FONTIBÓN BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de Historia Clínica: 31

900255003232232

ID:

FECHA: 18-04-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Negro

COLOR: Negro

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: Pitbull EDAD: 6A PESO: 31 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI X NO

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Angie Alejandra Guaara Quintero

DIRECCION: CL 19 No 109-08

TELEFONO: 3228177030

CEDULA: 1.000.330 291

CORREO ELECTRÓNICO: alejandraguaaraquintero@gmail.com

BARRIO: Belen

ESTRATO: 3.

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud

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

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

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

FELINOS:

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 138 l/m F. RESPIRATORIA: 24 r/m TEMPERATURA: 38.2 °c TLLC 2 seg MUCOSAS: rosadas

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	3.1 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	3.1 ml	5-7mg/kg IV
		___ ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	3.1 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	7.24 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ___

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	EILEEN NATHALY BELLOTA Medico Veterinaria T.P 27701	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	ADRIANA ARDILA ACOSTA MÉDICA VETERINARIA T.P. 32751	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 enfasis 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, talco, 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:
Alejandra Quintero	1,000330,291.

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

Se observa lesión externa en el escroto completamente con secreción.

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

NÚMERO **1.000.330.201**

GUEVARA QUINTERO

APELLIDOS

ANGIE ALEJANDRA

NOMBRES

Alejita Quintero

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **27-AGO-2000**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

28-SEP-2018 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO



A-1000330201-20030306 0100A3025A 1 8307469407



Denuncia en la Línea 116 cualquiera de las siguientes situaciones, así protegerás la disponibilidad de tus servicios públicos:

- El hurto o faltante de medidores, rejillas y tapas.
- Manipulación de cajas, tapas, rejillas, medidores, hidrantes o centros de medición por parte de personal ajeno a la empresa.
- Cajas o tapas levantadas o inexistentes.
- Cualquier otra actividad irregular que observes en la red de acueducto y alcantarillado.

BOGOTÁ

El hurto o daño de infraestructura afecta contra la disponibilidad permanente de agua y alcantarillado e incluso puede generar largas interrupciones en el servicio.

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

ESTÁS INSCRITO EN FACTURA VIRTUAL

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTA

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

Responsabilidades fiscales: Gran Contribuyente; Autorretenedor

Natasha Avendaño García
Secretaria Jurídica Legal

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: 53 RUTA: 53892

BIMESTRAL

10212288	41489903918
Cuenta contrato Núm. de identificación de este predio	**Número para pagos** Número de esta factura de servicios públicos

Descargue el Documento Equivalente Electrónico

Periodo facturado ENE/18/2026 - MAR/18/2026

Pago oportuno ABR/24/2026

Suspensión ABR/29/2026

Fecha expedición factura anterior	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
JUN/19/2026	ABR/08/2026 06:54:38	ABR/08/2026 11:25:25

¡Hola!

Factura a nombre de
CARLOS E QUINTERO

Dirección del predio
CL 19 109 08

Barrio: BELEN Localidad: FONTIBON

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso: Residencial
Estrato: 3
Unidades Habitacionales: 2
Unidades No Habitacionales: 0

Datos de tu medidor

Marca ELSTER **Tipo** VOLUMETRICO
Serie A17A156133 **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 período **consumiste más agua** que en el anterior.
Abre y descubre el detalle de tu pago y consumo ↓

Llámanos **116** Acueducto

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

cadena.

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA
HC - Número de historia clínica: 32

900255003232982

NO Microchip:

FECHA: 18.04.26.

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Thor

COLOR: Gris

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: American Bully EDAD: 20M. PESO: 27 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI X NO

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Fredy Andres Bernal Novoa.

DIRECCION: Cl 22K 103A 46

TELEFONO: 3186913375

CEDULA: 80.163.497

CORREO ELECTRÓNICO: Fredyandresbernal@gmail.com.

BARRIO: La Caba. ESTRATO: 3 LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena. Salud.

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

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

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

HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: ~~ene/2026~~

FELINOS:

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

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 132 l/m | F. RESPIRATORIA: 24 r/m | TEMPERATURA: 38.2 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS Rosada s

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	2.7 ml.	1-3mg/kg IM
	KETAMINA	2.7 ml.	5-7mg/kg IV
		ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	2.7 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	10.8 ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ___

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	EILEEN NATHALY BEDOYA Medico Veterinaria T.P 27701	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	ADRIANA ARDILA ACOSTA MÉDICA VETERINARIA T.P. 32751	FIRMA

FONTIBON

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

De igual manera autoriza 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:
	80163497

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:

IULA DE
DADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 80.163.497



Apellidos
BERNAL NOVOA

Nombres
FREDY ANDRES

Nacionalidad
COL

Estatura
1.65

Sexo
M

Fecha de nacimiento
24 JUL 1983

G.S.
B+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
02 NOV 2001, BOGOTA D.C.

na

Fredy Bernal

Fecha de expiración
05 NOV 2035

Powered by CamScanner

0831222264

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo



:CCOL0831222648150O1<<<<<<<<<<<<
3307244M3511059COL80163497<<<5
3ERNAL<NOVOA<<FREDY<ANDRES<<<<

Powered by CamScanner

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 388543040-0

enel

Pin pago y consulta: 3970559-4

No. Medidor: 284216

¡Hola!

ANA RITA PARRA VDA DE DOMINGUEZ
CL 22 K NO 103 A 46 AP 203
APARTAMENTO 203
BOGOTA, D.C. - LA CASAA A FONTIBON

Pago oportuno
06 ABR 2026

Fecha de suspensión
08 ABR 2026

Tu próxima lectura
16 ABR 2026

Periodo Facturado
Del 18 FEB/2026
al 16 MAR/2026
28 días

¡Este mes tuvimos acceso A/A LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO se realizó de manera estimada!

Tipo de Lectura: Real Ruta Lectura: 1 2 15 307 8870 Carga kW: 3,00 Estrato: 3

Clase de servicio: Residencial Subclase: Básico

1 2 15 307 8461

Consejos para el uso eficiente de tu energía

Nevera con tecnología LED. Controla de espacio en bandejas y acomódalas en el interior ahorra energía todos los días.

Inscribete a factura virtual

Regístrate en este código y recibe tu factura por correo electrónico

Contáctanos | Puntos de atención Enel

310 860 4000 (Bogotá, Soacha y Zipaquirá)
Enel Colombia
Línea Gratuita Nacional 018000 115 115
@EnelClientesCO
www.enel.com.co/es/personas/defensoria.html
Chat en línea de 24 horas
Zona privada de tu página Web
App Enel Clientes Colombia

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

Puntos de atención Enel
Avenida Bogotá # 6 B - 20
Línea 110

Estafas a primera vista.

Si actualmente usas señales relacionadas con el pago de tu factura de energía

Mensajes de números no verificados

Descuentos de un valor a pagar

Enlaces sospechosos a páginas diferentes a www.enel.com.co

No es Enel, es una estafa.

Regístrate y paga de manera segura en la Zona Privada en

¿Cómo pagar tu factura?

Medios virtuales de pago

APP banco
Cuenta electrónica
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

Billeteras: Nequi MOVII daviplata

Puntos físicos: RED CADE

Cuotas de servicios Enel

Corresponsales Bancarios: CONVIRED efecty Red Servi Baloto MOVIRED

44022



En la compra que siempre quisiste.

DISFRUTA EL BENEFICIO EN TU PRIMERA COMPRA

ES MUY FACIL

Código QR

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACION [illegible] CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC: Número de Historia Clínica: 33

MICROCHIP: SI 900255003232715 Número de microchip

FECHA: 18/04/26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA X COMUNIDAD CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Rocko

COLOR: Amarillo

ESPECIE: CANINO X FELINO SEXO: HEMBRA MACHO X RAZA Mestizo EDAD 18M PESO 4,5 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yenni Angelo Susa

DIRECCION: CL 18A 111A 06

TELEFONO 3118322188

CEDULA: 52.323.381

CORREO ELECTRÓNICO: 3119322188@sin correo.com

BARRIO: Villa

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: Secundaria NS/NR:

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa NA.

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa NP

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: 140 l/m

F. RESPIRATORIA: 28 r/m

TEMPERATURA: 38,3 °c

TLLC 2 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,15 mL	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,15 mL	5-7mg/kg IV
		— mL	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— mL	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,45 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 Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO ____ para la realización del procedimiento

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	EILEEN NATHALY BEDOYA Medico Veterinaria T.P 27701	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	ADRIANA ARDILA ACOSTA MÉDICA VETERINARIA T.P. 32751	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 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 el Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
Yeni Angelo Sosa	52'323.381

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 52.323.381

ANGULO SUSA
APELLIDOS

YENNI
NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 18-SEP-1975
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

31-OCT-1994 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

A-1500113-45159685-F-052323381-20070929 0315001MEN 02 323823851

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: 53 RUTA: 533693

BIMESTRAL

10716432
Cuenta contrato
Núm. de Identificación de este predio

13843742415
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Descargue el Documento Equivalente Electrónico

¡Hola!

Factura a nombre de
ENRIQUE GARCIA

Dirección del predio
CL 18A 111A 06

Barrio: VILLA Localidad: FONTIBON

Dirección de correspondencia

Periodo facturado JUL/23/2025 - SEP/19/2025

Pago oportuno OCT/24/2025 Suspensión OCT/29/2025

Fecha especada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
DIC/18/2025	OCT/07/2025 05:58:27	OCT/07/2025 09:35:53

Datos adicionales del predio

Clase de uso: Multiusuario
Estrato: 3
Unidades Habitacionales: 1
Unidades No Habitacionales: 2

Datos de tu medidor

Marca IBERCONTA Tipo VELOCIMC
Serie 10120551 Diámetro pulgadas ½

Gracias por tu compromiso. Tu aporte fue fundamental para levantar el esquema de racionamiento.
En www.acueducto.com.co cuidamos el agua para cuidar de ti.

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

Llámanos 116 Acueducto

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.

8584 96617 47849

FONTIBON | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de HISTORIA CLÍNICA: 34

MICROCHIP: 900255003232704

FECHA: 18/04/26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA Y COMUNIDAD CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Milo

COLOR: Amarillo.

ESPECIE: CANINO X FELINO SEXO: HEMBRA MACHO X RAZA Pinsher EDAD 8M PESO: 2,5 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Olga Liliana Garzón Castro

DIRECCION: Kr 121 N° 22j 56

TELEFONO: 3123197644.

CEDULA: 52327.186.

