA X COMUNIDAD CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Wanda

COLOR: Barcino / Blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO SEXO: HEMBRA X MACHO RAZA: Mestizo EDAD: 2A PESO: 7.6 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Helena Bernal Veloza

DIRECCION: Kr 105 N 19-71

TELEFONO: 3166128146

CEDULA: 39.757.286.

CORREO ELECTRÓNICO: helen534 2007@hotmail.com.

BARRIO: Boston

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Tecnico

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa N/R

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa N/R

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa

HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

FELINOS:

TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 92 l/m F. RESPIRATORIA: 25 c/m TEMPERATURA: 38,0 °c TLLC 2 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1,6 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1,3 ml	5-7mg/kg IV
	Morfina	0,4 ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1,2 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,48 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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 Ovariohisterectomía/Orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO ___, para la realización del procedimiento y exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	GINA PAOLA RODRIGUEZ G. MÉDICA VETERINARIA T.P. 09743	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	VALENTINA ALONSO FORERO MÉDICA VETERINARIA T.P. 41441	FIRMA

FONTIBÓN

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que, al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones necrológicas 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 cremas, hojas secas 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 de la realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos que puedan 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 ha 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 precaución 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/Tutor:	Nro. de Identificación:
Helena. B V.	39757286 Bta

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del responsable/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICION DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre del Responsable/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:



FECHA DE NACIMIENTO 25-FEB-1971

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

14-JUL-1989 FONTIBON
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A- 1500109-45 120082 F-9338753280-20050330 01227 068839 00 154896641

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
39.737.284

NUMERO

BERNAL VELOZA

APELLIDOS

HELENA

NOMBRE



FIRMA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ | ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERELIZACIONES VETERINARIAS.CPS 533-2025

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZ[illegible] CANINAS Y FELINAS

Expiry Date: 2030/09/02
900255003232527

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de Historia Clínica	MICROCHIP:	FECHA:
05		10-04-26

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA X COMUNIDAD ___ CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
	Mariposa	amarillo / Blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO ___	SEXO: HEMBRA X MACHO ___	RAZA: MESTIZO	EDAD: 2A	PESO: 9.4 KG	RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION:	TELEFONO
Martha Consuelo Velasquez	Cl 16 F N° 99-72	3105617772

CEDULA:	CORREO ELECTRÓNICO:
28.725736	alejitacoivez 27 @ gmail com.

BARRIO:	ESTRATO:	LOCALIDAD: FONTIBON
La Laguna	3	

ESCOLARIDAD: NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO ___ RURAL
Decimo	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. ESPARASITACION: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACION: NS/NR: X
N/R	Marzo/26	CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa ANTIRRABICA: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

CLASIFICACION ASA: I X II III IV V VI E

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	92	l/m	F. RESPIRATORIA:	28	r/m	TEMPERATURA:	38.1	°c	TLLC:	2	seg	MUCOSAS:	Rosadas

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1,3 mL	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1,3 mL	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,8 mL	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ mL	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1.0 mL	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.4 mL	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ___

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL		FIRMA
	GINA PAOLA RODRIGUEZ G. MÉDICA VETERINARIA T.P. 09743	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	VALENTINA ALONSO FORERO MÉDICA VETERINARIA T.P. 41441	FIRMA

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

Además, soy consciente y **ACEPTO** __X__ o **RECHAZO**_____ **la declinación de la realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos 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 ha 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 precaución 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 la cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de identificación:
Yaithacv.	28725136

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. RAZON:

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del responsable/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICION DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre del Responsable/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
28.725.136

APELLIDOS
VELASQUEZ

APELLIDOS
MARTHA CONSUELO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-MAR-1963
FALAN
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

14-DIC-1981 FALAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

A-1500108-49494282-F-0028725136-20050823 0337502173+ 98 98751625

ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERELIZACIONES VETERINARIAS.CPS 533-2025

HISTORIA CLÍNICA ESTERILI... CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA
HC - Número de Historia clínica: 06

MICROCHIP: 900255003232526 (Número ...)

FECHA: 10-04-26

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA X | COMUNIDAD | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: LUNA

COLOR: amarillo Quemado.

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: MESTIZO | EDAD: 2A | PESO: 4.0Kg | RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Martha Consuelo Velasquez

DIRECCION: cl 76 F # 99 72

TELEFONO: 3105617772

CEDULA: 28725736

CORREO ELECTRÓNICO: alejitaconvez27@gmail.com.

BARRIO: 24 Laguna | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Décimo

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARATIZACION: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACION: NS/NR: X
Feb/26	Enero/26	CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa ANTIRRABICA: dd/mm/aaaa BIVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMEN CLINICO

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

HALLAZGOS RELACIONADOS: ninguno

CLASIFICACION ASA: I X II. III. IV. V. VI. E.

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 92 l/m	F. RESPIRATORIA: 29 r/m	TEMPERATURA: 38,1 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,7 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,6 ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,3 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,4 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,16 ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ___

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	GINA PAOLA RODRIGUEZ G. MÉDICA VETERINARIA T.P. 09743	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	VALENTINA ALONSO FORERO MÉDICA VETERINARIA T.P. 41441	FIRMA

ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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 de la realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos 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 ha 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 precaución 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 surgir.

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de identificación:
Nombre Cl.	28725136

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. RAZON:

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del responsable/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICION DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre del Responsable/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
28.725.136

APELLIDOS
VELASQUEZ

NOMBRES
MARTHA CONSUELO



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 08-MAR-1963
FALAN
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO
14-DIC-1981 FALAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-1500100-4512 0352 F 0028725136 20050623 8357 01 FSH 02 10715185

FONTIBON | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERELIZACIONES VETERINARIAS.CPS 533-2025

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de Historia Clínica: 07

MICROCHIP: Expiry-Date:2030/09/02 900255003232942

FECHA: 20-04-26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA X COMUNIDAD CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Nahomy

COLOR: Barcino

ESPECIE: CANINO X FELINO SEXO: HEMBRA X MACHO RAZA Mestizo EDAD 3M PESO: 4.4 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Mercedes Lizarazo Rios

DIRECCION: cl 25 G - N° 101 B 70

TELEFONO: 3124606233

CEDULA: 39756943

CORREO ELECTRÓNICO: mechi1152013@gmail.com

BARRIO: San José

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa N/R

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa Marzo/26

ULT. VACUNACION: NS/NR: <

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa

HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

FELINOS:

TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

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: 92 l/m

F. RESPIRATORIA: 29 r/m

TEMPERATURA: 38.1 °c

TLLC 2 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.7 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.6 ml	5-7mg/kg IV
	Propofol	0.3 ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1 ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.4 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.16 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	GINA PAOLA RODRIGUEZ G. MÉDICA VETERINARIA T.P. 09743	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	VALENTINA ALONSO FORERO MÉDICA VETERINARIA T.P. 41441	FIRMA

FONTIBÓN

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

Además, soy consciente y **ACEPTO** __X___ o **RECHAZO** _____ **la declinación de la realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos 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 ha 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 precaución 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/Tutor:	Nro. de Identificación:
Yoreda Dizvoo30	39756943

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. RAZON:

Nombre del responsable/Tenedor:	CC	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del responsable/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICION DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre del Responsable/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 39.756.943



Apellidos
LIZARAZO RIOS

Nombres
MERCEDES

Nacionalidad: COL
Estatura: 1.60
Sexo: F

Fecha de nacimiento: 08 DIC 1969
G.S.: A+

Lugar de nacimiento
SUSACON (BOYACA)

Fecha y lugar de expedición
07 JUL 1988, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expiración
19 FEB 2035

0753328599

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0753328598150O1<<<<<<<<<<
6912082F3502192COL39756943<<<5
LIZARAZO<RIOS<<MERCEDES<<<<<<<

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 316832565-1

enel | Bogotá

Factura de servicios
No. 0114764-6

No. Medidor: **1106265**

¡Hola!

MARIA G DE TRIANA
CL 25 G NO 101 B 70
N ASIG 50821 59
BOGOTA, D.C. - SAN JOSA. DE FONTIBON

PAPEL ECOLÓGICO

Fecha de expedición
19 MAR 2026

Fecha de vencimiento
26 MAR 2026

Fecha de suspensión
06 ABR 2026

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

Período Facturado:
Del 05 FEB/2026
al 05 MAR/2026
29 días

Tipo de Lectura: Real | Ruta Lectura: 3 5 06 500 0071 | Carga kW: 3,00 | Estrato: 3

Clase de servicio: Residencial | Subclase: Básica

3 5 06 502 2316

Consejos para el uso eficiente de tu energía

Ilumina con tecnología LED. Disfruta de espacios brillantes y acogedores mientras ahorras energía todos los días.

Inscríbete a factura virtual

Regístrate en este código y recibe tu factura por correo electrónico

Contáctanos | Puntos de atención Enel



- 315 590 6023 (Elena Bot o Asesor)
- 601 5115 115
- Enel Colombia
- @EnelClientesCO
- www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
- Emergencias 115 — Operador Claro — Gratuito las 24 horas
- Regístrate gratis — Zona privada de la página Web
- App Enel Clientes Colombia
- Trámites y solicitudes: enel.com.co/es/personas/radicaciones
- Chat de servicio en: enel.com.co/es/personas

Oficina de atención
UNIDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P.
Avenida Boyacá # 6 B - 20
Línea 110

Estafas a primera vista.

Si encuentras estas señales relacionadas con el pago de tu factura de energía.

- Mensajes desde números no verificados.
- Descuentos en el valor a pagar.
- Links que llevan a páginas diferentes a www.enel.com.co.

No es Enel, es una estafa.

Regístrate y paga de manera segura en la Zona Privada en

Ingresa

Puntos para pagar oportunamente

Medios virtuales de pago

- APP banco
- Cajero electrónico
- Internet
- APP Enel Clientes Colombia
- Teléfono banco
- Botón de pago online
- Débito automático
- Botón de pago

Código QR para pagar por PSE

Almacenes de cadena

Billetera virtual

Nequi | MOVII | dale | tpago

Red física: RED CADE

Centro de servicio enel — Bucaramanga Chía, Girardot y Penalosa

Corresponsales bancarios

CONRED | efecty | Reval | MOVIRED



	NOVIEMBRE			
SEMANA 4	SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERELIZACIONES VETERINARIAS.CPS 533-2025

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de Historia Clínica: 08

MICROCHIP: Expiry-Date:2030/09/02 900255003232946

FECHA: 10-01-26.

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA X COMUNIDAD CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Cristal COLOR: Amarillo

ESPECIE: CANINO X FELINO SEXO: HEMBRA X MACHO RAZA Mestizo EDAD 5M PESO: 2.8 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI NO

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI NO

TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO CONCENTRADO MIXTO OTRO

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Mercedes Lizarazo Rios

DIRECCION: Cl 25 G N° 101B-70

TELEFONO: 3124606233

CEDULA: 39.756.943

CORREO ELECTRÓNICO: mechilis2073@gmail.com

BARRIO: San Jose ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa N/R

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa Marzo/26

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa

HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

FELINOS:

TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 92 l/m F. RESPIRATORIA: 28 r/m TEMPERATURA: 38.0 °c TLLC 2 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,5 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,4 ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,12 ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	EILEEN NATHALY BEDOYA Medico Veterinaria T.P 27701	FIRMA	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	VALENTINA ALONSO FORERO MÉDICA VETERINARIA T.P. 41441	FIRMA	

FONTIBON

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antibióticos, bolas recos 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 de la realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa). Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos 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 ha 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 precaución 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/Tutor:	Nro. de Identificación:
Yoeds Dorrego	39756743

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. RAZON:

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del responsable/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICION DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre del Responsable/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 39.756.943

Apellidos
LIZARAZO RIOS

Nombres
MERCEDES

Nacionalidad
COL

Estatura
1.60

Sexo
F

Fecha de nacimiento
08 DIC 1959

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
BUSACON (BOYACA)

Fecha y lugar de expedición
07 JUL 1989, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expiración
19 FEB 2008

.00

875352859

REGISTRADURÍA NACIONAL

ICCOL0753328598150O1<<<<<<<<<<
6912082F3502192COL39756943<<<5
LIZARAZO<RIOS<<MERCEDES<<<<<<<

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 386882565-1

enel | Bogotá

No. Medidor: **1106265**

¡Hola!

MARIA G DE TRIANA
CL 25 G NO 101 B 70
N ASIG 50621 59
BOGOTA, D.C. - SAN JOSA. DE FONTIBON

PAPEL ECOLÓGICO

Pago oportuno
16 MAR 2026

Fecha de corte próximo mes
25 MAR 2026

Fecha próxima factura
05 MAR 2026

Período Facturado:
Del 05 FEB/2026
al 05 MAR/2026
28 días

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

Tipo de Lectura: Real Ruta Lectura: 3 5 06 502 0271 Carga kW: 2,00 Estrato: 3

Clase de servicio: Residencial | Subclase: Básica

3 5 06 502 2318

Consejos para el uso eficiente de tu energía

Ilumina con tecnología LED. Disfruta de espacios brillantes y acogedores mientras ahorras energía todos los días.

