FONTIBON | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACI[illegible] Expiry-Date:2030/09/02 900255003232401

HISTORIA CLÍNICA HC – Número de Historia Clínica: 72

MICROCHIP: Número del microchip

FECHA: 10-04-26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA X COMUNIDAD CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Lucas

COLOR: Gris / Blanco

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 2A PESO: 3.8 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 X COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maigoth Martin Figueroa

DIRECCION: cl 16 H Bis 99-75

TELEFONO: 3174506357

CEDULA: 52.711.612

CORREO ELECTRÓNICO: maigothmartinf@gmail.com

BARRIO: centro A

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Profesional

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

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

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

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

FELINOS:

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 144 l/m

F. RESPIRATORIA: 28 r/m

TEMPERATURA: 37 °c

TLLC 3 seg

MUCOSAS: Rosada

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 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.)	0,4 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	016 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	GINA PAOLA RODRIGUEZ G. MÉDICA VETERINARIA T.P. 09743	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	VALENTINA ALONSO FORERO MÉDICA VETERINARIA T.P. 41441	FIRMA

FONTIBÓN

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de forienes, jabones, talcos, aplicación de anticuerpos, heces secas y otras sustancias que irriten y contaminen la zona durante 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:
Margoth Martin P	52 711.612

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

52.711.612

NUMERO

MARTIN FIGUEROA

APELLIDOS

MARGOTH

NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 01-DIC-1980

MOSQUERA

(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA

B+ G.S. RH

F SEXO

23-FEB-1999 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

A-1500150-00150341-F-0052711612-20080717 0013566321A 1 1100133087


Se extravió hoy domingo
7 de enero 2024 en modelia
Baleares. Si la ven llamar a
3153383108
Se da recompensa


Se extravió hoy domingo
7 de enero 2024 en modelia
Baleares. Si la ven llamar a
3153383108
Se da recompensa


Se extravió hoy domingo
7 de enero 2024 en modelia
Baleares. Si la ven llamar a
3153383108
Se da recompensa


Se extravió hoy domingo
7 de enero 2024 en modelia
Baleares. Si la ven llamar a
3153383108
Se da recompensa


Se extravió hoy domingo
7 de enero 2024 en modelia
Baleares. Si la ven llamar a
3153383108
Se da recompensa


Se extravió hoy domingo
7 de enero 2024 en modelia
Baleares. Si la ven llamar a
3153383108
Se da recompensa

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZ[illegible] Expiry Date:2030/09/02 VAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de historia clínica: 73

MICROCHIP: 900255003232406 Número de microchip

FECHA: 10-04-26.

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA X COMUNIDAD CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Domino

COLOR: Blanco / Negro.

ESPECIE: CANINO FELINO X SEXO: HEMBRA MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 5M PESO: 2.0 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: Margoth Martin Figueroa

DIRECCION: cl 16 H Bis 99-75.

TELEFONO: 3114506357

CEDULA: 52.777.612

CORREO ELECTRÓNICO: margothmartinf@gmail.com

BARRIO: Centro A ESTRATO: 3 LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Profesiona

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

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

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

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

FELINOS:

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 117 l/m F. RESPIRATORIA: 28 r/m TEMPERATURA: 37 °c TLLC 3" seg MUCOSAS: Rosada

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 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.)	0.2 mL	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.08 mL	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ Y NO TARJETA PROFESIONAL: GINA PAOLA RODRÍGUEZ G. MÉDICA VETERINARIA T.P. 09743

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ Y NO 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 tos y paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas o incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antibióticos, baños secos 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 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:
Margoth Martín F	52711.612

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 52.711.612

APELLIDOS MARGOTH

NOMBRES MARTIN FIGUEROA

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 01-DIC-1980
MOSQUERA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 B+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

23-FEB-1999 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

A-1500114-00403441-F-0052711812-20030717 0012953011A 1 1931038B1


Se extravió hoy domingo
7 de enero 2024 en modelia
Baleares. Si la ven llamar a
3153383108
Se da recompensa


Se extravió hoy domingo
7 de enero 2024 en modelia
Baleares. Si la ven llamar a
3153383108
Se da recompensa


Se extravió hoy domingo
7 de enero 2024 en modelia
Baleares. Si la ven llamar a
3153383108
Se da recompensa


Se extravió hoy domingo
7 de enero 2024 en modelia
Baleares. Si la ven llamar a
3153383108
Se da recompensa


Se extravió hoy domingo
7 de enero 2024 en modelia
Baleares. Si la ven llamar a
3153383108
Se da recompensa


Se extravió hoy domingo
7 de enero 2024 en modelia
Baleares. Si la ven llamar a
3153383108
Se da recompensa

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: 74

900255003232658

NO. hip

FECHA: 10-04-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA X COMUNIDAD CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Memin

COLOR: gris.

ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA___ MACHO X RAZA mestizo IDAD 5A PESO: 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 X MIXTO___ OTRO

ORIGEN: NS/NR___ RESCATADO X COMPRADO___ ADOPTADO___ REGALADO___ PERRO DE CUADRA___ OTRO

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Olga Liliana Garzon Cespedes

DIRECCION: cl 25 G No 101 B 70

TELEFONO: 3123197644

CEDULA: 52.329.186

CORREO ELECTRÓNICO: liliavagar70720l4@hotmail.com.

BARRIO: San Jose de Fontibon ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Profesional

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___ RURAL

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud

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

ULT. DE PARASITARIOS: 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 TRIPLEA: 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 FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 130 l/m F. RESPIRATORIA: 28 r/m TEMPERATURA: 37.6°c TLLC 2' seg MUCOSAS: Rosada.

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,6 ml	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	2 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

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:
	52327186

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 52.327.186

GARZON CESPEDES

APELLIDOS

OLGA LILIANA

NOMBRES

Olga L. Garzon C.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-MAR-1978

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

22-ABR-1996 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00155648-F-0052327186-20090505 0011246781A 1 1110044651

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 366852955-1

enel | Bogotá

Pague antes de vencimiento: 04/03/2026 $ 41.976.-8

No. Medidor: **1106265**

¡Hola!

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

Pago oportuno: 19 MAR 2026

Fecha de suspensión: 25 MAR 2026

Fecha de reconexión: 05 ABR 2026

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

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

Tipo de Lectura: Real Ruta Lectura: 3 3 06 002 0071 Carga kW: 2,00 Estrato: 3

Clase de servicio: Residencial | Subclase: Básica

3 5 06 002 2016

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

Canales de atención Enel

309 890 6003
Elena Bot o Asesor

601 5115 115

Enel Colombia

@EnelClientesCO

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

Emergencias 115
Operador Claro
Gratuita 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

Centro de Servicio Enel
Avenida Boyacá # 6 B - 20
Línea 115

Estafas a primera vista.

Si encuentras estos estilos relacionados con el pago de tu factura de energía.

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

Ya es Enel, es una estafa.

Regístrate y paga de manera segura en la Zona Privada en

Canales de pago autorizados

Medios virtuales de pago

APP banco · Cajero electrónico · Internet · APP Enel Clientes Colombia

Teléfono banco · Botón de pago online · Débito automático · Botón de pago

Código QR para pagar por PSE

Almacenes de cadena

Billetera virtual

Red digital RED CADE

Centro de servicio enel

Corresponsales bancarios



Evita contagiarte y alargarte cuando
PRESENTES EL SÍNTOMA
TU TRABAJO, ESTUDIO
Y DE TUS
Si aún no
Evita el contacto con
al menos de 2
Realiza el lavado de manos
frente a 20 de manos de
De ser posible haz uso de
en tu estornudo. No lo hagas en
Mejora la ventilación de
abrir ventanas.
Consulta más sobre
prevenir el contagio
visita nuestra

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		FECHA
HC - Número de Historia Clínica: 75	900255003232945 (Microchip)	10-04-26

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA X | COMUNIDAD | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Nacho				COLOR: Negro y blanco	
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	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 ___ MIXTO X OTRO			

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Mercedes Lazaro Rios.	DIRECCION: CL 25 G # 101 B 70	TELEFONO: 3124606263	
CEDULA: 39.756.943	CORREO ELECTRÓNICO: 3124606263@sincorreo.com.		
BARRIO: San Jose de Fontibon	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: FONTIBON	
ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller.	TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL		

3. ANAMNESIS

Buena Salud.

ULT. CELO: dd/mm/aa	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACION: NS/NR: X
NA	NR	CANINOS: POLIVALENTE: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aa 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:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC:	MUCOSAS:
124 l/m	28 r/m	37,6 °c	2' seg	Rosada.

OBSERVACIONES: ———

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 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
POSOPERATORIO	PEN (S.P.B.)	04 ml.	20.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	016 ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ———

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

B. 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:
Yeimy Zuñiga	39 756943

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

NUIP 39.756.943



Apellidos
LIZARAZO RIOS

Nombres
MERCEDES

Nacionalidad
COL

Estatura
1.60

Sexo
F

Fecha de nacimiento
08 DIC 1959

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
SUSACON (BOYACA)

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

Firma

Fecha de expiración
19 FEB 2035

07533285B

REGISTRADOR NACIONAL

ICCOL07533285981500l<<<<<<<<<<
6912082F3502192COL39756943<<<5
LIZARAZO<RIOS<<MERCEDES<<<<<<<

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 385502565-1

enel | Bogotá

Para cualquier consulta indique el número de cuenta: 04147683

No. Medidor: 1106265

¡Hola!

MARIA G DE TRIANA
CL 25 G NO 101 B 70
N ASIG 53821 59
BOGOTA, D.C. - SAN JOSA. DE FONTIBON

PAPEL ECOLÓGICO

Fecha próxima lectura: 05 MAR 2026

Fecha de suspensión sin mora: 26 MAR 2026

Fecha próxima factura: 05 ABR 2026

Periodo Facturado:
Del 05 FEB/2026
al 05 MAR/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 5 06 509 0371 | Carga kW: 2,00 | Estrato: 3

Clase de servicio: Residencial | Subclase: Basica

3 5 06 502 2316

Consejos para el uso eficiente de tu energía

Sumerja 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 | Línea de Atención Enel

316 890 6005
¡Elena Bot o Asesor

Enel Colombia

601 5115 115

@EnelClientesCO

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

Emergencias 115
Operador Distrital
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

Avenida Boyacá # 6 B - 20
Línea 115

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

Puntos de recaudo

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

Daviplata · Nequi · MOVii · dale! · Ipagos

Red distrital RED CADE

Centro de servicio CADE — Universidad Cívica, Solidaria y Productiva

Corresponsales bancarios

CONRED · efecty · Baloto · Reval · Gana · Supergiros · MOVIRED

16669

16669

12617 - 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: 76

Expiry-Date: 2030/09/02
NO: 900255003229039 microchip

FECHA: 10-04-26

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA: X | COMUNIDAD | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Leo

COLOR: Tabby gris

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 4A | PESO: 4,2 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Mercedes Lizcano Rios

DIRECCION: Cl 256 # 101B 70.

TELEFONO: 3124606263

CEDULA: 37.756.943

CORREO ELECTRÓNICO: 3124606263@sincorreo.com

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

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller.

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud.

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

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: NR

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

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

FELINOS:

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

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS INCIDENTALES: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA	F. RESPIRATORIA	TEMPERATURA	TLLC	MUCOSAS
128 l/m	24 r/m	37 °c	3' seg	Rosada

OBSERVACIONES: ———

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,6 ml	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2 ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	2 ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,4 ml	20.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,76 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

ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

Además, soy consciente y **ACEPTO** __X___ o **RECHAZO**_____ **la 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:	Tipo de Identificación:
Ofenda Jorge	39759213

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 39.756.943



Apellidos
LIZARAZO RIOS

Nombres
MERCEDES

Nacionalidad: COL
Estatura: 1.60
Sexo: F
Fecha de nacimiento: 05 DIC 1969
G.S.: A+
Lugar de nacimiento
SUSACON (BOYACA)

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

Fecha de expiración
19 FEB 2035

0753328591

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 386802565-1

enel | Bogotá

No. Medidor: 1106265

¡Hola!