CORREO ELECTRÓNICO: lilianagarzon2014@hotmail.com

BARRIO: El Refugio ESTRATO: 2 LOCALIDAD: FONTIBÓN

ESCOLARIDAD: NS/NR: Profesional

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa NA

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa NF

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: 128 l/m F. RESPIRATORIA: 30 r/m TEMPERATURA: 39.1 °c TLLC 2 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 ml.	1-3mg/kg IM
	KETAMINA	0.3 ml.	5-7mg/kg IV
		ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	ml.	0.5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	03 ml.	20,000 Ui/kg IM
	MELOXICAM	072 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), cuien 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 ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	ADRIANA ARDILA ACOSTA MÉDICA VETERINARIA T.P. 32751	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, solución de antiséptico, 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
CEDUEA 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

enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT. 860.063.875-8
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 5

Para pagos y consultas ingresa tu número de cliente así:

1101221-8

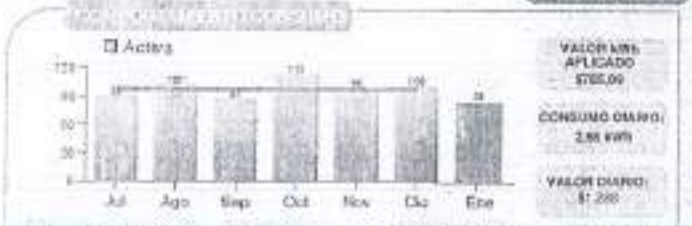
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 38160231 0

GLORIA CESPEDES G
KR 121 NO 22 J 56 PI 1
FONTIBON LA ZELFITA
BOGOTA, D.C. - EL REFUGIO

16 313 9671 / 873542

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código





¡Ahora tenemos alertas! a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO promedio reportado, justo de la factura

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1080018910971
RUTA LECTURA:	1210310027
MANZANA DE LECTURA:	1080061901
MEDIDOR NO:	873543
SUBCLASE:	Básica

CANALES DE ATENCIÓN

Bogotá, Soacha y Cundinamarca
601 6 115 115

115 Presencial

Línea de servicio al cliente 116

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DECRETO S.A. E.S.P. — TV 4 No. 51A-05

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

ÁREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P. — Calle 129 # 91-35(A) Local 102-104

Línea de servicio al cliente 116

FECHA GENERACIÓN
23/01/2026 09:57:39
FECHA EXPEDICIÓN
23/01/2026 10:58:39

$41.210 | $0 | $44.030 | $85.240

PAGO OPORTUNO
03 FEB /2026

FECHA DE SUSPENSIÓN O
05 FEB/2026

1101221-8

10 FEB /2026

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

SUBTOTAL: $41.213

Ajustes a la decena

SUBTOTAL: $-3
$-3

$41.210

$0

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

3

830048122-9

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

CUENTA CONTRATO	10004376	Uso suscriptor
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No	3516928841-0	31
PERIODO DE FACTURACIÓN	19.12.2025 a 18.01.2026	

	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
	36183	40354	41540	40126	41783	40220

DATOS DEL USUARIO

Unidades	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	2	0
No residenciales	0	0

COSTO RUO TOTAL	COSTO APROVECHABLE NO APROVECHADO	VALOR BASE APROVECHABLE
$40.676,56	$10.727,03	$157.722,57

BARRIDO	0.00256916
LIMPIEZA URBANA	0.00858611
RECARGO DEL APROVECHAMIENTO	0.00301113
EFECTIVAMENTE APROVECHADO	0.00123324
RESIDUOS NO APROVECHABLES	0.03
APORTE NO APROVECHABLE	0.00

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$73.281
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-29.352
ASEO - AJUSTE A LA DECENA CEB	$1

MESES EN MORA: 0

$44.030

APORTE NO RESIDENCIAL	0%
APORTE RESIDENCIAL	0%
SUBSIDIO	40%

INFORMATIVO DEUDA TOTAL: 44.030,00

NÚMERO DE CLIENTE
1101221-8

Documento Equivalente Electrónico No.
3516928841-0

PAGO OPORTUNO
03 FEB /2026

TOTAL A PAGAR
$85.240

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLINICA HC - (Número de historia clínica): 35

MICROCHIP: 900255003233000

FECHA: 18/09/26

ORIGEN: CES ____ PROTECCIONISTA X ____ COMUNIDAD ____ CALLE ____

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Zeus | COLOR: Amarilla

ESPECIE: CANINO X FELINO ____ | SEXO: HEMBRA ____ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 1A | PESO: 26. 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: Ingrid Carolina Martinez Camacho | DIRECCION: Dg 16 N° 98 70 | TELEFONO: 3133614446

CEDULA: 1.015.949.812 | CORREO ELECTRÓNICO: rachetesama6@gmail.com

BARRIO: San Pedro Robles | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NA

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: NR.

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa ____ TRIPLE: dd/mm/aaaa ____ FENTAVALENTE: 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: 114 l/m | F. RESPIRATORIA: 34 r/m | TEMPERATURA: 38.2°c | TLLC: 2 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: ____

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	2.6 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	2.6 ml	5-7mg/kg IV
		/ ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	2.6 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	10.4 mL	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: /

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	EILEEN NATHALY BEDOYA Medico Veterinaria T.P 27701	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	ADRIANA ARDILA ACOSTA MÉDICA VETERINARIA T.P. 32751	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 defensa 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, bufeo sucio y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 8 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:
	1015999812

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 1.015.999.812
MARTINEZ CAMACHO
APELLIDOS
INGRID CAROLINA
NOMBRES

Ingrid Martinez



FECHA DE NACIMIENTO 18-JUL-1986
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62 A- F
ESTATURA G.S. RH SEXO
18-ENE-2005 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

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: 36

900255003232228 NO

FECHA: 18.04.26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Bruno APELLIDO: Barcino

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 1AM PESO: 26 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: Alba Luz Guevara Achicanoy

DIRECCION: Kr 116a 15c 70.

TELEFONO: 3045745808

CEDULA: 39.824.519

CORREO ELECTRÓNICO: 3045745808@sincorreo.com.

BARRIO: Charco ESTRATO: 3 LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller. 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
NR	NR	CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA	TLLC	MUCOSAS
124 l/m	30 r/m	38.1 °c	2 seg	Rosados

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	2.6 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	2.6 ml.	5-7mg/kg IV
		/ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	2.6 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	10.4 ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	EILEEN NATHALY BEDOYA Medico Veterinaria T.P 27701	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	ADRIANA ARDILA ACOSTA MÉDICA VETERINARIA T.P. 32751	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 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 antitudos, baños, geles y otras sustancias que irriten o contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autoriza 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:
*	* 59.824519.

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 59.824.519



Apellidos
GUEVARA ACHICANOY

Nombres
ALBA LUZ

Nacionalidad
COL

Estatura
1.51

Sexo
F

Fecha de nacimiento
01 AGO 1971

G.S.
B+

Lugar de nacimiento
PASTO (NARIÑO)

Fecha y lugar de expedición
31 AGO 1992, PASTO

Firma

Fecha de expiración
28 NOV 2034

.CO

065916173

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL065916173623001<<<<<<<<<<<
7108019F3411285COL59824519<<<1
GUEVARA<ACHICANOY<<ALBA<LUZ<<<



Escanea el código QR, envía tu foto 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 casa o vuelve cuentas contrato en una sola transacción

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Baloto · Bancolombia · BBVA · Bancolombia · Nequi · daviplata

*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, este debe ser de gerencia y a nombre de Vanti S.A. ESP.

Eficiencia energética

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

Línea telefónica solo para emergencias
Atención todos los días las 24 horas
Fija - Móvil: 164 ó 01 8000 919 052
01 8000 181 164

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

¡Hola!

CONSTRUCTORA LAS GALIAS S.A
KR 116A 15C 70 T02 00103 - CHARCO
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5017118-3414110

Lote: P16GN Ruta: 001184008901000320 Código del Sector: 437

Cuenta o referencia de pago **63206007**

vanti

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 6.900.000**



vanti

Continúa construyendo la casa que soñaste

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

hasta de
$20.000.000

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

TECHO

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

Impresión en papel ecológico y libre de cloro elemental. Este documento cumple con los requisitos establecidos en la Ley 142 de 1994 y sus normas reglamentarias, es considerado público y puede ser impreso y distribuido libremente.

CUENTA DE COBRO SERVICIO DE GAS NATURAL 8218 8000 3013 5 VANTI

437 001184008901000320 86269 C1

Periodo de facturación: Enero 2026

Cuenta de referencia de pago: 83266007

Vanti

Fechas importantes

Fecha de apertura	Fecha de suspensión	Fechas facturadas	Fecha de pago oportuno
19 Ene. 2026	11 Mar. 2026	Feb. - Mar. 20	23 Mar. 20

Conceptos facturados

Concepto	Unidad Cantidad (A)	Valor Unitario ($)	IVA (C)	Subtotal ($) (A*B)+C
CONSUMO GAS	M3	2.999,59	0,00	[illegible]
FIJO	TUN	4.130,00	0,00	[illegible]
AJUSTE DECENA	TUN	-2,85	0,00	[illegible]

2.- Total: $17.[illegible]0,[illegible]

Las menos cantidades

Fecha de facturación/Concepto	Cantidad M³	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A

2 — Total $0,[illegible]

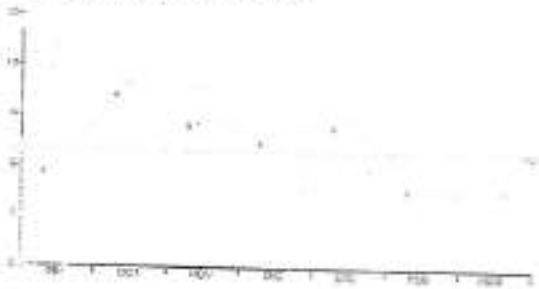
3 — Valor facturas vencidas: $0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3: $17.030,0

Pago por

Efecty

Los últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
19 Feb. 2026	677	REAL
18 Mar. 2026	684	REAL

m³ con ajuste: 684 - 677 * Factor de corrección = 5

Tu próxima lectura será: Entre el 18 y el 23 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 $72.580

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria: **29 Feb. 2028**

La revisión de tu artefacto es exigencia de la normatividad y debe realizarse en los plazos establecidos. Recuerda que [illegible] Resoluciones CREG 067 de 2007 y 042 de 2017.

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

[illegible] este mes es de $2567.

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

[illegible] por la Comisión de Regulación de Energía y Gas (CREG).

Componentes tarifarios

Cm: 1228.54	Tr: 564.3	Dm: 600.68	Cm: 2566.03
d: 14.07	Com: 0.0	Com: 4256.0	Com: 2566.03
Com: 0.0	Fpcm: 42.475	DAUR: 0.0	DAUR: 0.0

Kpb=Transportación en el gas equivale: 50

Kem=Energía activa del Mercado: 5268.263

Factor de corrección

Vb: 2	Pz: 0.76765	Pt: 1.0622	Pf: 0.77167		
Vc: 5	Tm: 14.05	Tb: 15.56	f: 1.01003		
Fb: 0.152	Pm: 0.9624	Fpcs: 1.0			

Factor de corrección: 0.77167

Indicadores de calidad

PCI: 980.0 DTC: 0.0 IR: 100.0 IPC: 100.0





(415)7709998026025(8020)83266007(3900)0000000017060

ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

Expiry-Date:2030/09/02

HISTORIA CLÍNICA	MICROCHIP:	FECHA:
HC - Número de Historia clínica: 37	900255003232971	28-04-26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Chayanne				COLOR: BLANCO / NEGRO	
ESPECIE: CANINO X FELINO	SEXO: HEMBRA MACHO X	RAZA: MESTIZO	EDAD: 3A	PESO: 8.8 KG	RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI NO X			TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO CONCENTRADO MIXTO X OTRO	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Luz Mery Tisana	DIRECCION: cl 75 # 119A 40	TELEFONO: 3145244865
CEDULA: 52.634.722	CORREO ELECTRÓNICO: 3145244865@sincorreo.com	
BARRIO: el chanco I	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: FONTIBON
ESCOLARIDAD: NS/NR: Primaria	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO RURAL	

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACION: NS/NR:
N/A	DIC/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 OCT/25.