Inscríbete a factura virtual

Regístrate en este código y recibe tu factura por correo electrónico

Contáctanos | Puntos de Atención Enel

316 890 6000 (Elena Bot o Asesor)
Enel Colombia
www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
Emergencias 115 Operador Claro Gratuito las 24 horas.
Regístrate gratis: Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia
601 5115 122
@EnelClientesCO

Trámites y solicitudes
enel.com.co/es/personas/radicaciones
Chat de servicio en
enel.com.co/es/personas

Avenida Boyacá # 6 B - 20
Línea 110

Tarifas a primera vista.

Si encuentras cosas extrañas relacionadas con el pago de tu factura de energía:

Mensajes desde números no verificados
Descuentos en el valor a pagar
Links que llevan a páginas diferentes a enel.com.co.

Ve a Enel, es seguro.

Registrate y paga de manera segura en la Zona Privada en

Canales de pago autorizados

Medios virtuales de pago

APP banco
Cajero electrónico
Internet
APP Enel Clientes Colombia
Teléfono banco
Botón de pago online
Débito automático
Botón de pago

Código QR para pagar por PSE

Almacenes de cadena

Billetera virtual

Nequi MOVII dale! tpaga

Red eléctrica RED CARE

Centro de servicio CNC Únicamente Cita, Gramos y Fosforito

Corresponsales bancarios

CONRED efecty Revidi MOVIRED

SOLICITA TU TARJETA Y RECIBE
Es muy fácil
Solicítala en tu tienda de confianza
Presenta tu cédula
Recibe tu tarjeta en menos de 3 días hábiles
Realiza tu primera compra
Y listo, ya puedes disfrutar de tu tarjeta

ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERELIZACIONES VETERINARIAS.CPS 533-2025

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA
HC - Número de historia clínica: 09

MICROCHIP: Expiry-Date:2030/09/02 900255003232525

FECHA: 10-04-26.

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA X | COMUNIDAD | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Estrellita

COLOR: amarillo / Blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: MESTIZO EDAD: 2A PESO: 6.5 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Martha Consuelo Velasquez

DIRECCION: Cl 16 F N 99.72

TELEFONO: 320 561 7712

CEDULA: 28.725.736

CORREO ELECTRONICO: alejita.cons27@gmail.com.

BARRIO: La Laguna

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Decimo

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO ___ RURAL ___

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: 04/26/26

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: N/R

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

CANINO: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa

HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

FELINOS:

TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACION ASA: X I. II. III. IV. V. VI. E.

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRURGICAS

F. CARDIACA		F. RESPIRATORIA		TEMPERATURA		TLLC		MUCOSAS
95	l/m	28	r/m	38.2	°c	2	seg	rosadas

OBSERVACION: ___

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1 ml	5-7mg/kg IV
	Atropina	0.5 ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1 ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.7 ml	20.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.28 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ___

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	EILEEN NATHALY BEDOYA Medico Veterinaria T.P 27701	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	VALENTINA ALONSO FORERO MÉDICA VETERINARIA T.P. 41441	FIRMA

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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 declinacion de la realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual ha 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 precaución 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 intervencion 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 de responsable/Tutor	Nro. de Identificación
Yortha cl	28725(3 C

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. RAZON:

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del responsable/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICION DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre del Responsable/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

28.725.136

VELASQUEZ

MARTHA CONSUELO





FECHA DE NACIMIENTO 08-MAR-1963

FALAN
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

14-DIC-1981 FALAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERELIZACIONES VETERINARIAS.CPS 533-2025

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA
HC - Número de Historia clínica: 10

MICROCHIP: Expiry-Date:2030/09/02 900255003232528

FECHA: 10-04-26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA X COMUNIDAD CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Blanquita

COLOR: amarillo / blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO SEXO: HEMBRA X MACHO

RAZA: mestizo EDAD: 1A

PESO: 4.3 KG

RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: martha Consuelo Velasquez

DIRECCION: cl 16 F N° 99 72

TELEFONO: 3205617717

CEDULA: 28725736

CORREO ELECTRÓNICO: alejito cosuez 27@ gmail.com

BARRIO: La Laguna

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Decimo

TIPO DE VIVIENDA: CASA APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: N/R

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: Marzo/26

ULT. VACUNACION: NS/NR:

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIP: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/Marzo/26

HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

FELINOS:

TRIPLE FELI: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: ninguno

INFECCIOSO CONTAGIOSO: Ninguno

CLASIFICACION ASA: I II III IV V VI E

CONDICION CORPORAL: /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA	F. RESPIRATORIA	TEMPERATURA	TLLC	MUCOSAS
95 l/m	29 c/m	38,1 °c	2 seg	rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,8 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,8 ml	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,5 ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,4 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,16 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL: EILEEN NATHALY BEDOYA Medico Veterinaria T.P 27701

FIRMA:

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL:

FIRMA:

II. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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 de la realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos 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 ha 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 precaución 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/Tutor:	No. de Identificación:
Mallarc V.	28725136

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. RAZON:

Nombre del responsable/Tenedor:	CC	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del responsable/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICION DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre del Responsable/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

28.725.136

VELASQUEZ

MARTHA CONSUELO





FECHA DE NACIMIENTO 08-MAR-1963
FALAN
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

14-DIC-1981 FALAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-1500109-45-10282-F-0028725136-20060823 0357505173A 02 16725136

ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERELIZACIONES VETERINARIAS.CPS 533-2025

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de Historia clínica: 11

MICROCHIP: Expiry-Date:2030/09/02 900255003232944

FECHA: 10-04-26

ORIGEN: CES X PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD ___ CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Princesa

COLOR: Blanco - Gris

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA Fresh Poodle EDAD 10M PESO: 8.4 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Helena Maria Velozo

DIRECCION: Kr 70S # 79-77

TELEFONO: 3166128146

CEDULA: 39.757.286-

CORREO ELECTRÓNICO: helen5342007@hotmail.com.

BARRIO: Boston ESTRATO: 3 LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Tecnico

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa N/A

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa N/A

ULT. VACUNACION NS/NR: X

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa ANTIRRABICA: dd/mm/aaaa

BORDETELLA: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

FELINOS

TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

CLASIFICACION ASA: I X II. III. IV. V. VI. T. CONDICION CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 92 l/m F. RESPIRATORIA: 28 r/m TEMPERATURA: 38.0 c TLLC 2 seg MUCOSAS rosadas

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1,2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1,2 ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,4 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	2 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (P. P.B.)	0.9 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,36 ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ___

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 (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO ___, para la realización del procedimiento quirúrgico.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	EILEEN NATHALY BEDOYA Medico Veterinaria T.P 27701	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	VALENTINA ALONSO FORERO MÉDICA VETERINARIA T.P. 41441	FIRMA

ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

Además, soy consciente y **ACEPTO** __X___ o **RECHAZO**_____ **la declinacion de la realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a controversión alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual ha 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 precaución 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 imprudencia 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/Tutor:	Nro. de identificación
Helena B V.	39751296 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. RAZON:

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del responsable/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICION DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre del Responsable/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:



FECHA DE NACIMIENTO 25-FEB-1971
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.57 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
14-JUL-1989 FONTIBON
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
39.757.283
NUMERO
BERNAL VELOZA
APELLIDOS
HELENA
NOMBRES
FIRMA

FONTIBÓN | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERELIZACIONES VETERINARIAS.CPS 533-2025

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de historia clínica: 12 | MICROCHIP: 900255003232949 | FECHA: 10-04-26

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA X COMUNIDAD ___ CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Pinky | COLOR: Negro

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 4M | PESO: 23 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL 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: Myriam Yagama Arevalo | DIRECCION: Kr 99 Bis 74-05 | TELEFONO: 3208709678

CEDULA: 35.507-658 | CORREO ELECTRÓNICO: hogardepasomiscachorros@gmail.com

BARRIO: Zona Franca | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: N/a | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: N/a

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa | TRIPLE: dd/mm/aaaa | PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa
HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa | PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa | RABIA: dd/mm/aaaa

FELINOS:
TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa | LEUCEMIA: dd/mm/aaaa | RABIA: dd/mm/aaaa

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: 98 l/m | F. RESPIRATORIA: 26 r/m | TEMPERATURA: °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: ~~~

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,5 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,5 ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,3 ml.	20,000 Ui/kg IM
	MELOXICAM	0.12 ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ~~~

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	EILEEN NATHALY BEDOYA Medico Veterinaria T.P 27701	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	VALENTINA ALONSO FORERO MÉDICA VETERINARIA T.P. 41441	FIRMA

FONTIBON

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizada 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 puedan 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 lodones, jabones, talcos, aplicación de antivirales, 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 autorico el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además, soy consciente y **ACEPTO** __X___ o **RECHAZO**_____ **la declinación de la realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos 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 ha 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 precaución 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/Tutor:	Nro. de identificación:
Algria Yaspa	35.507.658

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

Nombre del responsable/Teneder:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del responsable/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICION DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre del Responsable/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 35.507.656
YAGAMA AREVALO

APELLIDOS
MYRIAM

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 19-AGO-1966
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO

10-DIC-1984 SUBA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

FONTIBÓN | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERELIZACIONES VETERINARIAS.CPS 533-2025

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de historia clínica: 13	MICROCHIP: Expiry-Date:2030/09/02 900255003232407	FECHA: 10-04-26.

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA: X | COMUNIDAD | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: LUNA				COLOR: Arena	
ESPECIE: CANINO X FELINO	SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA: Mestizo	EDAD: 11 M	PESO: 11.2 KG	RAZA DE MANEJO ESPECIAL 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: Myriam Yagama Arevalo	DIRECCION: Kr 99 B 15 74-05	TELEFONO 3108709678.
CEDULA: 35 507 658	CORREO ELECTRÓNICO: Elhogaidamiscachorros@gmail.com	
BARRIO: Zona Franca	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: FONTIBON
ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO RURAL	

3. ANAMNESIS

Buena salud

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

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: 98 l/m	F. RESPIRATORIA: 26 r/m	TEMPERATURA: 38.1 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: rosadas	

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICAON		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	2.2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	9.2 ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0.5 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1.8 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.22 ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	EILEEN NATHALY BEDOYA Medico Veterinaria T.P 27701	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	VALENTINA ALONSO FORERO MÉDICA VETERINARIA T.P. 41441	FIRMA

FONTIBÓN

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que no 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 antibióticos, baños secos y otras sustancias que irritan y contaminan 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 de la realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos 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 ha 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 precaución 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/Tutor:	Nro. de Identificación:
Hyria Yagona	35.507.659

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del responsable/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICION DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre del Responsable/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 35.507.658
YAGAMA AREVALO
APELLIDOS
MYRIAM
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 19-AGO-1966
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
10-DIC-1964 SUBA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL

FONTIBÓN | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERELIZACIONES VETERINARIAS.CPS 533-2025

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLINICA HC - Número de Historia Clínica: 14	MICROCHIP: 900255003232409	FECHA: 10-04-26

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA X ___ COMUNIDAD ___ CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR: Negro
ESPECIE: CANINO X FELINO ___	SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Mestizo EDAD: 8 M	PESO: 14.0 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACIÓN 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: Myriam Yagama Arevalo	DIRECCION: Kr 99 Bis 74-05	TELEFONO 3708709678
CEDULA: 35.507.658	CORREO ELECTRÓNICO: hogardepasomiscachorros@gmail.com	
BARRIO: Zona Franca	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: FONTIBON
ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL	

3. ANAMNESIS

Buena salud

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

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: 95 l/m	F. RESPIRATORIA: 27 r/m	TEMPERATURA: 38.1 Tc	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosada

OBSERVACIONES: ~~~

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	BILACINA	1.8 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1.8 ml.	5-7mg/kg IV
	Morfina	0.8 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1.4 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.56 ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ~~~

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	EILEEN NATHALY BEDOYA Medico Veterinaria T.P 27701	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	VALENTINA ALONSO FORERO MÉDICA VETERINARIA T.P. 41441	FIRMA

FONTIBÓN

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN
En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que, al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como: 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 anexa 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 lesiones, jabones, talcos, aplicación de antibióticos, baños con 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 de la **realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos 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 ha 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 precaución 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/Tutor:	Nro. de Identificación:
Myriam Sagama	37.507.685

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. RAZON:		
Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES		
Nombre del responsable/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER		
SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE ACEPTO DISPOSICION DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR		
Nombre del Responsable/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 35.507.658
YAGAMA AREVALO

APELLIDOS
MYRIAM

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 19-AGO-1966
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

10-DIC-1984 SUBA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

ALCALDÍA DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERELIZACIONES VETERINARIAS.CPS 533-2025

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA
HC - Número de Historia clínica: 15

900255003229031

FECHA: 10-04-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Cherry			COLOR: Negro Fuego	
ESPECIE: CANINO X FELINO__	SEXO: HEMBRA X MACHO__	RAZA Rottweiler	EDAD 18m.	PESO: 31 KG	RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI X NO
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI__ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI__ NO X	TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO X CONCENTRADO__ MIXTO__ OTRO			

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jhon Henry Preciado Gutierrez		DIRECCION: Kra102 No 25b55	TELEFONO: 3203031358
CEDULA: 1.036015472		CORREO ELECTRONICO: Jhpg22@gmail.com	
BARRIO: San Jose de Fontibon	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: FONTIBON	
ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__ RURAL		

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. ESPARASTACION: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACION: NS/NR:	
02-2026	23-03-2026	CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa	TETRAVALENTE: 2591/2026 RABIA: 2591/2026
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa	

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: 95 l/m	F. RESPIRATORIA: 29 r/m	TEMPERATURA: 38.1 °C	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadal

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	3.5 mL	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	3 mL	5-7mg/kg IV
	Micpra	1 mL	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ mL	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	FEN (S.P.B.)	3.1 mL	20.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	2.24 mL	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	EILEEN NATHALY CORDOVA Medico Veterinario T.P 27701	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	VALENTINA ALONSO FORERO MÉDICA VETERINARIA T.P. 41441	FIRMA

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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 de la realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía. (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a reclamación alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual ha sido informado, he comprendido y aceptado

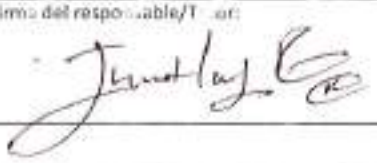
En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

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 precaución 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 de cualquier tipo de daño que pueda surgir.

