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): 26

MICROCHIP: 900255003232419

FECHA: 20-04-26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA X COMUNIDAD CALLE

## 1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: TONY

COLOR: Blanco / Negro

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 18M PESO: 5.5 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 X COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERRO DE GUARDA ___ 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/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: 28 r/m TEMPERATURA: ºc TLLC: 2 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES:

## 7. MEDICACION

| FASE DE PROCEDIMIENTO | MEDICACIN | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 0,9 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.) | 0.6 ml | 20,000 UI/kg IM |
| | MELOXICAM | 0,2 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 | |

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 Ovariohisterectomía/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 antipulgas, baños, cuyos y 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 declaración 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: |
|---|---|
| Myria Vergara | 35.507.638 |

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 35.507.658
YAGAMA AREVALO

APELLIDOS
MYRIAM

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 19-AGO-1965
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
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

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: 27

Expiry-Date: 2030/09/02 ID 900255003232958

FECHA: 10-04-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

### 1. DATOS DEL PACIENTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE: | Odin | | | COLOR: | blanco. |
| ESPECIE: CANINO X FELINO | SEXO: HEMBRA MACHO X | RAZA: Samoyedo | EDAD: 9m | PESO: 21.7 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI NO Y |
| DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI NO X | TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO X CONCENTRADO MIXTO OTRO | | | |

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

### 2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS: Andrea Carolina Chavez Mendez | | DIRECCION: Kra 96J N. 70-52 | TELEFONO: 3137887014. |
| CEDULA: 1.233.900.062 | | CORREO ELECTRÓNICO: andreachavezmendez93@gmail.com | |
| BARRIO: | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: FONTIBON | |
| ESCOLARIDAD: Universitaria NS/NR: | TIPO DE VIVIENDA: CASA APTO X RURAL | | |

### 3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud

| | | | |
|---|---|---|---|
| ULT. CELO: dd/mm/aaaa N.A | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aa 01-2026 | ULT. VACUNACION: NS/NR: | |
| | | CANINOS: PARVO: dd/mm/aa TRIPLE: dd/mm/aaaa | PENTAVALENTE: dd/02/2025 |
| | | HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa | RÁBIA: dd/02/2025 |
| | | 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 CONCOMITANTES: ninguno.

CLASIFICACION ASA: A II III 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 | MEDICACION | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 2,6 ml | 1-2mg/kg IM |
| | KETAMINA | 2,6 ml | 5-7mg/kg IV |
| | Morfina | 0,8 ml | |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | ml | 0,5mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN (S.P.B.) | 2,2 ml | 20,000 UI/kg IM |
| | MELOXICAM | 0,88 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 preoperatorios.

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO Y/O 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/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 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 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.U. de Identificación: |
|---|---|
| Aidan Chavez | 1233700061 |

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:

CEDULA DE CIUDADANIA

# REPÚBLICA DE COLOMBIA



Apellidos
CHAVEZ MENDEZ

NUIP 1.233.700.062

Nombres
ANDREA CAROLINA

| Nacionalidad | Estatura | Sexo |
|---|---|---|
| COL | 1.58 | F |

Fecha de nacimiento
03 JUL 1993

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
ZULIA-SUCRE (VENEZUELA)

Fecha y lugar de expedición
26 FEB 2021, BOGOTA D.C.

Fecha de expiración
16 MAR 2034

Firma

Andrea Chavez

.CO

0403815900

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0403815900150O1<<<<<<<<<<<
9307034F3403163COL1233700062<3
CHAVEZ<MENDEZ<<ANDREA<CAROLINA

enel | Bogotá

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 388922381-5

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **8017120-5**

No. Medidor: **22579992**

# ¡Hola!

**LUIS HOLGUIN**
KR 96 I NO 20 52 AP 403
BOGOTA, D.C. - 006406

PAPEL ECOLÓGICO

Pago oportuno
INMEDIATO

Fecha de suspensión
SUSPENSION

Tu próxima lectura
20 ABR /2026

Periodo Facturado:
Del 20 FEB/2026
al 20 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: 1 3 17 305 8044 Carga kW: 2,00 Estrato: 3

Clase de servicio: Residencial | Subclase: Básica

1 3 17 325 9875

## 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

316 890 6003 (Elena Sofía Azcuri)
601 5115 115
Enel Colombia
@EnelClientes00
www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
Emergencias 115 Operador Claro Gratuito 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 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 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

Billetera virtual

Nequi · MOVII · dale! · tpaga

Red distrital RED CADE

Centro de servicio enel
Únicamente Chec, Dicetor y Facatativa

Corresponsales bancarios

CONRED · efecty · Reval · MOVIRED


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.

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

Davivienda · enel


20097 8872 - Página 1 de 2

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: 28

900255003232524

NO crochip:

FECHA: 10-04-26.

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

### 1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Atlás

COLOR: Blanco, negro y amarillo.

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: Pastor Collie EDAD: 1A PESO: 20 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 ALIMENTACION: NS/NR ___ CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___

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

### 2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Anchar Alexander Ospina Osorio

DIRECCION: Kr 102 # 24F 80

TELEFONO: 3168591483

CEDULA: 79.607.851

CORREO ELECTRÓNICO: 3168591483@sincorreo.com

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

ESCOLARIDAD: NS/NR: Tecnologo

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

### 3. ANAMNESIS

Buena Salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa NA

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa Feb 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. EXAMÉN CLÍNICO

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

OBSERVACIONES: 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: 24 r/m TEMPERATURA: 38,2 °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 | 2,5 ml. | 5-7mg/kg IV |
| | Atropina | 0,8 | |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | 2 ml. | 0,5mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN (S.P.B.) | 2 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 | 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: |
|---|---|
| * | * 79607851 |

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 **79.607.851**

**OSPINA OSORIO**

APELLIDOS

**ANCIZAR ALEXANDER**

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-MAR-1973**

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

| **1.68** | **A+** | **M** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**17-JUN-1991 BOGOTA D.C.**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00007662-M-0079607851-20080509 0000278661A 1 1230005291

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 3869886477

enel Bogotá

Para pagos y consultas: El número de cliente es: **0418704-6**

No. Medidor: **4089897**

# ¡Hola!

**ROSA ELENA DUQUE BALLEN**
KR 102 NO 24 F 50
BOGOTA, D.C. - SAN JOSE, DE FONTIBON

Pago oportuno
19 MAR 2026

Fecha de suspensión
20 MAR 2026

Tu próxima lectura
06 ABR 2026

Periodo Facturado:
Del 06 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 facturado!

Tipo de Lectura: Real — Rosa Lectura: 0 6 41 508 6393 — Carga kW: 2,00 — Consumo: 2

Clase de servicio: Residencial | Estratificación: Básico

3 5 06 508 6409

## 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 8000 (Cierre Bolívar) — 601 5105 115
- Enel Colombia — @EnelClientesCO
- www.enel.com.co/es/personas/defiendete-clarros.html
- Emergencias 115 — Operador Claro: Disfrutalo las 24 horas.
- Registrate gratis: Zona privada de la página Web
- App Enel Clientes Colombia

**Operador de aseo**
CIUDAD LIMPIA BOGOTA S.A. E.S.P.
Avenida Boyacá # 6B - 20
Línea 110

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

## 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

## ¿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!

Red distrital: RED CADE

Centro de servicio: enel

Corresponsales bancarios: CONRED, efecty, Baloto, Revai, Su Red, Supergiros, MOVIRED


LA TARJETA DE LA CIUDAD




En la compra que siempre quisiste.

DISFRUTA EL BENEFICIO EN TU PRIMERA COMPRA!

ES MUY FÁCIL

Del 1 de febrero al 15 de marzo de 2026.

Hasta el 15 de marzo de 2026.

Hasta $120.000 en tu siguiente factura de ENEL.

Hasta 6 meses.

Escanea este QR para conocer el punto más cercano

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: 29

MICROCH: Expiry-Date:2030/09/02 900255003232536

FECHA: 10-04-26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

### 1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Miguel

COLOR: Blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 7A PESO: 10.1 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: Claudia Patricia Rivera Tibambie

DIRECCION: kr 176 A N° 75c 70

TELEFONO: 3703450054

CEDULA: 52 705 786

CORREO ELECTRÓNICO: clapat91@hotmail.com

BARRIO: El Chaco II

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Tecnologo

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL

### 3. ANAMNESIS

Buena salud

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

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aa Feb 15/26

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

CANINOS - ARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aa PENTAVALENTE: Marzo/26

HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aa Marzo/26

FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa FIV/FELV: dd/mm/aa

### 4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

### 5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRURGICAS

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 | 5-7mg/kg IV |
| | Atropina | 0,7 mL | |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | — mL | 0,5mg/kg IV |
| POST QUIRURGICO | PEN (S.P.B.) | 1 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 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 quirúrgico propuesto.

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 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** ____ 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 contraprestación alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, la cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

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

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

**COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO**

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de 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: |
|---|---|
| Claudia Reina | 52105286 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: |
|---|---|---|

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.105.286**

**RIVERA TIBAMBRE**

APELLIDOS

**CLAUDIA PATRICIA**

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **14-MAY-1972**

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

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

**08-MAY-1991 BOGOTA D.C**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00430110-F-0052105286-20130409 **0032**653281A 1 1502195970

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 388753527-7

enel Bogotá

Para pagos y consultas su número de cliente es: **7784559-0**

No. Medidor: **22542525**

# ¡Hola!

**CONSTRUCTORA LAS GALIAS SA**
KR 116 A NO 15 C 70 TO9 AP 1504
KR 116 A NO 15 C 70 TORRE 9 A
BOGOTA, D.C, - EL CHARCO II

PAPEL ECOLÓGICO

**Pago oportuno**
07 ABR 2026

**Fecha de suspensión**
09 ABR/2026

**Tu próxima lectura**
17 ABR 2026

Periodo Facturado:
Del 19 FEB/2026 al 19 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: 1 3 16 366 8909 | Carga kW: 2,50 | Estrato: 3

Clase de servicio: Residencial | Subclase: Básica

1 3 16 347 9560

## 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

Evita siempre dar cables sueltos, enredados o de chapas.

## Contáctanos | Puntos de atención Enel



Línea 195 Opción 1
Habla con Alexa
Enel Colombia
@EnelClientesCO
www.enel.com.co/es/personas/defender-clients.html
Emergencias 195 Opción 1 Opción 1 Gratuito 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

CALIDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P.
Avenida Boyacá # 6B - 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

Billetera virtual

Nequi MOVII dale! tpaga

Red distrital **RED CADE**

Centro de servicio enel

Corresponsales bancarios

CONRED efecty MOVIRED

16739

4357 - Página 1 de 2


LA TARJETA CIUDAD




En la compra que siempre quisiste.