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

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

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.9 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.9 ml	5-7mg/kg IV
		— ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	FEN (S.P.B.)	0.9 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	036 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 [illegible]

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	EILEEN NATHALY BEDOYA Medico Veterinaria T.P 27701	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	ADRIANA ARDILA ACOSTA MÉDICA VETERINARIA T.P. 32751	FIRMA

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
Luz Mery Tiona	52634722

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 52.634.722
TRIANA
APELLIDOS
LUZ MERY
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 06-ENE-1969
CAPARRAPI
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
20-SEP-1991 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO

PAGO X DUPLICADO
Febrero 2026

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: S3 RUTA: S33718

BIMESTRAL

11491258	13198259312
Cuenta contrato Núm. de identificación de este predio	**Número para pagos** Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

¡Hola!

Factura a nombre de
LA CONCORDIA LA CONCORDIA

Dirección del predio
CL 15 119A 40 BQ 19 IN 4

Barrio: EL CHANCO I 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 BERCONTA **Tipo** VELOCIDAD
Serie 10141617 **Diámetro pulgadas** ½

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

Pago oportuno	Suspensión
FEB/24/2026	FEB/27/2026

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
ABR/18/2026	FEB/05/2026 05:38:04	FEB/05/2026 08:21:22

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

Llámanos 116 Acueducto

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

cadena.

27852 78931 39131

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 26.000

Promedio al día 441

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este periodo	3055	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	3029	Base promedio	
Tu consumo este periodo	26	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca	IBERCONTA	Tipo	VELOCIMC
Serie	10141617	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 (A)	+	Alcantarillado (B)	+	Otros cobros (C D E F)
$75.094,06		$72.863,76		$26.514-

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** $121.445

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 50f963e19a0917aa80fc0d1ee52772a60c643409c7d0D9701145581570c9089B0cad3b78773a1d7ce18c7ba4b3235590

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		$9.765,92		-40		$7.837-	$5.877,37		$11.754,24
Consumo residencial básico (m³)	22,00		$3.082,57		-40		$32.467-	$2.209,64		$48.609,54
Consumo residencial superior básico (m³)	4,00		$3.082,57				$0	$3.683,57		$14.730,28
Cargo fijo no residencial (mes)	-									
Consumo no residencial (m³)	-									
Subtotal							$40.244-			$75.094,06

B Alcantarillado

	Cant.	×	Valor unitario	×	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	=	Valor	Tarifa***	=	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00		$4.658,05		-40		$3.725-	$2.793,63		$5.587,30
Consumo residencial básico (m³)	22,00		$3.911,41		-40		$34.430-	$2.368,85		$51.631,02
Consumo residencial superior básico (m³)	4,00		$3.911,41				$0	$3.911,41		$15.645,64
Cargo fijo no residencial (mes)	-									
Consumo no residencial (m³)	-									
Subtotal							$38.155-			$72.863,76

* Corresponde a consumos de hasta 19m³ mensuales (22m³ bimestrales). **(+) Aporte: aplica para estratos 5, 6, comercial e industrial. (-) Subsidio: aplica para estratos 1,2 o 3.
***La tarifa se determina a partir del valor unitario del cargo fijo o del consumo. Si aplica un subsidio, se descuenta un %; si hay un aporte, se agrega un %.

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

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m³)	$18,91	$54,34
Tarifa consumo superior básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$416	$1.415

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

C Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajuste a la decena	$1
Cobro alta vital total	$26.515-
Subtotal	26.514-

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	

Pague por la página web, app y billeteras

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

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

La EAAB-ESP solo tiene convenios con los siguientes bancos: Popular, Davivienda, Bbva, Itaú, Occidente, AV Villas, Bogotá, Sudameris y City

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS NRO. ÚNICO DE REGISTRO 1-11001000-10-EAB-ESP

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$121.445

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.
Señor usuario: Lleve el desprendible de aseo-agroaseo sello y póster de sectorización, recibirá solo acueducto. (Este pago solo podrá efectuarse en Bancos y Red CADE, no podrá efectuarse en ningún corresponsal bancario).

27852

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 E[illegible]S Y FELINAS

Expiry-Date:2030/09/02

HISTORIA CLÍNICA	MP	FECHA
HC - Número de Historia clínica: 38	900255003232962 Número de Microchip	26-04-26

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Bethoven			COLOR: Blanco / Negro	
ESPECIE: CANINO X FELINO ___	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA: Mestizo	EDAD: 3A	PESO: 9.8 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 ___ COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO: nacio en casa

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jairo Enrique Moreno Triana	DIRECCION: Kr 101 # 23 B 07	TELEFONO: 3745244865
CEDULA: 80.324.077	CORREO ELECTRÓNICO: 3745244865 @ sin correo.com	
BARRIO: La cabaña	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: FONTIBON
ESCOLARIDAD: NS/NR: Primaria	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACION: NS/NR: ___
N/A	Dic/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 Oct/25

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
140 l/m	24 r/m	37.5 °C	2 seg	Rosadas.

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	EILEEN NATHALY BEDOYA Medico Veterinaria T.P 27701	FIRMA	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	ADRIANA ARDILA ACOSTA MÉDICA VETERINARIA T.P. 32751	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:
	8032617

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 80324017
MORENO TRIANA
APELLIDOS
JAIRO ENRIQUE
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 17-JUN-1980
CAPARRAPI
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.61
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
27-ENE-2000 CAPARRAPI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO

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: Q33322

BIMESTRAL

11647112
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

42824372116
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 expedida próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
JUN/11/2026	ABR/06/2026 07:11:29	ABR/06/2026 11:35:57

¡Hola!

Factura a nombre de

CRISTHIAN ANDRES ORDOÑEZ MIRAN

Dirección del predio

KR 101 23B 07

Barrio: LA CABANA Localidad: FONTIBON

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Datos de tu medidor

Marca IBEROMIA Tipo VELOMISC
Serie 0501580501745 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 ↓

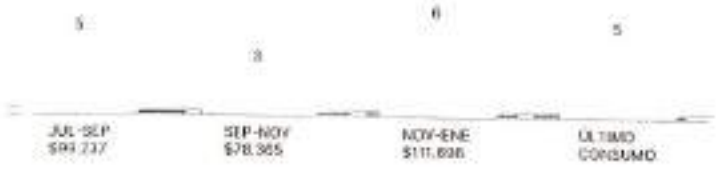
Llámanos 116 Acueducto

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 5m³



En este periodo consumiste menos agua que en el anterior.

Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

En este período

5.000

Promedio al día

85

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este periodo	526	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	521	Base promedio	
Tu consumo este periodo	5	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca	SERCONTA	Tipo	VELONISC
Serie	2021E 6041745	Diámetro pulgadas	½

Para reducir tu consumo, recuerda:

Cierra la llave de la ducha, 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	Escanea y paga virtual
$56.870,39	+	$43.113,00	+	$3-	
A		B		C D E F	

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

Total ingresos del periodo

Explicación de CRAS ESP aporte a tu DANE

= **Total a pagar** $99.980

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

CUDE (Código Único de Documento Electrónico)

DOMICILIARIOS NIO. UNICO DE REGISTRO 1-1101936-10 SAS ESP

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS

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 (es básico)	2,00	$9.795,62	50	$9.796	$14.693,43	$29.387,24
Consumo básico (hasta 22m³)	5,00	$3.664,43	50	$9.161	$5.496,65	$27.483,25
Consumo complementario (>22)						
Subtotal				$18.957		$56.870,39

E Alcantarillado

	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Aporte (+) o Subsidio (-)** Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo (es básico)	2,00	$4.856,05	50	$4.856	$9.984,08	$13.969,30
Consumo básico (hasta 22m³)	5,00	$3.885,99	50	$9.715	$5.828,97	$29.144,90
Subtotal				$14.571		$43.113,00

* Corresponde a consumos de hasta [illegible] mensuales (22m³ bimestrales). **(+) Aporte: aplica para estratos 5, 6, comercial e industrial. (-) Subsidio: se descuenta un %, si hay un aporte, se agrega un %.
*** La tarifa se determina a partir del valor unitario del cargo fijo o del consumo. Si señala 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)	$47,33	$160,89
Tarifa consumo Superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$237	$804

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 927 de 2024)

C Otros conceptos

Concepto	Valor
Aporte a tu decena	$3-

D Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	3-

E Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

F Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

Deudas en estudio

Concepto	Valor
Subtotal	

Paga por la página web, app y bancolombia

Nequi PSE dale

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

Punto Pago Efecty puntored

Red CADE [illegible]

PAGO X Daviplata Abril 10 2026

Acueducto y Alcantarillado
V3 07 2 20 20
$99.980

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DE VENTA [illegible]
Solo cajero: Si en el documento no aseo aparece sello y doble de reclamación, recibir solo Acueducto. (Este pago solo podrá efectuarse en Bancos y Red CADE, excepto efectivamente en corresponsal bancario).

1583

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: 39

900255003232035

NO Microchip:

FECHA: 18.04.26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Milo

COLOR: Barcino.

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 4M. PESO: 7,2 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Edwin Fernando García Montaña

DIRECCION: Kr 110 # 223 79

TELEFONO: 3246882105

CEDULA: 80.761.488

CORREO ELECTRÓNICO: Fernandogarcia023@gmail.com

BARRIO: Versalles ESTRATO: 3 LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa NA

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa Mar 2026

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

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

FELINOS:

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 138 l/m F. RESPIRATORIA: 26 r/m TEMPERATURA: 37,7 °C TLLC: 2seg MUCOSAS: Rosadas.

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,1 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,3 ml	5-7mg/kg IV
		/ ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,7 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,28 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

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

FIRMA:

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: ADRIANA ARDILA ACOSTA MÉDICA VETERINARIA T.P. 32751

FIRMA:

FONTIBÓN

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de 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:
Edwin F García M.	80161·488

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 **80.161.488**

GARCIA MONTAÑA

APELLIDOS

EDWIN FERNANDO

NOMBRES



Edwin F Garcia M

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-AGO-1982**

SALDAÑA
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

27-FEB-2001 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNÁN PENAGOS GIRALDO

A-1500150-01422919-M-0080161488-20240226 0138B06721A 1. 8511024805

FACTURA EN LÍNEA



Escanea el código QR y confirma en el formulario si empleado o tercero 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 · GNB Sudameris · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Banco Agrario · Bancolombia · dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies:
Metro, Jumbo, Éxito

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

Eficiencia energética

Línea telefónica solo para emergencias
Atención todos los días las 24 horas
Fijo - Movil 164 o 01 8000 919 692
01 8000 121 164

Atención presencial
Ingresa a www.grupovanti.com

CERTIFICADO DE CONFORMIDAD DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 900894817-8 (VANTI)

¡Hola!

CARLOS GERMAN
KR 110 22J 19 02 - VERSALLES
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas Nº. 5007114-1013395

Lote: P13GN Ruta: 0011020193530005100 Código del Sector: 326

Cuenta o referencia de pago 62499528

vanti Listo

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

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: $ 6.900.000



vanti Listo

Compra todo lo que quieras en nuestras tiendas aliadas,

$8 MILLONES

Celulares, computadoras, televisores y productos para tu hogar.

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

ALKOSTO · KTRONIX · dale!