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

PAPEL ECOLÓGICO

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

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

Tipo de Lectura: Real | Ruta Lectura: 3 5 06 502 0371 | Carga kW: 3,00 | Estrato: 3

Clase de servicio: Residencial | Subclase: Básico

3 5 06 502 2316

Consejos para el uso eficiente de tu energía

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

Inscríbete a factura virtual

Regístrate en este código y recibe tu factura por correo electrónico

Canales de atención y Puntos de atención Enel

316 090 0808 (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.
Registro 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

CAUCA LTDA BOGOTA S.A. E.S.P.
Avenida Boyacá # 6 B - 20
Línea 110

Estafas a primera vista.

Si encuentras estos 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

Medios de pago

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
Encontrarás Cine, Diversión y Educación

Corresponsales bancarios



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: 77	900255003232521 NO Número de microchip	FECHA: 10-04-26.

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X. CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Tom				COLOR: Tabby amarillo	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 3.A	PESO: 4,4 KG	RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI___ NO X.	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X.	TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO___ CONCENTRADO___ MIXTO X. OTRO			

ORIGEN: NS/NR___ RESCATADO X COMPRADO___ ADOPTADO___ REGALADO___ PERRO DE CUADRA___ OTRO

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jesus Doraldo soto Gomez	DIRECCION: Cl 161# 100-53	TELEFONO 3238107518
CEDULA: 70.693.868.	CORREO ELECTRÓNICO: 3238107518@sincorreo.com	
BARRIO: El Carmen Fontibon	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: FONTIBON
ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller.	TIPO DE VIVIENDA: CASA___ APTO X RURAL	

3. ANAMNESIS

Buena salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa N.A	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa NR.	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 ENCONTRADO: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRURGICAS

F. CARDIACA:	140	l/m	F. RESPIRATORIA:	28	c/m	TEMPERATURA	37.6	°c	TLLC 3 seg	MUCOSAS: Rosada

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,6 ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.4 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.76 ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

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

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 contraprestación 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 contenida 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:
	1070938768

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. RAZÓN:

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-DIC-1969
SANTUARIO
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
01-NOV-1988 SANTUARIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL





DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 3890508124

enel

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

No. Medidor: **18313915**

¡Hola!

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

PAPEL ECOLÓGICO

Importante

Pago oportuno: INMEDIATO

Fecha de suspensión: SUSPENSION

Tu próxima lectura: 21 ABR 2026

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

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

Tipo de Lectura: Real Ruta Lectura: 1 3 18 322 0270 Carga kW: 2,00 Estrato: 3

Clase de servicio: Residencial | Subclase: Básica

1 3 18 322 8799

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

Contáctenos | Punto de atención Enel

- 326 890 6000 (Elena Bot o Asesor)
- 601 5115 115
- Enel Colombia
- @EnelClientesCO
- www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
- Gratuito las 24 horas
- Zona privada de la página Web
- App Enel Clientes Colombia

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

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

Operador de aseo
CIUDAD LIMPIA BOGOTA 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.

Registrate 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

Sitio web virtual

Nequi MOVII dale

Red distrital RED CADE

Centro de servicio enel
Únicamente Ofic. Granitol y Facatativá

Corresponsales bancarios

CONRED Reval MOVIRED

LA TARJETA DE LA CIUDAD



En la compra que siempre quisiste.

¡DISFRUTA EL BENEFICIO EN TU PRIMERA COMPRA!

ES MUY FÁCIL

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

Aplica para compras hasta el 15 de marzo de 2026.

Por compras hasta $120.000 en tu siguiente factura de ENEL.

Financiación de compra 6 meses.

Escanea este QR para conocer el punto más cercano

53965 No. Cuenta 7225710-2 53965 14 KB - Página 1 de 2

53965 14 KB - Página 1 de 2

Con
LA TARJETA DE LA CIUDAD



¡LAS COMPRAS ABREN LA PUERTA A
UN MUNDO DE BENEFICIOS

CON EL CLUB
CRÉDITO FÁCIL CODENSA
RECIBES

POR COMPRAS EN:
RESTAURANTES,





ESTACIONES
DE SERVICIO
Y CINES.



MONTO MÁXIMO
DE DEVOLUCIÓN POR
TRANSACCIÓN:
$20.000

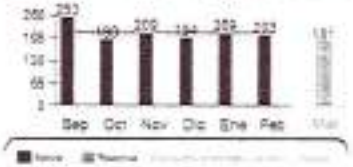
Escanea este QR e
Inscríbete GRATIS

Aplica para todos los tarjeta
Crédito Fácil CODENSA

Nit Cuenta 7225710-2 N-9901 M 4 Vr. Página 1 de 2

Subenergía $270.560 + Total aseo $71.430 = Total factura $341.990

Comportamiento consumo



Estado de cuenta

181 kWh
213 kWh
$334.13
0.66 kWh
$4.210

Observaciones

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

Generación + Transmisión + Distribución + Costo Variable + Pérdidas +
$302.99 $50.62 $209.69 $75.22 $87.33
Restricciones + Costo Fijo = $834.13
$16.34 $0.30 Costo kWh Mes Vigencia: FEB2026

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

Este mes la energía que distribuyeta, le costó $4.210 diarios

$134.710

SUBTOTAL $135.940
SUBSIDIO

1 $270.560

2 $0

Tan en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $133.943

Informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones Crédito Fácil CODENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO usted empezará en mora ante la cual se podrá reportar negativo a las bases de información Financiera y sobre los pagos se cobrarán a la tasa vigente (% mes) y se hacen gastos de cobro.

8390481220-9

Número para cualquier consulta Ciudad Limpia
Cuenta contrato 12498107
Documento equivalente electrónico No. 389050012-6
Periodo de facturación 21.02.2026 a 20.03.2026
Días facturados 28

Datos usuario

Volumen	0.0000	Estrato	2
Densidad		PREC. Recolección	1
% Participación	0%	PREC. Barrido	1

Tipo predio: Residencial

Unidades	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	1	0
No Residenciales	0	0

Costos para tarifas

$20.366,21 $7.164,00 $107.782,57

Histórico de facturación



Toneladas por suscriptor

Barrido	0.0020
Limpieza urbana	0.0020
Recolección aprovechamiento	0.0001
Recolectamiento aprovechados	0.0021
Residuos no aprovechamiento	2.54
Aforo no aprovechable	2.54

Estado de cuenta

Concepto	Valor
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$68.477
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-5.500
ASEO - AJUSTE A LA DECENA CREE	$0
ASEO - INTERES POR MORA	$150
ASEO - SALDO PERIODOS ANTERIOR	$40.370

Meses 1 $71.430

Mensajes de interés

INFORMATIVO DEUDA TOTAL $1.436.00

Calidad del Servicio

Periodo Facturación Anterior	Periodo Facturación Actual
Barrido: 11.00 Recolección: 12	Barrido: 11.00 Recolección: 12
ARA: 2.36 ARO: 0.00	ARA: 0.00 ARO: 0.00
Limpieza: 2.36 Poda: 0.00	Limpieza: 0.00 Poda: 0.00
Disposición: 0.00	Disposición: 0.00

Documento electrónico

Para pagos y consultas tu número de cliente es: 7225710-2 Fecha Oportuna Total a pagar $341.990

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	ND 900255003232529 número de microchip	FECHA:
78		10-04-26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Moño				COLOR: Tabby amarillo	
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 1A	PESO: 3,8 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 ___ OTRO			

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Mariana Nivia Sepulveda.	DIRECCION: Dg 24f 96A 10	TELEFONO 3152628778.	
CEDULA: 1.011.081.799.	CORREO ELECTRÓNICO: jembere@gmail.com.		
BARRIO: Reta'de teja.	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: FONTIBON	
ESCOLARIDAD: NS/NR: Tecnico.	TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO ___ RURAL		

3. ANAMNESIS

Buena salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACION: NS/NR: ___
NA	OCT 2025	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 ANORMALES: Ninguno.

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

CONSTANTES FISIOLOGICAS PRE QUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 150 l/m	F. RESPIRATORIA: 21 r/m	TEMPERATURA: 37.6 °c	TLLC 3' seg	MUCOSAS: Mucosa

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,6 ml.	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,2	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.4 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.16 ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

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

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: **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 controversia 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:
Mariana Uribe S.	1011081799

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.011.081.799



Apellidos
NIVIA SEPULVEDA

Nombres
MARIANA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.65	F

Fecha de nacimiento
14 FEB 2005

G.S.
B+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
16 FEB 2023, BOGOTA D.C.

Firma
Mariana Nivia.

Fecha de expiración
28 AGO 2034

CO

0535382911

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0535382912150O1<<<<<<<<<<<
0502146F3408283COL1011081799<6
NIVIA<SEPULVEDA<<MARIANA<<<<<<

enel

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **0415051-8**

No. Medidor: 3837188

¡Hola!

MARIA MAARGARITA RINCON DE SEPULVEDA
DG 24 C NO 96 A 10
FONTIBON
BOGOTA, D.C. - PUERTA DE TEJA

Pago oportuno
18 FEB /2026

Fecha de suspensión
20 FEB/2026

Tu próxima factura
06 MAR /2026

Periodo Facturado:
Del 06 ENE/2026
al 04 FEB/2026
30 días

¡Date unos tuétanos sacando a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía se encuentra dentro de lo habitual!

Tipo de Lectura: Real Ruta Lectura: 3 3 06 004 0000 Carga kW: 13,00 Calibre: 3

Clase de servicio: Residencial Subclase: Básica

3 5 06 503 5070

70562

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

Bline Bot o Asesor
Enel Colombia
@EnelClientesCO
www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
Gratuito las 24 horas
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

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

Operador de aseo
Avenida Bogotá # 8 B - 20
Línea 130

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 dale! Red distrital RED CADE

Cuentas de servicio enel

Corresponsales bancarios

CONRED efecty MOVIRED

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.



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 ESTERILIZA AS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de Historia Clínica: 79

MICROCHIP: 900255003232533 (Número de Microchip)

FECHA: 10-04-26.

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: ORION

COLOR: Pardo

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA Mestizo EDAD 6M PESO: 4.2 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

DATOS DEL TENEDOR / RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ana Maria Andrade Escobar

DIRECCION: Kr 96 C N° 22H-30

TELEFONO: 3187318043

CEDULA: 1014860408

CORREO ELECTRÓNICO: anyandrade2005@gmail.com

BARRIO: Ferrocaja

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud

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

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

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

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

FELINOS: Marzo/26

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 (II) IV. V. VI. E.

CONDICION CORPORAL: 3./5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 127 l/m | F. RESPIRATORIA: 28 r/m | TEMPERATURA: 37 °c | TLLC 3 seg | MUCOSAS: Rosada

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 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 G.P.B.I	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 quirúrgico.

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

FIRMA

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

FIRMA

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 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:
	1014 860408

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

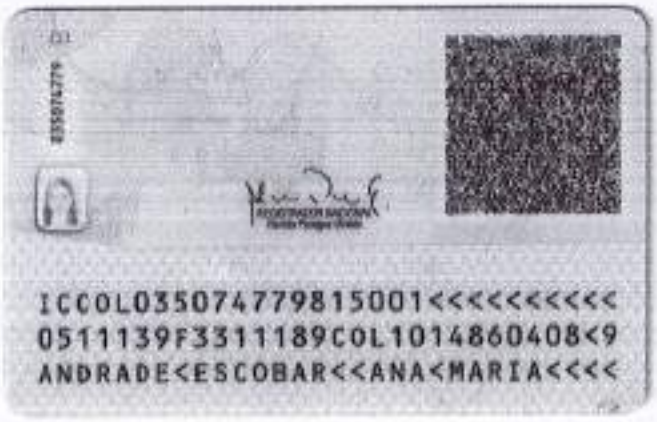
SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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
NUIP 1.014.860.408
ANDRADE ESCOBAR
ANA MARIA
COL
1.67
F
13 NOV 2006
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)
17 NOV 2023. BOGOTA D.C
18 NOV 2033


ICCOL0350747798150O1<<<<<<<<<<<
0511139F3311189COL1014860408<9
ANDRADE<ESCOBAR<<ANA<MARIA<<<<

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá-ESP
NIT. 899.999 094 - 1

Natasha Avendaño Garza
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: Q3 RUTA: Q33327

BIMESTRAL

11874139
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

43495523417
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

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

¡Hola!

Factura a nombre de
FIDUCIARIA DAVIVIEND FIDUCIARI

Dirección del predio
KR 96C 22H 30 IN 1 AP 102

Barrio: FERROCAJA 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

Pago oportuno Inmediato

Suspensión Inmediato

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
JUN/11/2026	ABR/06/2026 07:12:00	ABR/06/2026 12:03:44

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.