¡DISFRUTA EL BENEFICIO EN TU PRIMERA COMPRA!

ES MUY FÁCIL

Solo disponible entre el 1 de febrero y el 15 de marzo de 2026.

Válido en tu primera compra hasta el 15 de marzo de 2026.

Tu descuento máximo es $120.000 en tu siguiente factura de ENEL.

Disponible en compra 6 meses.

Escanea este QR para conocer el punto más cercano

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.: 30 (Número de Historia clínica) | MICROCHIP: SI / NO. Expiry-Date:2030/09/02 900255003232941 | FECHA: 10-04-26

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

### 1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: LOKY | COLOR: Negro / amarillo

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ | SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 1A | PESO: 3.7 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: Duvan Armando Bustos Simanca | DIRECCION: Kr 102 N 25 B 66 | TELEFONO: 3232282855

CEDULA: 1064803570 | CORREO ELECTRÓNICO: duvan.bustos98@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/A | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa N/R

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa | TRIPLE: dd/mm/aaaa | PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa 30/08/25

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. 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 | MEDICACIN | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 0,8 ml | 1-2mg/kg IM |
| | KETAMINA | 0,8 ml | 5-7mg/kg IV |
| | Maparo. | 0,2 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 | 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 antibióticos, 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 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: |
|---|---|
| | *1064803570 |

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 1.064.803.570
BUSTOS SIMANCA
APELLIDOS
DUVAN ARMANDO
NOMBRES
Duvan Bustos
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 11-MAY-1998
CHIRIGUANA
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
28-JUN-2016 CHIRIGUANA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
0050476271A 1
4753001

Por favor dobla y rasga para abrir la factura


FACTURA EN LÍNEA



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

**AGENDA YA LA REVISIÓN PERIÓDICA OBLIGATORIA DEL GAS CON NUESTROS EXPERTOS VANTI**
y financiala a través de tu factura de gas.

Revisa la fecha de tu RPO en tu factura de gas.
Agenda a tiempo en **grupovanti.com** o con cualquier OIA independiente y evita suspensiones.




## Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Itaú · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco AV Villas · GNB Sudameris · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Davivienda · Tpaga · 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, este 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.

CARNAVAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.813-8 TS452760025 VANTI

Se le suspenderá el servicio por falta de pago cuando sobrepase en tres (3) períodos consecutivos o cinco (5) períodos discontinuos el valor de dos facturas promedio o cuando sobrepase el valor de tres facturas promedio en un período de seis (6) meses. Para el cálculo del promedio se tomarán los consumos facturados de los últimos seis (6) períodos anteriores a la fecha de suspensión. Sobre el consumo de la factura se cobrará el interés corriente bancario certificado por la Superintendencia Financiera de Colombia, incrementado en la mitad, sin superar el límite máximo permitido por la ley.


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. 5097103-135012**

**Lote:** P08GN **Ruta:** 0011020441730005100 **Código del Sector:** 407

Cuenta o referencia de pago **61780538**

vanti Listo

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

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:




vanti Listo

**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

*Aplica para compras superiores a $1.000.000 en productos financiados por Vanti Listo. Cupo sujeto a aprobación crediticia. Consulta términos y condiciones en nuestros puntos de venta autorizados.

## 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 | 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 | 23M3 | 2.566,59 | 0,00 | 59.031,57 |
| FIJO | 1UN | 4.230,00 | 0,00 | 4.230,00 |
| AJUSTE DECENA | 1UN | -1,57 | 0,00 | -1,57 |
| Vanti Max Vivienda | 1UN | 8.394,00 | 1.096,04 | 9.990,00 |

1 – Total **$73.250,00**

## 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**

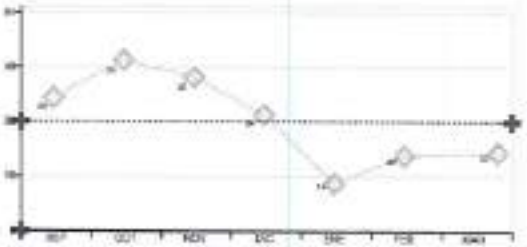
**Total a pagar** 1 + 2 + 3

**$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 corregidos= 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 su responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente*
*Resoluciones 031 de 2013 y 41.585 de 2017

Agenda ya tu RPO aquí

## Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de: $2667.

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

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

### Componentes tarifarios

Cm: 1.936,94 Tm: 564,3 Dm: 500,68 Cm: 2.566,59
P: 94,67 Cvm: 0,0 Cuffm: 4.230,0 Cvm: 2.566,59
Ccm: 0,0 Tgasm: 42.475 DAUR: 0,0 DAUNR: 0,0

Vale? Tu consumo en m³ de gas equivale: 271 kWh y el precio unitario del kWh es: $233,438

### Factor de corrección

Vm: 30 Ko: 0,70727 Ki: 1,00536 Pc: 0,771,38
Vc: 23 Tm: 14,88 Tc: 15,56 Pc: 1,0 926
Pa: 0,753 Pm: 0,933 P pv: 1,0

Factor de corrección: 0,77138

### Indicadores de calidad

IRST: 100,0 DIS: 0,0 ID: 100,0 IPS: 100,0




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

1892 C1

Factura No. F1603797293338

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | 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: 31 | M 900255003232651 | FECHA: 10-04-2026 |
|---|---|---|

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

**1. DATOS DEL PACIENTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE: Jerry | | | | COLOR: Cafe amarillo | |
| ESPECIE: CANINO X FELINO__ | SEXO: HEMBRA__ MACHO X | RAZA: mestizo | EDAD: 4 A | PESO: 16.6 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: Andres Felipe Gonzalez | | DIRECCION: Kra 102 No 25b10 | TELEFONO 3205800065. |
| CEDULA: 1.130.676.640 | | CORREO ELECTRÓNICO: thyanaymasham@gmail.com. | |
| BARRIO: San jose de Fontibon | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: FONTIBON | |
| ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller | TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__ RURAL | | |

**3. ANAMNESIS**

En buen estado de Salud

| ULT. CELO: dd/mm/aaaa | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa | ULT. VACUNACION: NS/NR: |
|---|---|---|
| N.A | 01-2026 | CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/09/2025 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: 96 l/m | F. RESPIRATORIA: 29 r/m | TEMPERATURA: 38,1 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: rosada |
|---|---|---|---|---|

OBSERVACIONES:

**7. MEDICACION**

| FASE DE PROCEDIMIENTO | MEDICACIN | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 2,3 ml | 1-2mg/kg IM |
| | KETAMINA | 2,3 ml | 5-7mg/kg IV |
| | Morfina | 0,8 ml | |
| MANTENIMIENTO ANESTESICO | PROPOFOL | 1 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 Anestesiologo), 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 | |

**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, 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: |
|---|---|
| Andres Felipe Cundar | CC 1136966640 |

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 1.130.676.640
GONZALEZ

APELLIDOS
ANDRES FELIPE

NOMBRES
Andres Felipe Gonzalez

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 24-ENE-1988
CALI
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68
ESTATURA
B+
G.S. RH
M
SEXO
28-JUN-2006 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL

FACTURA EN LÍNEA



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




## Mundo digital Vanti

ago a través de nuestra página web
ww.grupovanti.com/pagos-en-linea/

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · tuya · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco AV Villas · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Davivienda Davplata · Daviplata · dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

## Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales 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

educir nuestro consumo
e energía se traduce en un ahorro
ara la economía familiar y contribuye
disminuir las emisiones de gases
efecto invernadero, principal causa
el 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. 800.069.613-8 704807012023 VANTI

# ¡Hola!

CLEFE DE RICO
KR 102 25B 10 00001 - SAN JOSE DE FONTIBON
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5077198-125575

Lote: P08GN Ruta: 0011020441900005100 Código del Sector: 407

Cuenta o referencia de pago 61206734

vanti Listo

Compra televisión, electrodomésticos, gas, moto y mucho más, y págalo a cuotas a través de tu factura de gas.

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: $ 6.900.000




## 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.

C1 13933 0011020441900005100 P0804

# Factura de gas

Marzo 2026

Cuenta o referencia de pago: 61206734

BOGOTA

NIT: 800.207.812-5
Vanti S.A. ESP
www.grupovanti.com

vanti
Más formas de vivir

## 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 | SM3 | 2.569,59 | 0,00 | 20.530,72 |
| FIJO | 1UN | 4.220,00 | 0,00 | 4.220,00 |
| AJUSTE DECENA | 1UN | -2,72 | 0,00 | -2,72 |
| Vant Max Antiguo | 1UN | 13.184,87 | 2.505,13 | 15.690,00 |

1 — Total $40.450,00

## Tus financiaciones

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

2 — Total $0,00

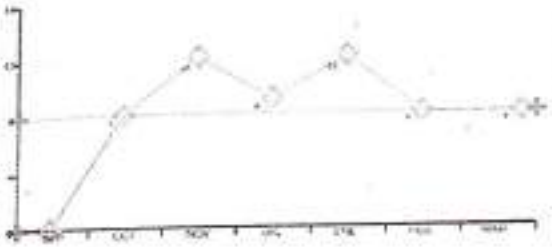
3 — Valor facturas vencidas: $0,00

**Total a pagar** (1 + 2 + 3): $40.450,0

Pago 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 | 3865 | REAL |
| 11 Mar. 2026 | 3876 | REAL |

m³ corregido= 3876 - 3865 * Factor de corrección = 8

## 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 Obligato

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

**30 Jun. 2027**

Agenda tu RPO o

## Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $256

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

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

### Componentes tarifarios

Cm: 1536.54 Tm: 564.0 Dm: 600.00 Cm: 25
Pr: 64.87 Com: 0.0 Cu/m: 4200.0 Cu/m: 1
Conc: 0.0 Fijom: 42.475 DAU/P: 0.0 DAU/P:

kJ/m³ Tq consumo en m³ de gas equivale: 94
kWh y el precio unitario del kWh es $203.432

### Factor de corrección

Vm: 11 Kz: 0.757127 Kt: 1.00536 Pc: 0.7713
Vc: 8 Tm: 14.02 Tc: 15.56 Pa: 1.013
Pc: 0.752 Pm: 0.002 P pc: 1.0

Factor de corrección: 0.77138

### Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 ID: 100.0 IPS: 100




(415)7709998026025(8020)61206734(3900)000000000040450

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: 32

NO: 900255003229027 a Microchip

FECHA: 10-04-26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

### 1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Maylo

COLOR: Blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA Firsh poodle EDAD 6A PESO: 5,9 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 ___ MIXTO X OTRO ___

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

### 2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jhoan Stiven Zamora Beltran

DIRECCION: CL 26 A 102A 32.