Funciona como cupo Vanti S.A. ESP., Gas Natural Comprimido S.A. ESP., Gas Natural del Oriente S.A. ESP. y Gasoriente S.A. ESP. Cupo 1.000 en la tienda que ofrece el servicio de financiación no bancaria ofrecida por el Grupo Vanti. Aplica condiciones en el punto de financiación, consulta con grupovanti.com/vanti-listo

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

Atención telefónica
Lunes a viernes 7:30 a 5 p.m.
Sábados 7:30 a 11 a.m.

Línea gratuita 01 8000 942 784
Bogotá
Bucaramanga

Atención virtual
Comparte tus peticiones 24 horas al día

Línea de WhatsApp 315 419 4184
Vanti en línea

Presente su queja ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios a la línea 3323460 en Bogotá o en el resto del país 018000 910305

P13GN 0011020193530005100 11703 C1

Factura de gas Febrero 2026

Cuenta o referencia de pago 62499528

BOGOTÁ

NIT: 899.007.813-5
Vanti S.A. ESP.
www.grupovanti.com

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1 — 2 — 3 — 4

1. Pago oportuno: 05 Mar. 2026
2. Fecha de suspensión: 06 Mar. 2026
3. Periodo facturado: Ene. - Feb. 2026
4. Emisión de tu factura: 19 Feb. 2026

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	M3	2.551,41	0,00	17.859,87
FIJO	1UN	4.186,00	0,00	4.186,00
AJUSTE DECENA	1UN	4,13	0,00	4,13
Vanti Max Con Permanencia F	1UN	11.824,37	2.265,63	14.190,00

1 – Total $36.240,00

Tus financiaciones

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

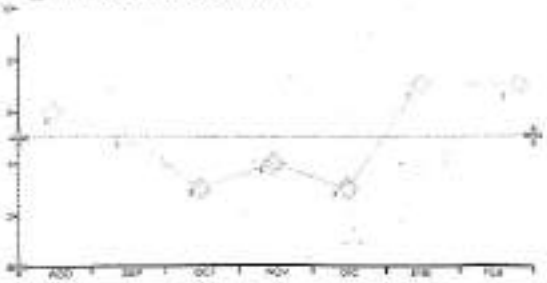
2 – Total $0,00

Valor facturas vencidas: $0,00

Total a pagar (1 + 2 + 3): $36.240,0

Pague con el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial | Estrato/Cat.Tres | Días de consumo 31

Fecha	Lectura	Tipo
17 Ene. 2026	962	REAL
16 Feb. 2026	971	REAL

m³ corregido= 971 - 962 * Factor de corrección = 7

Tu próxima lectura será Entre 13 y el 18 de Marzo

Novedades de tu factura

Después de la fecha de cargo oportuno, se liquidarán intereses de mora a la máxima tasa de usura vigente. Ley 45 de 1990, Art. 111.

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

30 Nov. 2029

La revisión periódica es obligatoria en su vivienda y debe realizarse en los plazos establecidos en la normatividad vigente. Resolución CREG 067 de 2013 y 11 015 de 2017.

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $2551

Nov. $2742 Dic. $2571 Ene. $2544

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

Componentes tarifarios

Gm 1339.37 Tm 583.91 Dm 555.02 Cm 2551.41
Pi 84.01 Cvm 0.0 – Cvmr 4186.0 Cvmr 4561.41
Cmc 0.0 Tgm 42.438 DAUR 0.0 DAUNR 0.0

Vigente: Tu consumo en m³ de gas equivale a: 98 kWh y el precio unitario del kWh es $265,613

Factor de corrección

Vm 8 Fz 0.70882 Pz 1.0061 Tz 0.73135
Vc 7 Tm 13.91 Tc 15.56 Fc 1.01000
Fp 0.761 Pm 0.0004 – P pc 1.0

Factor de corrección: 0.77135

Indicadores de calidad

IRST 100.0 DES 0.0 ID 100.0 IPz 100.0





(415)7709998029025(8020)82199528(3900)0000000036240

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de historia clínica: 40

Expiry-Date:2030/09/02
900255003232739

ND: ...microchip

FECHA: 18.04.26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Milo

COLOR: Blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO SEXO: HEMBRA MACHO X RAZA Mestizo EDAD 2A PESO: 5,0 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 COMPRADO ADOPTADO REGALADO X PERRO DE CUADRA OTRO

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Blanca Nieves Paz Moreno.

DIRECCION: Kr 100 16A 16

TELEFONO: 3178520850

CEDULA: 52 615 405

CORREO ELECTRÓNICO: 3178520850@sincorreo.com.

BARRIO: Sabana Grande. ESTRATO: 3 LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Primaria.

TIPO DE VIVIENDA: CASA APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud.

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

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa Mar 2026

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

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

FELINOS:

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 136 l/m F. RESPIRATORIA: 24 r/m TEMPERATURA: 37,8 °c TLLC 2 seg MUCOSAS: rosada

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.5 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.5 ml.	5-7mg/kg IV
		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 especificamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomía/Orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO ___, para la realización del procedimiento y/o procedimientos quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	EILEEN NATHALY BEDOYA Medico Veterinaria T.P 27701	FIRMA	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	ADRIANA ARDILA ACOSTA MÉDICA VETERINARIA T.P. 32751	FIRMA	

FONTIBÓN

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION

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

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de 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:
	 S2.615.405

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:

CEDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 52.615.405



Apellidos
RUIZ MORENO

Nombres
BLANCA NIEVES

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.52	F

Fecha de nacimiento
15 ENE 1970

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
LA MESA (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
01 DIC 1992, LA MESA

Fecha de expiración
14 OCT 2032

Firma
Blanca Nieves Ruiz M

.00

0064307

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL0064643074151 42<<<<<<<<<<<
7001154F3210145COL52615405<<<5
RUIZ<MORENO<<BLANCA<NIEVES<<<<

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 385453611-0

42193

enel | Bogotá

Para pagos y consultas en línea o de clientes: **2092473-9**

No. Medidor: **1114627**

¡Hola!

TORRES DE CENTENARIO
KR 100 NO 16 A 18 BQ 2 AP 504
0
BOGOTA, D.C. - SABANA GRANDE

Pago oportuno
05 MAR /2026

Fecha de suspensión
09 MAR/2026

Tu próxima lectura
24 MAR /2026

Periodo Facturado:
Del 23 ENE/2026
al 20 FEB/2026
30 días

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

Tipo de Lectura: Real | Ruta Lectura: 1 3 18 307 0005 | Carga kW: 4.00 | Estrato: 3
Clase de servicio: Residencial | Subclase: Básica

1 3 18 305 9488

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

320 090 8003 (Línea Bta a Asesor)
Enel Colombia
601 5185 115
@EnelClientesCO
www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
Emergencias 115 Gratuito las 24 horas.
Bomberos Bogotá 119 Gratuito las 24 horas.
Regístrate gratis: Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

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

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

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 física: RED CADE

Centro de servicio enel (Bicentenario Chía, Girardot y Facatativá)

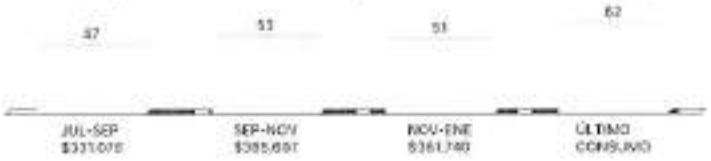
Corresponsales bancarios: CORREO, efecty, Red Multiservicios, Baloto, Gana, Aval, Su Red, Efecty, Su Red, MOVIRED

42193

Página 1 de 2

Tu consumo en este período

En los 3 períodos anteriores tu promedio de consumo fue 50m³



En este periodo consumiste más agua que en el anterior

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

En este período

62.000

Promedio al día

1.033

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este periodo	1922	Facturado con	Consumo normal
Lectura anterior	1860	Base promedio	
Tu consumo este periodo	62	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca	ELSTER	Tipo	VOLUMÉTRICO
Serie	A0FA164939	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
$219.661,90	+	$223.197,86	+	$58
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

Ingresos que la EAAB-ESP recibe a la DIAN en el periodo actual

= **Total a pagar** $442.920

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): a0153d6f9f9663d3f4f6f39ad3a9cc93aaeb3c8d6d1d982dd7a6c0285862cc88de6b5053f33305ba3765ddc2e8359481d21

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS NRO. UNICO DE REGISTRO 1-1500000-10 EAB-ESP

Detalle de tu consumo este bimestre

A Acueducto

	Cant.	x	Valor unitario	x	Ajuste (+) o Subsidio (-)** %	=	Valor	Tarifa***	=	Total (Cant. x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00		$3.785,82		-15		$2.959-	$8.328,29		$16.652,24
Consumo residencial básico (m³)	44,00		$3.684,43		-15		$24.105-	$3.709,77		$157.943,50
Consumo residencial superior básico (m³)	18,00		$3.684,43				$0	$3.684,43		$65.908,74
Cargo fijo no residencial (mes)	-									
Consumo no residencial (m³)	-									
Subtotal							$27.064-			$239.881,90

B Alcantarillado

	Cant.	x	Valor unitario	x	Ajuste (+) o Subsidio (-)** %	=	Valor	Tarifa***	=	Total (Cant. x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00		$4.956,95		-15		$9.297-	$9.907,84		$17.815,10
Consumo residencial básico (m³)	44,00		$5.895,93		-15		$25.648-	$9.303,68		$155.335,12
Consumo residencial superior básico (m³)	18,00		$5.895,93				$0	$5.895,93		$99.947,64
Cargo fijo no residencial (mes)	-									
Consumo no residencial (m³)	-									
Subtotal							$37.045-			$223.197,86

*Consumos desde consumos de hasta 11m³ mensuales (22 m³ bimestrales). **(+) Ajuste, aplica para consumos 5, 6, suscriptor o usuario. (-) Subsidio, aplica para estratos 1, 2 y 3
*** La tarifa se obtiene restando el valor unitario de cargo fijo o de consumo, el ajuste en tanto sea (+), o sumando, en tanto sea (-), el ajuste en %.

Tasas ambientales

Estos valores ya están incluidos en el consumo residencial básico y superior básicos, de la tabla de arriba

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m³)	$26,82	$91,15
Tarifa consumo superior a básicos ($/m³)	$3,00	$0,00
Total por consumo facturado	$1.183	$4.011

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 327 de 2004)

C Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajuste a la decena	$2-
Intereses de mora	$60
Subtotal	$58

D Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	

E Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

F Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

Deudas en estudio

Concepto	Valor
Subtotal	

Pagos por la página web, app y billeteras

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

Red CAB: Consulta direcciones y horarios de atención en www.bogotagrancicheservicios.com

La EAAB-ESP no tiene convenios con ningún agente bancario. Puntos: Davivienda, DAVIbank, Red Occidente, AV Villas, Bogotá, Colmena y City

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$442.920

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.
Sólo copia. Si en el periodo liberaron agua en el año, utilice de factura con el último Acueducto. (Si ya pagó o solicitó factura en Blanco y Red CAB, no solicite factura en este comprobante bancario).

9417

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de historia clínica: 41

MICROCHIP: 900255003232038

FECHA: 18/04/24

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: JACOB

COLOR: Blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: Samoyedo EDAD: 3A PESO: 18 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Carlos Alejandro Mendoza Nieto

DIRECCION: CL 22F 109B 24

TELEFONO: 3132203445

CEDULA: 1.016.016.159

CORREO ELECTRÓNICO: alejo1994@gmail.com

BARRIO: Versalles

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR: ___

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL ___

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NA.

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: NA.