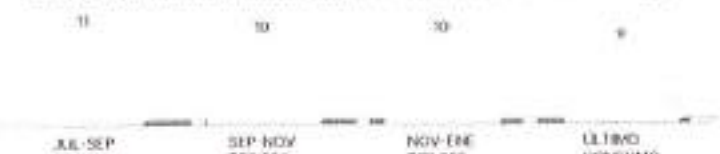
En este período **consumiste menos agua** que en el anterior.
Abre y descubre el detalle de tu pago y consumo ↓

Llámanos 116 Acueducto

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

Tu consumo en este período

En los 3 períodos anteriores tu promedio de consumo fue 10m³



En este período consumiste menos agua que en el anterior.

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

En este período	Promedio al día
9.000	153

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período	1373	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	1364	Base promedio	
Tu consumo este período	9	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca	FLUIDS DE ACTARIO	Tipo	VELOCIDAD
Serie	A0951455501	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
$44.685,11	+	$37.642,92	+	$89.951
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 = **Total a pagar** $172.280

Ingresos que la EAAB-ESP aporta a la CKM en el periodo actual

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 91ad0c3c7af3e1255fe0f89f4a77a5d329071d98c30b49fdeaf3a706a8c5cb67f7f97c3583290662a6834802cae5a37277

DEVOLUCIÓN DE SERVICIOS PÚBLICOS

Detalle de tu consumo este bimestre

	A Acueducto						B Alcantarillado					
	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Valor	Tarifa***	Total (Tarifa + Cant.)	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Valor	Tarifa***	Total (Tarifa + Cant.)
Cargo fijo residencial (9 m³)	2,00	$9.705,02	-15	$2.910-	$8.226,28	$16.452,24	2,00	$4.655,05	-15	$1.397-	$3.957,84	$7.915,10
Consumo residencial básico (9 m³)	9,00	$3.664,82	-15	$4.947-	$3.118,77	$28.032,87	9,00	$3.885,88	-15	$5.246-	$3.303,08	$29.727,82
Consumo residencial superior básico (m³)	-											
Cargo fijo no residencial (m³)	-											
Consumo no residencial (m³)	-											
Subtotal				$7.856-		$44.685,11				$6.643-		$37.642,92

* Corresponde a consumos de hasta 11m³ 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 en %; si hay un aporte, se agrega en %.

Tasas ambientales

Estos valores ya están incluidos en el consumo residencial básico y superior a básico, que se ve en la tabla.

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m³)	$26,82	$81,15
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$241	$729

Mínimo Vital: es un beneficio para los usuarios residenciales de los estratos 1 y 2. Un total de 2.210.000 personas.

C Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajuste a la decena	$1
Intereses de mora	$650
Subtotal	651

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	$89.200
Subtotal	$89.200

Deudas en estudio

Concepto	Valor
Subtotal	

Pagos por la página web, app y billeteras

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

Punto paga, efecty, puntored

PUBCADE: Consulta direcciones y horarios de atención en www.bogota.gov.co/servicios/pubcade

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

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$172.280

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO FACTURA DE SERVICIO PÚBLICO DOMICILIARIO

Señor cliente: Si usted desprendible de pago aparece sello y fecha de extemporaneidad, acérquese a la Acueducto. Esta puede solo podrá efectuarse en Banco virtual.

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: 80

MICROCHIP: Expiry-Date:2030/09/02 900255003232418

FECHA: 10-04-26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Feral

COLOR: Negro / Blanco

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 2A PESO: 2.6 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: Margoth Martin Figueroa

DIRECCION: Cl 76 H Bis 99-75

TELEFONO: 3114506351

CEDULA: 52.771.612

CORREO ELECTRÓNICO: margothmartinf@gmail.com

BARRIO: Centro A ESTRATO: 3 LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Profesional

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

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

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

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

FELINOS:

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 141 l/m | F. RESPIRATORIA: 28 r/m | TEMPERATURA: 37 °c | TLLC 3 seg | MUCOSAS: Rosada.

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 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	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 aceptación de riesgos quirúrgicos.

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

FONTIBON

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE 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, baños secos y otras sustancias que irritan 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:
Margoth Hatin F	52711612

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

52.711.612

NUMERO
MARTIN FIGUEROA

APELLIDOS
MARGOTH

NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 01-DIC-1980
MOSQUERA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

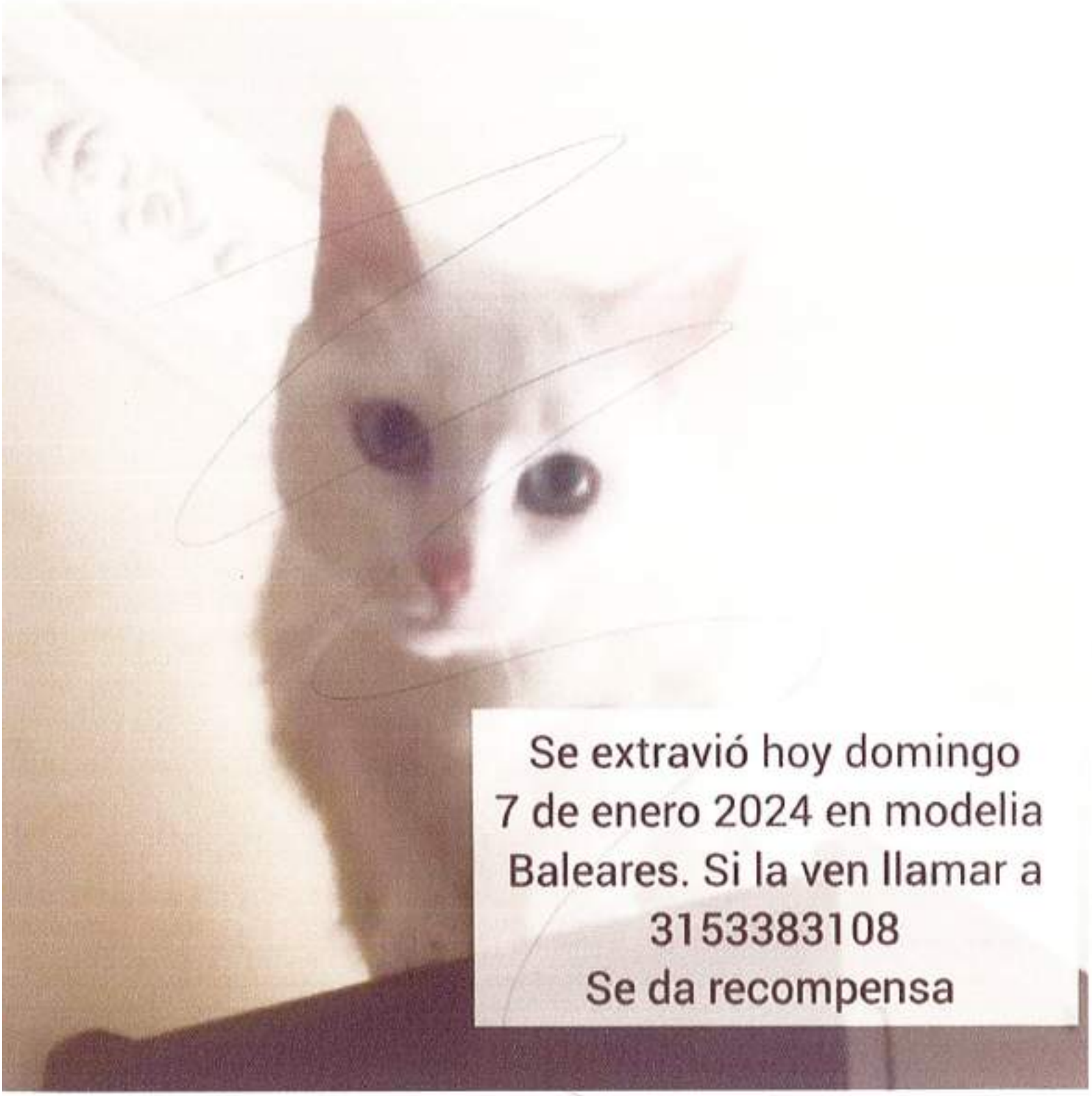
1.55 B+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

23-FEB-1999 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-1500100-00103341-F-0052711612-20080717 0013995321A 1 1960-03-07


Se extravió hoy domingo
7 de enero 2024 en modelia
Baleares. Si la ven llamar a
3153383108
Se da recompensa

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: 81

MB: 900255003232959

FECHA: 10-04-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: odin COLOR: Pardo

ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA___ MACHO X RAZA: mestizo EDAD: 8m PESO: 4.4 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI___ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI___ NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X

TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO___ CONCENTRADO X MIXTO___ OTRO___

ORIGEN: NS/NR___ RESCATADO___ COMPRADO___ ADOPTADO___ REGALADO X PERRO DE CUADRA___ OTRO

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Luna Valentina Toro Salazar

DIRECCION: CL 24F No 100b 08. TELEFONO: 3103133611

CEDULA: 1.022.926.512

CORREO ELECTRÓNICO: lulualetoro@gmail.com

BARRIO: San Jose de Fontibon ESTRATO: 0 LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: Bachiller 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/aaaa: D.P

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

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

FELINOS:

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

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 124 l/m | F. RESPIRATORIA: 28 r/m | TEMPERATURA: 39 °c | TLLC: 3 seg | MUCOSAS: Rosada

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 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.)	0,4 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.76 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomía/Orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACIÓN X RECHAZO___ para la realización del procedimiento 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, 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 peciente, **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:
	1022926512

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
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.022.926.512
TORO SALAZAR
APELLIDOS
LUNA VALENTINA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 19-ABR-2004
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
12-MAY-2022 PUERTO LOPEZ
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 396892722-2

enel | Factura

Para dudas y consultas de nuestros canales de atención es: 1692759-1

No. Medidor: 7506486

¡Hola!

HUMBERTO HERNANDEZ ARCINIEGAS
CL 24 F NO 100 B 06 AP 103
PISO 1
BOGOTA, D.C. - SAN JOSE DE FONTIBON

Pago oportuno
16 MAR 2026

Fecha de suspensión
20 MAR 2026

Tu próxima lectura
06 ABR 2026

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

¡Factura tu consumo de acuerdo a la lectura de tu MEDIDOR y no CONSUMO!

Tipo de Lectura: Real | Kwh Leídos: 2 846 583 0000 | Carga kW: 3.00

Clase de servicio: Comercial | Subclase: Básica

Consejos para el uso eficiente de tu energía

Factura con tecnología LED. Cambia tus viejos bombillos a tecnología LED y ahorra en tu factura de energía.

Descarga tu factura virtual

Registrate en este código y recibe tu factura por correo electrónico

Canales de atención | Puntos de atención Enel

Chat de servicio en enelcomunidades/personas

Operador de aseo

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

Chat de servicio en enelcomunidades/personas

Avenida Gaitana # 65 - 20

Estafas a primera vista.

Si encuentras enlaces sospechosos con el pago en tu factura de energía

Mensajes de 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

Reportalo y paga tu factura siguiendo la Guía Preventiva

Aprende más

¿Cómo pagar tu factura?

Medios virtuales de pago

APP banco | Canal 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 | daviplata | tpaga

Red de atención RED CADE

Tu servicio enel

Corresponsales bancarios

Gana | efecty | Baloto | Su Red | Su Red | Ravval | Su Red | Su Red | Su Red | Su Red

LA TARJETA CRÉDITO
SOLICITA TARJETA Y REC
20 DE DESCU
En la compra siempre qu
DISFRUTA EL ENEL TU PRIMERA CO

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: 82 | ID: 900255003232657 | FECHA: 10-04-2026

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X ___ CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Chimu				COLOR: Negro	
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA: mestizo	EDAD: 8m	PESO: 3.9 KG	RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X	TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___			

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Nicole Jossety Ortiz Martinez	DIRECCION: Dg 16 bis N. 98-49	TELEFONO: 3239666834.
CEDULA: 1.019.983.764	CORREO ELECTRONICO: Nicolleortiz88@gmail.com.	
BARRIO: Laguna	ESTRATO: 3.	LOCALIDAD: FONTIBON
ESCOLARIDAD: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL	

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud

U.T. CELO: dd/mm/aaaa: N.A	U.T. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: 11-11-2025.	U.T. VACUNACION: NS/NR: ___	
		CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa	TRIPLE: dd/mm/aaaa
		HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa	PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa	LEUCEMIA: dd/mm/aaaa

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

RABIA: 01/12/2025.