TELEFONO: 3125479405

CEDULA: 1.234.638.378

CORREO ELECTRÓNICO: zamorastiven@gmail.com

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

ESCOLARIDAD: Tecnico. NS/NR:

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO ___ RURAL

### 3. ANAMNESIS

Buena Salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa NA

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa Enero 2026

ULT. VACUNACION NS/NR:

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

HEXAVALENTE: Enero/2026 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: Ninguna

CLASIFICACION ASA: I X 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 | 0,9 ml | 1-2mg/kg IM |
| | KETAMINA | 0,9 ml | 5-7mg/kg IV |
| | Atropina | 0,2 | |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | ___ ml | 0,5mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN (S.P.B.) | 06 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

**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 dias 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 por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

| Firma del responsable/Tutor: | Nro. de Identificación: |
|---|---|
| Simon Zamora | P 1231638378 |

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 1.234.638.378
ZAMORA BELTRAN
APELLIDOS
JHOAN STIVEN
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 23-JUN-1997
IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.75 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
25-JUN-2015 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL

FACTURA EN LÍNEA



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




vanti

Agenda y certifica tu **Revisión Periódica Obligatoria** de gas antes del **18 de enero con precio de 2025**

**¡Ahórrate el incremento de tarifa del 2026!**

Publicidad a cargo de los interesados que contratan el Grupo Vanti. Campaña válida entre el 26/12/2025 y 15/01/2026. Promoción válida únicamente para usuarios de gas natural residencial. Puedes agendar tu revisión con cualquiera organismo de inspección acreditado ante la ONAC, ver Tip. en www.grupovanti.com/RPO

## Mundo digital Vanti

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

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 Popular · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Dimo · Rappipay · dale

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

Síguenos en nuestro 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, este 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

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
Ingresa a www.grupovanti.com

CARNAVAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 900496.924-8

# ¡Hola!

**HERMELIND MARIA ROMERO**
CL 25A 102A 32 00044 - SAN JOSE DE FONTIBON
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5077198-88594

Lote: P08GN Ruta: 001102044228000000 Código del Sector: 407

Cuenta o referencia de pago **60821026**

vanti Listo

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 5.300.000**

vanti Listo

# ¡TU COMPRA EMPIEZA escaneando el QR!



**¡Compra ya!**
Fácil, rápido y listo financiando **con Vanti Listo.**

**Paga hasta en 60 cuotas a través de tu factura de gas natural.**

## 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/

14057

C1

Cuenta a referencia de pago 60821026

## Fechas importantes

1 — 2 — 3 — 4

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|
| Paga oportuno | Fecha de suspensión | Periodo facturado | Emisión de tu factura |
| 29 Ene. 2026 | 30 Ene. 2026 | Dic. - Ene. 2025 | 15 Ene. 2026 |

## Conceptos facturados

| Concepto | Cantidad Unidad (A) | Valor unitario (B) | IVA (C) | Subtotal D=(A*B)+C |
|---|---|---|---|---|
| CONSUMO GAS | SM3 | 9.543,69 | 0,00 | 12.719,46 |
| FIJO | 1UN | 4.180,09 | 0,00 | 4.180,00 |
| AJUSTE DECENA | 1UN | -3,46 | 0,00 | -3,46 |
| RECAUDO TERCEROS Cocesaark Project | 0 | 16.365,00 | 0,00 | 16.365,00 |

1 – Total $33.280,00

## Tus financiaciones

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

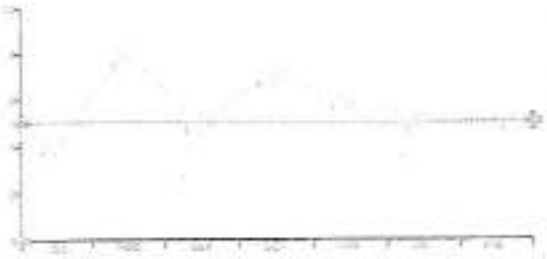
2 – Total $0,00

1 – Valor facturas vencidas 30,00

Total a pagar 1 + 2 + 3 $33.280,0

Paga por

## Tus últimos consumos



## Datos de medición

Uso Residencial Estrato/Cat. Tres Días de consumo 34

| Fecha | Lectura | Tipo |
|---|---|---|
| 11 Dic. 2025 | 8495 | REAL |
| 13 Ene. 2026 | 8430 | REAL |

m³ corregido= 8430 - 8425 * Factor de corrección = 5

Tu próxima lectura será: Entre 07 y el 12 de Febrero

## Novedades de tu factura

Estimado cliente recuerde que tiene hasta Ago/2029 y el 31-01-2026 para realizar la Revision Periodica. De cumplirlo el servicio a partir del 01-02-2026 el Vem S.A. ESP no ha realizado el Certificado de Conformidad. Realice la revision y evita la suspension (Res. CREG 015/2012)

Después de la fecha de pago oportuno se cobrarán intereses de mora y se causarán el cobro de la reconexión $71.000

## Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

**31 Ene. 2031**

Agenda ya tu RPO aquí

## Tarifas

Si usas gas por red, gastaste más de $2544.

Oct. $2748 Nov. $2742 Dic. $2571

Componentes tarifarios

Factor de corrección

Indicadores de calidad





FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

## HISTORIA CLÍNICA ESTERILI[illegible] CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC: 33 (Número de historia clínica)

MICROCHIP: 900255003232649

FECHA: 10-04-2026

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X CALLE ___

### 1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Chinito

COLOR: Blanco -Negro

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: Border Collie EDAD: 5A 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 ___ MIXTO X OTRO ___

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

### 2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Luis Alirio Castro Peña

DIRECCION: Kr 100 N° 23H 83

TELEFONO: 3506770862

CEDULA: 11.788.814

CORREO ELECTRONICO: alirioCastro Periodista @ gmail com.

BARRIO: La cabaña 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/aaaa N/A

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa 10-25

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 29-03-26

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: 130 l/m F. RESPIRATORIA: 28 r/m TEMPERATURA: 39.3 °c TLLC: 2 seg MUCOSAS: Rosado S

OBSERVACIONES: ~

### 7. MEDICACION

| FASE DE PROCEDIMIENTO | MEDICACION | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 2.6 ml | 1-2mg/kg IM |
| | KETAMINA | 2.6 ml | 5-7mg/kg IV |
| | Atropina | 0.8 ml | |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | ___ ml | 0,5mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN (S.P.B.) | 2.6 ml | 20,000 UI/kg IM |
| | MELOXICAM | 704 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 y demás procedimientos quirúrgicos.

| | | |
|---|---|---|
| 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. Declara 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 la acción 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: |
|---|---|
| | 1118814 |

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: |
|---|---|---|


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
11.188.814
CASTRO PEÑA
LUIS ALIRIO


FECHA DE NACIMIENTO 10-FEB-1973
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.77
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
23-AGO-1991 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 388545465-5

enel | Bogotá

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **1430524-8**

No. Medidor: **4724159**

# ¡Hola!

**JULIO CESAR SALGADO MADONADO**
KR 100 NO 23 H 83 BQ 6 AP 301
APTO 301
BOGOTA, D.C. - LA CABAA A FONTIBON

Pago oportuno
06 ABR /2026

Fecha de suspensión
08 ABR /2026

Tu próxima lectura
16 ABR /2026

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

Periodo Facturado:
DE 18 FEB/2026 al 18 MAR/2026
29 días

Tipo de Lectura: Real | Ruta Lectura: 1 3 15 305 8300 | Carga kW: 10,00 | Estrato: 3

Clase de servicio: Residencial | Subclase: Básica

1 3 15 305 8861

43538

## 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 6003 (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

**Operador de aseo**
CIUDAD 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 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

Billetera virtual

Nequi | MOVII | dale! | tpago

Red distrital RED CADE

Centro de servicio enel
Usuario en la Clínica Guaymaral y Facatativá

Corresponsales bancarios

CONRED | efácil | Todo | Reval | Efecty | MOVIRED


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.

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

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

Pago máximo de compra 6 meses.

Escanea este QR para conocer el punto más cercano

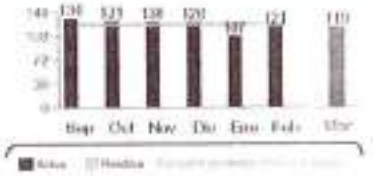
Davivienda | enel




CON EL CLUB
CRÉDITO FÁCIL COMENSA
ECIBES
30% DE DESCUENTO
POR COMPRAS EN:
RESTAURANTES,
ESTACIONES DE SERVICIO
CINES.
MONTO MÁXIMO DE DEVOLUCIÓN POR TRANSACCIÓN: $20.000
Escanea este QR e inscríbete GRATIS
Aplica para todas las tarjetas Crédito Fácil COMENSA
bold
klire


Total energía $84.370 + Total aseo $35.970 = Total a pagar $120.340

## Comportamiento consumo




## Estado de cuenta

| | |
|---|---|
| Consumo mes actual | 110 kWh |
| Consumo promedio | 125 kWh |
| Valor kWh facturado | $634,12 |
| Consumo mes anterior | 4,10 kWh |
| Días facturados | 32 días |

## ¿Sabías qué...?

La tarifa de energía es el valor que pagamos por cada kWh que consumimos. Este se calcula con una fórmula llamada **Costo Unitario**, que incluye los siguientes componentes de la cadena eléctrica:

Generación + Transmisión + Distribución + Costo Variables + Pérdidas + Restricciones + Costo Fijo = $634,12

$337,99 + $58,62 + $209,89 + $75,62 + $67,39 + $10,20 + $0,00

Costo kWh Mes **Vigencia: FEB.2026**

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

## Cálculo consumo de energía

**Esto mes la energía que distribuimos, le costó $2.909 diarios**

| | Lectura actual | Lectura anterior | Diferencia de lecturas | Factor | Energía facturada kWh | Costo unitario | Valor facturado |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ENERGIA ACTIVA kWh | 46.908 | 46.930 | 110 | 1 | 110 | 1,16 | $634,12 |
| ENERGIA REACTIVA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | $0 |
| Subsidio | Sobre a subsidiar 130,00 kWh | X | Costo kWh $634,1117 | = | Beneficio 15,00% | | $14.909 |

ESTIMADO CLIENTE: El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (0 - 130 kWh mes) es del 50,00 %. **$84.371**

## Otros cobros asociados a energía

SUBTOTAL: $0

1 TOTAL ENERGIA: $84.370

## Otros cobros de productos y servicios

2 TOTAL OTROS: $0

Tenga en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $103.803.

Informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones Crédito Fácil COMENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO, estas entrarán en mora, esto es que se realiza reporte negativo a las bases de información Financiera y sobre por cobros de cobranza de la misma superior 15 días, y se realiza gestión de cobro.

## Aseo — UNIDAD LIMPIA BOGOTA S.A. E.S.P

NIT 830048122-9

**Número para cualquier consulta** — Ciudad Limpia

Cuenta contrato 10892977

Documento equivalente electrónico No. 388545-655-5

Periodo de facturación 19.02.2026 a 18.03.2026

Aporte no residencial 0%
Aporte residencial 5%
Subsidio 15%

**Días liquidados** 28

### Datos usuario

| | | | |
|---|---|---|---|
| Volumen | 0.0000 | FREC. Barrido | 3 |
| Densidad | | FREC. Recolección | 3 |
| % Participación | 0% | | |

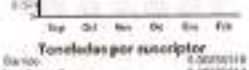
**Tipo productor:** Residencial

| Unidades | Ocupadas | Desocupadas |
|---|---|---|
| Residenciales | 1 | 0 |
| No Residenciales | 0 | 0 |

### Costes para tarifas

| | | |
|---|---|---|
| $26.597,33 | $7.226,06 | $157.332,57 |

### Histórico de facturación




### Toneladas por suscriptor

| | |
|---|---|
| Barrido | 0.00035519 |
| Limpieza urbana | 0.00008811 |
| Residuos del aprovechamiento | 0.00001113 |
| Efectivamente aprovechados | 0.00016655 |
| Residuos no aprovechados | 0.04 |
| Materiales aprovechables | 0.00 |

### Estado de cuenta

| Concepto | Valor |
|---|---|
| ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL | $26.597 |
| ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL | $ 3.988 |
| ASEO - AJUSTE A LA DECENA CREG | $ 1 |
| ASEO - REGULACIÓN MINIMO CERO | $4.591 |

Meses en mora: 0

**$35.970**

### Mensajes de interés

INFORMATIVO DEUDA TOTAL: 35.970,00

### Calidad del Servicio

| Duración interrupciones (Horas) | Frecuencia interrupciones (Eventos) |
|---|---|
| DNS: 11,57 Grupo: 11 | FNS: 13,00 CF: 261,00 |
| DSI: 2,50 HC: 2,00 | FSI: 1,00 CP: 107,0000 |
| DSMI: 0,00 MC: 0,00 | FSMI: 0,00 MC: 0,00 |
| TMO: 0,00 CED: 0,00 | TMO: 0,00 MF: 1,00 |
| | Tot: 0,29 |

CD: 23972291 — PERIODO: 2026/01

Documento electrónico

Para pagos y consultas su número de cliente es: **1430524-8** — Pago Oportuno 06 ABR /2026 — Total a pagar **$120.340**

(415)7707206914253(8020)911430524(3900)000000120340

Use este código para pagos en canales presenciales

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: 34 | MI: 900255003232947 | FECHA: 10-01-2026 |
|---|---|---|

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

**1. DATOS DEL PACIENTE**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE: | Max | | | | COLOR: | Amarillo | |
| ESPECIE: CANINO X FELINO | SEXO: HEMBRA MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 7m | PESO: 22.8 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 GUARDA OTRO

**2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS: Juan David Gomez Rodriguez | | DIRECCION: CL 25C bis A N. 102-19 | TELEFONO: 3123246047 |
| CEDULA: 1.016.066.022 | | CORREO ELECTRÓNICO: Juancho.drums.gomez@gmail.com. | |
| BARRIO: San Jose | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: FONTIBON | |
| ESCOLARIDAD: Universidad. NS/NR: | TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO RURAL | | |

**3. ANAMNESIS**

En buen estado de salud

| ULT. CELO: dd/mm/aaa | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa | ULT. VACUNACION: NS/NR: |
|---|---|---|
| N.A | 02-2026 | CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa ENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/02/2026 |
| | | 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. II. III. IV. V. VI. E. CONDICION CORPORAL: 3/5

**5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PERIQUIRÚRGICAS**

| F. CARDIACA: 92 Lm | F. RESPIRATORIA: 29 r/m | TEMPERATURA: 38,1 °c | TLLC: 2 seg | MUCOSAS: Rosada |
|---|---|---|---|---|

OBSERVACIONES: —

**7. MEDICACION**

| FASE DE PROCEDIMIENTO | MEDICACION | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 2,6 mL | 1-2mg/kg IM |
| | KETAMINA | 2,6 mL | 5-2mg/kg IV |
| | Atropina | 0,8 mL | |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | — mL | 0,5mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN (S.P.B.) | 2,2 mL | 20,000 UI/kg IM |
| | MELOXICAM | 0,88 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 y/o procedimientos anteriormente descritos.

| | | |
|---|---|---|
| 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, la cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

| Firma del responsable/Tutor: | Nro. de identificación: |
|---|---|
| | 1016066022 |

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 1.016.066.022
GOMEZ RODRIGUEZ
APELLIDOS

JUAN DAVID
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 03-MAY-1994
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 ESTATURA
O- G.S. RH
M SEXO

22-MAY-2012 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-1500150-01166728-M-1016066022-20201215 0072821417A 1 9014035807

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Natalia Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 2 CICLO: A2 RUTA: A22032A BIMESTRAL

| 10429590 | 17844761910 |
|---|---|
| **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 esperada próxima factura | Fecha y hora de generación factura | Fecha y hora de expedición factura |
|---|---|---|
| MAY/04/2026 | FEB/20/2026 08:44:10 | FEB/20/2026 11:00:42 |

## ¡Hola!

Factura a nombre de
JAIME RODRIGUEZ

Dirección del predio
CL 25C BIS A 102 19

Barrio: SAN JOSE 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 WATERTECH ITALIA Tipo VELOCIMETRICO
Serie 18-1330583 Dígitos del medidor 6

**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 ↓

Llámanos 116 Acueducto

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

cadena

15508 88259 43642

E 57m³

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

| JUN-AGO | AGO-OCT | OCT-DIC | ÚLTIMO CONSUMO |
|---|---|---|---|
| $382.514 | $459.144 | $429.787 | |

En este periodo consumiste más agua que en el anterior

**En este periodo** 72.000

**Promedio al día** 1.200

### Datos de la lectura de tu medidor

| | | | |
|---|---|---|---|
| Lectura este periodo | 4248 | Facturado con | Consumo Normal |
| Lectura anterior | 4176 | Base promedio | |
| Tu consumo este periodo | 72 | Descargue fuente alterna | 0 |
| | | Consumo totalizadora | |

### Datos de tu medidor

| | | | |
|---|---|---|---|
| Marca | WATERTECH ITALIA | Tipo | VELOCIDAD |
| Serie | 19-1232053 | 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 |
|---|---|---|---|---|
| $268.398,20 | + | $274.881,66 | + | $1- |
| A | | B | | C D E F |

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

**Escanea y paga virtual**

**Total ingresos del período**
Ingresos que la EAAB ESP registró a la DIAN en el período actual

= **Total a pagar** $543.280

Conoce puntos de pag virtuales o presenciale al final de la página

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

## Detalle de tu consumo este bimestre

### A Acueducto

| | Cant. | Valor unitario | Aporte (+) o Subsidio (-)** % | Valor | Tarifa*** | Total (Tarifa x Cant.) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Cargo fijo residencial (mes) | 2,00 | $9.795,82 | -15 | $2.939- | $8.328,76 | $16.652,24 |
| Consumo residencial básico (m³) | 22,00 | $3.664,43 | -15 | $12.089- | $3.114,77 | $68.524,46 |
| Consumo residencial (cubo superior básico (m³) | 50,00 | $3.664,43 | | $0 | $3.664,43 | $183.221,50 |
| Cargo fijo no residencial (mes) | - | | | | | |
| Consumo no residencial (m³) | - | | | | | |
| Subtotal | | | | $9.032- | | $268.398,20 |

### B Alcantarillado

| | Cant. | Valor unitario | Aporte (+) o Subsidio (-)** % | Valor | Tarifa*** | Total (Tarifa x Cant.) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Cargo fijo residencial (mes) | 2,00 | $4.658,05 | -15 | $1.397- | $3.957,84 | $7.915, |
| Consumo residencial básico (m³) | 22,00 | $3.865,08 | -15 | $12.824- | $3.903,06 | $72.567, |
| Consumo residencial (cubo superior básico (m³) | 50,00 | $3.865,08 | | $0 | $3.865,08 | $194.200, |
| Cargo fijo no residencial (mes) | - | | | | | |
| Consumo no residencial (m³) | - | | | | | |
| Subtotal | | | | $14.221- | | $274.681, |

* Corresponde a consumo de hasta 1m³ mensuales (22m³ bimestrales). **(+) Aporte: aplica para usuarios 5, 6, comercial e industrial. (-) Subsidio: aplica para usuarios 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 residencial básico y superior a básico. Dec 48 de 2000

| | Tasa Uso (Acueducto) | Tasa Retributiva (Alcantarillado) |
|---|---|---|
| Tarifa consumo básico ($/m³) | $28,82 | $31,15 |
| Tarifa consumo superior a básico ($/m³) | $3,90 | $0,00 |
| Total por consumo facturado | $580 | $2.005 |

El Mínimo Vital es un beneficio donde el Distrito de Bogotá brinda un apoyo económico "gratuito" de 6 m³ mensuales (12 m³ por cada periodo facturado) a los usuarios residenciales de los estratos 1 y 2. (Acuerdo 622 de 2016)

### C Otros conceptos

| Concepto | Valor |
|---|---|
| Ajuste a la decena | $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 billeteras

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

Red CADE: Consulta de horarios y terminos de atención en [illegible]

La EAAB ESP solo tiene convenios con los siguientes bancos: Popular, Occidente, BANBank, Itau, Occidente, Alf Valor, Bogotá, Bodega [illegible]

**Acueducto y Alcantarillado**
Valor a pagar
$543.280

**DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO FACTURA DE SERVICIO PÚBLICO No.**
Número mayor: Si en el desprendible de usuario aparece sello y rótulo de cancelado, recibir solo Acueducto. Si este pago ya está efectuado en Bancos y Red CADE, no podrá reflejarse en el consiguiente bimestre.