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: 130 l/m | F. RESPIRATORIA: 22 r/m | TEMPERATURA: 37.9 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1.3 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1.8 ml	5-7mg/kg IV
		/ ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1.8 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.72 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y 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	ADRIANA ARDILA ACOSTA MÉDICA VETERINARIA T.P. 32751	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 antiguitos, bolas rezos 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:
	1016 016 159

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.016.016.159**

MENDOZA NIETO
APELLIDOS

CARLOS ALEJANDRO
NOMBRES

Carlos Mendoza
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-ENE-1989**
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

27-MAR-2007 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500109-45160446-M-1016016159-20070623 **02555**071748 02 228357275

FACTURA EN LÍNEA



Obtenga el código QR, inscríbase en el formulario y empiece a recibirla por correo desde el próximo mes.



ENDA YA
REVISIÓN PERIÓDICA
LIGATORIA DEL GAS
N NUESTROS EXPERTOS VANTI
inánciala a través de tu factura de gas.

ea la fecha de tu RPO en tu factura de gas.
nda a tiempo en grupovanti.com o con cualquier
independiente y evita suspensiones.

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Pedeban · Itaú · Bancamía · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco AV Villas · Bancolombia · Banco Pichincha · Nequi · 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

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

Eficiencia energética

...e nuestro consumo
...ergía se traduce en un ahorro
...a economía familiar y contribuye
...minuir las emisiones de gases
...cto invernadero, principal causa
...mbio 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.

CARTA DE SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.068.812-4

¡Hola!

MILCIADES SANABRIA
CL 22F 109B 24 - VERSALLES
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP
Medidor Gas No. 5167199-109480

Lote: P130N **Ruta:** 0011020174050005000 **Código del Sector:** 326

Cuenta o referencia de pago **61576994**

vanti Listo

Compra todo lo que quieras en nuestras tiendas aliadas, con cupo de hasta $8 millones y productos para tu hogar. Aplica solo para facturas de gas.

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 6.900.000**



vanti Listo

Compra todo lo que quieras en nuestras tiendas aliadas,

+8 MILLONES

Celulares, computadores, televisores y productos para tu hogar.

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

ALKOSTO · KTRONIX · dafiti

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Comercializadora S.A. ESP, Gas Natural en Chorro S.A. ESP y Gasnorte S.A. ESP. Vanti Listo es una marca que usa el servicio de financiación no bancario prestado por el Grupo Vanti. Aplica condiciones de la política de financiación, consultar en grupovanti.com/vantilisto

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

328 0011020174050005000 9860 C1

Factura de gas

Febrero 2026

Cuenta o referencia de pago 61576994

BOGOTA

Fechas importantes

1 — Pago oportuno: 05 Mar. 2026

2 — Fecha de suspensión: 05 Mar. 2026

3 — Periodo facturado: Ene. - Feb. 2026

4 — Emisión de tu factura: 19 Feb. 2026

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	15/03	2.551,41	0,00	38.271,15
FIJO	TUN	4.189,00	0,00	4.189,00
AJUSTE DECENA	TUN	2,85	0,00	2,85

1 – Total $42.460,00

Tus financiaciones

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

2 – Total $0,00

3 – Valor facturas vencidas

$0,00

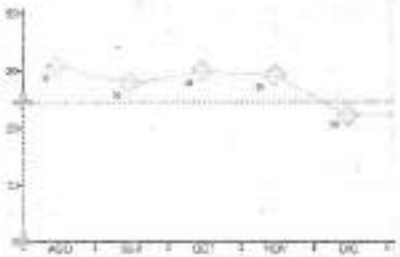
Total a pagar 1 + 2 + 3

$42.460,0

Pago por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial	Estrato/Cat.Tras	Días de
Fecha	Lectura	
18 Ene. 2026	1726	
16 Feb. 2026	1746	

m³ corregidos: 1746 - 1726 * Factor de correcci

Tu próxima lectura será

Entre

Novedades de tu factura

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

(415)7709998026025(8020)61576994(39

vanti MAX

Cliente Vanti Max: en virtud de lo establecido en las cláusulas 11 y 16 del contrato Vanti Max y el Estatuto del Consumidor, informamos que a partir del 01 de marzo de 2026 y en lo sucesivo, el valor mensual del paquete de asistencias se ajustará anualmente en un porcentaje igual al incremento del IPC y hasta 12 puntos adicionales. Agradecemos nos informes tu aceptación a las modificaciones informadas dentro de los 30 días calendario siguientes al recibo del presente comunicado, en caso de no informarnos tu decisión, entenderemos que aceptas los cambios informados, los cuales entrarán en vigencia una vez cumplido el plazo anterior. Si tienes alguna duda frente a lo informado, comunícate con las líneas de atención que encuentras en esta factura en los horarios aquí mismo comunicados o consúltalos en https://www.grupovanti.com/contactenos

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZAC... 15

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de historia clínica: 42

MICROCHIP: 900255003232981 (lectura de microchip)

FECHA: 18/04/26

ORIGEN: CES ____ PROTECCIONISTA ____ COMUNIDAD X CALLE ____

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Snoopy

COLOR: Negro

ESPECIE: CANINO X FELINO ____ SEXO: HEMBRA ____ MACHO X RAZA: Pinsher EDAD: 5M PESO: 2,1 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ____ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ____ NO X

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

ORIGEN: NS/NR ____ RESCATADO ____ COMPRADO ____ ADOPTADO ____ REGALADO ____ PERRO DE CUADRA ____ OTRO Nacido en casa.

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Sandra Giovanna Garcia Barrios

DIRECCION: Cl 22I 112B 33

TELEFONO: 3113511492

CEDULA: 1.015.996.423

CORREO ELECTRÓNICO: Sandran K24@gmail.com

BARRIO: Versalles

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA ____ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

Testiculos

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NA.

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: Nov /25

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: 134 l/m

F. RESPIRATORIA: 32 r/m

TEMPERATURA: 38,2 °c

TLLC 2 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: ____

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.2 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.2 ml	5-7mg/kg IV
		ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S. P.B.)	02 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	008 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ____

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	EILEEN NATHALY BEDOYA Medico Veterinaria T.P 27701	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	ADRIANA ARDILA ACOSTA MÉDICA VETERINARIA T.P. 32751	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 puedan evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, bultos 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:
	1015996923

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:

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

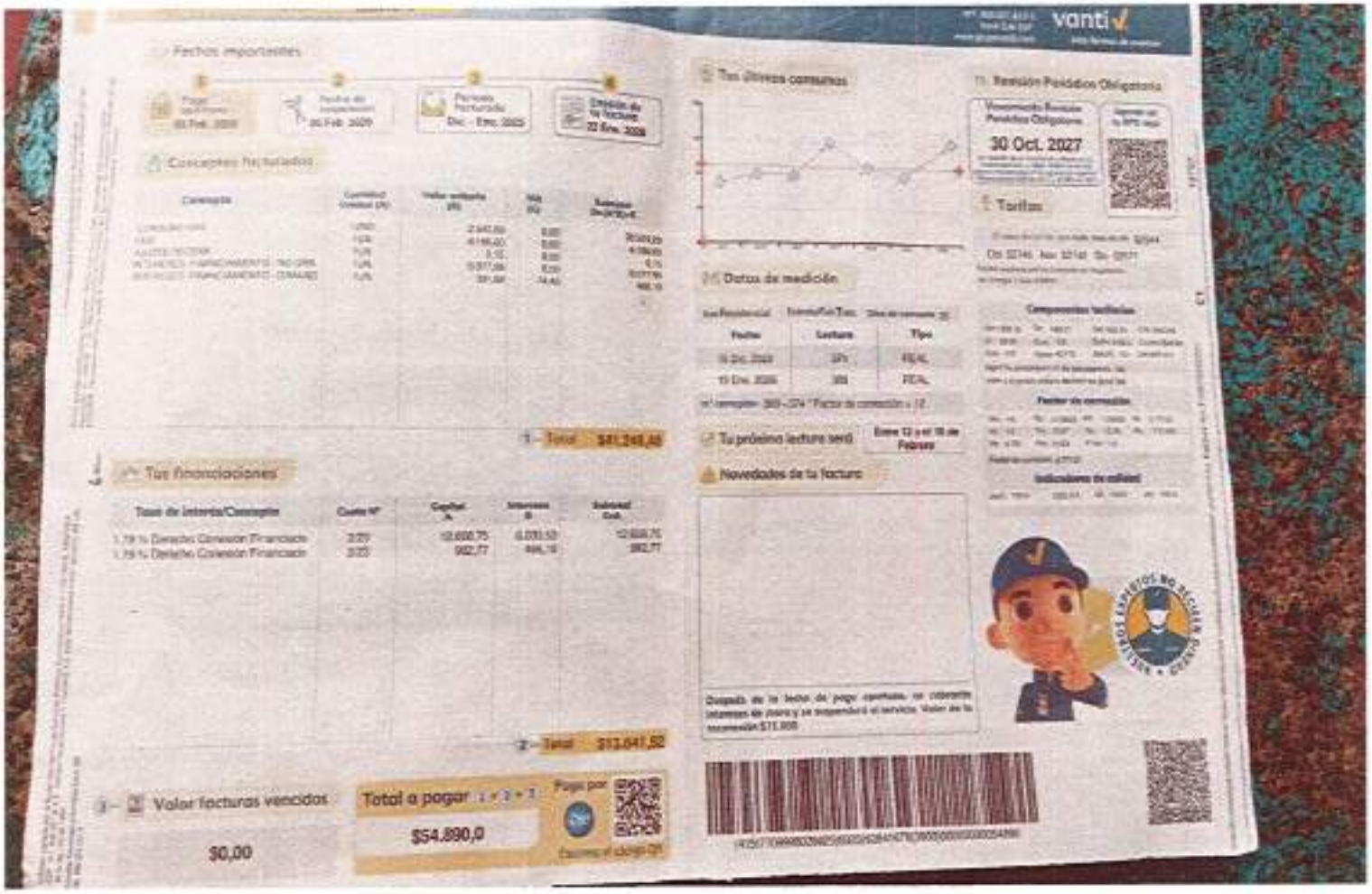
Nombre del Responsable/Tutor:	Nro. Identificación:	FIRMA:



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.015.996.423
GARCIA BARRIOS
SANDRA GIOVANNA

FECHA DE NACIMIENTO 11-JUL-1986
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.50 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
25-AGO-2004 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL


FACTURA EN LÍNEA
Agenda y certifica tu Revisión Periódica Obligatoria de gas antes del 15 de enero con precio de 2025
¡Hola!
MARIA LOPEZ
CL 221112B 33 02 0000 - VERSALLES
BOGOTA
vanti
Cuenta o referencia de pago 63841670
$ 4.900.800
¡TU COMPRA EMPIEZA escaneando el QR!
¡Compra ya!
Paga hasta en 48 cuotas a través de tu factura de gas natural.


vanti
Fechas importantes
Conceptos facturados
Tus financiaciones
Valor facturas vencidas
$0,00
Total a pagar
$54.890,0
Tus últimos consumos
Datos de medición
Tu próximo lectura será
Novedades de tu factura
Revisión Periódica Obligatoria
30 Oct. 2027
Tarifas
Componentes tarifarios
Factor de corrección
Indicadores de calidad

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - (Número de HISTORIA CLÍNICA): 43