4. EXAMEN 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: /5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 146. l/m	F. RESPIRATORIA: 37. c/m	TEMPERATURA: 38.1 °c	TLLC: 3 seg	MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 mL	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,2 mL	5-7mg/kg IV
	Atropina	0,1 mL	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ mL	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	04 mL	20.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	016 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, la cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
	1019983764

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
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.019.983.764**

ORTIZ MARTINEZ

APELLIDOS

NICOLE JOSSETY

NOMBRES

Nicole Ortiz

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **13-AGO-2004**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 **O+** **F**

ESTATURA G S RH SEXO

17-AGO-2022 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

ALEXANDER VEGA ROLDAN



I< 1019983764<7F 1013<1<2022101 **0088**055504A 1 8505415930

enel Bogotá

2685472-6

INCOAS LTDA



















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: 83	M 900255003232956	FECHA: 10-04-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Guanito				COLOR: Cafe.	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA: Persa Himalaya	EDAD: 3 A	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 X MIXTO___ OTRO			

ORIGEN: NS/NR___ RESCATADO___ COMPRADO___ ADOPTADO___ REGALADO X PERRO DE CUADRA___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Sandra Milena Velasquez Velasquez		DIRECCION: CL 236 Bis #96I-14	TELEFONO 3218029257
CEDULA: 52.506.055		CORREO ELECTRONICO: milena55@yahoo.es	
BARRIO:	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: FONTIBON	
ESCOLARIDAD: especialización 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/aaaa 01-2026	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: dd/mm/aaaa FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/04/2026 LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/04/2026

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS EXAMEN CLINICO: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRURGICAS

F. CARDIACA: 129 l/m	F. RESPIRATORIA: 28 r/m	TEMPERATURA: 37 °C	TLLC 3" seg	MUCOSAS: Rosada	

OBSERVACIONES: ~~~

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 mL	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,6 mL	5-7mg/kg IV
	Miopino	0,2 mL	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ mL	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	03 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 y de los anestésicos.

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

ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/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 el derecho a contraindicación alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, la cual ha sido informada, he comprendido y aceptado.

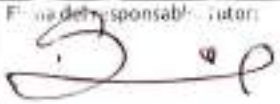
En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

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:
	52506055

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

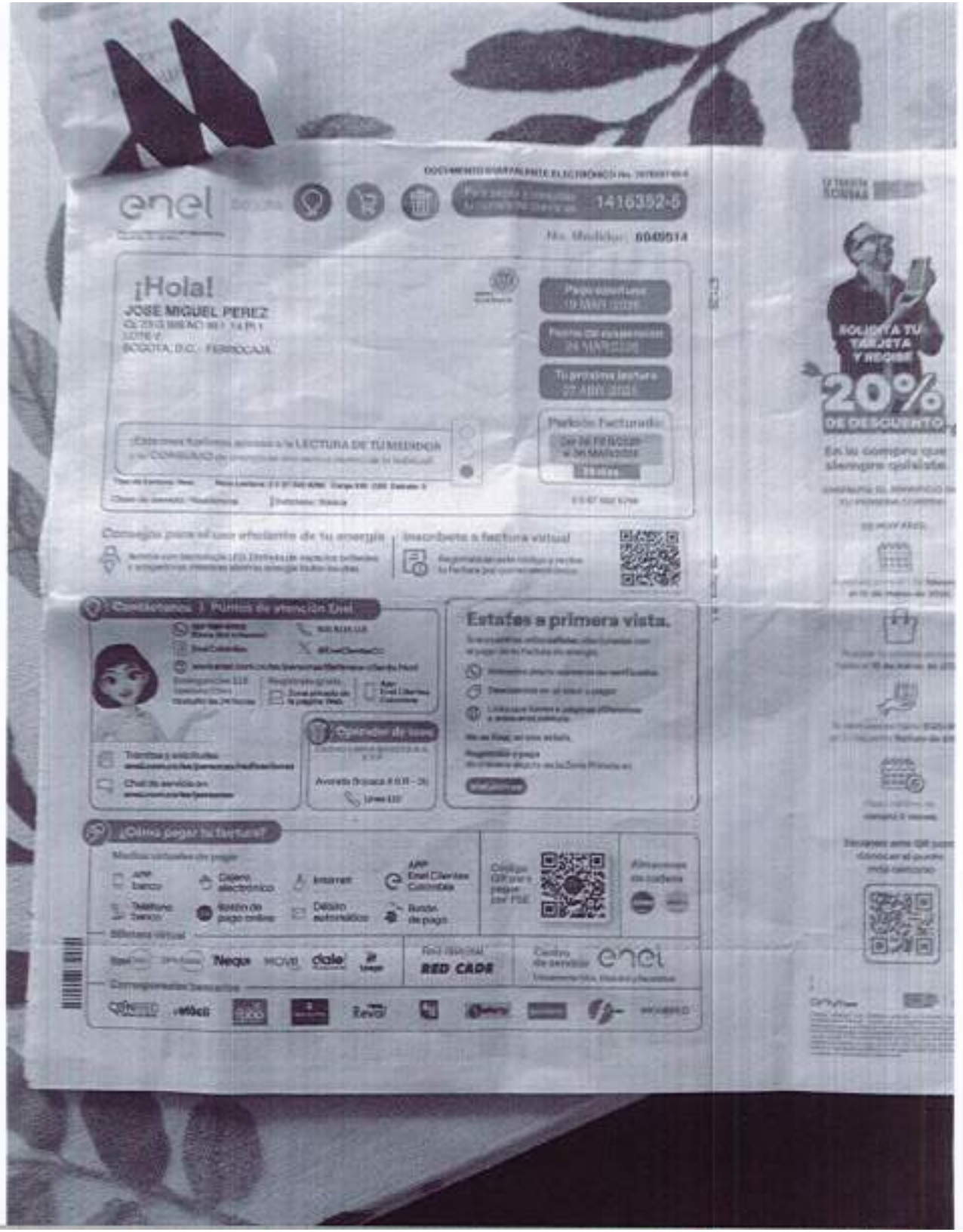
SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

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 52.506.055
VELASQUEZ VELASQUEZ
APELLIDOS
SANDRA MILENA
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 04-ABR-1979
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.74
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
16-ABR-1997 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO


enel
1416352-5
¡Hola!
JOSE MIGUEL PEREZ
BOGOTA, D.C. - FERROCAJA
Estafas a primera vista.
¿Cómo pagar tu factura?
20%
DE DESCUENTO

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

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

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

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

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

Conociendo los anteriores riesgos, principalmente daños por su conformación anatómica, y que en jornada masiva /gratuita de esterilización no se van a tener como lo son:
Los pacientes ingresan sin exámenes pre anestésicos, lo cual genera que pueda tener alteraciones y no sean detectadas y el paciente fallezca o presente complicaciones post quirúrgicas
Los pacientes ingresan sin valoración cardiaca completa lo cual genera que pueda tener alteración cardiaca y por esto fallecer
Los pacientes ingresan sin rx cuello y tórax, lo cual genera que no sepamos si presenta alteración en su tamaño traqueal y no sepamos con exactitud que tamaño de tubo usar y pueda existir lesión traqueal
La anestesia no es inhalada, lo cual implica más tiempo de recuperación/despertar por ende mayor posibilidad de fallecimiento o complicaciones

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN

BOGOTÁ

Yo Sandra Velasquez identificado con cédula de ciudadanía número 52306055 de Bta autorizo el procedimiento de anestesia y esterilización de mi paciente canino ( ) felino (X) de Nombre Guarita Raza Persa Himalaya Edad 3 años y 3 meses

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

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

NOMBRE TUTOR RESPONSABLE: Sandra Velasquez

CEDULA: 52306055

FIRMA:

FECHA 10-04-26 JORNADA Parque la Rosita

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ | ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de historia clínica: 84

MICROCHIP: SI Núm. Expiry-Date:2030/09/02 900255003232644

FECHA: 10-04-26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Bambi

COLOR:

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 7A PESO: 3.5 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Gaby Maritza Castillo Bohorquez

DIRECCION: Kr 102 N 25B-66

TELEFONO: 3007430978

CEDULA: 1012373277

CORREO ELECTRÓNICO: gabycastillo747@gmail.com

BARRIO: San José ESTRATO: 3 LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Primaria

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud

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

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

CANINO: PARVO: dd/mm/aa TRIP: 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 0CT/25

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRURGICAS

F. CARDIACA: 124 l/m F. RESPIRATORIA: 28 r/m TEMPERATURA 37.6 °c TLLC 3 seg MUCOSAS: Rosada

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		Dosis/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 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.)	0,4 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 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 y de los procedimientos quirúrgicos

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

FIRMA:

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

FIRMA:

ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/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 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 contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, con 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 leido 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 compromeo 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
• Gabr castillo	7012375277

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
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.012.373.277
CASTILLO BOHORQUEZ
GABY MARITZA


FECHA DE NACIMIENTO 24-ENE-1991
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
1.54
O+
F
29-ENE-2009 BOGOTA D.C.

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

Por favor dobla y rasga para abrir la factura



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



Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Itaú · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco AV Villas · Banco GNB Sudameris · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Davivienda · Bogotá · 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 GADE
- 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 sola para emergencias
Atención todas 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. 800.096.818-8 704527082023 (4647)

¡Hola!

vanti
Más formas de avanzar

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

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:



Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

Si te encuentras en riesgo por todo se pagos cuentas entregados, en caso de que el pago de cuenta no se realice a tiempo y no se evidencie el corte, Canal consumos puede generar el retiro de reportarte ante la empresa y pagar valor. Si no te llegaron las facturas dentro de los dos días hábiles siguientes a cada mes debes acercarte a nuestras oficinas para solicitar el duplicado. Recuerda que la mora genera intereses de acuerdo con la ley 142 de 1994 y puede hacer que el no de la factura también pase el pago oportuno.

Fecha 001102044173000510 1892 C1

Factura de gas

Marzo 2026

Cuenta o referencia de pago **61780538**

BOGOTA

NIT: 800.007.813-0
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	2.568,59	0,00	59.031,57
FIJO	1UN	4.200,00	0,00	4.200,00
AJUSTE DECENA	1UN	-1,57	0,00	-1,57
Vanti Max Vivienda	1UN	8.394,96	1.585,04	9.980,00

1 – Total **$73.250,00**

Tus financiaciones

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

2 – Total **$0,00**

3 – Valor facturas vencidas

$0,00

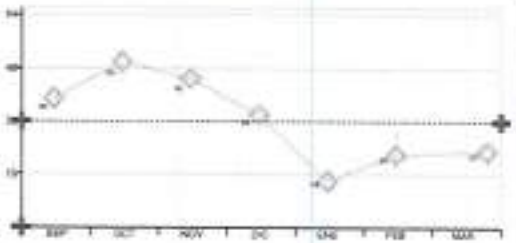
Total a pagar 1 + 2 + 3

$73.250,0

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

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

m³ 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

(415)7709998020025(8020)01780538(3900)00000000073250

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Jul. 2027

La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse en las plazas establecidas en la vigente Resolución CREG 059 de 2013 y 0185 de 2017

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

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

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

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

Componentes tarifarios

Cm: 1.838,64 Pm: 564,3 Dm: 600,88 Cm: 2.988,64
PF: 84,87 Cam: 0,0 Cufm: 4230,0 Cuem: 2588,59
Crm: 0,0 Tpom: 42,47% DAUR: 0,0 DAUNR: 0,0

M/W/Tu consumo en m³ de gas equivale: 271 kWh y el precio unitario del kWh es: $220,438

Factor de corrección

Vm: 30 Kr: 0,78727 Kt: 1,00536 Pr: 0,77158
Vt: 23 Tm: 14,02 Tb: 15,56 Pz: 1,01000
Pb: 8,792 Pm: 8,923 P pc: 1,0

Factor de corrección: 0,77158

Indicadores de calidad

PIST: 100,0 DES: 0,0 ID: 100,0 IPK: 100,0



Somos gestores autorizados Resolución 002358 (Diciembre 23/2004 Ministerio de Minas y Energía) Resolución Exp. 4180 del 11 de Abril de 2006 Autorizamos Resolución 002358 Publicación preliminar Edición Nº 30000 Tarifa 1 30000 con vigencia de 24 meses

Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NUIR 2 1301000 1. VANTI S.A. E.S.P. NIT 800.007.813-0 - Persona Natural Distribuidor Tipo 2 S.A.S. Esta información está regulada por la Ley 142 de 1994 Código Tarifario Servicio 5 4 1 30 NIR 1301 01 2 0

1802

C1

Factura No. F1587979036

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: 85

NO. 900255003229023 chip

FECHA: 10-04-2026

ORIGEN: CES ____ PROTECCIONISTA ____ COMUNIDAD X ____ CALLE ____

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Mordelon			COLOR:	Pardo blanco
ESPECIE: CANINO ___ FELINO Y	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA: mestizo	EDAD: 7m	PESO: 3.9 KG	RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO ___		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO ___		TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR C: SECO ___ CONCENTRADO ___ MIXTO ___ OTRO ___	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Shelcy Natalia Mendoza Mejia		DIRECCION: CL 25F No. 96-90	TELEFONO: 3197495021
CEDULA: 1.192.755.778		CORREO ELECTRÓNICO: Smendozam94@gmail.com.	
BARRIO: Puerta de Teja	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: FONTIBON	
ESCOLARIDAD: Profesional NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL		

3. ANAMNESIS

En buen estado de salud.