15508

SOLICITUD DE SERVICIO DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS

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: 35

MICF: 900255003232660

FECHA: 10-04-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

### 1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Chicoluda

COLOR: Cafe

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: Pinscher EDAD: 7A PESO: 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 ___ COMPRADO ___ ADOPTADO X REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

### 2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Diana Milena Gaitan Davila

DIRECCION: CL 23D No 113-31

TELEFONO: 3212559034

CEDULA: 1.073.236.510

CORREO ELECTRÓNICO: elizabethgaitan@outlook.com

BARRIO: Atahualpa ESTRATO: 3 LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: Tecnologo NS/NR:

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

### 3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud.

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

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: 20-03-2026

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

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

HEXAVALENTE: 30/08/2025 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 PREQUIRURGICAS

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 | 0.6 ml. | 1-2mg/kg IM |
| | KETAMINA | 0.6 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 | 0.2 ml. | 1mg/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 quirúrgico programado.

| | | |
|---|---|---|
| NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL | GINA PAOLA RODRIGUEZ G. MÉDICA VETERINARIA T.P. 09743 | FIRMA |
| NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO 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.

Asi 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 dias 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 contratador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

| Firma del responsable/Tutor: | Nro. de Identificacion: |
|---|---|
| Diana M. GR | 1073686510 |

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 **1.073.236.510**

**GAITAN DAVILA**

APELLIDOS

**DIANA MILENA**

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-SEP-1990**

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

**1.69** ESTATURA

**O+** G.S. RH

**F** SEXO

**11-SEP-2008 MOSQUERA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1516900-01125850-F-1073236510-20200114 0069852717A 1 1885814813




acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: 33 RUTA: 533685

BIMESTRAL

11185341
**Cuenta contrato**
Núm. de identificación de este predio

11141774411
**Número para pagos**
Número de esta factura de servicios públicos

Periodo facturado NOV/20/2025 - ENE/17/2026

Pago oportuno FEB/24/2026

Suspensión FEB/27/2026

Fecha aproximada próxima factura: ABR/18/2026
Fecha y hora de generación factura: FEB/05/2026 05:37:30
Fecha y hora de expedición factura: FEB/05/2026 08:27:07

## ¡Hola!

Factura a nombre de
FIDUCIARIA TEQUENDAMA SA

Dirección del predio
CL 238 113 31 IN 20 AP 339

Barrio: ATAHUALPA 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] 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 ↓

Llámanos 116 Acueducto

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

cadena.

4451

37111

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: 36

900255003232652 NO chip

FECHA: 10-04-26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X. CALLE

### 1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Zeus | COLOR: Negro y blanco.

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | RAZA: Husky | EDAD: 4a | PESO: 24 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 ___ COMPRADO ___ ADOPTADO X REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

### 2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Edwin Andres Guasca carrera. | DIRECCION: Kr 101B # 25B 72 | TELEFONO: 3114441287

CEDULA: 80.009.835 | CORREO ELECTRÓNICO: edwinandresguasca@hotmail.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 NA | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa Nov 2025.

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

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

HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa | PARAINFLUENZA Y BORD. BELLA: dd/mm/aaaa | RABIA: Nov 2025.

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

OTRAS: 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 | 3 ml | 1-2mg/kg IM |
| | KETAMINA | 3 ml | 5-7mg/kg IV |
| | Atropina | 1 ml | |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | / ml | 0,5mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN (S.P.B.) | 24 ml | 20,000 UI/kg IM |
| | MELOXICAM | 096 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<br>Medico Veterinaria<br>T.P 27701 | FIRMA |
| NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL | VALENTINA ALONSO FORERO<br>MÉDICA VETERINARIA<br>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 consignado 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.o. de identificación: |
|---|---|
| Eduar Garcia | 80.092.233 |

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 **80.009.835**

**GUASCA CARRANZA**
APELLIDOS

**EDWIN ANDRES**
NOMBRES





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-AGO-1979**

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

**1.63** ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

**05-SEP-1997 BOGOTA D.C.**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-1500109-45112622-M-0080009835-20030815 **00339**03227B 01 142878363

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 36931691-4

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **1780220-1**

No. Medidor: **24077330**

¡Hola!

**ELIAS HERNANDEZ**
KR 101 B NO 25 B 72 AP 200
INT
BOGOTA, D.C. - SAN JOSE DE FONTIBON

Fecha oportuna: 25 MAR/2026

Fecha de suspensión: 20 MAR/2026

Tu próxima lectura: 2 ABR/2026

Periodo Facturado:
Del 05 FEB/2026
al 05 MAR/2026

Tipo de Factura: Real | Nota Factura: 3 | Cargo fijo: 3,00 | Estrato: 3

Uso del servicio: Residencial | Subclase: Básica

3 5 06 503 6547

7DBP4

Tu factura incluye ajuste a la LECTURA DE TU MEDIDOR

Consejos para el uso eficiente de tu energía

Cambia a la tecnología LED. Disfruta de espacios brillantes y ahorradores mientras ahorras energía todos los días.

Inscríbete a factura virtual

Regístrate en este código y recibe tu factura por correo electrónico.

Canales de Atención Enel

018 000 9000
Bilingüe Sólo Amistad

604 3333 315

Enel Colombia

@EnelClientesCO

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

Disponible las 24 horas

Zona privada de tu página Web

App Enel Clientes Colombia

Centro de servicio

AVENIDA BOYACA S.A. E.S.P.

Avenida Boyacá # 6 0 - 20

Línea 110

Reclama y sustituye online en enel.com.co/es/personas/trafficsolicitudes

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

**Estafas a primera vista.**

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

- Mensajes donde 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

Selecciona

¿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

GANRED | efecty | Red Multicolor | Movired


LA TARJETA CIUDAD




En la compra que siempre quisiste.

¡DISFRUTA EL BENEFICIO EN TU PRIMERA COMPRA!

ES MUY FÁCIL

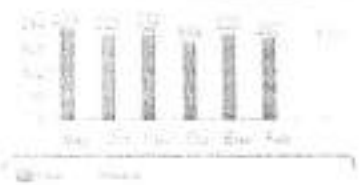
Solicítala entre el 1 de febrero y el 15 de marzo de 2026.

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

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

Plazo máximo de compra 6 meses.

Escanea este QR para conocer el punto más cercano





$133.708

$21.100

Días liquidados

Estado de cuenta

$76.910

Documento electrónico

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: 37

MICROCHIP: 900255003232951

FECHA: 10-04-26.

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

### 1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Skar

COLOR: Blanco.

ESPECIE: CANINO X FELINO__ SEXO: HEMBRA__ MACHO X RAZA: Samoyedo EDAD: 6A PESO: 25,4 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 CUADRA__ OTRO__

### 2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Sandra Milena Ocampo Arias

DIRECCION: Ak 106 20-30

TELEFONO: 3204414338.

CEDULA: 24.652.659.

CORREO ELECTRÓNICO: 3204414338@elcorreo.com.

BARRIO: Centro ESTRATO: 3. LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller. TIPO DE VIVIENDA: CASA__ APTO X RURAL

### 3. ANAMNESIS

Buena Salud.

ULT. CELO: N.A

ULT. DESPARASITACION: OCT 2025

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: 96 l/m F. RESPIRATORIA: 22 r/m TEMPERATURA: 38.1 °c TLLC 2 seg MUCOSAS rosadas

OBSERVACIONES: —

### 7. MEDICACION

| FASE DE PROCEDIMIENTO | MEDICACION | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 3 ml. | 1-2mg/kg IM |
| | KETAMINA | 3 ml. | 5-7mg/kg IV |
| | Atropina | 1 ml. | |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | — ml. | 0,5mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN (S.P.B.) | 2.6 ml. | 20.000 UI/kg IM |
| | MELOXICAM | 1.04 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: | Nro. de Identificación: |
|---|---|
| Sandra Yaneth Ocampo Arias | 24656659 |

Yo_____ identificado con C.C. 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

NUMERO **24.652.659**

**OCAMPO ARIAS**
APELLIDOS

**SANDRA MILENA**
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-OCT-1985**

**MARIQUITA**
**(TOLIMA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

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

**04-FEB-2004 LA DORADA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-01002537-F-0024652659-20180503 0061041840A 1 1714939025

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Natasha Avendaño Garcia
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: Q3 RUTA: Q33334

BIMESTRAL

**10102474**
**Cuenta contrato**
Núm. de identificación de este predio

**44157503010**
**Número para pagos**
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

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

Pago oportuno ABR/20/2026

Suspensión ABR/23/2026

| Fecha esperada próxima factura | Fecha y hora de generación factura | Fecha y hora de expedición factura |
|---|---|---|
| JUN/11/2026 | ABR/06/2026 07:06:54 | ABR/06/2026 11:41:02 |

## ¡Hola!

Factura a nombre de
**HUGO MARTA ZAMUDIO**

Dirección del predio
AK 106 20 30

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**

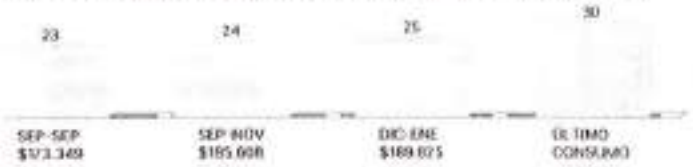
Marca CONTROLAQUA Tipo VELOCIMETRICO
Serie 22019624 Diámetro pulgadas ½

**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 ↓

# Tu consumo en este período

En los 3 períodos anteriores tu promedio de consumo fue 24 m³




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 |
|---|---|
| 30.000 | 508 |

### Datos de la lectura de tu medidor

| | | | |
|---|---|---|---|
| Lectura este periodo | 464 | Facturado con | Consumo Normal |
| Lectura anterior | 434 | Base promedio | |
| Tu consumo este periodo | 30 | Descargue fuente alterna | 0 |
| | | Consumo totalizadora | |

### Datos de tu medidor

| | | | |
|---|---|---|---|
| Marca | CONTROLADORA | Tipo | VELOCIMETRICO |
| Serie | 22019534 | Diámetro pulgadas | ½ |

## Para reducir tu consumo, recuerda:

Cuando laves la loza, enjabona primero y abre la llave solo para enjuagar.

Si te vas de viaje, cierra la llave de paso para prevenir fugas.

Utiliza con moderación el agua en las labores de aseo del hogar.