MICROCHIP: 900255003232997

FECHA: 18/04/26

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Bruno

COLOR: Negro

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | RAZA: Pinsher | 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 X ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Sandra Giovanna Garcia Barrios

DIRECCION: cl 22I 112B 33

TELEFONO: 3113511192

CEDULA: 1.015.996.423

CORREO ELECTRÓNICO: Sandrank24202gmail.com

BARRIO: Versalles | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NA

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: Nov/25

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: 132 l/m | F. RESPIRATORIA: 30 r/m | TEMPERATURA: 38.2 °c | TLLC: 2 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.4 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.4 mL	5-7mg/kg IV
		___ 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 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	ADRIANA ARDILA ACOSTA MÉDICA VETERINARIA T.P. 32751	FIRMA

FONTIBÓN

II. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento 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 antisépticos, ungüentos y otras sustancias que irriten o contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorito 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 contraversión 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: 1015996423

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

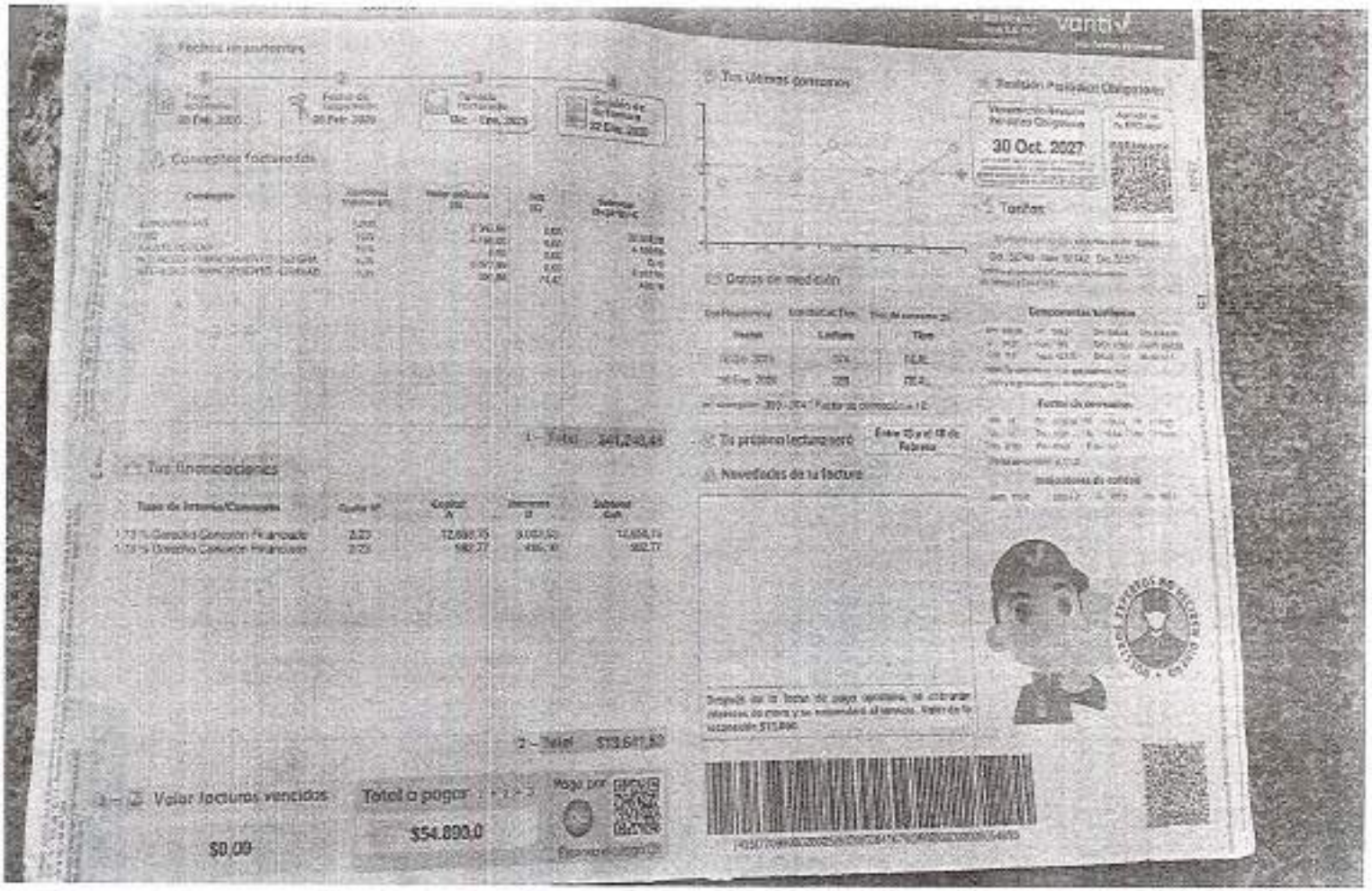
SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

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
1.015.996.423
11-JUL-1986
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
1.50
O+
F
23-AGO-2004 BOGOTA D.C.


FACTURA EN LÍNEA
Agenda y certifica tu Revisión Periódica Obligatoria de gas antes del 15 de enero con precio de 2025
¡Adelanta el bienestar de hoy!
AGENDA YA Y AHORRA
Mundo Digital Vanti
Pagos Preferidos
Eficiencia energética
¡Hola!
MARIA LOPEZ
vanti
Cuenta o referencia de pago 63841676
Cargos
APROBADO ES.
$ 4.900.800
¡TU COMPRA EMPIEZA
escaneando el QR!
¡Compra ya!
Fácil, rápida
y ¡listo financiando
con Vanti Listo.
Paga hasta en 60 cuotas a través de tu factura de gas natural.


Vantiv
Fechas importantes
Conceptos facturados
Tus financiaciones
1 - Total $41.240,49
2 - Total $13.641,50
3 - Valor facturas vencidas
$0,00
Total a pagar
$54.890,0
Tus últimas consumos
Posición Periodos Obligatorios
30 Oct. 2027
Tarifas
Datos de medición
Tu próxima factura será
Novedades de la factura

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: 44

MICROCHIP: 900255003232570

FECHA: 18/04/26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: ONIX

COLOR: Negro

ESPECIE: CANINO X FELINO SEXO: HEMBRA MACHO X RAZA Mestizo EDAD 6M PESO: 11,2 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Julian Camilo Rusinque Mora

DIRECCION: CL 14B 116-69

TELEFONO: 3057383390

CEDULA: 1.016.078.921

CORREO ELECTRÓNICO: 3057383390sincorreo.com

BARRIO: Charco

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: profesional

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NA.

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: Mar 30/26

ULT. VACUNACION: NS/NR:

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: 30/mar/26.

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

FELINOS:

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

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA	F. RESPIRATORIA	TEMPERATURA	TLLC	MUCOSAS
132 l/m	28 r/m	37,9 °c	2 seg	Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICAON		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1.1 mL	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1.1 mL	5-7mg/kg IV
		— mL	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— mL	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	11 mL	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	044 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 el tratamiento anestésico.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	EILEEN NATHALY BEDOYA Medico Veterinaria T.P 27701	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	ADRIANA ARDILA ACOSTA MÉDICA VETERINARIA T.P. 32751	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, bolas cerca a 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 impericio 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:
	1016073921

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC:	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.016.078.921
RUSINQUE MORA

APELLIDOS

JULIAN CAMILO

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 24-AGO-1995
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 ESTATURA A+ G.S. RH M SEXO

27-AGO-2013 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

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

Rodobank · Itaú · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco AV Villas · GNB Sudameris · Bancolombia · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Davivienda Completa · Dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

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

*Si 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.

CANALES SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.056.812-8

¡Hola!

LUIS AGUSTIN PEREIRA
CL 14B 116 69 B07 01 00002 - CHARCO
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5187101-212969

Lote: P16GN Ruta: 0011840100020005100 Código del Sector: 437

Cuenta o referencia de pago **61760625**

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://mi.grupovanti.com/

Recuerda qué 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

437
0011840100020005100
77718
C1

Factura de gas

Marzo 2026

Cuenta o referencia de pago 61760625

BOGOTA

NIT: 900.007.813-5
Vanti S.A. ESP.
www.grupovanti.com

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1	2	3	4
Pago oportuno	Fecha de suspensión	Periodo facturado	Emisión de tu factura
13 Abr. 2026	14 Abr. 2026	Feb. - Mar. 2026	25 Mar. 2026

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	15M3	2,957,53	0,00	44.362,95
MENOS SUBSIDIO (20%)	1UN	-14.515,56	0,00	-14.515,56
AJUSTE DECENA	1UN	2,61	0,00	2,61

1 – Total $29.850,00

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

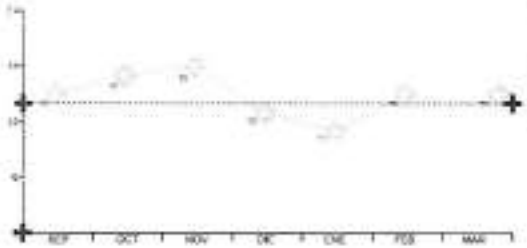
Total a pagar 1 + 2 + 3

$29.850,0

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial | Estrato/Cat.Dos: | Días de consumo 30

Fecha	Lectura	Tipo
19 Feb. 2026	9177	REAL
20 Mar. 2026	9196	REAL

m³ corregido= 9196 - 9177 * Factor de corrección = 15

Tu próxima lectura será

Entre 18 y el 23 de Abril

Novedades de tu factura

CuVo $ 2506,59

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Jul. 2030

La revisión de la instalación interna es de responsabilidad y debe realizarse en las fechas establecidas en la regulación vigente*

* Resoluciones 059 de 2012 y 42185 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

Gm: 1336,54 Tm: 564,3 Dm: 800,88 Cm: 0,0
J: 64,87 Cvm: 0,0 Cuhm: 0,0 Cuvm: 0,0
Crm: 0,0 Fpcm: 42,475 DAUm: 0,0 DAUMR: 0,0

Mjbtu Tu consumo en m³ de gas equivale: 177 kWh y el precio unitario del kWh es: $168,629

Factor de corrección

Vm: 18 Kz: 0,76706 Kt: 1,00522 Pz: 0,77457
Vc: 15 Tm: 17,20 Tz: 15,56 Pc: 1,01808
Pz: 0,752 Pm: 0,8236 P pc: 1,0
Factor de corrección: 0,77167

Indicadores de calidad

IRST: 100,0 DES: 0,0 IG: 100,0 IPS: 100,0



(415)7709998026025(8020)61760625(3900)0000000029850

77718

C1

Factura No. F1BB0033350

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: 45

900255003232995

NO chip

FECHA: 18.04.26.

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Toby. COLOR: Blanco.

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA Fresh Poodle. EDAD 2 1M. PESO: 6,0 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 ___ MIXTO X OTRO ___

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Flor Yaneth. Serna Castiblanco

DIRECCION: Kr 112B 22. 96101. TELEFONO: 3204084081.

CEDULA: 1.070.955.335

CORREO ELECTRÓNICO: 3204084081@simcorreo.com.