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de identificación:
	1016015477 BOG.

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. RAZON:

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del responsable/Tutor:	Nro. identificación:	FIRMA:

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICION DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre del Responsable/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:



CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.016.015.472

PRECIADO GUTIERREZ

JHON HENRY

COL

1.70

M

22 NOV 1988

O+

BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

27 FEB 2007 BOGOTA D.C.

20 NOV 2034



0693948500

ICCOL0693948500150011<<<<<<<<<<
8811226M3411207COL1016015472<0
PRECIADO<GUTIERREZ<<JHON<HENRY

Por favor doble y rasga para abrir la factura

FACTURA EN LÍNEA



Escanee el código QR, inscríbete en el formulario y empieza a recibirla por correo desde el próximo mes.



Mundo digital Vanti

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

pse
botón PSE

botón bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Itaú · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco AV Villas · GNB · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Davivienda · Occidente · dale

*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 · Móvil: **164** ó 01 8000 919 052
01 8000 181 164

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

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-8 704892760220 VAN 11

Por favor doble y rasga para abrir la factura

¡Hola!

MARTHA CECILIA GUTIERREZ
KR 102 25B 55 03 - SAN JOSE DE FONTIBON
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5037101-37400

Lote: P08GN **Ruta:** 001102044262000G200 **Código del Sector:** 407

Cuenta o referencia de pago **61459249**

vanti LISTO

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

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:



vanti

Continúa construyendo la casa que soñaste

Compra lo que necesitas para adecuar y amoblar tus espacios con tu cupo de crédito Vanti Listo

hasta de $20.000.000

Paga hasta en 84 cuotas a través de tu factura de gas natural

TECHRED · alfa

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP. Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP. Gas Natural del Oriente S.A. ESP. y Promigas S.A. ESP.
*Aplica condiciones generales de productos. APROBADO sujeto a política de otorgamiento. Proceso de financiación sujeto a tasas de mercado.

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

Mi Vanti en línea
https://migrupovanti.com/

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

Por favor doble y rasga para abrir la factura

407 · 001102044262000G200 · 1909 · C1

Señor usuario: Si no recibe su factura por favor comuníquese a nuestras líneas de atención. Con gusto le enviaremos un duplicado sin costo alguno. Recuerde que también puede consultar su factura en nuestra página web www.grupovanti.com. Si no recibe su factura y no se comunica con nosotros, se le cobrará el valor de la misma en la siguiente factura. Si no paga oportunamente su factura, se le cobrarán intereses de mora a la tasa máxima permitida por la ley. Si usted no está de acuerdo con el valor facturado, puede presentar su reclamación dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de expedición de la factura, de conformidad con lo establecido en el artículo 154 de la Ley 142 de 1994 y demás normas que la modifiquen o adicionen. Sobre el consumo facturado, usted podrá presentar reclamación dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al corte de facturación. Sobre el consumo facturado, usted podrá presentar reclamación dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de expedición de la factura. Sobre el consumo facturado, usted podrá presentar reclamación dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de suspensión. Sobre el consumo facturado, usted podrá presentar reclamación dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de suspensión.

Factura de gas Marzo 2026

Cuenta o referencia de pago **61459249**

BOGOTA

NIT: 800.097.413-5
Vanti S.A. ESP.
www.grupovanti.com

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1 — 2 — 3 — 4

1	2	3	4
Pago oportuno	Fecha de suspensión	Periodo facturado	Emisión de tu factura
27 Mar. 2026	28 Mar. 2026	Feb. - Mar. 2026	13 Mar. 2026

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	18M3	2.566,59	0,00	46.198,62
FLIO	1UN	4.230,00	0,00	4.230,00
AJUSTE DECENA	1UN	1,38	0,00	1,38

1 – Total **$50.430,00**

Tus financiaciones

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

2 – Total **$0,00**

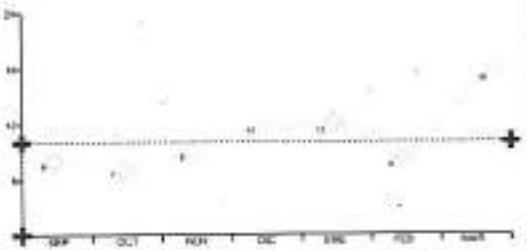
3 – Valor facturas vencidas **$0,45**

Total a pagar 1 + 2 + 3 **$50.430,45**

Pago por

Escanee el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial — Estrato/Cat. Tres — Días de consumo: 30

Fecha	Lectura	Tipo
10 Feb. 2026	4041	REAL
11 Mar. 2026	4064	REAL

m³ consegidos: 4064 - 4041 * Factor de corrección = 18

Tu próxima lectura será

Entre 08 y el 13 de Abril

Novedades de tu factura

Apreciado usuario, informamos que realizamos un análisis del consumo registrado en su medidor para este mes siendo este lo establecido en la Res. CREG 185 307 del 2024, por lo que se procedió a confirmar el valor del consumo en esta factura. Si tiene dudas comuníquese en cualquiera de nuestros canales de atención.

*Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $82.580

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 May. 2027

La ejecución de la intervención interna en tu propiedad privada y todas las labores en los predios cumplirán con la regulación vigente. *Resoluciones 059 de 2012 y 41 386 de 2017

Agenda ya tu RPU aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $2567.

Dic. $2571 Ene. $2544 Feb. $2551

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

Componentes tarifarios

Dm: 1336.54 Tm: 684.3 Dm: 600.88 Cm: 2566.59
P: 64.87 Cvm: 0.0 Cvfm: 4230.0 Cvm: 2566.59
Cvm: 0.0 Fpcm: 48.475 CAUm: 0.0 FSUUm: 0.0

kg/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale 212 kWh y el precio unitario del kWh es $257,871

Factor de corrección

Vm: 23 Kp: 0.78707 Pt: 1.00536 Fc: 0.77139
Vc: 18 Tm: 14.05 Tb: 15.56 Pb: 1.01008
Pp: 0.762 Pm: 0.023 Ft pc: 1.0
Factor de corrección: 0.77139

Indicadores de calidad

INST: 100.0 DES: 0.0 IU: 100.0 IPC: 100.0





(415)7709998026025(8020)61459249(3900)0000000050430

1908

C1

FONTIBÓN | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERELIZACIONES VETERINARIAS. CPS 533-2025

HISTORIA CLÍNICA ESTERILI... ...FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de historia clínica: 16

MICROCHIP: 900255003232538 (Número de Microchip)

FECHA: 10-04-26.

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Honey

COLOR: Blanco- Negro

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Pitbull EDAD: 7 6M PESO: 20 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI X NO ___

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO ___ MIXTO X OTRO ___

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yeimy Yurany Padilla Buitrago

DIRECCIÓN: cl 22L 72A 31

TELEFONO: 3115157639.

CEDULA: 53029378

CORREO ELECTRÓNICO: Yeimy Padilla 51@ gmail.com

BARRIO: Brisas

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Tecnico

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO dd/mm/aaaa: Enero/26

ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa: Mar 20/26

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: Marzo/26

HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

FELINOS:

TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

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: 95 l/m F. RESPIRATORIA: 29 r/m TEMPERATURA: 38.1 °C TLLC 2 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	2,5 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	3,5 ml.	5-7mg/kg IV
	Ntogina.	0,8 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	2.0 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.8 ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	GINA PAOLA RODRIGUEZ G. MÉDICA VETERINARIA T.P. 09743	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	VALENTINA ALONSO FORERO MÉDICA VETERINARIA T.P. 41441	FIRMA

FONTIBÓN | BOGOTÁ

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se puedan 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 antirabias, 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 consiente y **ACEPTO** __X___ o **RECHAZO**_____ **la declinación de la realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos 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 ha 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 precaución 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/Tutor:	Nro. de Identificación:
Yenny Padilla	53029318

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. RAZON:

Nombre del responsable/Tenedor: CC.	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del responsable/Tutor: Nro. Identificación: FIRMA:

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICION DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre del Responsable/Tutor: Nro. Identificación: FIRMA:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
53029318
NUMERO

PADILLA BUITRAGO
APELLIDOS

YEIMY YURANY
NOMBRES

Yeimy Y. Padilla B
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-NOV-1984
CAPARRAPI
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

14-ENE-2003 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

P-1500109-48114352-F-0053029318-20030624 06032 0917SP 01 16693003

SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE...



Escanea el código QR, inscríbete en el formulario y empieza a recibirla por correo desde el próximo mes.



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 otros entidades

Rodeabar · Bancolombia · BBVA · Banco de Bogotá · Banco de Occidente · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Davipuntos · dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

Síguenos en nuestra redes sociales como @grupovanti y conoce nuestros iniciativos.

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 consolas 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 tu 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: Móvil: 164 ó 01 8000 919 052 01 8000 181 164

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

La suspensión del servicio por falta de pago y cuando se requiera, en caso de que se impida el acceso al medidor o de la instalación interna a los predios de consumo. Como consumidor puede presentar su queja o reclamación ante la empresa o ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los (5) días hábiles siguientes al conocimiento del caso de suspensión. Sobre el contenido de la presente factura el titular 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.

FACTURACIÓN Y SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.648.824-8

¡Hola!

CLEMENTINA BUITRAGO
CL 22L 121A 31 - BRISAS ALDEA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.

Medidor Gas No. 5077101-1035683

Lote: P17GN **Ruta:** 0011010075290005000 **Código del Sector:** 329

Cuenta o referencia de pago **61754642**

vanti Listo

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 6.200.000**



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.

329

0011010075290005000

P1GN

Factura de gas

Marzo 2026

Cuenta o referencia de pago: 61754642

BOGOTÁ

NIT 860.007.813-8
Vanti S.A. ESP
www.grupoaval.com

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1. Pago oportuno: 14 Abr. 2026
2. Fecha de suspensión: 15 Abr. 2026
3. Periodo facturado: Feb. - Mar. 2026
4. Emisión de tu factura: 26 Mar. 2026

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. SIN SUBSIDIO	4M3	2.566,59	0,00	10.266,36
CONS. CON SUBSIDIO	20M3	2.857,53	0,00	59.150,60
MENOS SUBSIDIO (33%)	1UN	-19.354,08	0,00	-19.354,08
AJUSTE DECENA	1UN	-2,88	0,00	-2,88
Vanti Max Asistegas	1UN	5.504,20	1.045,80	6.550,00

1 Total $56.610,00

Tus financiaciones

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

2 Total $0,00

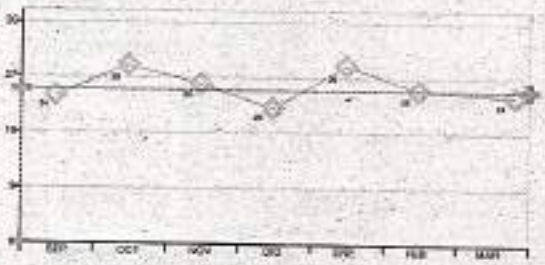
3 Valor facturas vencidas: $0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3: $56.610,0

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
21 Feb. 2026	8169	REAL
21 Mar. 2026	8200	REAL

m³ corregidos: 8200 - 8169 * Factor de corrección = 24

Tu próxima lectura será

Entre 19 y el 24 de Abril

Novedades de tu factura

Cuota $ 2566.59

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $82.580

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

30 Jun. 2029

La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la resolución vigente.* *Resoluciones 059 de 2012 y 41366 de 2017

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $2557.