# Tu cobro en este período

| Acueducto | + | Alcantarillado | + | Otros cobros |
|---|---|---|---|---|
| $114.492,14 | | $111.670,50 | | $30.606 |
| 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 o presenciales *al final de la página*

**Total ingresos del período**

Ingresos que la EAAB ESP reporta a la DIAN en el periodo actual

= **Total a pagar** $256.770

CUDE (Código Único de Documento Electrónico) 9a1790526638fd53-f0da377209c8f6a514307ca428c24c00572144ec53d1ddc0f6f0da0e08f50fd33425c0954e6029090

## Detalle de tu consumo este bimestre

### A Acueducto

| | Cant. | Valor unitario | Aporte (+) o Subsidio (-)** % | Aporte (+) o Subsidio (-)** Valor | Tarifa*** | Total (Tarifa x Cant.) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Cargo fijo residencial (mes) | 2,00 | $8.795,52 | -15 | $2.639- | $8.320,28 | $16.452,24 |
| Consumo residencial básico (m³) | 22,00 | $3.664,43 | -15 | $12.093- | $3.314,77 | $68.524,46 |
| Consumo residencial superior básico (m³) | 8,00 | $3.664,43 | | $0 | $3.664,43 | $29.315,44 |
| Cargo fijo no residencial (mes) | - | | | | | |
| Consumo no residencial (m³) | - | | | | | |
| **Subtotal** | | | | $15.032- | | $114.492,14 |

### B Alcantarillado

| | Cant. | Valor unitario | Aporte (+) o Subsidio (-)** % | Aporte (+) o Subsidio (-)** Valor | Tarifa*** | Total (Tarifa x Cant.) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Cargo fijo residencial (mes) | 2,00 | $4.656,05 | -15 | $1.397- | $3.957,64 | $7.915,30 |
| Consumo residencial básico (m³) | 22,00 | $3.685,98 | -15 | $12.924- | $3.303,68 | $72.667,56 |
| Consumo residencial superior básico (m³) | 8,00 | $3.685,98 | | $0 | $3.685,98 | $33.087,04 |
| Cargo fijo no residencial (mes) | - | | | | | |
| Consumo no residencial (m³) | - | | | | | |
| **Subtotal** | | | | $14.321- | | $113.670,50 |

* Corresponde a consumos de hasta 19m³ 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

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

| | Tasa Uso (Acueducto) | Tasa Retributiva (Alcantarillado) |
|---|---|---|
| Tarifa consumo básico ($/m³) | $29,97 | $91,55 |
| Tarifa consumo superior a básico ($/m³) | $0,00 | $0,00 |
| Total por consumo facturado | $660 | $2.009 |

**El Mínimo Vital** es un beneficio diario y Distrito de Bogotá brinda a todos los usuarios residenciales de los estratos 1 y 2. (Acuerdo 327 de 2008)

### C Otros conceptos

| Concepto | Valor |
|---|---|
| Ajuste a la decena | $4- |
| Intereses de mora | $450 |
| Subtotal | 446 |

### D Cobros a terceros

| Concepto | Valor |
|---|---|
| Subtotal | |

### E Conceptos financiados

| Concepto | No. Cuota | Valor Cuota | Interés | Total | Saldo |
|---|---|---|---|---|---|
| Subtotal | | | | | |

### F Saldos anteriores

| Concepto | Valor |
|---|---|
| Deuda anterior | $30.160 |
| Subtotal | $30.160 |

### Deudas en estudio

| Concepto | Valor |
|---|---|
| Subtotal | |

Pagos por la página web, app y los Bancos

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

Red CADE: Consulta direcciones y horarios de atención en: www.bogota.gov.co/tramites/red-cade

EAAB ESP sólo tiene convenios con los siguientes bancos: Agrario, Bancolombia, BBVA, Itaú, Occidente, AV Villas, Bogotá, Sudameris y Citi

**Acueducto y Alcantarillado**
*Valor a pagar*
$256.770

**DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO FACTURA DE SERVICIO PÚBLICO No.**
Serie cajero: Si en el descorrible de otro ejemplar sello y dicker de actuación, recibe solo Acueducto. (Este pago solo podrá efectuarse en Bancos y Red CADE, no podrá efectuarse en un corresponsal bancario).

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS NRO. UNICO DE REGISTRO 1-1000190-10 EAB-ESP

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

Expiry Date:2030/09/02

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de Historia Clínica: 38

NO 900255003232535 Microchip

FECHA: 10-04-26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

### 1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Apolo. COLOR: Negro.

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 1A PESO: 10,6 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 X MIXTO ___ OTRO ___

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

### 2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Laura Fernanda Gonzalez Acosta

DIRECCION: Kr 100 # 23H 22

TELEFONO: 3046305188.

CEDULA: 1.007.819.861

CORREO ELECTRÓNICO: 3046305188@sincorreo.com.

BARRIO: Cofradia ESTRATO: 3 LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Tecnico.

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL ___

### 3. ANAMNESIS

Buena Salud.

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

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: Feb 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 LUCEM: 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 | MEDICACIN | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 1,5 ml. | 1-2mg/kg IM |
| | KETAMINA | 1,5 ml. | 5-7mg/kg IV |
| | Ahorina | 0,4 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. | 1mg/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 programado.

| | | |
|---|---|---|
| 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 y estador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

| Firma del responsable tutor: | Nro. de Identificación: |
|---|---|
| Laura González | 1007814861 |

Yo,_____identificado con C.C. 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 1.007.819.861



Apellidos
GONZALEZ ACOSTA

Nombres
LAURA FERNANDA

| Nacionalidad | Estatura | Sexo |
|---|---|---|
| COL | 1.60 | F |

| Fecha de nacimiento | G.S. |
|---|---|
| 16 OCT 2000 | A+ |

Lugar de nacimiento
FACATATIVA (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
29 OCT 2018, TOLUVIEJO

Firma
FernandaGonzalez

Fecha de expiración
20 ABR 2033

.CO

021190467

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL021190467428320<<<<<<<<<<<
0010160F3304204COL10078198610<0
GONZALEZ<ACOSTA<<LAURA<FERNAND

FACTURA EN LÍNEA

Escanee el código QR, inscríbete en el formulario y empieza a recibir tus correos desde el próximo mes.




## Mundo digital Vanti

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

Pagos electrónicos en otras entidades

Pagatodo Pab · Botón Bancolombia

Recuerda que puedes pagar las facturas de una o varias cuentas asociadas de esta sola manera.

Escanea para pagar tu factura

Pagatodo · Bancolombia · Nequi · dale!

*Puedes adelantamente inscripción o débito automático.

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
Banco GNB Sudameris
Grandes Superficies
Metro, Jumbo, Éxito

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

## Eficiencia energética

Reducir 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.

# ¡Hola!

**RICARDO MARINO**
KR 100 23H 22 B06 I25 00202 - COFRADIA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
**Medidor Gas No. 3107196-44106**

**Lote:** P08GN **Ruta:** 0011020313670006200 **Código del Sector:** 321

Cuenta o referencia de pago **60622171**

vanti listo

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:




vanti listo

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

## 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 8060 942 794
Bogotá (601) 307 8121
Bucaramanga (607) 585 4755

**Atención virtual**
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

C1

Marzo 2025

Cuenta o referencia de cobro 80622171

## Fechas importantes

| Pago oportuno | Fecha de suspensión | Periodo facturado | Entrega de la factura |
|---|---|---|---|
| 27 Mar. 2025 | 28 Mar. 2025 | Feb. - Mar. 2025 | 13 Mar. 2025 |

## Conceptos facturados

| Concepto | Cantidad Unidad (M) | Valor unitario ($) | IVA (%) | Subtotal ($) |
|---|---|---|---|---|
| CONSUMO GAS | 21M3 | 2.566,59 | 0,00 | 53.994,39 |
| FIJO | 1UN | 4.250,00 | 0,00 | 4.250,00 |
| AJUSTE DECENA | 1UN | 1,61 | 0,00 | 1,61 |
| Reconexion por pago residencial py | 1UN | 80.580,00 | 0,00 | 80.580,00 |

1 — Total $140.710,00

## Tus facturaciones

| Tasa de interés Concepto | Cantidad | Anterior 1 | Actual 2 | Consumo (m³) |
|---|---|---|---|---|

3 — Total $0,00

1 — Valor facturas vencidas

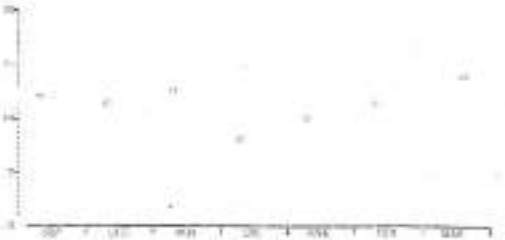
**$0,00**

Total a pagar 1 + 2 + 3

**$140.710,0**

Pago por

Escanea el código QR



## Tarifas

Cic. 02571 Ene 02544 Feb 02521

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrará un interés de mora y el suministro se suspenderá.







|415|7709998026025|8020|80622171|3900|0000000140710



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

## HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACION

Expiry-Date:2030/09/02

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de Historia Clínica: 39

MICROCHIP: SI 900255003232943 Número de Microchip

FECHA: 10-04-26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

### 1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Tilyn

COLOR: amarillo - Blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 4 A PESO: 12 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: Avry Milena Buitrago Sepulveda

DIRECCION: Kr 102 A N° 24 F 78

TELEFONO: 3204357687

CEDULA: 1090377975

CORREO ELECTRÓNICO: abuitragos0715@gmail.com

BARRIO: San José

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Profesional

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL

### 3. ANAMNESIS

Buena salud

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

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa Junio/25

HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa Enero/25

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 | MEDICACIN | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 1,6 ml. | 1-2mg/kg IM |
| | KETAMINA | 1,6 ml. | 5-7mg/kg IV |
| | Morfina | 0,6 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 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]

| | | |
|---|---|---|
| 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 |

FONTIDON

**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 antibiótico, heridas cerca 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: |
|---|---|
| Amy Buitrago | 1090377915 |

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: |
|---|---|---|



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.090.377.915
BUITRAGO SEPULVEDA
APELLIDOS
AURY MILENA
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 03-OCT-1986
CUCUTILLA
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.56 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
14-MAR-2005 CUCUTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 380459432-8

enel | Bogotá

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **0418906-2**

No. Medidor: **136437**

# ¡Hola!

**VICTORIA POVEDA DIMATE**
KR 102 A NO 24 F 18
FONTIBON
BOGOTA, D.C. - SAN JOSA. DE FONTIBON

PAPEL ECOLÓGICO

**Pago oportuno**
18 FEB /2026

**Fecha de suspensión**
20 FEB/2026

**Tu próxima lectura**
05 MAR /2026

**Periodo Facturado:**
Del 06 ENE/2026 al 04 FEB/2026
30 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 1 06 503 6378  Carga kW: 2,00  Estrato: 1

Clase de servicio: Residencial  | Subclase: Básica

3 1 06 503 6378

70805

## 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 6003 (Chatea 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

**Operador de aseo**
CIUDAD LIMPIA BOGOTA S.A. E.S.P.
Avenida Boyacá # 6 B - 20
Línea 110

## Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

El hurto de energía puede causar accidentes, cortocircuitos y fallas en el servicio.