ULT. CELO: dd/mm/aa: N.A	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: 07 04 2026	ULT. VACUNACION: NS/NR: X
		CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa
		HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aa

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	F. RESPIRATORIA	TEMPERATURA	TLLC	MUCOSAS
146 l/m	28 r/m	37.6°c	3' seg	Rosada

OBSERVACIONES: ~~~

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 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.)	0,4 mL	30,000 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

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 pueda generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del responsable / Tutor:	Nro. de Identificación:
	1192755778

Yo,_____ identificado con C.C. No._____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirurgica 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. Identificacion:	FIRMA:


REPÚBLICA DE COLOMBIA
NUIP 1.192.755.778
MENDOZA MEJIA
SHELCY NATALIA
COL
1.58
F
11 OCT 2002
A+
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)
12 OCT 2018 BOGOTA D.C.
04 SEPT 2033


ICCOL033195991215001<<<<<<<<<<
0010115F3309047COL1192755778<5
MENDOZA<MEJIA<<SHELCY<NATALIA<

enel | Bogotá

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

2047624-3

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 3502141469-7

CLIENTE

LUZ STELLA GONZALEZ VDA. DE CASTRO
CL 25 F NO 95 20
IN 25 AP 1
BOGOTA, D.C. - PUERTA DE TEJA

07 803 5221 / 25780347

Vete de vacaciones sin preocupaciones.

Evita que tu consumo de energía sea promediado reportando la lectura de tu medidor en la App Enel Colombia o en nuestro sitio web enel.com.co.

Así te asegures de pagar solo por la energía que consumiste.



COMPORTAMIENTO CONSUMO

Activa

VALOR kWh APLICADO	$705,08
CONSUMO DIARIO	6,34 kWh
VALOR DIARIO	$45

Jul Ago Sep Oct Nov Dic Ene

PERIODO FACTURADO: 30 DIC/2025 A 29 ENE/2026 | DIAS FACTURADOS: 32 | CONSUMO MES: 2 kWh

Pide una revisión virtual o LECTURA DE TU MEDIDOR o tu CONSUMO

INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	5,10
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3080907903 5021
RUTA LECTURA:	3507305917G
MANZANA DE LECTURA:	M5G4R4A03B
MEDIDOR NO:	3570304
SUBCLASE:	Básica

HISTORICO DE CONSUMO

CONTACTANOS

Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 6 315 155

115 Opción No.3 Factura

Línea de servicio al cliente 115

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROACTIVA AMBIENTAL URABA S.A.E.S.P. — Av 3 No. 51A-30

CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P. — Avenida Suba # 9-45 - 20

AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.E. E.S.P. — Calle 17A # 5-4 (Av 68 No 17A-24) Local 120 Cali

Línea de servicio al cliente 115

COMO PAGAR SU FACTURA

Medios alternativos de Pago

Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Oficial

Oficinas de Bancolombia

Código QR

Almacenes de Cadena

COMPONENTES TARIFARIOS

En esta factura se ha cargado adicional que corresponde a un valor no cobrado en tarifas anteriores, el cual aplica sobre el consumo de los últimos 5 meses, por una única vez y no afecta sus consumos futuros, conforme a la Ley 142 (1994, art 146)

FECHA GENERACIÓN: 09/01/2026 11:07:17
FECHA EXPEDICIÓN: 10/01/2026 08:47:13

$1.340 + $21.100 + $29.300 = $51.740

PAGO OPORTUNO
21 ENE /2026

FECHA DE SUSPENSIÓN
23 ENE/2026

ENERGÍA

2047624-3

05 FEB /2026

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

FACTURACIÓN								
ENERGÍA REACTIVA								
SUBSIDIO								

ESTE MES LA ENERGÍA QUE REPRESENTA, TU COSTO ES DE MENOS

SUBTOTAL: $1.334

OTROS CONCEPTOS FACTURADOS

Ajustes a la decena	$ 0
MAYOR VR CONS TARIFA APLICADA	$0
SUBTOTAL:	$0

OTROS COBROS Y DESCUENTOS

COBRO SEGUROS	$21.109

1 TOTAL PERIODO $1.340

2 TOTAL GRUPO $21.100

Tan solo sigue la línea de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual tu suministro de servicio público podría ser suspendido. Por la ampliación y otros conceptos no has pagado oportuno. Si usted ya pagó por favor no tenga en cuenta este mensaje.

Recuerda que de no realizar el pago en sus Oficinas Claro, Red EFECTIVO en la línea de PAGO OPORTUNO, tendrá un cobro adicional de $1.000 + IVA. Si ya realizaste el pago, no tienes que hacer nada más. Gracias por confiar en nosotros.

ESTIMADO CLIENTE: Al pertenecer al estrato [illegible] tienes un descuento del [illegible]

ASEO

Ciudad Limpia

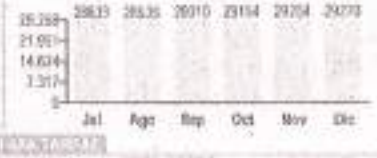
PRESTADOR: CIUDAD LIMPIA BOGOTA S.A. E.S.P

NIT: 830040122-9

NÚMERO ÚNICA CUALQUIER CONSULTA

CUENTA CONTRATO	10888520	
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No.	380241492-7	31
PERIODO DE FACTURACIÓN	01.12.2025 a 31.12.2025	

FACTURACIÓN Y CONSUMOS



CONCEPTOS

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$34.459
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-5.166
ASEO - AJUSTE A LA DECENA DEB	$0
ASEO - INTERES POR MORA	$10

DATOS DEL USUARIO

TIPO PRODUCTO: Residencial

VOLUMEN: 3 (m3)	ESTRATO: 3
CRÉDITO:	PRES. RESIDENCIAL: 3
% APROVECHA (%):	PRES. MAYORES: 0

USUARIOS	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	1	0
No residenciales	0	0

COSTO MES ACTUAL

COSTO FIJO TOTAL	COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE	VALOR COSTO APROVECHABLE
$18.425,07	$6.777,47	$154.680,98

CONSUMOS APROVECHABLES

BARRIDO	0,00246420
LIMPIEZA URBANA	0,00133500
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO	0,00031407
ACTIVIDADES APROVECHABLES	0,00982574
RESIDUOS NO APROVECHABLES	0,03
APOYO NO APROVECHABLE	0,00

MESES EN MORA: 0

3 TOTAL GRUPO $29.300

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

INFORMATIVO DEUDA TOTAL: 29.300,00

NÚMERO DE CLIENTE
2047624-3

Número Equivalente Electrónico No.
380241492-7

PAGO OPORTUNO
21 ENE /2026

TOTAL A PAGAR
$51.740

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: 86

900255003232952

NO ...recho

FECHA: 10-04/26

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X. CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Milam

COLOR: Tabby amarillo.

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X 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 ___ 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@sincorreo.com.

BARRIO: Centro. ESTRATO: 3 LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena salud.

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

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa Abril, 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/... /aaaa LEUCEMIA: dd/... /aaaa RABIA: dd/... /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: 146 l/m F. RESPIRATORIA: 21. r/m TEMPERATURA: 38 °c TLLC 3 seg MUCOSAS: Rosada.

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 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.)	04 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 paraclínicos.

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

ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/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___** **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 Milena Ocampo Rios	24765265

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 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

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: 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

¡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 CONTROLAGUA Tipo VELOCIMETRO
Serie 23098634 Diámetro pulgadas ½

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

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.

Tu consumo en este período

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



En este periodo consumiste más agua que en el anterior

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

En este período	Promedio al día
30.000	508

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este periodo	454	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	424	Base promedio	
Tu consumo este periodo	30	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca	CONTROLADVA	Tipo	VELOCIMETRICO
Serie	22018634	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): 0a3790529638fd53466e37721fd958b34707ca424c34e0047296d4ec53d5adc0f665da3a08150fd3907fc6654e162f080

DOMICILIARIOS NRO. UNICO DE REGISTRO 1-11010100-10 EAB-ESP

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS

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	$9.705,83	-15	$2.939-	$8.328,28	$50.652,24
Consumo residencial básico (m³)	22,00	$3.664,43	-15	$12.083-	$3.116,77	$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				$15.022-		$138.492,14

B Alcantarillado

	Cant.	× Valor unitario	× 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	$3.695,09	-15	$12.834-	$2.303,08	$72.667,56
Consumo residencial superior básico (m³)	8,00	$3.695,09		$0	$3.695,09	$31.087,84
Cargo fijo no residencial (mes)	-					
Consumo no residencial (m³)	-					
Subtotal				$14.231-		$111.670,50

* Corresponde a consumos de hasta 15m³ mensuales (20m³ bimestrales). **(+) Aporte: aplica para estratos 5, 6, comercial e industrial. (-) Subsidio: aplica para estratos 1,2 o 3
*** La tarifa se determina a partir del valor unitario del cargo fijo o del consumo. Si aplica un subsidio, se descuenta un %; si hay un aporte, se agrega un %.

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

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m³)	$29,82	$91,16
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$590	$2.005

i Mínimo Vital es un beneficio que consiste en otorgar un consumo equivalente de hasta 6 m³ mensuales (12 m³ por cada periodo facturado) a los usuarios residenciales de los estratos 1 y 2. (Acuerdo 273 de 2007)

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 billeteras

Para quienes requieren desplazarse o corresponsales bancarios autorizados

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

La EAAB-ESP solo tiene convenios con los siguientes bancos: Popular, Occidente, DAVIbank, Itaú, Occidente, Av Villas, Bogotá, Bancolombia y Citi

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$256.770

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.
Señor cliente: Si en el desprendible de esta factura no sello y sticker de radicación, acepte solo Acueducto. (Si esta paga solo podrá efectuarse en Bancos y Red CADE, no podrá efectuarse en un corresponsal bancario).

ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZ[illegible] CANINAS Y FELINAS

Expiry-Date:2030/09/02
900255003232653

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de HISTORIA Clínica: 87	MICROCHIP:	FECHA: 10-04-26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: GUMBALL			COLOR: Naranja.	
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA: Mestizo	EDAD: 2A	PESO: 4.6 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 ___ COMPRADO ___ ADOPTADO X REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Wilson Fredy Perez Blanco	DIRECCION: cl 14 B N° 119A 77	TELEFONO 3008037404
CEDULA: 79 574 534	CORREO ELECTRÓNICO: wp.technologycol@gmail.com.	
BARRIO: Charco	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: FONTIBON
ESCOLARIDAD: NS/NR: Tecnico	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa N/A	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa Enero/26	ULT. VACUNACION: NS/NR:
		CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa RIPLE: dd/mm/aaaa FLUTAVAC/TINE: 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 0CT/25

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 146 l/m	F. RESPIRATORIA: 28 r/m	TEMPERATURA: 37.6 °c	TLLC: 3' seg	MUCOSAS: Rosada

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 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.)	0.5 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

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 imprecisión en la manipulación con mi animal de compañía la cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda surgir.

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de identificación:
	79'594.634.