Dic. $2571 Ene. $2544 Feb. $2551

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

Componentes tarifarios

Gm: 1336.54 Tm: 564.0 Dm: 600.89 Cm: 0.0
Pr: 64.97 Cvm: 0.0 Cvfm: 0.0 Cvvm: 0.0
Com: 0.0 Fpcm: 62.475 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

M/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 283 kWh y el precio unitario del kWh es: $126.901

Factor de corrección

Vm: 24 Fz: 0.76766 Ft: 1.00510 Fc: 0.77164
Vc: 24 Tm: 14.07 Tc: 15.56 Pc: 1.01938
Pm: 8.752 Pm: 0.0224 P°pc: 1.0
Factor de corrección: 0.77164

Indicadores de calidad

IPST: 100.0 DES: 0.0 IC: 100.0 IPR: 100.0



(415)7709998026025(8020)61754642|3900|0000000056810

Resolución 3247 de 1997 Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios. Factura No. F1480|965389

ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERELIZACIONES VETERINARIAS.CPS 533-2025

HISTORIA CLÍN[illegible] ANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLINICA HC - Número de historia clínica: 17

900255003232537 — Número de Microchip — NO

FECHA: 10 - 04 - 26.

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Molli — COLOR: Amarillo

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Mestizo EDAD: 1A PESO: 27,9 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL 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: Yennifer Granados Ortiz

DIRECCION: Kr 102 25B 66.

TELEFONO: 3185318152.

CEDULA: 1.024.588.564

CORREO ELECTRÓNICO: 3185318152@sincorreo.com

BARRIO: San Jose de Fontibon. ESTRATO: 3 LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Tecnico.

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: Ene 2026.

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: OCT 2025.

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

ANUAL: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa: Junio/25.

HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa

PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RAB: dd/mm/aaaa

4. EXAMEN CLINICO

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

MATERIAL CONTRATADO: Ninguno

CLASIFICACION ASA: X I. II IV. V. VI. E. CONDICION CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 95 l/m F. RESPIRATORIA: 28 r/m TEMPERATURA: 38,1 °c TLLC: 2 seg MUCOSAS: rosadas

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	3,4 mL	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	3 mL	5-7mg/kg IV
	Atropina	1	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ mL	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	2,8 mL	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	1,12 mL	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ___

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 Ovariohisterectomía/Orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL: EILEEN NATHALY BEDOYA Medico Veterinaria T.P 27701 — FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: VALENTINA ALONSO FORERO MÉDICA VETERINARIA T.P. 41441 — FIRMA

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

Además, soy consciente y **ACEPTO** __X___ o **RECHAZO**_____**la declinación de la realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa)**. Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos 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 ha 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 precaución 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/Tutor:	Nro. de Identificación:
	1.024.588.564

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. RAZÓN:

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del responsable/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICION DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre del Responsable/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:


GRANADOS ORTIZ
1.024.508.564
YENNIFER
COL
1.57
F
12 MAR 1998
O+
CALAMAR (GUAVIARE)
18 MAR 2016 BOGOTA D.C.
17 JUN 2034


ICCOL04848567001500l<<<<<<<<<<
9803123F3406175COL10245856 4<2
GRANADOS<ORTIZ<<YENNIFER<<<<<<

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

FACTURA EN LÍNEA



Escanea el código QR, escríbete en el formulario y empieza a recibirla por correo desde el próximo mes.



Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Efecty · Baloto · Bancolombia · BBVA · Banco AV Villas · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · DaviPlata · Rappi Pay · dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

Síguenos en nuestra redes sociales como @grupovanti y conoce 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 - Móvil: 164 ó 01 8000 919 052
01 8000 181 164

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

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.058.813-8 7048270820025 VANTI

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

¡Hola!

SIXTA USSA
KR 102 25B 66 02 00001 - SAN JOSE DE FONTIBON
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 9097103-135012

Lote: P08GN Ruta: 0011020441730005100 Código del Sector: 407

Cuenta o referencia de pago **61780538**

vanti Listo

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

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:



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

407 0011020441730005100 1892 C1

Factura de gas

Marzo 2026

Cuenta o referencia de pago: **61780538** BOGOTA

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

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1 — **Pago oportuno** 27 Mar. 2026

2 — **Fecha de suspensión** 28 Mar. 2026

3 — **Periodo facturado** Feb. - Mar. 2026

4 — **Emisión de tu factura** 13 Mar. 2026

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	22M3	2.956,99	0,00	59.031,07
FIJO	1UN	4.230,00	0,00	4.230,00
AJUSTE DECENA	1UN	-1,57	0,00	-1,57
Vanti Max Vivienda	1UN	8.394,96	1.595,04	9.990,00

1 — Total **$73.250,00**

Tus financiaciones

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

2 — Total **$0,00**

3 — Valor facturas vencidas

$0,00

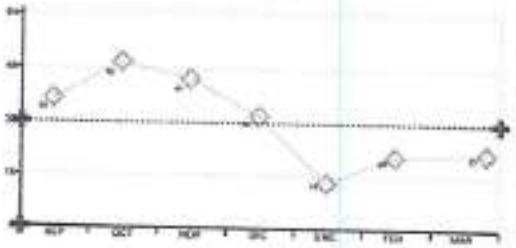
Total a pagar 1 + 2 + 3

$73.250,0

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial — Estrato/Cat. Tres — Días de consumo 30

Fecha	Lectura	Tipo
10 Feb. 2026	3445	REAL
11 Mar. 2026	3475	REAL

m³ consumo= 3475 - 3445 * Factor de corrección = 23

Tu próxima lectura será

Entre 08 y el 13 de Abril

Novedades de tu factura

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $82.580

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Jul. 2027

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

Agendo ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $2587.

Dic. $2571 Ene. $2544 Feb. $2551

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

Componentes tarifarios

Cm: 1358.54 Tm: 864.3 Dm: 600.28 Cm: 2696.58
Pi: 84.67 Cum: 5.0 Cuem: 4230.0 Cuem: 2590.58
Com: 0.0 Ppom: 42.473 DAUR: 0.0 DALINK: 0.0

kpie= Tu consumo en m³ de gas equivale: 271 kWh y el precio unitario del kWh es: 9.553.438

Factor de corrección

Vm: 30 Kv: 0.76727 Vc: 1.00526 Fb: 0.77139
Vc: 23 Tm: 14.69 Tc: 18.96 Pz: 1.01000
Pa: 0.702 Pm: 0.923 F pv: 1.0
Factor de corrección: 0.77139

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DIS: 0.0 IG: 100.0 IPS: 100.0



(415)7709998026025(8020)61780538(3900)00000000073250

Factura No. F1807912535 1892 C1

FONTIBÓN | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERELIZACIONES VETERINARIAS.CPS 533-2025

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de Historia Clínica: 18

900255003232531

NO Schip

FECHA: 10-04/26.

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Sammy

COLOR: Amarillo y negro

ESPECIE: CANINO X FELINO SEXO: HEMBRA X MACHO RAZA Mestizo EDAD 8M

PESO: 15 KG

RAZA DE MANEJO ESPECIAL 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: Tatiana Forrero Garcia.

DIRECCION: CL 25D BIS 96-58.

TELEFONO: 3223084882.

CEDULA: 1000.513.560.

CORREO ELECTRÓNICO: 3223084882@SINCORREO.COM

BARRIO: Puerta de Teja. ESTRATO: 3 LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD. NS/NR: Tecnologo

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa NR.

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa Ene 2026

ULT. VACUNACION: NS/NR: X.

CANINOS: PARVO dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa

HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

FELINOS:

TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMEN CLÍNICO

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

ENFERMEDAD CONCOMITANTE: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 96 l/m F. RESPIRATORIA: 29 r/m TEMPERATURA: 38,1 °C TLLC 2 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	2 mL	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	2 mL	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,8	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	2 mL	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	FEN (S.P.B.)	1.5 mL	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.6 mL	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL: EILEEN NATHALY BEOJYA Medico Veterinaria T.P 27701

FIRMA:

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: VALENTINA ALONSO FORERO MÉDICA VETERINARIA T.P. 41441

FIRMA:

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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 de la realizacion de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos 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 ha 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 precaución 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/Tutor:	Nro. de identificación:
	$ 1.000.512.560

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. RAZON:

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del responsable/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

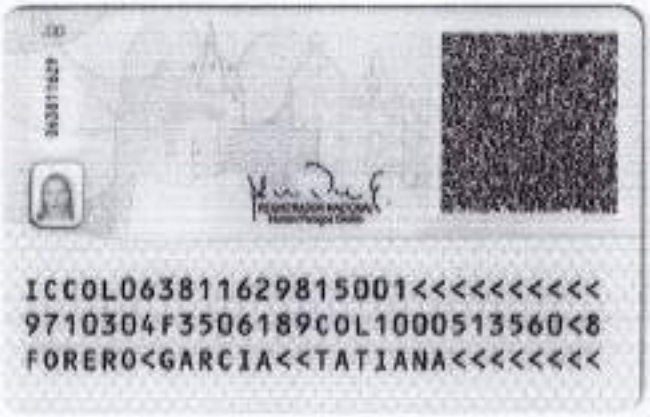
SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre del Responsable/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:


CEDULA DE CIUDADANIA
REPÚBLICA DE COLOMBIA
NUIP 1.000.513.560
FORERO GARCIA
TATIANA
COL
1.57
F
30 OCT 1997
A+
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)
30 NOV 2015, BOGOTA D.C.
18 JUN 2035


ICCOL0638116298150O1<<<<<<<<<<
9710304F3506189COL10005135608<8
FORERO<GARCIA<<TATIANA<<<<<<<<

Presenta esta factura y disfruta un
10% de descuento
para ver la magia de las artes vivas
en la taquilla de la Plaza Cultural Santander.

Cámbiate a la factura
virtual de la EAAB

LA VIDA FLUYE EN DOS FORMAS:
EN GOTAS Y EN ESCENAS

El Acueducto de Bogotá y el FAV Bogotá
te invitan a que dejes fluir la
cultura por tus sentidos

www.favbogota.com

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Natasha Avendaño Gavia
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 2 CICLO: A2 RUTA: A220328B

BIMESTRAL

10110574	12515017114
Cuenta contrato Núm. de identificación de este predio	**Número para pagos** Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

Periodo facturado DIC/05/2025 - FEB/02/2026

Pago oportuno MAR/11/2026

Suspensión MAR/16/2026

Fecha aspectada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
MAY/04/2026	FEB/20/2026 06:43:43	FEB/20/2026 10:59:50

¡Hola!

Factura a nombre de

JUAN ANGEL C JUAN ANGEL C

Dirección del predio

CL 25D BIS 96 58

Barrio: PUERTA DE Localidad: FONTIBON

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Datos de tu medidor

Marca BAYLAN Tipo VELOCIMETRO
Serie 12075431 Diámetro pulgadas ½

Agradecemos tu compromiso con el uso responsable y el ahorro del agua. Juntos hacemos la diferencia.
En www.acueducto.com.co cuidamos el agua para cuidar de ti.

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

Entra a **www.acueducto.com.co** haz clic en Servicios al Ciudadano y obtén información de los puntos de

Tu consumo en este período

En los 3 períodos anteriores tu promedio de consumo fue 34 m³



En este período consumiste más agua que en el anterior

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

En este período

46.000

Promedio al día

767

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período	1953	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	1907	Base promedio	
Tu consumo este período	46	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca	BAYLAN	Tipo	VELOCIMETRICO
Serie	1002543	Diámetro pulgadas	½

Para reducir tu consumo, recuerda:

- Aprovechar el agua lluvia para regar tus plantas.
- Reutilizar el agua del enjuague de la lavadora para labores de aseo.
- Revisar que las tuberías de tu casa o negocio no tengan fugas o escapes.

Tu cobro en este período

Acueducto		Alcantarillado		Otros cobros
$173.123,02	+	$173.846,18	+	$1-
A		B		C D E F

Consulta el detalle de estos cobros en las tablas con letras de abajo

Escanea y paga virtual

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

Total ingresos del período

Ingresos que la EAAB-ESP recaudó en el mes en el período actual

= **Total a pagar** $346.970

CUDE (Código único de Documento Electrónico) 49ed231c31beb3923d3124223a1631e8864ea5f80bd7f3950108e6e8e6070c0e5845c7688ac7cab852206c79e0689fe4bc1

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS

Detalle de tu consumo este bimestre

A Acueducto

	Cant.	Valor unitario	Ajuste (+) o Subsidio (-)** %	Ajuste (+) o Subsidio (-)** Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$8.795,82	-15	$2.639	$8.228,28	$16.650,24
Consumo residencial básico (m³)	22,00	$3.054,42	-15	$10.899	$3.114,22	$68.524,84
Consumo residencial suntuario básico (m³)	24,00	$3.054,43		$0	$3.054,43	$87.948,32
Cargo fijo no residencial (mes)	-					
Consumo no residencial (m³)	-					
Subtotal				$13.032-		$173.123,02

B Alcantarillado

	Cant.	Valor unitario	Ajuste (+) o Subsidio (-)** %	Ajuste (+) o Subsidio (-)** Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$4.650,05	-15	$1.397	$3.957,64	$7.915,30
Consumo residencial básico (m³)	22,00	$3.865,98	-15	$12.824-	$3.303,09	$72.667,98
Consumo residencial suntuario básico (m³)	24,00	$3.865,98		$0	$3.865,98	$92.783,52
Cargo fijo no residencial (mes)	-					
Consumo no residencial (m³)	-					
Subtotal				$14.221-		$173.366,80

* Corresponde a consumos de hasta 7m³ mensuales (22m³ 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, se agrega un %.