BARRIO: Versalles. ESTRATO: 3 LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena Salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACION: NS/NR: X
N.A	tre 2026	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:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA	TLLC	MUCOSAS:
130 l/m	30 r/m	37,9 °c	2 seg	rosada

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.6 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.6 ml.	5-7mg/kg IV
		ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.6 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.24 ml.	3mg/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	ADRIANA ARDILA ACOSTA MÉDICA VETERINARIA T.P. 32751	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 antimúrgicos, 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 las 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:
	1070.955 335

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 1.070.955.335



Apellidos
SERNA CASTIBLANCO

Nombres
FLOR YANETH

Nacionalidad
COL

Estatura
1.50

Sexo
F

Fecha de nacimiento
21 SEPT 1989

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
SUSA (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
28 SEPT 2007, FACATATIVA

Firma

Fecha de expiración
11 JUL 2034

CO

0501430074







ICCOL0501430074150760<<<<<<<<<<
8909213F3407116COL1070955335<7
SERNA<CASTIBLANCO<<FLOR<YANETH

Por favor doble 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

Redeban · Credibanco · Bancolombia · BBVA · Banco de Occidente · Banco AV Villas · Banco GNB Sudameris · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Davivienda · Dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

Línea telefónica sola 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.

CUSTOMER SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 900.016.813-9

Por favor doble y rasga para abrir la factura

¡Hola!

FLOR YANETH SERNA
KR 112B 221 9 LC1 01 - VERSALLES
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 0104202000[illegible]

Lote: P13GN Ruta: 0011020181130004980 Código del Sector: 326

Cuenta o referencia de pago 64281254

vanti Listo

Compra televisores, lavadoras o gas natural y paga en cuotas a través de tu factura de gas

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:

IMPULSA TU NEGOCIO

Encuentra artefactos y soluciones en el Marketplace de Vanti Comercios.

PAGA HASTA EN 12 CUOTAS

A través de tu factura de gas natural

ESCANEA EL CÓDIGO QR y adquiérelos ahora.



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) 585 4755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 418 4194

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

Recuerda que puedes elegir tu comercializador preferido para [illegible] de acuerdo a la Ley 2009 de 2019

Factura de gas

Marzo 2026

Cuenta o referencia de pago 64281254

COPIA

vanti

Fechas importantes

1 Pago oportuno 07 Abr. 2026

2 Fecha de suspensión 08 Abr. 2026

3 Periodo facturado Feb. - Mar. 2026

4 Emisión de tu factura 19 Mar. 2026

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad/ Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	340M3	2.966,59	0,00	885.739,91
FIJO	1UN	4.230,00	0,00	4.230,00
MASS CONTRIB. CARGO FIJO 8.90%	1UN	376,47	0,00	376,47
MASS CONTRIB. CONSUMO M3 8.90%	1UN	79.720,65	0,00	79.720,65
AJUSTE DECENA	1UN	2,77	0,00	2,77

1 – Total $980.070,00

Tus financiaciones

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

2 – Total $0,00

3 – Valor facturas vencidas

$0,00

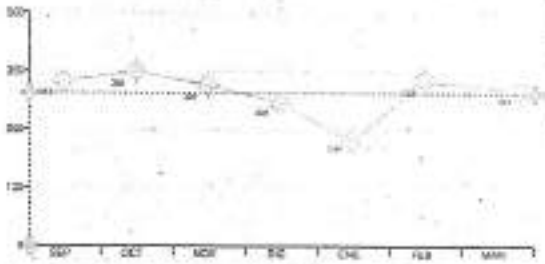
Total a pagar 1 + 2 + 3

$980.070,0

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Comercial Estrato/Cat.Tar. : Días de consumo 29

Fecha	Lectura	Tipo
17 Feb. 2026	3476	REAL
17 Mar. 2026	3929	REAL

m³ corregido= 3929 - 3476 * Factor de corrección = 349

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 $82.520

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria: 28 Feb. 2030

La revisión de la instalación interna es recomendable y debe realizarla una empresa autorizada. Decreto 0475 de 2017 y 0631 de 2015

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

Factor de corrección

Indicadores de calidad



(415)7709998026025(8020)64281254(3900)0000000980070

FONTIBON | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de Historia Clínica: 46

900255003232233

FECHA: 18-04-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Manchas COLOR: blanco-negro

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA mestizo EDAD 3 A PESO: 8.4 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Erika Patricia Turizo Turizo

DIRECCION: Kra 124 A N. 18 A 61

TELEFONO: 3102576859

CEDULA: 33070 379

CORREO ELECTRÓNICO: erika.ptt@hotmail.com

BARRIO: San Pablo ESTRATO: 3 LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

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

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

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

FELINOS:

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 120 l/m F. RESPIRATORIA: 32 c/m TEMPERATURA: 38.4°c TLLC 2 seg MUCOSAS: rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.5 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.5 ml	5-7mg/kg IV
		ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	ml	0.5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.8 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.32 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	ADRIANA ARDILA ACOSTA MÉDICA VETERINARIA T.P. 32751	FIRMA

FONTIBÓN

II. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistoctomía/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 antirrabias, 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:
Erica Tunzo	33070319

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
33.070.379
TURIZO TURIZO
ERICA PATRICIA


FECHA DE NACIMIENTO 11-MAY-1964
CICUCO
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65
O+
F
ESTATURA
G.S. RH
SEXO
12-AGO-2002 CICUCO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN





DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

ESTAS INSCRITO EN **FACTURA VIRTUAL**

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTA

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: S3 RUTA: S33704

BIMESTRAL

10227666	17841710118
Cuenta contrato Núm. de identificación de este predio	**Número para pagos** Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

¡Hola!

Factura a nombre de
MARTHA LILI CAMELO

Dirección del predio
KR 124A 18A 61

Barrio: SAN PABLO Localidad: FONTIBON

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio
Clase de uso: Residencial
Estrato: 3
Unidades Habitacionales: 2
Unidades No Habitacionales: 0

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

Pago oportuno FEB/24/2026

Suspensión FEB/27/2026

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
ABR/18/2026	FEB/05/2026 05:36:16	FEB/05/2026 08:29:49

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

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 CLINICA: 47

MIC: 900255003232746

FECHA: 18-04-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Rocko COLOR: Amarillo

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA mestizo EDAD 3A PESO: 19.2kg 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: Luis Mauricio Acosta Benavides

DIRECCION: cll 77 No 119A 54

TELEFONO: 3207276125.

CEDULA: 79.853.547

CORREO ELECTRONICO: mauricio-acosta.1@hotmail.com

BARRIO: El Refugio ESTRATO: 2 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. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa 03-2026

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: 04/04/2026

FELINOS:

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 132 l/m F. RESPIRATORIA: 28 r/m TEMPERATURA: 38,1 °c TLLC seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	EILEEN NATHALY BEDOYA Medico Veterinaria T.P 27701	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	ADRIANA ARDILA ACOSTA MÉDICA VETERINARIA T.P. 32751	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, ropa 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:
Yaneis Acosta	1.79'853.542

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 **79.853.547**

ACOSTA BENAVIDES

APELLIDOS

LUIS MAURICIO

NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO **03-DIC-1977**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

06-FEB-1996 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

A 1500150-00127106-M-0079853547-20061112 0005Bc/4/6A 2 1110024153

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO NO. 3003640460

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **1101233-9**

No. Medidor: 873072

¡Hola!

RIGOBERTO URREGO CARRANZA
CL 22 I NO 119 A 54
BOGOTA, D.C. - EL REFUGIO

Pago oportuno
06 ABR /2026

Fecha de suspensión
08 ABR/2026

Tu próxima lectura
10 ABR /2026

Periodo Facturado:
Del 18 FEB/2026
al 18 MAR/2026
30 días

Tipo de Lectura: Real | Ruta Lectura: 1 3 18 321 0827 | Carga kW: 2.00 | Estrato: 2

Clase de servicio: Residencial | Subclase: Basica

1 3 18 321 0625

Consejos para el uso eficiente de tu energía

Ilumina con tecnología LED. Disfruta de espacios cálidos 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 Enal



018 000 9003
Elena Bot o Asistir

Enel Colombia

601 3185 115

@EnelClientesCO

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

Disponible las 24 horas

Zona privada por 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

Centros de pago

Avenida Boyacá # 6 B - 20

Línea 312

Estafas a primera vista.

Te recordamos estar alertas a llamadas con engaño de tu factura de energía.

Mensajes de números no verificados

Descuentos en páginas o redes

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

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

Billeteras virtuales: Nequi MOVII dale Tpaga

Red digital: RED CADE

Centro de servicio: enel

Corresponsales Bancarios: CONRED efecti Reval Baloto MOVIRED



En la compra que siempre quisiste

APROVECHA EL BENEFICIO EN TU PRIMERA COMPRA

ES MUY FÁCIL

Puntored no te cobra por esta transaco:

Puntored
Corresponsal Bancario Davivienda

TRANSACCION EXITOSA

Fecha	08/04/2026
Hora	20:19:00
Comercio	185950
Terminal	241875
Operacion	Recaudo
Aprob Banco	686401
Aprob Puntored	001402765855
Convenio	ENEL COLOMBIA SA ESP CBR
Cod. Convenio	0000001009273
Referencia 1	011101233938858404B9
Referencia 2	
Valor	$259,530
Costo Transaccion	$0
Valor Total	$259,530

Linea de atención personalizada: #688
Mensaje de texto: 85888

BANCO DAVIVIENDA S.A.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA
FINANCIERA DE COLOMBIA







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: 48

900255003232745 NO chip

FECHA: 18-04-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Tony COLOR: blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO SEXO: HEMBRA MACHO X RAZA French poodle. EDAD 4A PESO: 5.4 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 REGALADO X PERRO DE CUADRA OTRO

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Leidy Johana Gutierrez Macias

DIRECCION: Kra 110 No 22K 22

TELEFONO: 3219051384

CEDULA: 1.016.036.580

CORREO ELECTRÓNICO: leidygutierrez205@gmail.com

BARRIO: Versalles ESTRATO: 3 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 N.R.

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/2025

FELINOS:

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 132 l/m F. RESPIRATORIA: 38 r/m TEMPERATURA: 37,9 °C TLLC 2 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.5 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.5 ml.	5-7mg/kg IV
		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.	1mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	EILEEN NATHALY BEDOYA Medico Veterinaria T.P 27701	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	ADRIANA AROILA ACOSTA MÉDICA VETERINARIA T.P. 32751	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 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:
· Geisy G	· 1 026 036 580 ·

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.016.036.580**
GUTIERREZ MACIAS

APELLIDOS
LEIDY JOHANA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-MAR-1991**
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

16-JUL-2009 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

P-1500150-00169680-F-1016036580-20090814 0014965767A 1 29163171

FACTURA EN LÍNEA



Escanea el código QR, recibirás una factura en línea y empezarás a recibirla por correo desde el próximo...



Medio digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Acceso para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Nequi

daie

*Permite eficientemente inscripción o débito automático.

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies
Metro, Jumbo, Éxito

*Si consigna 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 915 0[illegible]
01 8000 181 1[illegible]4

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





LIMBANIA RODRIGUEZ
KR 110 22K 22 - VERSALLES
BOGOTA

vanti
Más formas de cumplir
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5127104-40000-4100

Lote: P12GN Ruta: 001102019631 0005000 Código del Sector: 328

Cuenta o referencia de pago **61345783**

vanti

CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 6.900.000**

vanti



Compra todo lo que quieras en nuestras tiendas aliadas.