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

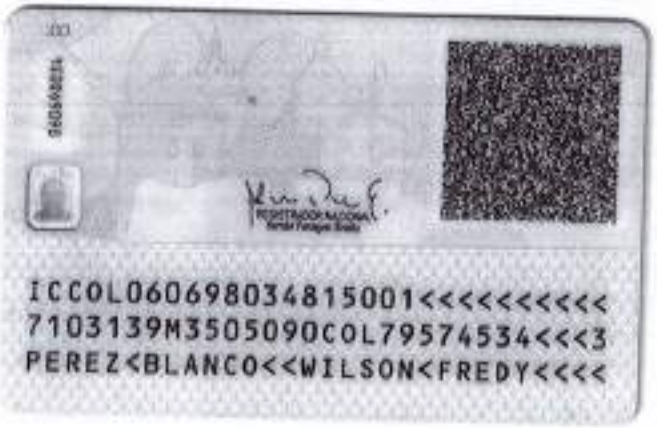
SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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


CÉDULA DE CIUDADANÍA
REPÚBLICA DE COLOMBIA
NUIP 79.574.534
PEREZ BLANCO
WILSON FREDY
COL
1.65
M
13 MAR 1971
O+
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)
28 AGO 1989 BOGOTA D.C.
09 MAYO 2035


ICCOL0606980348150O1<<<<<<<<<<<
7103139M3505090COL79574534<<<3
PEREZ<BLANCO<<WILSON<FREDY<<<<

FACTURA EN LÍNEA



Escanea el código QR, escríbenos en la factura y empieza a recibirla por correo desde el próximo mes



Mundo digital Vanti

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

Pagos electrónicos en otras entidades

Recuerda que puedes pagar las facturas de otros servicios cuando no sea una suplantación

Síguenos en nuestras redes sociales como @grupovanti y conoce nuestros beneficios

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco Bilbao Vizcaya Argentaria Colombia
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Citibank

Corresponsales Banco Davivienda
Red GACH
Banco GNB Sudameris

Centros Comerciales Metro Centro, Éxito

*Aplica para oficinas de Gases de Occidente y Gases de Vanti S.A. ESP.

Eficiencia energética

Línea telefónica vanti para emergencias
Atención todos los días las 24 horas
Fijo - Movil 164 o 01 8000 919 052
01 8000 181 164

Atención presencial
Ingresa a www.grupovanti.com y conoce los puntos presenciales de cada ciudad

¡Hola!

WILSON FREDY PEREZ
CL 148 119A 71 116 00001 - CHARCO
BOGOTA

vanti
Más formas de ahorrar
Medidor Serie No. 2107104-42960

Lote: P160N Ruta: 0011340215030005000 Código del Sector: 027

Cuenta o referencia de pago 61414828

vanti Listo

Compras

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: $ 6.200.000



vanti Listo

Compra todo lo que quieras en nuestras tiendas aliadas.

$8 MILLONES

Cuotas, electrodomésticos, computadores y productos para tu negocio

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 7 a.m. a 6 p.m.
Sábado 7 a.m. a 1 p.m.

Línea gratuita 01 8000 942 784
Bogotá 60 1 307 8123
Barranquilla 605 3 441 1784

Atención virtual
Consulta tus peticiones en este canal

Línea de WhatsApp 315 414 4364
Mi Vanti en línea
https://miespacio.vanti.com.co

También puedes enviar tu consulta al correo para notificaciones de impuesto a las ventas al 2%

Vanti Max

$16.590

vanti

Revisión Periódica Obligatoria

31 Ene. 2029

Tarifa

Tus últimos consumos

Datos de medición

Tu próxima lectura será

Novedades de tu factura

Tus financiaciones

Total $110.120,00

Total a pagar $110.120,0

Valor facturas vencidas $0,00

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: 88	MICRO: 900255003232957	FECHA: 10-04-2026

ORIGEN: CES ____ PROTECCIONISTA ____ COMUNIDAD X ____ CALLE ____

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Tomas				COLOR: gris- blanco	
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA: mestizo	EDAD: 9 M	PESO: 4.3 KG	RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X	TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___			

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Hugo Rafael Martin Camelo	DIRECCION: Kra 96I No 16d 30	TELEFONO: 3118478198
CEDULA: 3.096.440	CORREO ELECTRÓNICO: hugomar1968@gmail.com.	
BARRIO: Guadual	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: FONTIBON
ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL	

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa N-A	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa 01-2026	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: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: 15 mo/2025 LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: 10/04/2025

4. EXAMEN CLÍNICO

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

ANTECEDENTES DE INTERES: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 136 l/m	F. RESPIRATORIA: 28 r/m	TEMPERATURA: 37.6°c	TLLC 3 seg	MUCOSAS: Rosada.	

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,6 ml.	5-7mg/kg IV
	Atropino	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 especificamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	GINA PAULA [illegible] 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, la cual ha sido informada, he comprendido y aceptado.

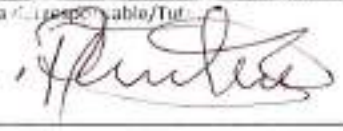
En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

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:
	3096440

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:



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-JUL-1968**

MANTA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.77	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

30-ABR-1987 MANTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00129337-M-0003096440-20061116 0006281904A 2 1210029009

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **3.096.440**
MARTIN CAMELO

APELLIDOS
HUGO RAFAEL

NOMBRES

FIRMA



enel | Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 800 063875-8
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **3744376-2**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 382030571-0

CLIENTE

HUGO RAFAEL MARTIN
KR 96 I NO 16 D 30 PI 3.
PISO 3
BOGOTA, D.C. - GUADUAL FONTIBON

18 310 9760 / 12112360

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

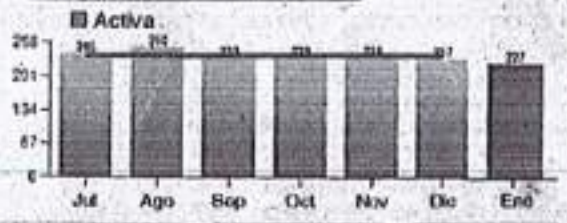
Vete de vacaciones sin preocupaciones.

Evita que tu consumo de energía sea promediado reportando la lectura de tu medidor en la App Enel Colombia o en nuestro sitio web enel.com.co.

Así te aseguras de pagar solo por la energía que consumiste.



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $785,09

CONSUMO DIARIO: 7,32 kWh

VALOR DIARIO: $4.490

PERIODO FACTURADO: 23 DIC/2025 A 22 ENE/2026

DÍAS FACTURADOS: 31

CONSUMO MES 227 kWh

CONSUMO PROMEDIO ÚLTIMOS 6 MESES 240 kWh

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

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	100031831097G0
RUTA LECTURA:	13183110524
MANZANA DE LECTURA:	MS00540752
MEDIDOR NO:	12112360
SUBCLASE:	Básica

USO SEGURO DE ENERGÍA:

Revisa tus cables regularmente. Mantenerlos en buen estado es una forma sencilla de asegurar un entorno confiable y libre de riesgos.

CALIDAD DEL SERVICIO



Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 024 de 2019

CONTÁCTANOS

Registrate gratis

Chat de servicio en enel.com.co/personas/contacto-de-atencion

018 000 90035 Línea fija o para Asesor

Zona privada de la página Web

@EnelColombia @EnelClientesCO

App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 6 115 115	115 Opción 1 las 24 horas	601 6140000 denuncias@enel.com

DEFENSOR DEL CLIENTE

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

APP Enel Clientes Colombia · Sección de pago Online · Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual

Daviplata · Nequi · Ipaga

Corresponsales Bancarios

Gana · Efecty · Red Multiservicios · Baloto · Su Red · Su Red Multiservicios · Punto Red · Su Red Multiservicios · Su Red Multiservicios

Red Distrital

RED CADE

Centros de Servicio

enel Dirección Civil, Bienes y Fiscalidad

Almacenes de Cadena

Alkosto · Ktronix

Código QR

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

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: ENC/2025
G: $287,05 T: $54,11 D: $288,68 CV: $75,80 PR: $58,75 R: $15,70 CF: $0,00 / $780,09 Costo kWh Mes

GRUPO 11 CARGOS FIJOS (mes) - NIVEL DE TENSIÓN 1 PROPIEDAD: Enel

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11JDI por int. Somos autorretenedores según Resolución No. 0047 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de ellos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunicarse al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. Somos grandes contribuyentes según resolución No. 0061 de 12 de diciembre de 2025.

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

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

En cumplimiento de la resolución CREG 015 de 2018, se informa que el Código de Medida, las señalizaciones obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, le invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

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

El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 800 063 875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P. TV 4 No. 51A 25

CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P. Avenida Boyacá # 6 B - 20

ÁREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P. Calle 139 # 54-38/40 Local 123-124

Línea de servicio al cliente 110

FECHA GENERACIÓN: 27/01/2026 01:24:31
FECHA EXPEDICIÓN: 27/01/2026 10:32:40

Scanned with CamScanner

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: 89

MICRO: 900255003229038

FECHA: 10-04-2026

ORIGEN: CES ____ PROTECCIONISTA ____ COMUNIDAD X ____ CALLE ____

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	AKO			COLOR:	Pardo blanco.
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA: mestizo	EDAD: 14m	PESO: 3.3 KG	RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X	TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO ___ MIXTO X OTRO ___			

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Stefanny Dayan Perez Triana	DIRECCION: Kra 103 No 23d 16	TELEFONO: 3506405987	
CEDULA: 1032507073	CORREO ELECTRÓNICO: dayan.pera@quail.com.		
BARRIO: La cabaña	ESTRATO: 3.	LOCALIDAD: FONTIBON	
ESCOLARIDAD: NS/NR: Universidad.	TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL		

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud.

ULT. CELO: (dd/mm/aaaa)	ULT. DESPARASITACION: (dd/mm/aaaa)	ULT. VACUNACION: NS/NR: ___
N.A	02-2026.	CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa QUINTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa FELINOS: TRIPLE FELINA: 25/08/2025 LUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: 10/05/2025

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS EN OTROS SISTEMAS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC:	MUCOSAS:
126 l/m	21 r/m	37 °c	3 seg	ROSADA

OBSERVACIONES: ~~~

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 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.)	0.4 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.76 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 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 Ovariohistectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que, al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

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

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

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

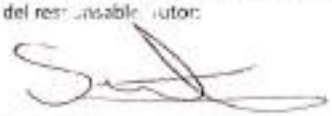
En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del responsable Tutor:	Nro. de Identificación:
	1035077073

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.032.507.073**

PEREZ TRIANA
APELLIDOS

STEFANNY DAYAN
NOMBRES





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-SEP-1999**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

06-OCT-2017 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-1500150-00949961-F-1032507073-20171030 **00582**81457A 1 48700253

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: 03 RUTA: Q33322

BIMESTRAL

10109617	41487293510
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 ENE/14/2026 - MAR/13/2026

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

Fecha próxima próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
JUN/11/2026	ABR/06/2026 07:06:56	ABR/06/2026 11:39:49

¡Hola!

Factura a nombre de

LUIS A LOZADA P

Dirección del predio

KR 103 23D 16

Barrio: LA CABANA Localidad: FONTIBON

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Datos de tu medidor

Marca G2 MEDIATOR Tipo VELOCIMETRO
Serie 24-719767 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 menos 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

Tu consumo en este período

En los 3 períodos anteriores tu promedio de consumo fue 245m³



En este periodo consumiste menos agua que en el anterior.

Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

En este periodo 138.000

Promedio al día 2.339

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este periodo	1404	Facturado con	Real consumo
Lectura anterior	1266	Base promedio	
Tu consumo este periodo	138	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadores	

Datos de tu medidor

Marca	G3 MEDIATOR	Tipo	VELOCIMETRO
Serie	34-710757	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
$643.041,58	+	$668.449,34	+	$16.236
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 período actual

= **Total a pagar** $1.327.730

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 5c85cc63f617da2484221886693f8a0d4733c495c7ec9f3f9bbf3be4983df498c338507c08916208270104ea23c7883

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)	1,00	$9.795,62	-15	$1.469-	$8.326,26	$8.326,62
Consumo residencial básico (m³)	22,00	$3.994,43	-15	$12.093-	$3.114,77	$68.524,46
Consumo residencial superior básico (m³)	47,00	$3.994,43		$0	$3.694,43	$172.228,21
Cargo fijo no residencial (mes)	1,00	$9.795,62	50	$4.898	$14.693,43	$14.693,62
Consumo no residencial (m³)	69,00	$3.994,43	50	$126.428	$5.496,65	$379.268,67
Subtotal				$117.759		$643.041,58

B Alcantarillado

	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Aporte (+) o Subsidio (-)** Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	1,00	$4.656,05	-15	$698-	$3.957,64	$3.958,05
Consumo residencial básico (m³)	22,00	$3.885,08	-15	$12.824-	$3.303,00	$72.667,50
Consumo residencial superior básico (m³)	47,00	$3.885,08		$0	$3.885,86	$182.641,00
Cargo fijo no residencial (mes)	1,00	$4.656,03	50	$2.328	$6.984,05	$6.984,05
Consumo no residencial (m³)	69,00	$3.885,08	50	$134.009	$5.826,97	$402.198,62
Subtotal				$122.872		$668.449,34

* Corresponde a consumos de hasta tres³ mensuales (22m³ bimestrales), **(+) Aporte: aplica para estratos 5, 6, comercial e industrial, (-) Subsidio: aplica para estratos 1,2 o 3
*** La tarifa se determina a partir del valor unitario del cargo fijo o del consumo. Si aplica un subsidio, se descuenta un %; si hay un aporte, se agrega un %.