Tasas ambientales

Estos valores ya están incluidos en el consumo tarifa básica y superior a básico. Hay IVA en tasa

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m³)	$20,82	$91,15
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$440	$2.005

El Mínimo Vital es un beneficio dado a hogares de Bogotá donde un apoyo económico de hasta 6 m³ mensuales (19 m³ por cada periodo facturado) a los usuarios residenciales de los estratos 1 y 2, durante el año 2026.

C Otros conceptos

Concepto	Valor
Subsidio a la tarifa	$1-
Subtotal	$1-

D Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	

E Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

F Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

Deudas en estudio

Concepto	Valor
Subtotal	

Pagos por la página web, app y en Bancos

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

RedCADE: Centros de atención y pago en Bogotá

La EAAB-ESP no tiene convenios con los siguientes bancos: Popular, Davivienda, GNBank, Itaú, Occidente, AV Villas, Bogotá, Bancamía y City

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$346.970

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.

Señor usuario: Si no el desplazamiento de una agencia para utilizar el código de referencia, recuerde solo Acueducto. (Este pago no podrá efectuarse en Bancos y Red CADE, no podrá efectuarse en ninguna sucursal bancaria).

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ | ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERELIZACIONES VETERINARIAS.CPS 533-2025

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de Historia Clínica: 19

MIC: 900255003232641

FECHA: 10-04-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Lulu. COLOR: Caramelo.

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA mush70 EDAD 10m PESO: 13.5KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL 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: Viviana Perez Roa

DIRECCION: Kra 96bis b N. 24C 14

TELEFONO: 3202901165.

CEDULA: 1.016.021.666

CORREO ELECTRÓNICO: vivianaroa.7410@gmail.com.

BARRIO: San Jose de Fontibon ESTRATO: 3 LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

En buen estado de salud.

ULT. CELO: dd/mm/aa: 03 2026

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: 02-2026.

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa

HEXAVALENTE: dd/01/2026 PARAINFLUENZA / BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA dd/mm/aaaa

FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

CLASIFICACION ASA: I X II. III. IV. V. VI. E.

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRURGICAS

F. CARDIACA	F. RESPIRATORIA	TEMPERATURA	TLLC	MUCOSAS
96 l/m	29 r/m	38.1 °c	2 seg	Rosadas

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1,8 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1,5 ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,4 ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	7,4 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,56 ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ___

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	EILEEN NATHALY BEDOYA Medico Veterinaria T.P 27701	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	VALENTINA ALONSO FORERO MÉDICA VETERINARIA T.P. 41441	FIRMA

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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 de la realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos 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 ha 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 precaución 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 tutor:	Nro. de Identificación:
Viviana PEREZ Roa	1016021666

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. RAZON:

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del responsable/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICION DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre del Responsable/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.018.021.666
PEREZ ROA
VIVIANA


FECHA DE NACIMIENTO 24-OCT-1989
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.66
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
19-NOV-2007 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

FACTURA EN LÍNEA

Escanea el código QR, inscríbete en el formulario y empieza a recibir tu factura por correo desde el próximo mes.



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 cuentas contrato en una sola transacción.

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redaban · Nequi · Bancolombia · BBVA · Dale

*Podrás solicitarlo inscripción a débitos automáticos

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Bancos Gilt Supermarks

Grandes Superficies:
Metro, Jumbo, Éxito

Eficiencia energética

Línea telefónica solo para emergencias
Atención todos los días las 24 horas

Fijo - Móvil 164 o 01 8000 919 052
01 8000 181 164

Atención presencial

¡Hola!

JORGE ROA
KR 98 BIS B 24C 14 00504 - SAN JOSE DE FONTIBON
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5157116-66832

Lote: P08GN Ruta: 001102040334000S000 Código del Sector: 407

Cuenta o referencia de pago **60694015**

vanti

TU CUPO VANTI LISTO
APROBADO ES:



vanti

Continúa construyendo la casa que soñaste

Compra lo que necesitas para adecuar y amoblar tus espacios con tu cupo de crédito Vanti Listo

hasta de
$20.000.000

Paga hasta en 84 cuotas a través de tu factura de gas natural

TECHNED · ALFA

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

Atención telefónica
Lunes a viernes 7 a.m. a 8 p.m.
Sábados 7 a.m. a 1 p.m.

Línea gratuita 01 8000 942 794

Atención virtual

Línea de WhatsApp 315 419 4164

Vanti en línea

Marzo 2025

Cuenta o referencia de pago 60594015

vanti

Fechas importantes

1 — Pago oportuno: 27 Mar. 2026

2 — Fecha de suspensión: 28 Mar. 2026

3 — Periodo facturado: Feb. - Mar. 2026

4 — Emisión de tu factura: 10 Mar. 2026

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	1380	3.566,55	0,00	35.393,67
FIJO	1UN	4.230,00	0,00	4.230,00
AJUSTE DECENA	1UN	4,33	0,00	4,33
Vanti Mas Amigos	1UN	13.184,67	2.305,13	15.660,00

1 — Total $53.290,00

Tus financiaciones

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

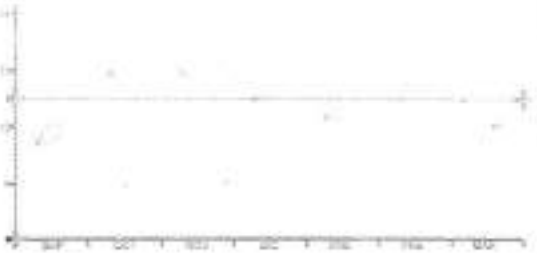
2 — Total $0,00

3 — Valor facturas vencidas $0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3 $53.290,0

Pago por

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial Estrato/Cat. Tres Días de consumo 30

Fecha	Lectura	Tipo
10 Feb. 2026	9612	REAL
11 Mar. 2026	9629	REAL

m³ corregido= 9629 - 9612 * Factor de corrección = 13

Tu próxima lectura será: Entre 08 y el 13 de Abril

Novedades de tu factura

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $32.580

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria: 30 Mar. 2030

Agenda en tu RPO aquí

Tarifas

Tu valor último consumo este mes es de: $2567

Dic. $2571 Ene. $2544 Feb. $2561

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

Componentes tarifarios

Cm: 1330,94 Tm: 584,3 Dm: 600,06 Cm: 2566,59

P: 64,07 Cvm: 0,0 Cvtm: 42900 Cvdt: 4564,09

Cvm: 0,0 Pperd: 40,475 DAUT: 0,0 DAUNR: 0,0

Nota: Tu consumo en m³ de gas equivale a 153 kWh y el precio unitario de kWh es $245,720

Factor de corrección

Vm: 11 Pcr: 9,76157 Pt: 1,26556 Fc: 0,77116

Vt: 13 Cc: 11,83 %: 15,00 Fz: 1,01000

Pb: 0,756 Fm: 0,943 T pcr: 1,0

Factor de corrección: 0,77116

Indicadores de calidad

IRST: 100,0 DES: 0,0 IU: 100,0 IPC: 100,0





ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERELIZACIONES VETERINARIAS.CPS 533-2025

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA
HC - Número de HISTORIA clínica: 20

900255003232642 NO chip

FECHA: 10-04-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Monca			COLOR: Miel.	
ESPECIE: CANINO X FELINO	SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA mestizo	EDAD 1 A	PESO: 22.3 KG	RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI NO X
DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI NO X			TIPO DE ALIMENTACIÓN: 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: Ricardo Andres Troncoso Hernandez		DIRECCION: Ac 22 No 102-49	TELEFONO 3022819035.
CEDULA: 1.016.101.720		CORREO ELECTRÓNICO: rtroncosohernandez@gmail.com.	
BARRIO: Centro.	ESTRATO: 3.	LOCALIDAD: FONTIBON	
ESCOLARIDAD: NS/NR: profesional	TIPO DE VIVIENDA: CASA APTO X RURAL		

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud

ULT. CELO: dd/mm/aa: 02-2026.	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaa: 04-04-2026	ULT. VACUNACION: NS/NR:
		CANINOS: TARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: 03/2026
		HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: 03/2026.
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaa LEUCEMIA: dd/mm/aaa BAT: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS REGISTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 97 l/m	F. RESPIRATORIA: 18 r/m	TEMPERATURA: 38.2 °c	TLLC 2 SEG	MUCOSAS: rosadas	

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	2.7 mL	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	2.5 mL	5-7mg/kg IV
	Atropina	0.8 mL	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— mL	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	2.3 mL	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.92 mL	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	EILEEN NATHALY BEDOYA Medico Veterinaria T.P 27701	FIRMA	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	VALENTINA ALONSO FORERO MÉDICA VETERINARIA T.P. 41441	FIRMA	

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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 de la realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa)**. Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos 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 ha 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 precaución 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/Tutor:	N° de Identificación:
Ricardo T	1016017120

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. RAZON:

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del responsable/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICION DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre del Responsable/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 1.016.101.720
TRONCOSO HERNANDEZ
APELLIDOS
RICARDO ANDRES
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 23-ABR-1998
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.77
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
27-ABR-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: 03 RUTA: 033337 BIMESTRAL

12644918	42824487211
Cuenta contrato Num. de identificación de este predio	**Número para pagos** Número de esta factura de servicios públicos

¡Hola!

Factura a nombre de
OPUS CONSTRUCCIONES SAS

Dirección del predio
AC 22 103 49 AP 602

Barrio: CENTRO Localidad: FONTIBON

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio
Clase de uso: Residencial
Estrato: 3
Unidades Habitacionales: 1
Unidades No Habitacionales: 0

Datos de tu medidor
Marca: [illegible] Tipo: [illegible]
Serie: [illegible] Dígitos: [illegible]

Periodo facturado ENE/14/2026 - MAR/13/2026

Pago oportuno ABR/20/2026 Suspensión ABR/23/2026

Fecha aproximada próxima factura: JUN/11/2026
Fecha y hora de generación factura: ABR/06/2026 07:19:20
Fecha y hora de visualización factura: ABR/06/2026 11:36:44

Agradecemos tu compromiso con el uso responsable y el ahorro del agua. Juntos hacemos la diferencia.
En www.acueducto.com.co conviértete el agua para ayudar de 5.

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

Llámanos 116 Acueducto

Entra a www.acueducto.com.co 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

11185

Tu consumo en este periodo

En este periodo consumiste más agua que en el anterior

Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

En este periodo	Promedio al día
17.000	288

Datos de la lectura de tu medidor

Datos de tu medidor

Para reducir tu consumo, recuerda:

Tu cobro en este periodo

Acueducto		Alcantarillado		Otros cobros	Escanea y paga virtual
$69.603,55	+	$64.067,76	+	$109	
A		B		C D E F	

= **Total a pagar** $133.780

Detalle de tu consumo este bimestre

A Acueducto

B Alcantarillado

G Tasas ambientales

	Tarifa (Mes anterior)	Tarifa (Mes actual)
Tarifa consumo básico ($/m³)	$	$
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$	$
Total por consumo facturado	$	$

C Otros conceptos

Concepto	Valor
	$-
	$16
Subtotal	16

D Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	

E Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interes	Total	Saldo
Subtotal					

F Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

I Deudas en estudio

Concepto	Valor
Subtotal	

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$133.780

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.

11195

Beneficios de tu Promedio Protección Integral

Protección integral familiar
Atención 24/7
Acceso a servicios de alta calidad
Cobertura nacional
Facilidad de pago

Mi vida para ti

Olivos

Asistencia de MASCOTAS

ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERELIZACIONES VETERINARIAS.CPS 533-2025

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de Historia Clínica: 21

NO chip: 900255003229024

FECHA: 10-04-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Prada.

COLOR: blanco- negro.

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Bulldog Frances EDAD: 4A PESO: 10.5KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL 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: Mercedes Fonseca Walteros

DIRECCION: CL 17 A No 96 B 78

TELEFONO: 3123536467

CEDULA: 20472087

CORREO ELECTRÓNICO: 3123536467@sin correo.com

BARRIO: Villemar ESTRATO: 3 LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: Universitaria NS/NR:

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa 12-2025

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa N.R

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

CANINOS: PARVOVIRUS: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa

HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

CLASIFICACION ASA: I X II. III. IV. V. VI. E.