$8 MILLONES

Tarjetas VANTI
LIMBANIA RODRIGUEZ
KR 110 22K 22
BOGOTA
Cuenta: 61345783
01524

01 8120201031534

...asta en 60 cuotas a través de tu factura de gas natural

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

Línea gratuita 01 8000 943 784
Bogotá (601) 307 8121
Bucaramanga (607) 635 4755

Atención virtual
Gestionamos tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4154

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

Factura de gas

Febrero 2026

Cuenta o referencia de pago: 61345783

BOGOTÁ

NIT: 900.007.813-3
Vanti S.A. ESP
www.grupovanti.com

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1 — Pago oportuno: 06 Mar. 2026

2 — Fecha de suspensión: 06 Mar. 2026

3 — Periodo facturado: Ene. - Feb. 2026

4 — Emisión de tu factura: 10 Feb. 2026

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	18M3	2.551,41	0,00	46.476,7
FIJO	1UN	4.166,00	0,00	4.166,0
AJUSTE DECENA	1UN	-2,78	0,00	-2,7
Vanti Mas Antiguo	1UN	11.294,12	2.145,88	13.440,0

1 — Total $66.100,0

Tus financiaciones

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

2 — Total $0,0

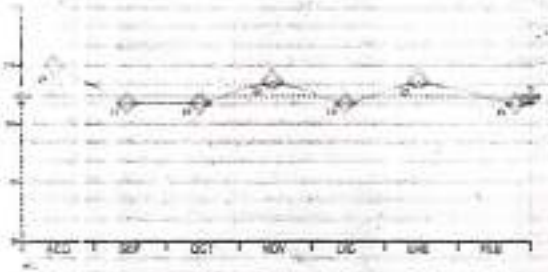
3 — Valor facturas vencidas: $0,00

Total a pagar 1 2 3: $66.100,0

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial — Estrato/Cat: Tres — Días de consumo 31

Fecha	Lectura	Tipo
17 Ene. 2026	6368	REAL
16 Feb. 2026	6412	REAL

m³ consumidos = 6412 − 6368 * Factor de corrección = 19

Tu próxima lectura será: Entre 13 y el 18 de Marzo

Novedades de tu factura

Sabías que ahora podrás pagar tu factura de gas en Nequi? Ingresa a la opción Pagar servicios y busca Vanti. Es rápido, seguro y sin filas.

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

30 Abr. 2026

Las revisión de los instalaciones internas es su responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente.*

*Resoluciones 080 de 2013 y 41386 de 2017

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de: $2551.

Nov. $2742 Dic. $2671 Ene. $2644

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

Componentes tarifarios

Gm: 1389.37 Trm: 660.61 Dm: 600.62 Cm: 2551.41
Pr: 64.61 Cvm: 0.0 Cdm: 41.86.0 Cvcc: 2551.41
Com: 0.0 Pcom: 42.408 DALR: 0.0 DALRR: 0.0

Mpc*Tu consumo en m³ de gas equivale: 224

kWh y el precio unitario del kWh es $236.102

Factor de corrección

Vm: 22 Fz: 0.78667 Pt: 1.3061 Fc: 0.77105
Vc: 19 Tm: 13.81 Tc: 15.56 Pz: 1.41005
Pb: 0.751 Pm: 0.8234 P pc: 1.0

Factor de corrección: 0,77105

Indicadores de calidad

IRSH: 100.0 DES: 0.0 IC: 100.0 IPR: 100.0



(415)7709998026025(8020)61345783(3900)000000000066100

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: 49

900255003232734

FECHA: 18-04-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Balu. COLOR: Amarillo

ESPECIE: CANINO X FELINO SEXO: HEMBRA MACHO X RAZA Pomerania EDAD 3 A 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 COMPRADO X ADOPTADO REGALADO PERRO DE CUADRA OTRO

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria del Transito Aya Rodriguez

DIRECCION: Dg 16B No 108-25

TELEFONO: 3172833314

CEDULA: 51.659.130

CORREO ELECTRÓNICO: maria.aya915@gmail.com.

BARRIO: Villa Carmenza ESTRATO: 3 LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: primaria 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 02-2026

ULT. VACUNACION: NS/NR:

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/2026

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: 134 l/m F. RESPIRATORIA: 30 r/m TEMPERATURA: 37.6 °c TLLC 2 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: —

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y 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	ADRIANA ARDILA ACOSTA MÉDICA VETERINARIA T.P. 32751	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 antibiogas, baños secos y otras sustancias que irriten y enfermen 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:
María del Carmito Aya	51659130

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 51.659.130
AYA RODRIGUEZ

APELLIDOS
MARIA DEL TRANSITO

NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 15-SEP-1962
UBAQUE
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 B+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

15-ENE-1981 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

FACTURA EN LÍNEA



Recuerda 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 uno o varios contratos en una sola transacción

Enviarnos para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Rodadar · Bancolombia · BBVA · Bancolombia · Banco Popular · Nequi · dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies:
Metro, Jumbo, Éxito

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

Eficiencia energética

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

Línea telefónica solo para emergencias
Atención todos los días las 24 horas
Fijo - Móvil: 164 ó 01 8000 919 052 01 8000 181 164

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

CANALES SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 830.048.813-8 Publicidad Vanti

¡Hola!

MARÍA DEL TRANSITO AYA
DG 168 108 25 I15 00202 - VILLA CARMENZA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 9077103-323259

Lote: P13GN **Ruta:** 0011020220690005300 **Código del Sector:** 324

Cuenta o referencia de pago **61817734**

vanti Listo

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 6.900.000**



vanti Listo

Continúa construyendo la casa que soñaste

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

hasta de $20.000.000

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

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

Línea gratuita 01 8000 942 784
Bogotá (601) 307 8171
Bucaramanga (607) 685 4755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

324 0011020220690005300 15080 C1

Factura de gas

Marzo 2026

Cuenta o referencia de pago: 61817734

BOGOTA

vanti

Más fuerza 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
CONSUMO GAS	4M3	2.566,59	0,00	10.266,36
FIJO	1UN	4.230,00	0,00	4.230,00
AJUSTE DECENA	1UN	3,64	0,00	3,64
Vanti Max Antiguo	1UN	13.184,87	2.505,13	15.690,00

1 — Total $30.190,00

Tus financiaciones

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

2 — Total $0,00

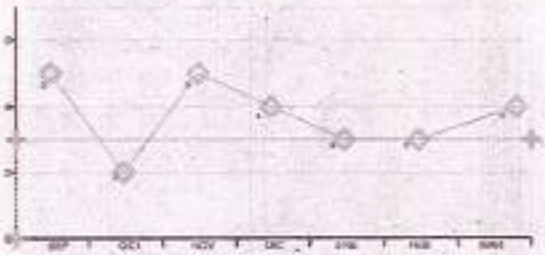
3 — Valor facturas vencidas: $0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3: $30.190,0

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	3236	REAL
16 Mar. 2026	3241	REAL

m³ corregidos: 3241 - 3236 * Factor de corrección = 4

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

30 Oct. 2027

La revisión de la instalación interna es su responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente: Resoluciones 059 de 2027 y 41.065 de 2007.

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

Gm: 1536.54 Tm: 564.3 Dm: 680.89 Cm: 2566.59

pr: 64.97 Cuec: 0.0 Cufm: 4230.0 Cuem: 2566.59

Cuee: 0.0 Fpcm: 42.476 DALIR: 0.0 DALINR: 0.0

Mytm³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 47

kWh y el precio unitario de kWh es: $568.455

Factor de corrección

Vm: 5 Kp: 0.70706 Kt: 1.06525 Pr: 0.77173

Vb: 4 Ym: 14.04 Tb: 15.56 Pb: 1.01008

Pb: 0.702 Pm: 0.0234 P_{pc}: 1.0

Factor de corrección: 0.77173

Indicadores de calidad

BIST: 100.0 DES: 0.0 ID: 100.0 PC: 100.0



(415)7709998026025(8020)61817734(3900)00000000030190

Factura No. F1588040050361

15080

C1

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: 50	900255003232221	NO Microchip	FECHA: 18-04-2026
ORIGEN: CES	PROTECCIONISTA	COMUNIDAD X	CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Zeus.				COLOR: Blanco- negro	
ESPECIE: CANINO X FELINO ___	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA mestizo	EDAD 5m	PESO: 10.5 KG	RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X	TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO			
ORIGEN: NS/NR ___ RESCATADO ___ COMPRADO X ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___					

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Pablo Leguizamon Paez		DIRECCION: Kra 11B Alas No 23-02	TELEFONO 3132790922
CEDULA: 79120771		CORREO ELECTRÓNICO: 3132790922@sinoirco.com.	
BARRIO: El refugio	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: FONTIBON	
ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL		

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACION: NS/NR: ___
N.A	02-2026	CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: 28/12/2025 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: 138 l/m	F. RESPIRATORIA: 34 r/m	TEMPERATURA: 38,1°c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1.1 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1.1 ml	5-7mg/kg IV
		___ ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1.1 ml	20.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	044 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	EILEEN NATHALY BEDOYA Medico Veterinaria T.P 27701	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	ADRIANA ARDILA ACOSTA MÉDICA VETERINARIA T.P. 32751	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:
Pablo Segovia Paez	79.120.791

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:

AUTORIZACIÓN/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
79.120.771
LEGUIZAMON PAEZ
PABLO


FECHA DE NACIMIENTO 24-JUL-1962
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
15-OCT-1980 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 363059442-9

enel Bogotá

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **3216609-0**

No. Medidor: 122842

¡Hola!

EDSAIRE CULMA GARCIA
KR 118 A BIS NO 23 02
CASA
BOGOTA, D.C. - EL REFUGIO

Pago oportuno
05 MAR/2026

Fecha de suspensión
09 MAR/2026

Tu próxima factura
19 MAR/2026

Periodo Facturado:
Del 20 ENE/2026
al 17 FEB/2026
28 días

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

Tipo de Lectura: Real | Ruta Lectura: 1 3 15 320 0722 | Carga kW: 2,05 | Estrato: 2

Clase de servicio: Residencial | Subclase: Básica

1 3 15 320 0305

Consejos para el uso eficiente de tu energía

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

Inscríbete a factura virtual

Regístrate en este código y recibe tu factura por correo electrónico

Contáctanos | Puntos de atención Enel

- 316 890 6003 (Envía Red a Amigo)
- 601 5115 115
- Enel Colombia
- @EnelClientesCO
- www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
- Emergencias 115 Opción Uno. 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

Punto Exprés
CUMBAYA CAMPIN 2000 S.A. E.S.P.
Avenida Boyacá # 6 B - 20
Línea 115

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**

Centro de servicio enel
Chicamocha, Chía, Girardot y Fusagasugá

Corresponsales bancarios

CONRED Efecty MOVIRED

47861

10/10 - 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.



RECIBE UN

20%

DE DESCUENTO EN TU PRIMERA COMPRA

Es muy fácil, solo sigue

Escanea este QR para más información

¡Solicítala ya en los principales almacenes de cadena!

Total a pagar $276.020

$98.620

$748.23

$754

$21.831

$103.919

$21.831

Número para cualquier consulta

Cuenta contrato 10858473

Documento equivalente electrónico No. 3850594402

Periodo de facturación 19.01.2026 a 19.02.2026

Días liquidados

Datos usuario

Estado de cuenta

Concepto Valor

Mensajes de interés

INFORMATIVO DEUDA TOTAL $8.620,00

Tipo producto: Residencial

Unidades	Cruzadas	Descruzadas
Residenciales	1	0
No Residenciales	0	0

Documento electrónico

$276.020

Usa este código para pagos en canales presenciales