Tasas ambientales

Estos valores ya están incluidos en el consumo residencial básico y superior a básico, que se factura

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m³)		
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)		
Total por consumo facturado	$3.694	$10.105

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

C Otros conceptos

Concepto	Valor
Faltante a su favor	$4-

D Cobros a terceros

Concepto	Valor

E Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

F Saldos anteriores

Concepto	Valor
Deuda anterior	$16.240
Subtotal	$16.240

Deudas en estudio

Concepto	Valor
Subtotal	

Pagos por la página web, app y billeteras

Para quienes prefieren desplazarse a corresponsales bancarios

Red CADE: Consulta dónde es más fácil acudir a nuestros puntos de atención en www.bogota.gov.ca/servicios/cade

La EAAB-ESP no tiene convenio con las siguientes marcas: Pagatodo, Davivienda, GANAgana, Baloto, Gloriabolo, Mi Vitlas, Efecty, Sucursales CFA

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$1.327.730

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.

Señor cliente: Si en el bimestre de cobro aparece un saldo a favor, este se descuenta en el siguiente recibo. Si no aparece descuento, recibirá el valor completo a pagar.

1776

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS NIVEL UNICO DE PEGGING 1-100/100-10-648-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

HISTORIA CLÍNICA
HC - Número de historia clínica: 90

NO: 900255003229036 ...rochip

FECHA: 10-04-26

ORIGEN: CES ____ PROTECCIONISTA ____ COMUNIDAD X CALLE ____

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Chimuelo

COLOR: Negro.

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA Mestizo EDAD 2A PESO: 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 X MIXTO ___ OTRO ___

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Mariana Nivia Sepulveda.

DIRECCION: Dg 24c 96a 10

TELEFONO: 3132628778.

CEDULA: 1.011.081.799.

CORREO ELECTRONICO: Jemiber@gmail.com.

BARRIO: Rueda de teja. ESTRATO: 3. LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Tecnico

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud.

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

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa Oct 2025

ULT. VACUNACION NS/NR: ___

CANINOS: POLIVO: dd/... TRIPLE ... PENTAVALENTE: ...

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

FELINOS:

TRIPLE FELINA ... LUCEM... RABIA 2024 aaa

4. EXAMEN CLINICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRURGICAS

F. CARDIACA	F. RESPIRATORIA	TEMPERATURA	TLLC	MUCOSAS
126 l/m	24 r/m	37 °c	3 seg	Rosada.

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 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.)	0,4 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 quirúrgico.

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

FIRMA

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

FIRMA

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:
Mariana Nivia S	1011089194

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



NUIP 1.011.081.799

Apellidos
NIVIA SEPULVEDA

Nombres
MARIANA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.65	F

Fecha de nacimiento
14 FEB 2005

G.S.
B+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
16 FEB 2023, BOGOTA D.C.

Firma
Mariana Nivia.

Fecha de expiración
28 AGO 2034

.DO

053538291

REGISTRADOR NACIONAL
Fabiola Paragua Bruno

ICCOL053538291215001<<<<<<<<<<<
0502146F3408283COL1011081799<6
NIVIA<SEPULVEDA<<MARIANA<<<<<<

enel

Para pagar y consultar tu número de cliente es: **0415051-8**

No. Medidor: 3837183

¡Hola!

MARIA MAARGARITA RINCON DE SEPULVEDA
DG 24 C NO 95 A 10
FONTIBON
BOGOTA, D.C. - PUERTA DE TEJA

Pago oportuno
10 FEB/2026

Fecha de suspensión
20 FEB/2026

Tu próxima lectura
05 MAR/2026

Periodo Facturador
Del 06 ENE/2026
al 04 FEB/2026
30 días

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

Tipo de Lectura: Real | Ruta Lectura: 3 0 05 004 0008 | Carga kW: 10,00 | Estrato: 3

Clase de servicio: Residencial | Subclase: Básica

3 5 05 503 5870

70582

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

- 316 000 0000 (Línea Bot o Asesor)
- 601 5610 115
- Enel Colombia
- @EnelClientesCO
- www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
- Emergencias 115 Opción 1 Gratuita las 24 Horas.
- Peticiones gratis: Zona privada de la página Web
- App Enel Clientes Colombia

Operador de aseo

CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P.

Avenida Boyacá # 6 B - 20

Línea 110

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

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 | dale | tpaga

Red distrital RED CADE

Centro de servicio enel — Universidad Chía, Girardot y Fusagasugá

Corresponsales bancarios

CONRED | efecty | MOVIRED

13.802 - Página 1 de 4

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.



ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZ [barcode] NAS

HISTORIA CLÍNICA	MICROCHIP:	FECHA:
HC - Número de Historia Clínica: 91	900255003232339 Número de Microchip	10-04-26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	TIGRE			COLOR: PARDO	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA: MESTIZO	EDAD: 7M	PESO: 3.4 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: Andrea Cueivo Campos	DIRECCION: cl 23c N 709-32	TELEFONO 3757639476
CEDULA: 52984663	CORREO ELECTRÓNICO: cual6340@gmail.com	
BARRIO: Versalles	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: FONTIBON
ESCOLARIDAD: NS/NR: Tecnico	TIPO DE VIVIENDA: CASA___ APTO X RURAL	

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACION: NS/NR: X
N/A	01/01/25	CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
146 l/m	21 r/m	37 °C	3 seg	Rosado

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 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.)	0.4 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.16 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujana y/o Anestesiologa), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y especialmente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomía/Orquiectomía (esterilización/castración), que he manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION___ RECHAZO___ para la realización del procedimiento descrito.

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 Ovariohistectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que, al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son: paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
	52 984663

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 52.984.663
CUERVO CAMPOS
APELLIDOS
ANDREA
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 27-FEB-1984
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

20-JUN-2002 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

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



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

Redcban · Baloto · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco AV Villas · Banco GNB Sudameris · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Davivienda Daviplata · Dale!

*Permite adicionalmente inscripción a 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, 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.

CANAL DE SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 900 858 412-8

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

¡Hola!

ROSALBA PACHON
CL 23C 109 32 - VERSALLES
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5037199-59192

Lote: P13GN **Ruta:** 0011020193950005000 **Código del Sector:** 326

Cuenta o referencia de pago **61444488**

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: **$ 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 8755

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

FECHA 08/10/2019 1661

C1

actura de gas

Marzo 2026

anta o referencia de pago **61444488**

BOGOTA

NIT. 806.007.813-5
Vanti S.A. ESP
www.grupovanti.com

vanti
Más formas de avanzar

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
NSUMO GAS	25M3	2.568,59	0,00	64.164,75
D	1UN	4.230,00	0,00	4.230,00
JSTE DECENA	1UN	-3,75	0,00	-3,75
CAUDO TERCEROS Piliza Hogar SBS	0	10.349,00	0,00	10.349,00
ne Max Gas 2	1UN	13.184,67	2.805,13	15.990,00

1 — Total **$94.430,00**

Tus financiaciones

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

2 — Total **$0,00**

Valor facturas vencidas

$0,00

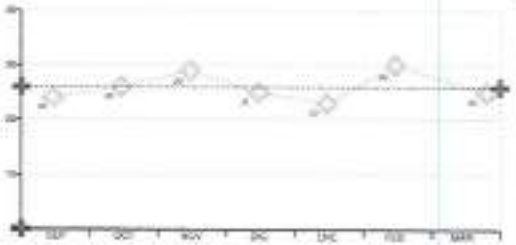
Total a pagar 1 + 2 + 3

$94.430,0

Pago por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
16 Feb. 2026	2130	REAL
16 Mar. 2026	2163	REAL

m³ corregidos= 2163 - 2130 * Factor de corrección = 25

Tu próxima lectura será

Entre 14 y el 19 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

(415)7709998026026(8020)61444488(3900)00000000094430

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Ago. 2029

La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la reglamentación vigente (Resoluciones 067 de 2017 y 42061 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: 1306.64 Tm: 904.2 Dm: 606.89 Cm: 2569.09
Pr: 64.67 Cvm: 0.0 CuPm: 4250.5 Cuvm: 2569.09
Lvm: 0.0 Fpcs: 40.475 DAUR: 0.0 DALINR: 0.0

Nota: Tu consumo en m³ de gas equivale: 25C
kWh y el precio unitario del kWh es $231,847

Factor de corrección

Vm: 30 Kr: 0.76706 Kt: 1.06829 Ft: 0.77173
Vc: 25 Tm: 14.84 Tc: 15.56 Pc: 1.01068
Pc: 0.752 Pm: 0.0254 F pv: 1.0

Factor de corrección: 0.77173

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 ID: 100.0 IPR: 100.0



1681

C1

Factura No. F1B8000311

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: 92	MICROCHIP: Expiry-Date:2030/09/02 900255003229022	FECHA: 10-04-26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: ARES				COLOR: Amarillo / Blanco	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA: Mestizo	EDAD: 6M	PESO: 3.2 KG	RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X	TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO___ CONCENTRADO___ MIXTO X OTRO			

ORIGEN: NS/NR___ RESCATADO___ COMPRADO___ ADOPTADO X REGALADO___ PERRO DE GUARDA___ OTRO

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Luisa fernanda Martin Borja	DIRECCION: cl 23 N 123A 07	TELEFONO 3134720137
CEDULA: 1076074772	CORREO ELECTRÓNICO: Luisaborja478@gmail.com	
BARRIO: Bosas Aldea	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: FONTIBON
ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___ RURAL	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaa N/A	ULT. APAREAMIENTO: dd/mm/aaa Feb/26	ULT. VACUNACION: NS/NR:
		CANINOS: PARVO: dd/mm/aaa MOQUILLO: dd/mm/aaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa TETRAVALENTE: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaa
		FELINOS: Feb/26 TRIPLE FELINA: dd/mm/aaa LEUCEMIA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaa

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 PRE QUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 146 l/m	F. RESPIRATORIA: 24 r/m	TEMPERATURA: 37 °c	TLLC: 3 seg	MUCOSAS: Rosada

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 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.)	0,4 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,6 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

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

ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

Además, soy consciente y **ACEPTO** __X___ o **RECHAZO**_____ **la declinación de la realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a controversia 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:
Luisa Martin	1050014712

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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


CÉDULA DE CIUDADANÍA
REPÚBLICA DE COLOMBIA
NUIP 1.016.014.712
MARTIN BORJA
LUISA FERNANDA
COL
1.64
F
03 DIC 2008
O+
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)
10 DIC 2034 BOGOTA D.C
11 DIC 2034
Luisa Martin


ICCOL0659181912150O1<<<<<<<<<<
0612036F3412112COL1016014712<6
MARTIN<BORJA<<LUISA<FERNANDA<<

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: 83 RUTA: 533681

BIMESTRAL

12464450	11141847514
Cuenta contrato Núm. de identificación de este predio	**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 sugerida próximas lecturas	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
ABR/15/2026	FEB/05/2026 05:39:20	FEB/05/2026 08:31:39

¡Hola!