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	92 l/m	F. RESPIRATORIA:	29 r/m	TEMPERATURA:	38,1 °c	TLLC	2 seg	MUCOSAS:	Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1,5 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1,5 ml	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,7 ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1,1 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,44 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiologo), 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 estudios prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	GINA PAOLA RODRIGUEZ G. MÉDICA VETERINARIA T.P 09743	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	VALENTINA ALONSO FORERO MÉDICA VETERINARIA T.P. 41441	FIRMA

ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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 declinacion de la realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa). Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía sin derecho a controversia alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja de la cual ha 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 precaución 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 de mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir

Firma de responsable/Tutor:	N°. de Identificación:
Guerredos Fonseca D.	20472082 Cund.

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. RAZON:

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del responsable/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICION DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR: DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre del Responsable/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 20.472.087
FONSECA WALTEROS

APELLIDOS
MERCEDES

NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 30-ENE-1962

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.40 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

03-SER-1981 CHIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1505500-00138065-F-0020472087-20081216 0008186634A 2 1810007157

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 398871375-8

Para pagos y consultas si nuestro # de cuenta es: **0958494-2**

No. Medidor: **7455067**

¡Hola!

MARIA A SIERRA
CL 17 A NO 96 B 78
FONTIBON
BOGOTA, D.C. - VILLEMAR

Pago oportuno
07 ABR 2026

Fecha de suspensión
10 ABR 2026

Tu próxima lectura
06 ABR 2026

Periodo Facturado:
Del 20 FEB/2026
al 20 MAR/2026
29 días

Tipo de Lectura: Real | Ruta Lectura: 1 3 17 334 0032 | Carga kW: 10.35 | Estrato: 3
Clase de servicio: Residencial | Subclase: Básica

1 3 17 325 8852

Consejos para el uso eficiente de tu energía

Ilumina con tecnología LED. Evita el uso de equipos en stand by.

Inscríbete a factura virtual

Regístrate en este código y recibe tu factura por correo electrónico

Contáctanos | Puntos de atención Enel

- 320 890 0000 Elena Bot o Avacel
- 601 343 615
- Enel Colombia
- @EnelClientesCO
- www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
- Zona privada de la página Web
- App Enel Clientes Colombia

Trámites y solicitudes: enel.com.co/es/personas/indicaciones
Chat de servicio en: enel.com.co/es/personas

Operador de aseo
Avenida Boyacá # 6 B - 20
Línea 110

Estafas a primera vista.

Si encuentras estas señales relacionadas con el pago de tu factura de energía:

- Mensajes con un número no verificado
- Descuentos en el valor a pagar
- Links que llevan a páginas diferentes a www.enel.com.co

No es Enel, es una estafa.

Regístrate y paga de manera segura en la Zona Privada en:
enel.com.co

¿Cómo pagar tu factura?

Medios virtuales de pago

- APP banco
- Cajero electrónico
- Internet
- APP Enel Clientes Colombia
- Teléfono banco
- Botón de pago online
- Débito automático
- Botón de pago

Código QR para pagar por PSE

Almacenes de cadena

Billetera virtual: Nequi, MOVII, daale, tpaga

Red disponible: RED CADE

Centros de servicio: enel

Corresponsales bancarios: CONEXRED, efecty, Red Multicolor



Número para cualquier consulta

Estado de cuenta

Concepto

Valor

$35.990

Documento electrónico

FORMATO ANEXO HISTORIA/AUTORIZACIÓN PARA RAZAS BRAQUICÉFALAS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

La mortalidad anestésica en perros y gatos braquiocefálicos es mayor fundamentalmente a las particularidades respiratorias y digestivas que presentan este tipo de pacientes.

Las razas braquiocefálicas se caracterizan por presentar un cráneo corto en la dirección rostro-caudal, que resulta en una corta nariz. Esta particular conformación genera un relativo exceso de tejidos blandos en el tracto respiratorio alto, responsable de la sintomatología clínica del síndrome respiratorio del braquicéfalo (SORB). La mortalidad anestésica en perros de raza Bulldog Inglés (BDI), Francés (BDF) y Pug , gatos persa/persa extremos, es mayor que en razas no braquicefálicas durante el proceso de inducción y recuperación anestésica es donde se presenta más riesgo de tener complicaciones Adicionalmente a las particularidades respiratorias (estenosis nasal, paladar blando elongado, eversión de sáculos laríngeos, entre otros), problemas neurológicos (convulsiones, tumores a nivel de cerebro , hernias discales/compresión medular, hemivertebras) estos animales usualmente presentan:

- Regurgitación, vómitos, reflujo gastroesofágico (RGE), alteración en el vaciado gástrico y gastritis/ neumonía por aspiración
- Particularidades oculares vinculadas a la exposición del globo ocular que entre otros trastornos ocasiona un parpadeo incompleto generando una humectación ocular deficiente
- Alteraciones hematológicas (aumento del hematocrito y hemoglobina) por estímulo medular ante los grados variables de hipoxemia
- Alto índice de tono vago-vagal (mayor componente parasimpático en la variabilidad de la frecuencia cardiaca): arritmia sinusal, paro sinusal, y marcapaso migratorio.
- Poca tolerancia al estrés calórico/ termorregulación ineficiente /golpe de calor
- Hipertensión
- Convulsiones

Por tanto, lo ideal es que estos pacientes tengan un manejo mas estricto:

- Reducción de estrés en todo momento (el estrés incrementa la dificultad respiratoria, ansiedad, colapso, muerte)
- Baja exposición al calor (ya que su termorregulación es ineficiente)
- Exámenes pre anestésicos (para saber si presenta anemia, infección, baja de plaquetas, si el hígado puede metabolizar la anestesia y el riñón está en buenas condiciones para eliminarla, entre otros)
- Rx de cuello y tórax (para valorar si presenta colapso traqueal/estenosis traqueal y diámetro de tráquea para elección de tubo endotraqueal necesario para anestesia)
- Valoración cardiaca con electrocardiograma, ecocardiograma, presiones (para detectar arritmias, bloqueos, en general alteraciones cardiacas típicas de estos pacientes)
- Examen físico completo, minucioso y detallado
- Manejo de Anestesia inhalada (para una rápida recuperación/rápido despertar)
- Durante todo el periodos anestésico: Monitoreo de Saturación de oxigeno, medición de dióxido de carbono(capnógrafo) , presiones, frecuencia cardiaca, respiratoria, electrocardiograma.

Conociendo los anteriores riesgos, principalmente dados por su conformación anatómica, y que en jornada masiva /gratuita de esterilización no se van a tener como lo son:

Los pacientes ingresan sin exámenes pre anestésicos, lo cual genera que pueda tener alteraciones y no sean detectadas y el paciente fallezca o presente complicaciones post quirúrgicas.

Los pacientes ingresan sin valoración cardiaca completa lo cual genera que pueda tener alteración cardiaca y por esto fallecer

Los pacientes ingresan sin rx cuello y tórax, lo cual genera que no sepamos si presenta alteración en su tamaño traqueal y no sepamos con exactitud que tamaño de tubo usar y pueda existir lesión traqueal

La anestesia no es inhalada, lo cual implica más tiempo de recuperación/despertar por ende mayor posibilidad de fallecimiento o complicaciones

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN

BOGOTÁ

Yo Mercedes Fonseca C identificado con cédula de ciudadanía número 20472087 de Chía autorizo el procedimiento de anestesia y esterilización de mi paciente canino (X) felino ( ) de Nombre Paola Raza Bulldog Edad 4 años.

Estoy plenamente consciente de los altos riesgos de complicaciones graves y de mortalidad asociados con la anestesia y la cirugía en perros braquicéfalos, dada su conformación anatómica especial. A pesar de estos riesgos, acepto la responsabilidad y libero de cualquier responsabilidad al equipo médico de la móvil quirúrgica, al personal encargado, y a la Alcaldía Local de Fontibón.

He sido informado de manera completa sobre los riesgos y el procedimiento quirúrgico, tanto a través de información por texto, imágenes, y explicaciones verbales proporcionadas por el equipo médico.

NOMBRE TUTOR RESPONSABLE: Mercedes Fonseca C.

CEDULA: 20472087 Chía

FIRMA:

FECHA: Abril 10 / 2026 JORNADA Parque Rosita

ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERELIZACIONES VETERINARIAS.CPS 533-2025

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLINICA
HC - Número de Historia Clínica: 22

900255003232539

NO ..... chip

FECHA: 10-04-26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Zoe

COLOR: Blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Mestizo EDAD: 1A PESO: 6,2 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL 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 X REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: RUTH Johinerth Cortes Joya

DIRECCION: cl 25D BIS 96-58

TELEFONO: 3152275102

CEDULA: 1.098.654.717

CORREO ELECTRÓNICO: 3152275102@hotmail.com

BARRIO: Reta de Teja

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller.

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO ___ RURAL ___

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa OCT 2025

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa FEB 2026.

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa POLIVALENTE: dd/mm/aaaa

HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

FELINOS:

TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno.

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno.

CLASIFICACION ASA: I X II. III. IV. V. VI. E.

CONDICION CORPORAL: 2 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 90 l/m F. RESPIRATORIA: 28 r/m TEMPERATURA 38,1 °c TLLC 2 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1 ml	5-7mg/kg IV
	Morfina	0,4 ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,6 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,24 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL: GINA PAOLA RODRIGUEZ G. MEDICA VETERINARIA T.P. 09743

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: VALENTINA ALONSO FORERO MÉDICA VETERINARIA T.P. 41441

FIRMA

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

Además, soy consciente y **ACEPTO** __X___ o **RECHAZO**_____ **la declinación de la realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos 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 ha 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 precaución 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:	Nro. de identificación:
	1098659717

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del responsable/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICION DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre del Responsable/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:


22-SEP-1988
BARRANCABERMEJA
(SANTANDER)
1.65
A+
F
09-OCT-2006 BUCARAMANGA


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.098.659.717
CORZO JOYA
RUTH JOHNERTH

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 387095517-0

enel | Bogotá

Para pagos y consultas el número de cliente es: **0414654-5**

No. Medidor: **4282417**

¡Hola!

JUAN A CASTELLANOS
CL 25 D BIS NO 96 58
FONT
BOGOTA, D.C. - PUERTA DE TEJA

Pago oportuno
19 MAR 2026

Fecha de suspensión
24 MAR/2026

Tu próxima lectura
07 ABR/2026

Periodo Facturado:
Del 05 FEB/2026
al 06 MAR/2026
[illegible]

¡Este mes tuvimos acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía de manera diferente a la habitual!

Tipo de Lectura: Real | Nota Lectura: 3 5 07 506 0031 | Carga kW: 2.00 | Bimestre: 3

Clase de servicio: Residencial | Subclase: Basica

3 5 07 503 9604

Consejos para el uso eficiente de tu energía

Ilumina con tecnología LED. Disfruta de espacios cálidos y acogedores mientras ahorras energía todos los días.

Consejos para el uso seguro de tu energía

Alejate siempre de cables sueltos, enchufes o de postes.

Contactanos | Puntos de atención Enel

- 326 990 6060 (Bienvenido a Asesor)
- 601 5128 128
- Envíanos un correo a: Enel Colombia
- Escríbenos a: @EnelClientesCO
- Visítanos en: www.enel.com.co/es/personas/defensor-clientes.html

Envíanos un PQR: Ingresando a Clientes Online las 24 horas.

Regístrate gratis: Zona privada de la página Web

Descarga la App: Enel Clientes Colombia

Trámites y solicitudes: **enel.com.co/es/personas/radicaciones**

Chat de servicio en: **enel.com.co/es/personas**

Oficinas de atención

Avenida Bojacá # 6 B - 20

Línea 115

Estafas a primera vista.

Si encuentras estas señales relacionadas con el cargo de tu factura de energía:

- Mensajes desde números no verificados.
- Descuentos en el valor a pagar.
- Links que llevan a páginas diferentes a www.enel.com.co.

No es Enel, es una estafa.

Regístrate y paga de manera segura en la Zona Privada en:

www.enel.com.co

¿Cómo pagar tu factura?

Medios virtuales de pago:

- APP Bancos
- Cajero electrónico
- Internet
- APP Enel Clientes Colombia
- Teléfono banco
- Botón de pago online
- Débito automático
- Botón de pago

Código QR para pagar por PSE

Almacenes de cadena

Billetera virtual: Nequi, Daviplata, dale!, tpaga

Red física: **RED CADE**

Centro de servicio enel

Corresponsales bancarios: Colpatria, Efecty, Baloto, Su Red, Servi Rápido, Su Red, Su Red, Su Red, Su Red, Movired

120930

120930

No. Cuenta 0414654-5 120930 4F - Página 1 de 2

4F - Página 1 de 2

LA TARJETA ECONOMICA



En la compra que siempre quisiste.

DISFRUTA EL BENEFICIO EN TU PRIMERA COMPRA!

ES MUY FÁCIL

Solicítala antes del 15 febrero y el 15 de marzo de 2026.

Realizar tu primera compra hasta el 15 de marzo de 2026.