Repórtalo de forma anónima al 601 514 0000 opción 2 o a través de nuestra página web 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 · daleI · tpago

Red distrital RED CADE

Centro de servicio enel (Diligenciamiento Obs. Glosa/Ord. y Facturativa)

Corresponsales bancarios

CONRED · efecty · Reval · MOVIRED

No. Cuenta 04180...

1 9 2 9 - Pág. 1 de 2

# Más clara, más amigable. Así es tu nueva factura.

- Diseño que hace que tu experiencia sea aún mejor.
- Información organizada y fácil de encontrar.
- Oferta de productos, beneficios y servicios para tu comodidad.



LA TARJETA DE LA CIUDAD

Crédito Fácil CODENSA

RECIBE UN

20%

DE DESCUENTO EN TU PRIMERA COMPRA

Es muy fácil, solo debes:

Realizar tu primera compra entre el 25 febrero y el 15 de marzo de 2026.

Realizar tu segunda compra entre el 15 de marzo de 2026.

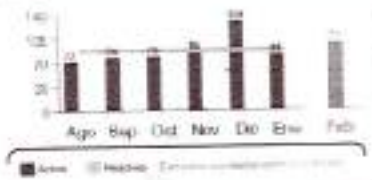
Pagar tu primera compra 5 meses.

Participación hasta $120.000 en tu siguiente factura de ENEL.

¡Solicítala ya en los principales almacenes de cadena!

Escanea este QR para más información.


## Comportamiento consumo




## Estado de cuenta

| | |
|---|---|
| Consumo mes actual | 96 kWh |
| Consumo promedio | |
| Valor kWh aproximado | $740.25 |
| Consumo diario | 3.20 kWh |
| Valor diario | $2.013 |

## ¿Sabías que...?

La tarifa de energía es el valor que pagamos por cada kWh que consumimos. Este se calcula con una fórmula tarifaria. Costo Unitario que incluye los siguientes componentes de la cadena:

| GENERACIÓN | + | TRANSMISIÓN | + | DISTRIBUCIÓN | + | COMERCIALIZACIÓN | = |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $247,00 | | $32,97 | | $256,29 | | $74,49 | $83,33 |
| PÉRDIDAS | + | COSTOS DE RESTRICCIONES | = | TOTAL | | | |
| $47,78 | | $0,00 | | $740,25 | | | |

## Cálculo consumo de energía

**Esto nos la energía que disfrutaste, te costó $2.013 diarios**

| | Lectura actual | Lectura anterior | Diferencia de lecturas | Factor | Energía consumida (kWh) | Promedio facturación kWh | Días | Valor facturado | Valor facturado |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ENERGÍA ACTIVA kWh | 7.297 | 7.201 | 96 | 1 | 96 | 96 | $740,25 | $71.064 | |
| ENERGÍA REACTIVA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | Tarifa 1% | $0 | |
| Subsidios | Cons. < subsidio 130,00 kWh | 0 | Valor kWh $740,2480 | 0 | Descuentos 15,00 % | | | -$10.609 | |
| | | | | | | | | | $60.454 |

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

## Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena

SUBTOTAL: $0

1 TOTAL EMPOSE $60.400

## Otros cobros de productos y servicios

2 TOTAL DE PAGO $0

Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO, para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con las cláusulas publicadas en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $103.863.

Recuerda que de no realizar el pago de sus obligaciones Crédito Fácil CODENSA con la fecha de PAGO OPORTUNO, estas estarán en mora, ante lo cual no existe ningún reporte negativo a las bases de información financiera o sobre por parte de cobranza o la mora supere 15 días y en ningún caso el de COBO.

## Aseo — CIUDAD LIMPIA BOGOTA S.A. E.S.P.

NIT 830048120-9

**Número para cualquier consulta** Ciudad Limpia

Cuenta contrato 100399058

Documento equivalente electrónico No. 3804659432-8

Periodo de facturación 01.01.2026 a 31.01.2026

Ajustes no residenciales 0%
Ajustes residenciales 0%
Subsidios +5%

Días liquidados 31

**Datos usuario**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Usuarios | 0.0000 | ESTRATO | 3 |
| Cantidad: | | FREC. Recolección | 3 |
| % Participación | 0% | FREC. Barrido | 2 |

Tipo productor: Residencial

| Unidades | Ocupadas | Desocupadas |
|---|---|---|
| Residenciales | 1 | 0 |
| No Residenciales | 0 | 0 |

**Costos para tarifas**



**Histórico de facturación**




**Toneladas por suscriptor**

| | |
|---|---|
| Barrido | 0.022563 t/s |
| Limpieza vial | 0.000000 t/s |
| Factor del aprovechamiento | 0.000000 t/s |
| Efectivamente aprovechados | 0.000123 t/s |
| Residuos no aprovechables | 0.04 |

**Estado de cuenta**

| Concepto | Valor |
|---|---|
| ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL | $28.788 |
| ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL | $-5.909 |
| ASEO - AJUSTE A LA DECENA | $1 |
| Meses en mora | 0 |
| | $32.880 |

**Mensajes de interés**

INFORMATIVO DEUDA TOTAL: 32.981.91

**Calidad del Servicio**

| Duración interrupciones (horas) | | Frecuencia interrupciones (N° veces) | |
|---|---|---|---|
| PERIODO | | | |
| DMOI: 11.57 | Grupo: 11 | FMIK: 13.00 | ST: 260.26 |
| DEI: 13.00 | IRD: 0.00 | FMI: 4.00 | CP: 130.00000 |
| DESE: 0.00 | IRC: 0.00 | FMIKI: 0.00 | MD: 0.00 |
| TTIK: 0.00 | OED: 0.00 | TTIK: 0.00 | MF: 1.00 |
| | | | Nal: 0.00 |

Documento electrónico

Para pagos y consultas tu número de cliente es: 0418906-2

Pago Oportuno 18 FEB | 2026

Total a pagar: $93.380

(415)7707809914253(8020)0710610000253345842(3900)000000093380

Usa este código para pagos en canales presenciales

FECHA GENERACIÓN 06/02/2026 06:40:31

FECHA EXPEDICIÓN 04/02/2026 15:25:26

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: 40

MICROCHIP: SI — Expiry-Date:2030/09/02 — Número: 900255003229026

FECHA: 10-04-26

ORIGEN: CES — PROTECCIONISTA — COMUNIDAD X — CALLE

### 1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Muñeco

COLOR: Blanco / Negro

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X — RAZA: Mestizo — EDAD: 1A — PESO: 5.9KG — 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 X PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

### 2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria Elisa Alvarado Chaparro

DIRECCION: cl 10B N°81F 70

TELEFONO: 3008736747

CEDULA: 46.364.474

CORREO ELECTRÓNICO: elisaalvarado1967@gmail.com

BARRIO: Vergel occidental — ESTRATO: 3 — LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Noveno

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL

### 3. ANAMNESIS

Buena salud

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

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa — TRIPLE: dd/mm/aaaa — PENTAVALENTE: dd/04/25

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: 98 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 | 0,9 ml. | 1-2mg/kg IM |
| | KETAMINA | 0,9 ml. | 5-7mg/kg IV |
| | MIDAZOLAM | 0,2 ml. | |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | / ml. | 0,5mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN (S.P.B.) | 06 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 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: |

**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 existir.

| Firma del responsable/Tutor: | Nro. de Identificación: |
|---|---|
| • Mara Isa Alvarado Ch | 46304419 |

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 **46.364.414**

**ALVARADO CHAPARRO**

APELLIDOS

**MARIA ELISA**

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **24-JUL-1967**

**SOGAMOSO**
**(BOYACA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.63** | **A+** | **F** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**10-JUL-1987 SOGAMOSO**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00130523-F-0046364414-20081122 **0006**32993A 1 1260039067

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 305810286-5

enel | Bogotá

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **7423467-9**

No. Medidor: **20200605**

# ¡Hola!

**CONINSA RAMON HSA**
CL 10 B NO 81 F 70 TD3 AP 606
TORRE 3 APARTAMENTO 606
BOGOTA, D.C. - VERGEL OCCIDENTAL

**Pago oportuno**
10 MAR /2026

**Fecha de suspensión**
13 MAR/2026

**Tu próxima lectura**
26 MAR/2026

Periodo Facturado:
Del 27 ENE/2026
al 23 FEB/2026
28 días

¡Estamos tuvimos acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y la CONSUMO de energía se encuentra dentro de lo esperado!

Tipo de Lectura: Real  Ruta Lectura: 1 3 20 382 8068  Carga kW: 8.00  Estrato: 3

Clase de servicio: Residencial  | Subclase: Básico

1 3 25 311 9609

## 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, enchufes o de chispas.

## Contáctanos | Puntos de atención Enel



310 890 9068
Línea 0en la nosotros
601 5115 115
Enel Colombia
@EnelClientesCO
www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
Emergencias 115
Operador Claro
Gratuito las 24 horas.
Registre su queja
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/co/personas

**Operador de aseo**
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P.
Avenida Boyacá # 6 B - 20
Línea 110

## Cuidá a tu familia, evita riesgos eléctricos.

El hurto de energía puede causar accidentes, cortocircuitos y fallas en el servicio.

Repórtalo de forma anónima al **601 514 0000**, opción 2 o a través de nuestra **página web** 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

Red distrital **RED CADE**

Centro de servicio enel

Corresponsales bancarios

CONRED · efecty · Reval · HOMIRED

1073688 7.7/2 - Página 1 de 2 1073001 No. Cuenta 7423467-9

1073688 7.7/2 - Página 1 de 2

# Más clara, más amigable. Así es tu nueva factura.

- Diseño que hace que tu experiencia sea aún mejor.
- Información organizada y fácil de encontrar.
- Oferta de productos, beneficios y servicios para tu comodidad.



Con
LA TARJETA DE LA CIUDAD
Crédito Fácil CODENSA

RECIBE UN
20%
DE DESCUENTO EN TU PRIMERA COMPRA

Es muy fácil, solo debes:

Tener tu cupo aprobado en la tarjeta

Hacerlo y el 15 de marzo de 2026.

Realizar tu primera compra

15 de marzo de 2026.

Pagar tu cuota

Compra a meses.

Disfrutar tu descuento

Compras superiores a $120.000

Válido en PAEC.