Factura a nombre de
JOSE ANTONIO DUARTE ORJUELA

Dirección del predio
CL 23 123A 07 Pt 2

Barrio: BRISAS ALDEA Localidad: FONTIBON

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio
Clase de uso: Residencial
Estrato: 2
Unidades Habitacionales: 1
Unidades No Habitacionales: 0

Datos de tu medidor
Marca
Serie
Tipo
Número palgadas
Volumetrico

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

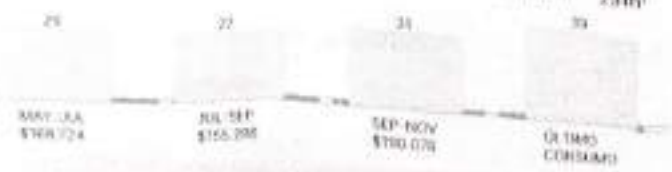
Entre a www.acueducto.com.co haz clic en Servicios al Ciudadano y obtén información de los puntos de atención, copia de la factura y realiza tu pago a través de Internet.

cadena

1751 32203 15953

Tu consumo en este periodo

En los 3 periodos anteriores tu promedio de consumo fue 29 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
39.000	661

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este periodo	057	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	1018	Base promedio	
Tu consumo este periodo	39	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca	KLSTER	Tipo	VOLUMÉTRICO
Serie	[illegible]	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
$122.967,47		$123.712,09		$26.406-
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 periodo

Representa lo que la EAAB-ESP reporta a la DIAN en el periodo actual

= **Total a pagar** $220.275

CUDE (Código Único 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	$9.795,63		-60		$7.837-	$5.877,37		$11.754,74
Consumo residencial básico (m³)	22,00	$3.683,57		-60		$12.407-	$7.209,54		$48.616,54
Consumo residencial superior básico (m³)	17,00	$3.683,57				$0	$3.992,57		$62.963,69
Cargo fijo no residencial (mes)									
Consumo no residencial (m³)									
Subtotal						$40.244			$122.967,47

B Alcantarillado

	Cant.	Valor unitario	=	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	=	Valor	Tarifa***	=	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$4.659,03		-60		$3.726-	$2.793,65		$5.587,30
Consumo residencial básico (m³)	22,00	$3.911,41		-60		$34.450-	$2.348,85		$51.663,02
Consumo residencial superior básico (m³)	17,00	$3.911,41				$0	$5.911,41		$66.493,97
Cargo fijo no residencial (mes)									
Consumo no residencial (m³)									
Subtotal						$38.140			$123.712,09

* Corresponde a consumos de hasta 11m³ bimestrales (22m³ bimestrales). **(+) Aporte: aplica para estratos 5, 6, comercial e industrial. (-) Subsidio: aplica para estratos 1,2 e 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, que es el de 0 a 20 m³.

	Tarifa (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m³)	$10,61	$64,34
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$416	$1.415

El Mínimo Vital es un beneficio social, el Concejo de Bogotá brinda un apoyo económico de hasta 6 m³ mensuales, [illegible] por el periodo facturado a los usuarios residenciales de los estratos 1, 2 y 3. Más información en [illegible]

C Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajuste a la decena	$1-
Cobro mes vital total	$26.515
Intereses de mora	$710
Subtotal	38.406

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 ahorrar en nuestros establecimientos comerciales aliados

RedCAME: Consulta de establecimientos comerciales aliados en [illegible]

ATENCIÓN: Este pago no aplica en los siguientes bancos: Procredit, Davivienda, Colpatria, Av Villas, Bogotá, Scotiabank y Caja

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$220.275

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DE SERVICIO PÚBLICO No.

Señor cliente: Si en el documento de esta factura usted debe [illegible] no debe este concepto. (Este pago no podrá efectuarse en Bancos y Red CADE, no podrá efectuarse en el corresponsal bancario).

1751

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS NRO. UNICO DE REGISTRO 0 1 2 3 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

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de Historia clínica: 93	Expiry-Date: 2030/09/02 900255003229032 NO ____ de Microchip	FECHA: 10-04-26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Dicmes				COLOR: Tabby gris	
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA: Mestizo	EDAD: 7M	PESO: 3,5 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 X CASERO ___ CONCENTRADO ___ MIXTO ___ OTRO ___			

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Julio Oswaldo Diaz Betancourt.		DIRECCION: Cl 25 B 100-15	TELEFONO: 3006143314.
CEDULA: 19.444.089.		CORREO ELECTRONICO: oswaldodiaz@hotmail.com	
BARRIO: San Jose Fontibon	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: FONTIBON	
ESCOLARIDAD: NS/NR: Profesional	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL		

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aa: NA	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: Feb 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: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: 06/03/26

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS [illegible]: Ninguna

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRURGICAS

F. CARDIACA: 136 l/m	F. RESPIRATORIA: 24 r/m	TEMPERATURA: 32 °c	TLLC: 3 seg	MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,6 ml	5-7mg/kg IV
	Morfina	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 especificamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del responsable / tutor:	Nro de Identificación:
	19.444.089 Bta

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

Nombre del responsable/Tenedor: CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

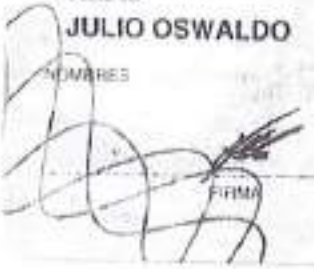
SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 19.444.089
DIAZ BETANCOURT
APELLIDOS
JULIO OSWALDO
NOMBRES







FECHA DE NACIMIENTO 21-JUL-1961
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.73 ESTATURA | B+ G.S. RH | M SEXO

28-SEP-1979 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

A 1500150 00150602 M 0019444089 20050512 0011404324A 1 1500020777

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 386909109-3

enel

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **1358255-8**

No. Medidor: 6022816

¡Hola!

CLAUDIA CILIA GODOY
CL 25 B NO 100 - 15 AP 503
FONTIBON CENTRO
BOGOTA, D.C. - SAN JOSA DE FONTIBON

Pago por Nequi

Pago oportuno
13 MAR 2026

Fecha de suspensión
20 MAR 2026

Suspensión fantasma
04 ABR 2026

Periodo Facturado
Del 05 FEB 2026
al 05 MAR 2026
28 DÍAS

Tipo de Lectura: Real Ruta Lectura: 2 1 09 583 0629 Carga kW: 6.00 Estrato: 3

Clase de servicio: Residencial Subclase: Soltero

3 5 05 583 0734

Descubre cómo ahorrar energía

Suscríbete a factura virtual

Contáctenos | Puntos de atención Enel

Estafas a primera vista.

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

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

Avenida Boyacá # 6 B - 21
Línea 123

Medios recaudo de pago

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

Nequi
dale
RED CADE





$37.820

$37.820

Estado de cuenta

Concepto

Valor

$37.820

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: 94

900255003232647

NO microchip:

FECHA: 10-04-26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Chimuelo

COLOR: Negro

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 8M PESO: 3,8 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 X MIXTO ___ OTRO ___

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Magda Maritza Niño Velez

DIRECCION: CL 25 B 100-15

TELEFONO: 3204075479

CEDULA: 52.481.649

CORREO ELECTRÓNICO: Magdavelez918@gmail.com

BARRIO: San Jose de Fontibon. 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. ESTERILIZACION: dd/mm/aaaa DIC 2025

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

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

HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: DIC 2025

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 ANORMALES: Ninguno.

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

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PRE QUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 124 l/m F. RESPIRATORIA: 30 r/m TEMPERATURA: 37.7 °c TLLC: 2' seg MUCOSAS: Rosada

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 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.)	04 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.76 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ___

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	GINA PAOLA RODRÍGUEZ 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 Ovariohistectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que, al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

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

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

Además, soy consciente y **ACEPTO** __X___ o **RECHAZO**_____ **la declinación de la realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a controversia 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:
Manto Quada	52.481.649 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 **52.481.649**
NIÑO VELEZ

APELLIDOS
MAGDA MARITZA

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **14-DIC-1978**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

10-FEB-1997 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-1500150-0034598-F-0052481649-0011199 0028391954A 1 37573494

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 385909109-0

1359255-8

No. Medidor 6022816

¡Hola!

CLAUDIA CILIA GODOY
CL 25 B NO 100 15 AP 503
FONTIBON CENTRO
BOGOTA, D.C. - SAN JOSA DE FONTIBON

Pago por Nequi.

Pago oportuno
Fecha de suspensión
Lo próximo lectura

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

Tipo de Lectura: Real Ruta Lectura: 0 5 05 505 0035 Cargo kW: 0,86 Digitable: 3

Clase de servicio: Residencial | Subclase: Basica

0 5 05 505 6774

Inscríbete a factura virtual

Estafas a primera vista.

Canales 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 pago por PSE

Almacenes de cadena

Nequi MOVII daviplata pagos
Red digital: RED CABE
Centros de servicio enel

Con convenios financieros

CON .efecty Red Val Efecty



En la compra que siempre quisiste.

ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLINICA HC - Número de historia clínica: 95 | MICROCHIP: 900255003232645 | FECHA: 10-04-26

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Simba | COLOR: amarillo / Blanco.

ESPECIE: CANINO___ FELINO X | SEXO: HEMBRA___ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 7M. | PESO: 3.9 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI___ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI___ NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X | TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO___ CONCENTRADO X MIXTO___ OTRO___

ORIGEN: NS/NR___ RESCATADO X COMPRADO___ ADOPTADO___ REGALADO___ PERRO DE CUADRA___ OTRO: ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Marilin Franco Diaz | DIRECCION: Kr 100 N 23H 22 | TELEFONO: 3057177303

CEDULA: 52.935.091 | CORREO ELECTRÓNICO: marilinfranco1983@hotmail.com

BARRIO: San José | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aa: N/A | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: oic/25

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa | TRIPLE: dd/mm/aaaa | PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa | TETRAVALENTE: 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 oic/25.

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 126 l/m | F. RESPIRATORIA: 24 r/m | TEMPERATURA: 37.6c | TLLC: 3" seg | MUCOSAS: Rosada

OBSERVACIONES: ———

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 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.)	0,4 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	016 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 RODRÍGUEZ 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 Ovariohistectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que, al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
Maribel Franco Diaz	52.935.091

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 52.935.091
FRANCO DIAZ

APELLIDOS
MARILIN

NOMBRES

Marilin Franco Diaz

FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 18-OCT-1983
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
29-OCT-2001 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 387085179-7

enel | Bogotá

Para pagos y consultas tu número de factura es: **0417988-7**

No. Medidor: 56273207

¡Hola!

ALIS ISNAIRA AMADO AMADO
KR 100 NO 23 H 22 AP 502
U.C.I 15 APTO 502
BOGOTA, D.C. - SAN JOSA DE FONTIBON

Fecha apertura
07 FEB 2026

Fecha de suspensión
24 MAR 2026

Tu próxima factura
06 MAR 2026

Periodo Facturado:
Del 08 FEB/2026
al 05 MAR/2026

Tipo de Lectura: Real | Ruta Lectura: 3 5 07 502 0750 | Carga kW: 11,00 | Estrato: 3
Clase de servicio: Residencial | Solicitud: Básica

3 5 07 501 7968

Consejos para el uso eficiente de tu energía

- Instala una 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

- 316 600 6000 (Bienvenido a Aveon)
- 601 5113 115
- Enel Colombia
- @EnelClientesCO
- www.enel.com.co/es/personas/defensoria-cliente.html
- Disponible las 24 horas
- Zona privada de la página Web
- App Enel Clientes Colombia

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

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

Oficinas de pago

CADENA LIMPIA BOGOTA S.A. E.S.P.
Avenida Bogotá # 6 B - 20
Línea 110

Estafas a primera vista.

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

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

No es Enel, es una estafa.

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

Billetera virtual: Nequi, MOVII, dale!

Red distrital RED CADE

Centro de servicio enel

Corresponsales bancarios: CENRED, efecty, Red Multiservicios, Revii, Baloto, Supergiros, MOVIRED



En la compra que siempre quisiste.

¡DISFRUTA EL BENEFICIO E TU PRIMERA COMPRA!

ES MUY FÁCIL

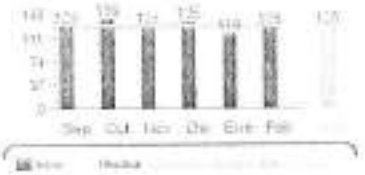
Solicítala entre el 1 de febrero y el 15 de marzo de 2026.

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

Te devolvemos hasta $120.000 en tu siguiente factura de ENE

Pasa máximo de compra E asesa.

Escanea este QR para conocer el punto más cercano



Sep Oct Nov Dic Ene Feb

Documento electrónico

Una vez cargado para pagos en canales presenciales