Te devolvemos hasta $120.000 en tu siguiente factura de ENEL.

Plazo máximo de compra 6 meses.

Escanea este QR para conocer el punto más cercano



CON EL CLUB
CRÉDITO FÁCIL COMFENALCO
RECIBES
20% DE DESCUENTO
POR COMPRAS EN:
RESTAURANTES,
ESTACIONES DE SERVICIO
Y CINES.
MONTO MÁXIMO
DE DEVOLUCIÓN POR
TRANSACCIÓN:
$20.000
Escanea este QR e
Inscríbete GRATIS









ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERELIZACIONES VETERINARIAS.CPS 533-2025

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC- Número de Historia Clínica: 23

Expiry-Date:2030/09/02 900255003232532 NO de Microchip

FECHA: 10-04-26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Bamby | COLOR: Negro Fuego

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: Pinscher | EDAD: 3a | PESO: 2,5 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL 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: Edgardo Enrique Charris Otero | DIRECCION: Cl 16I# 100-53 | TELEFONO: 3058132165

CEDULA: 72.255.821 | CORREO ELECTRÓNICO: charris.otero@gmail.com

BARRIO: El carmen de Fontibon | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena Salud.

ULT. CELO: N.A | ULT. DESPARASITACION: Enero 2026.

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

CANINOS: P-HVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa

HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

FELINOS:

TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMEN 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: 96 l/m | F. RESPIRATORIA: 19 r/m | TEMPERATURA: 38,1 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,5 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,5 ml	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	2,5 ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN(S.P.B.)	0,3 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,12 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ___

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	GINA PAOLA RODRÍGUEZ G. MÉDICA VETERINARIA T.P. 09743	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	VALENTINA ALONSO FORERO MÉDICA VETERINARIA T.P. 41441	FIRMA

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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 de la realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y no derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, la cual ha 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 precaución 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 exonero al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del responsable / Tutor:	Nro. de Identificación:
	72.255.821

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. RAZON:

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del responsable/Tutor: Nro. Identificación: FIRMA:

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICION DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre del Responsable/Tutor: Nro. Identificación: FIRMA:


IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 72.255.821
CHARRIS OTERO
APELLIDOS
EDGARDO ENRIQUE
NOMBRES
FIRMA
REPÚBLICA DE COLOMBIA


FECHA DE NACIMIENTO 19-DIC-1990
BARRANQUILLA
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
21-ENE-1999 BARRANQUILLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL

53965

No. Cuenta 7225710-2 53965 Hoja 1 de 2

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 3890600134

enel

Para pagos y consultas tu número de cliente es **7225710-2**

No. Medidor: 18313915

¡Hola!

JOSE LUIS CHAPARRO SUAREZ
CL 16 I NO 100 53 TO2 AP 405
TORRE 2 ARMARIO 2 APTO 405
BOGOTA, D.C. - EL CARMEN FONTIBON

PAPEL ECOLÓGICO

Pago oportuno: INMEDIATO

Fecha de suspensión: SUSPENSION

Tu próxima factura: 21 ABR /2026

Periodo Facturado:
Del 21 FEB/2026 al 24 MAR/2026
32 días

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

Tipo de Lectura: Real | Ruta Lectura: 1 2 18 322 0279 | Carga kW: 2,80 | Estrato: 3

Clase de servicio: Residencial | Subclase: Básica

1 2 18 322 8782

Consejos para el uso eficiente de tu energía

Ilumina con tecnología LED. Disfruta de espacios brillantes y acogedores mientras ahorras energía todos los días.

Consejos para el uso seguro de tu energía

Aléjate siempre de cables sueltos, enredados o de chispas.

Contáctanos | Puntos de atención Enel

- 310 890 6000 (Cierre Bot o Asesor)
- 601 8155 115
- Enel Colombia
- @EnelClientesCO
- www.enel.com.co/es/personas/defiendo-cliente.html
- Emergencias 24 horas
- Zona privada de la página Web
- App Enel Clientes Colombia

Trámites y solicitudes: enel.com.co/es/personas/radicaciones

Chat de servicio en enel.com.co/es/personas

Operador de aseo

Avenida Boyacá # 6 B - 20
Línea 110

Estafas a primera vista.

Si encuentras estas señales relacionadas con el pago de tu factura de energía:

- Mensajes desde números no verificados.
- Descuentos en el valor a pagar.
- Links que lleven a páginas diferentes a www.enel.com.co.

No es Enel, es una estafa.

Regístrate y paga de manera segura en la Zona Privada en enel.com.co

¿Cómo pagar tu factura?

Medios virtuales de pago

APP banco · Cajero electrónico · Internet · APP Enel Clientes Colombia · Teléfono banco · Botón de pago online · Débito automático · Botón de pago

Código QR para pagar por PSE

Almacenes de cadena

Billetero virtual

Nequi · MOVII · dale · Daviplata

Red distrital RED CADE

Centro de servicio enel Usaquén, Chía, Girardot y Fontibón

Corresponsales bancarios

CORRED · efecty · Reval · MOVIRED

53965

LA TARJETA DE LA CIUDAD



En la compra que siempre quisiste.

¡DISFRUTA EL BENEFICIO EN TU PRIMERA COMPRA!

ES MUY FÁCIL

Solicítala entre el 1 de febrero y el 15 de marzo de 2026.

Activa tu tarjeta antes del 15 de marzo de 2026.

Realiza tu primera compra por $120.000 en la siguiente factura de ENEL.

Paga mínimo en 6 cuotas.

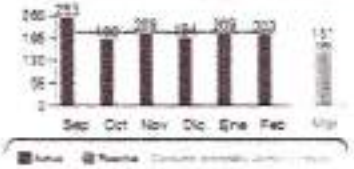
Escanea este QR para conocer el punto más cercano



CON EL CLUB
CRÉDITO FÁCIL CODENSA
RECIBES
POR COMPRAS EN:
RESTAURANTES,
ESTACIONES DE SERVICIO
Y CINES.
MONTO MÁXIMO DE DEVOLUCIÓN POR TRANSACCIÓN: $20.000
Escanea este QR e Inscríbete GRATIS

Total energía $270.550 + Total aseo $71.430 = Total a pagar $341.980

Histórico de consumo



Estado de cuenta

Consumo 181 kWh
Consumo promedio 210 kWh
$934,12
5,66 kWh
$4.210

Cálculo unitario

La tarifa de energía es el valor que pagamos por cada kWh que consumimos. Esta se calcula con una fórmula tarifaria Costo unitario, que incluye los siguientes componentes de la cadena eléctrica.

Generación + Transmisión + Distribución + Costo Variable + Pérdidas + Restricciones + Costo Fijo + $934,12

$116,28 $0,00 Costo kWh Mes Vigencia: FEB/2026

En Colombia las tarifas son reguladas por la Comisión de Energía y Gas (CREG).

Cálculo promedio de consumo

Este mes la energía que distribuiste, te costó $4.210 diarios

Factura actual	5.467	5.278	181	1	181	31	Mes			$ 341.980
Factura Anterior	5.286	5.265	56	1	56	1	Días			$ 0

Subsidio Cons. x subsidio 100,00 kWh $ Valor kWh $934,1777 $ Beneficio 11,00 % $ 4.294

$ 934,710

Otros cobros facturados en el mes

$270.550

Otros cobros de productos y servicios

$0

1 TOTAL ENERGÍA $270.550

2 TOTAL OTROS $0

Tan en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los plazos pactados en el pagaré firmado al inicio del contrato de vinculación en razón de $ 0.0.0.0.

Informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones CRÉDITO FÁCIL CODENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO, estas entrarán en mora, ante lo cual se reflejará reporte negativo a las bases de información Financiera y usted podrá generar de conformidad a la ley hasta 12 mes y se realizo gestión de cobro

9306481224

Número para cualquier consulta

Ciudad Limpia

Cuenta contrato 12496107

Documento equivalente electrónico No. 39800013-6

Periodo de facturación 21/02/2026 a 20/03/2026

Días liquidados 30

Costos para tarifa

Histórico de facturación

Estado de cuenta

Concepto	Valor
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$54.477
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$16.942
ASEO - AJUSTE A LA DECENA DEM	$2
ASEO - INTERES POR MORA	$162
ASEO - CELIO+ PERIODOS ANTERIOR	$40.777

Datos usuario

Volumen	0,3000	Estrato	3
Densidad		FREC. Recolección	3
% Pérdidas	0%	FREC. Barrido	3

Tipo prestación: Residencial

Unidades	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	1	0
No Residenciales	0	0

Toneladas por suscriptor

Total $71.430

Mensajes de interés

INFORMATIVO SALDO TOTAL $ 430,00

Documento electrónico

Para pagos y consultas tu número de cliente es 7225710-2 Fecha Oportuna (IMPRIMIR) Total a pagar $341.980

FECHA GENERACIÓN FECHA EXPIRACIÓN

ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERELIZACIONES VETERINARIAS.CPS 533-2025

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA	MICROCHIP:	FECHA:
HC - Número de Historia Clínica: 24	900255003232332	10-04-26

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Ana Bell			COLOR: amarillo- Blanco.	
ESPECIE: CANINO X FELINO	SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA: Mestizo	EDAD: 5A	PESO: 16.7 KG	RAZA DE MANEJO ESPECIAL 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: Martha Cecilia Tarquino Angel.		DIRECCION: Cr 111 N 22I 24	TELEFONO: 3134586413.
CEDULA: 39.704.284		CORREO ELECTRÓNICO: marthatarquino48@gmail.com	
BARRIO: Versalles	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: FONTIBON	
ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO RURAL		

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACION: NS/NR: ✓
Mar 20/26	Febrero/26	CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

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: 96 l/m	F. RESPIRATORIA: 19 r/m	TEMPERATURA: 38,1 °C	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	2,1 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	2,1 ml	5-7mg/kg IV
	Ninguno	0,8 ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1.7 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,68 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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 a especificamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomía/Orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO para la realización del p[illegible]

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	GINA PAOLA RODRIGUEZ G. MÉDICA VETERINARIA T.P. 09743	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	VALENTINA ALONSO FORERO MÉDICA VETERINARIA T.P. 41441	FIRMA

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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 de la realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos 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 ha 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 precaución 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/Tutor:	Nro. de Identificación:
Martha Tarquino	39'704 284

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. RAZON:

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del responsable/Tutor	Nro. Identificación	FIRMA

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICION DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre de Responsable/Tutor	Nro. Identificación	FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 39.704.284
TARQUINO ANGEL
APELLIDOS
MARTHA CECILIA
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 21-NOV-1963
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.50 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
29-SEP-1983 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL



A-1500150-00084203-F-0039704284-20081013 0004253994A 1 8210022570

enel Bogotá

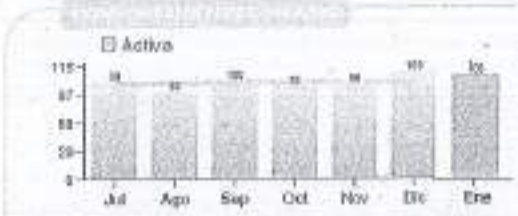
0421964-9

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 301483308-6

ANA SOFIA ANGEL DE TARQUINO
KR 111 NO 22 I 24
FONTIBON
BOGOTA, D.C. - VERSALLES FONTIBON

15 312 8715 / 3831035





VALOR kWh APLICADO: $758,69

CONSUMO DIARIO: 0,30 kWh

VALOR DIARIO: $2.193

PERÍODO FACTURADO: 19 DIC/2025 A 13 ENE/2026

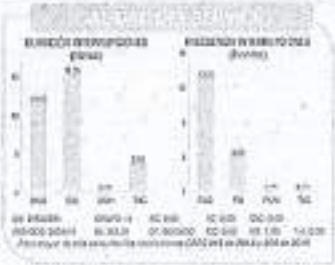
DÍAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES: 606 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	8,80
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1600315130715
RUTA LECTURA:	1315130085
VARIANTA DE LECTURA:	MS0060119
VENDOR SC:	3831035
SUBCLASE:	Básica

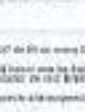
Para tu cubículo regularmente, bloqueando así que tus datos de acceso personal en la vía asegurar un ingreso confiable y claro sin riesgos.



Bogotá, Sabana y Cundinamarca
601 6 115 115







PUNTOS DE ATENCIÓN APERTI

PROACIÓN VIENTAL DISTRITO S.A.S.C.S.P. TV 4 No. 51A 83

CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. B.I.P. Avenida Boyacá # 6 B - 85

ÁREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. B.I.P. Calle 129 # 54 - 09 int 1 local 103-104

Línea de servicio al cliente 110



FECHA GENERACIÓN: 20/01/2026 03:16:27
FECHA EXPEDICIÓN: 20/01/2026 13:20:14

OCUPOSIBLES TARIFARIOS / Componentes del cargo: Vigencia: DIC/2025

DEBITO O CREDITO PERIODICO - MED. DE PAGOS INMEDIATOS Express

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3811 Recolección de desechos no peligrosos

Cobro al promedio en la presente factura el Cliente cuenta con los siguientes días calendario para presentar reclamo. Para mayor información consultar la Circular 038 de 2014.