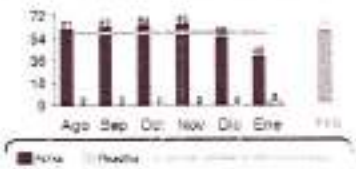
¡Solicítala ya en los principales almacenes de cadena!

Escanea este QR para más información.



Total energía $38.490 + Total aseo $28.400 = Total a pagar $64.890

## Comportamiento consumo




## Detalle de cuenta

$0 kWh
$740.29
2.07 kWh
$1.300

## ¿Cómo leer esto...?

La tarifa de energía es el valor que pagamos por cada kWh que consumimos. Esta se calcula con una fórmula llamada Costo Unitario, que incluye los siguientes componentes de la factura electrónica:

| Generación | + Transmisión | + Distribución | + Pérdidas reconocidas | + Restricciones | = Costo unitario |
|---|---|---|---|---|---|
| $417.20 | $55.67 | $263.28 | $75.05 | $62.29 | $913.49 |

## Cálculo del consumo de energía

Este mes la energía que distribuimos, le costó $1.300 diarios

| Lectura actual | - Lectura anterior | = Diferencia de lecturas | x Factor | = Energía consumida kWh | x Costo unitario | = Valor consumo |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1.647 | 1.608 | 39 | 1 | 39 | $740.29 | $28.870 |
| 1.272 | 1.744 | 28 | 1 | 28 | $740.29 | $20.720 |

Cargo a subsidio 100.00 kWh $ Valor subsidio $ 148.240 Subsidio 16,00%

ESTRATO CUARTO. Consumo de 0,00 kW que corresponde a subsidio de 0,00 kW. Cargo fijo $ 0,00 Valor subsidio $ 0,00 Subsidio 0,00%

**$49.590**

**$28.490**

## Otros cobros asociados a energía

SUBTOTAL: $

1 TOTAL ENERGÍA $28.490

## Otros cobros de productos y servicios

2 TOTAL OTROS $0

Tenga en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generarle intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspendería el servicio en caso de no pago. Por la ambiental y de acuerdo con los cargos establecidos en el pliego tarifario, el costo por concepto de tratamiento en Usaquén es $103.863

Recuerde que de no realizar el pago de sus obligaciones Crédito Fácil CODENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO, estas generarán el mora, ante lo cual se realiza reporte negativo a las bases de información financiera y podrá ser sujeto de cobranza, si la mora supera 15 días o se reporta pasivo de cobro.

## Aseo CIUDAD LIMPIA BOGOTA S.A. E.S.P. NIT 830040120-9

Número para cualquier consulta: Cliente Línea

Cuenta contrato: 1252241S

Documento equivalente electrónico No: 3858182 IS-5

Periodo de facturación: 25.01.2026 a 24.02.2026

Días liquidados: 0% 0% 15%

### Datos usuario

| | | | |
|---|---|---|---|
| Vivienda: | 5.0000 | Estrato: | 3 |
| Densidad: | | FREC. Recolección: | 4 |
| % Participación: | 2% | FREC. Barrido: | 3 |

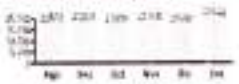
Tipo producción: Residencial

| Unidades | Desechos | Desechos/M |
|---|---|---|
| Residenciales | 1 | 0 |
| No Residenciales | 0 | 3 |

### Costos para tarifa

| Costo mes anterior | Costo mes actual | Costo mes anterior |
|---|---|---|
| $51.057,00 | $6.700,01 | $107.241,01 |

### Histórico de facturación



### Toneladas por suscriptor

| | |
|---|---|
| Barrido | 0,0000 (0,1) |
| Limpieza urbana | 0,0000 (0,1) |
| Residuos con aprovechamiento | 0,0000 (0,1) |
| Escombros aprovechables | 0,0000 (0,1) |
| Residuos no aprovechables | 0,0000 (0,1) |

### Estado de cuenta

| Concepto | Valor |
|---|---|
| [illegible] | [illegible] |
| [illegible] | [illegible] |

Mora 0 TOTAL APORTES $28.490

### Mensajes de interés

INFORMATIVO DEUDA TOTAL: $5.408,00

Calidad del Servicio

| Suscripción frente a opciones (Defectos) | | Frecuencia interrupciones (Defectos) | |
|---|---|---|---|
| [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |

Documento electrónico

Para pagos y consultas su número de cliente es: 7423467-9 Fecha de pago oportuno: [illegible] Total a pagar: $64.890

(415)7709998142830920071762847834981829849(3900)0000064890

Use este código para pagos en canales presenciales

FECHA LIMITACIÓN [illegible] FECHA EMISIÓN [illegible]

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: 41 | NO 900255003229820 microchip | FECHA: 10-04-26 |

ORIGEN: CES ____ PROTECCIONISTA ____ COMUNIDAD X. ____ CALLE ____

### 1. DATOS DEL PACIENTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE: Bruno | | | | COLOR: Negro y Blanco. | |
| ESPECIE: CANINO X FELINO ___ | SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 15M. | PESO: 26,1 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: Martin Emiliano Guerrero Delgadillo | DIRECCION: Kr 100 23H. 81 | | TELEFONO 3144703632 |
| CEDULA: 79.129.364. | CORREO ELECTRONICO mgdelgadillo@hotmail.com. | | |
| BARRIO: Versalles | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: FONTIBON | |
| ESCOLARIDAD: NS/NR: Profesional. | TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL | | |

### 3. ANAMNESIS

Buena salud.

| | | |
|---|---|---|
| ULT. CELO: dd/mm/aaaa NA | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa ENE 2026. | 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: Ene/2026 |
| | | 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

OBSERVACIONES: Ninguno.

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

### 5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

| F. CARDIACA: | F. RESPIRATORIA: | TEMPERATURA: | TLLC | MUCOSAS: |
|---|---|---|---|---|
| 98 l/m | 29 r/m | 38.1 °c | 2 seg | Rosadas |

OBSERVACIONES: ____

### 7. MEDICACION

| FASE DE PROCEDIMIENTO | MEDICACION | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 3,2 ml | 1-2mg/kg IM |
| | XETAMINA | 3,2 ml | 5-7mg/kg IV |
| | Morfina | 0,8 ml | |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | ___ ml | 0.5mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN(S.P.B.) | 2,6 ml | 20,000 UI/kg IM |
| | MELOXICAM | 1,04 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.

| | | |
|---|---|---|
| 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 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: |
|---|---|
| ✓ | ✓ 79129364 |

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

NUMERO 79.129.364

GUERRERO DELGADILLO

APELLIDOS

MARTIN EMILIO

NOMBRES

FIRMA



FACTURA EN LÍNEA



Escanea el código QR, escríbelo en el formulario y empieza a recibir 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 otras entidades

Redeban · Bancolombia · BBVA · Nequi · daviplata

*Permite adicionalmente: inscripción o 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

CONTRATO SOLUCIONES DE COMBUSTIÓN S.A.S. NIT. 830.058.813-8

# ¡Hola!

**ALVARO ESCANON**
KR 100 23H 81 I09 00302 - VERSALLES
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
**Medidor Gas No. 5067199-138103**

**Lote:** P13GN **Ruta:** 001102013456000S900 **Código del Sector:** 325

Cuenta o referencia de pago **61210185**

vanti Listo

Compra

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.

# Factura de gas

**Marzo 2026**

Cuenta o referencia de pago **61210185**

vanti

## Fechas importantes

1 — Pago oportuno: **07 Abr. 2026**

2 — Fecha de suspensión: **08 Abr. 2026**

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

4 — Emisión de tu factura: **19 Mar. 2026**

## Conceptos facturados

| Concepto | Cantidad Unidad (A) | Valor unitario (B) | IVA (C) | Subtotal D=(A*B)+C |
|---|---|---|---|---|
| CONSUMO GAS | 8M3 | 2.566,59 | 0,00 | 20.532,72 |
| FIJO | 1UN | 4.230,00 | 0,00 | 4.230,00 |
| AJUSTE DECENA | 1UN | -2,72 | 0,00 | -2,72 |

1 — Total **$24.760,00**

## Tus financiaciones

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

2 — Total **$0,00**

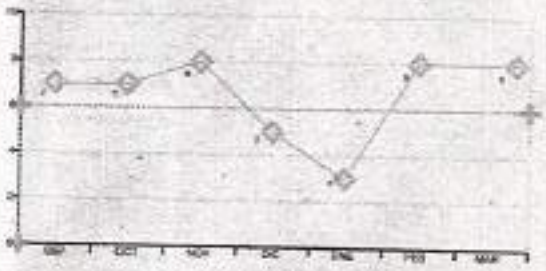
3 — Valor facturas vencidas **$0,00**

**Total a pagar** 1 + 2 + 3 **$24.760,0**

Pago por

Escanea el código QR

## Tus últimos consumos



## Datos de medición

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

| Fecha | Lectura | Tipo |
|---|---|---|
| 16 Feb. 2026 | 3464 | REAL |
| 17 Mar. 2026 | 3474 | REAL |

m³ corregidos: 3474 - 3464 * Factor de corrección = 8

## Tu próxima lectura será

Entre 14 y el 18 de Abril

## Novedades de tu factura

Estimado cliente recuerde que tiene antes Mar2026 y el 31/03/2026 para realizar la Revisión Periódica. Se suspenderá el servicio a partir del 31/03/2026 si Vanti S.A. ESP no ha recibido el Certificado de Conformidad. Realice la revisión y evite la suspensión (Res. CREG 059/2012).

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

## Revisión Periódica Obligatoria

**Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria**

**31 Ago. 2026**

La revisión de la instalación interna es su responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente.* *Resoluciones 059 de 2012 y 41 de 2017

Agenda ya tu RPO 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 (CREG).

### Componentes tarifarios

Cm: 1306.54 Tm: 864.5 Dm: 809.58 Cm: 2566.59
Pr: 64.07 Cem: 0.0 Cuom: 4230.0 Cumm: 2566.59
Cons: 0.0 Fpem: 42.475 DAUT: 0.0 DAUNR: 0.0

kWh: Tu consumo en m³ de gas equivale a: kWh y el precio unitario del kWh es: $263.402

### Factor de corrección

Vm: 10 Pp: 0.73766 Pt: 1.00529 Pt: 0.7717
Vc: 8 Tm: 14.05 Tz: 15.55 Pe: 1.01888
Pz: 0.792 Pm: 0.8294 P pv: 1.0

Factor de corrección: 0.7717

### Indicadores de calidad

PIST: 100.0 DES: 0.0 ID: 100.0 IPS: 100.0




(415)7709998026025(8020)61210185(3900)00000000024760

Factura No. F1588041937S