Para tal fin el cliente debe presentar el reclamo de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa prestadora del servicio."

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la red eléctrica al Código de Medida, se autorizaron diligencias, anotación y reconocimiento asignado a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y a la usuaria. Para obtener mayor información, le invitamos a consultarnos en nuestra página web www.enelcolombia.co o comunicarse a la línea (571) 115 115. Línea de Bogotá en el 601 6 115 115, o en nuestros canales de atención.

ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de energía para el cual a cada uno la facturación según el consumo de energía eléctrica registrado en el medidor, de acuerdo con la tarifa vigente aprobada por la Comisión de Regulación de Energía y Gas (CREG). Si usted no está de acuerdo con el valor facturado por el servicio que prestan las empresas, el plazo vence hasta para pagar. Para mayor información visite nuestra página web www.enelcolombia.co o llame a la línea de atención telefónica que aparece en esta factura.

El consumo del servicio de conectividad y contratación de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado de ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT 860.063.875-8 deberá reflejarse en la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

CUDE: 7ac0de84d1fa0d7062ec1c28a0b0d20c1e1f2e1a0a1e4070b8992d0c5e5ac4ea1e3a8f37b07 codc6e8992d0c5e5ac4ea1e3a8f37b07 c0d6e8992d0c714

Prestador Tarifa(s): Comisión Tarifaria y Servicios SAS ESP - Vigencia del SIN: 01/01/2026 - NIT 900.351.701-6

02 FEB /2026

$70.070	$0	$62.860	$132.930

04 FEB/2026

0421684-9

17 FEB /2026

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

ENERGIA ACTIVA	57.605	57.734	129	129	129	$789.04	$87.032
ENERGIA REACTIVA	0	0	0	0	0	$0.00	$0

SUBSIDIO Consumo subsidiado 129,00 kWh X Valor kWh $785,0843 = Subsidio 15,00 % $12.385

ESTE MES LA ENERGIA QUE SUMINISTRASTE, TE COSTO $2.789 EN PESOS

SUBTOTAL: $70.000

Ajustes a la decena

SUBTOTAL: $1
$1

$70.070

$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 en cumplimiento de las normas publicadas en el artículo 14 de la Ley 142 de 1994, el cobro por concepto de reconexión se realizará en $118.000

Recuerda que de no realizar el pago de tus obligaciones Cuenta Real DISPONIBLE en la fecha de PAGO OPORTUNO, dejas el saldo en mora, ante la cual se realiza reporte negativo a las bases de información financiera y cobro por gastos de cobranza a la deuda dueda 15 días y de vuelta gestión de cobro.

ESTIMADO CLIENTE: Si usted paga de subsidio para el consumo de subsistencia (P – 130 kWh/mes) se da 15,00 %

Ciudad Limpia

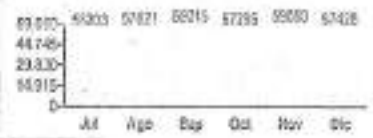
CIUDAD LIMPIA BOGOTA S.A. E.S.P

3

830048122-9

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

CUENTA CONTRATO	10357246	DÍAS FACTURADOS
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No.	381498302-4	31
PERIODO DE FACTURACIÓN	18.12.2025 a 18.01.2026	



CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$70.000
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-11.000
ASEO - AJUSTE A LA DECENA CREC	$-3

DATOS DEL USUARIO

Tipo Facturación: Residencial

USUARIOS	Cantidad	Descargados
Residenciales	2	0
No residenciales	0	0

COSTO FIJO TOTAL	COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE	VALOR DEL APROVECHABLE
$40.676,56	$14.302,87	$157.722,57

SUBSIDIO	0.00056649
CONTRIBUCIÓN	0.00088811
RECARGO DEL APROVECHAMIENTO	0.00001153
COSTO VARIABLE APROVECHABLE	0.05123034
DESCUENTO APROVECHABLE	0.04
APORTE NO APROVECHABLE	0.00

VALOR MORATORIA 0

$62.860

APORTE NO RESIDENCIAL	0%
APORTE RESIDENCIAL	0%
SUBSIDIO	15%

INFORMATIVO DEUDA TOTAL: $2.930,00

NÚMERO DE CLIENTE
0421684-9

Documento Equivalente Electrónico No.
381498302-4

(415)7707008914033(8020)010111064836(96)20260218(3900)000000132930

PAGO OPORTUNO
02 FEB /2026

TOTAL A PAGAR
$132.930

ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERELIZACIONES VETERINARIAS.CPS 533-2025

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA
HC - Número de historia clínica: 25

900255003229030 NO chip

FECHA: 10-04-26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Sombra

COLOR: Negro

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA Mestizo EDAD 9M PESO: 9,4 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL 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 X REGALADO ___ PERRO DE GUARDA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Bellanir Ordoñez Cano.

DIRECCION: Cl 25c Bis A 101 B 21.

TELEFONO: 3117831516.

CEDULA: 36.115.198.

CORREO ELECTRÓNICO: 3117831516@simorreo.com.

BARRIO: San Jose de Fontibon. ESTRATO: 0

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Tecnologa.

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaa NR.

ULT. DESPARASITACION: Feb 2026

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE Canina 26

HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa

PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMEN CLINICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

RAZA / SOSPECHA DE MESTIZAJE: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 95 l/m F. RESPIRATORIA: 29 r/m TEMPERATURA: 38,2°c TLLC 2 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: ~~~

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1,4 mL	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1,4 mL	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,4	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ mL	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1,0 mL	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,4 mL	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ~~~

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	GINA PAOLA RODRIGUEZ G. MÉDICA VETERINARIA T.P. 09743	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	VALENTINA ALONSO FORERO MÉDICA VETERINARIA T.P. 41441	FIRMA

ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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 de la realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos 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 ha 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 precaución 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/Tutor:	No. de Identificación:
Bellanir Ochoa Soto	36.153.196

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. RAZON:

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del responsable/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICION DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre del Responsable/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:



FECHA DE NACIMIENTO 02-NOV-1982

ISNOS
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

20-OCT-2001 ISNOS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00338562-F-0036115198-20111001 0020189583A 1 37537697

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 36.115.198
ORDOÑEZ CAIZA

APELLIDOS
BELLANIR

NOMBRES

Bellanir Ordoñez caiza

FIRMA



DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 396003559-0

enel Bogotá

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **1061380-5**

No. Medidor: **4504974**

¡Hola!

QUIMIA SAS
CL 25 C BIS A NO 101 B 21
BOGOTA, D.C. - SAN JOSA DE FONTIBON

Pago oportuno
18 MAR /2026

Fecha de suspensión
20 MAR/2026

Tu próxima lectura
06 ABR /2026

Periodo Facturado:
Del 05 FEB/2026
al 05 MAR/2026
29 días

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

Tipo de Lectura: Real Ruta Lectura: 3 5 06 503 0257 Cargo kW: 12,17

Clase de servicio: Industrial | Subclase: Básica

3 5 06 503 0441

Consejos para el uso eficiente de tu energía

Ilumina con tecnología LED. Evita la de aparatos brillantes y acogedores mientras ahorras energía todos los días

Consejos para el uso seguro de tu energía

Asegúrate siempre de cables sueltos, enredados o de chispas

Contáctanos | Puntos de atención Enel

318 800 8003
Bloqueo Bot o Asesor

601 8115 115

EnelColombia

@EnelClientesCO

www.enel.com.co/es/personas/ubicanos-cliente.html

Emergencias 115
Operador Claro
Disponible las 24 horas

Registrate gratis
Zona privada de la página Web

App Enel Clientes Colombia

Trámites y solicitudes
enel.com.co/es/personas/radicaciones

Chat de servicio en
enel.com.co/es/personas

Operador de aseo

CIUDAD LIMPIA BOGOTA S.A. E.S.P

Avenida Boyacá # 6 B - 30

Línea 110

Estafas a primera vista.

Si encuentras estas señales relacionadas con el pago de tu factura de energía.

- Mensajes desde números no verificados
- Descuentos en el valor a pagar.
- Links que llevan a páginas diferentes a www.enel.com.co.

No es Enel, es una estafa.

Regístrate y paga de manera segura en la Zona Privada en

enel.com.co

¿Cómo pagar tu factura?

Medios virtuales de pago

APP banco · Cajero electrónico · Internet · APP Enel Clientes Colombia · Teléfono banco · Botón de pago online · Débito automático · Botón de pago

Código QR para pagar por PSE

Almacenes de cadena

Billetera virtual

Nequi · MOVII · dale! · tpaga

Red distrital RED CADE

Centro de servicio enel

Corresponsales bancarios

CONRED · efecty · Red Multiservicios · Baloto · Su Red · Gana · Gana · Su Red · MOVIRED

LA TARJETA DE LA CIUDAD



En la compra que siempre quisiste.

¡DISFRUTA EL BENEFICIO EN TU PRIMERA COMPRA!

ES MUY FÁCIL

Solicitala entre el 1 de febrero y el 15 de marzo de 2026.

Registrar tu primera compra hasta el 15 de marzo de 2026.

Te devolvemos hasta $120.000 en la siguiente factura de ENEL.

Disponible en 6 compra 6 meses.

Escaneá este QR para conocer el punto más cercano

Con
LA TARJETA DE LA CIUDAD

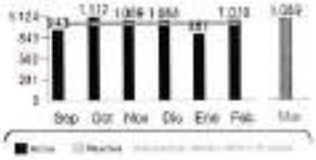


TUS COMPRAS ABREN LA PUERTA A
UN MUNDO DE BENEFICIOS

CON EL CLUB
CRÉDITO FÁCIL CODENSA
RECIBES
20% DE DESCUENTO
POR COMPRAS EN:
RESTAURANTES,
ESTACIONES DE SERVICIO
Y CINES.
MONTO MÁXIMO DE DEVOLUCIÓN POR TRANSACCIÓN:
$20.000
Escanea este QR e inscríbete GRATIS
Aplica para todas las tarjetas Crédito Fácil CODENSA

Total energía $1.044.210 + Total aseo $150.990 = Total a pagar $1.195.200

Comportamiento consumo



Estado de cuenta

Sabías que...?

La tarifa de energía es el valor que pagamos por cada kWh que consumimos. Esta se calcula con una formula llamada **Costo Unitario** que incluye los siguientes componentes de la cadena eléctrica:

Generación + Transmisión + Distribución + Costo Variable + Pérdidas + Restricciones + Costo Fijo + Costo kWh Mes

$333,98 $56,63 $289,69 $75,62 $67,30 $16,36 $834,12 $0,00

Vigencia: FEB/2026

Sin Colectas las tarifas son reguladas por la Comisión de Energía y Gas (CREG)

Cálculo consumo de energía

Este mes la energía que disfrutaste, te costó $37.587 diarios

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la Decena $-1
CONTRIBUCIÓN CREG SERV SUBSI $-40.815
SUBTOTAL: $-40.816

1 TOTAL ENERGÍA $1.044.210

Otros cobros de productos y servicios

2 TOTAL OTROS $0

Con un acuerdo la tasa de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la TASA DE SUBSIDIO a partir de la cual se subsidiará el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pago tardío, el costo por concepto de reconexión es hasta de $111.164

Informamos que de no recibir el pago de sus obligaciones Cobro Pago CODENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO, estas serán reportadas ante la Cifin de nuestro reporte negativo a las bases de información Financiera y sobre las cuales de cobrarán 0 la tasa vigente (1 día) y se realiza pago de cobro

Aseo CIUDAD LIMPIA BOGOTA S.A. E.S.P

NIC 3300812319

Número para cualquier consulta

Cuenta contrato 1551064

Documento equivalente electrónico No. 3300303501

Periodo de facturación 01.02.2026 a 28.02.2026

Días liquidados 28

Datos usuario

Volumen	3.0000	Estrato	3
Densidad	0.00	FREC Recolección	3
% Participación	0%	FREC Barrido	2

Tipo prestador: Pequ. Prod. Comercial

Unidades	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	1	0
No Residenciales	1	0

Costos para tarifa

Histórico de facturación

Toneladas por suscriptor

Estado de cuenta

Concepto	Valor
ASEO - BARRIDO RESIDENCIAL	$39.089
ASEO - BARRIDO NO RESIDENCIAL	$3.990
ASEO - CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	$33.023
ASEO - AJUSTE A LA DECENA $ DE	$0
ASEO - RECUPERACIÓN APROVECHA	$74.088

SALDO A FAVOR 0 TOTAL ASEO $150.990

Mensajes de interés

INFORMATIVO SEGÚN TOTAL: 138.080,00

Calidad del Servicio

Documento electrónico

Para pagos y consultas su número de cliente es: 1061380-5 | Pago Oportuno 19 MAR 2026 | Total a pagar $1.195.200

Use este código para pagos en canales presenciales