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: 57

MICROCHIP: SI 900255003232991 Número

FECHA: 18/04/26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA X COMUNIDAD CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Kitty

COLOR: Cairó

ESPECIE: CANINO FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO RAZA: Mestizo EDAD: 1A PESO: 2,8 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Aura Melissa Suarez Leal

DIRECCION: Cra 104 Bis A 19-27

TELEFONO: 3204724976

CEDULA: 1.016.035.610

CORREO ELECTRÓNICO: melilondrescates@gmail.com

BARRIO: BOSTON

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: Tecnico NS/NR:

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa NR

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa NR

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS 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: 30 r/m

TEMPERATURA: 38,2°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	0.12 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o cuidador, 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 puedan evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños varios y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorico 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:
Melissa Suárez	1016035610

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
NUIP 1.016.035.610
SUAREZ LEAL
ANA MELISSA


05-JUN-1991
BUCARAMANGA
(SANTANDER)
1.68
O+
F
10-JUN-2009 BOGOTA D.C.

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): 52 | NUI: 900255003232760 | FECHA: 18-04-2026

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Nala | COLOR: gris-amarillo.

ESPECIE: CANINO___ FELINO Y | SEXO: HEMBRA Y MACHO___ | RAZA: mestizo | EDAD: 8m | PESO: 3 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI___ NO Y

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI___ NO Y | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO Y | 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: Rocio Galeano Gonzalez | DIRECCION: Kra 106 No 130 49 | TELEFONO: 3125223468.

CEDULA: 52 025 333 | CORREO ELECTRÓNICO: rociogaleano7022@gmail.com.

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

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

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: N.R. | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: 02-2026.

ULT. VACUNACION: NS/NR:

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

FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/04/2026 | LEUCEMIA: dd/mm/aaaa | RABIA: dd/04/2026

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 146 l/m | F. RESPIRATORIA: 28 r/m | TEMPERATURA: 38,3 °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	0,12 mL	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	EILEEN NATHALY BEDOYA Medico Veterinaria T.P 27701	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	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 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:
Rocio Cabrera Conde	52025333 BTA

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

A la Asistencia cardiaca se evidencia sintomatología y estado cardiaco se informa a la propietaria como que debe estar atenta a consultar oportunamente

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 52.025.333

GALEANO GONZALEZ

APELLIDOS

ROCIO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-MAR-1970

GIRARDOT
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 O+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

30-DIC-1988 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

A-1500150-00126839-F-0052025333-20081112 0005797[illegible]A 1

SOLICITA TU
FACTURA EN LÍNEA
Y PÁGALA A TRAVÉS DE:



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



Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

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

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

Síguenos en nuestra redes sociales como @grupovanti y conoce 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 concilia con diferido, este debe ser de garantías 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 o 01 8000 919 052
01 8000 191 164

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

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.058.607-8 2018/07/2020 VANTI

¡Hola!

ROCIO GALEANO
KR 106 13D 49 C89 00001 - ZONA FRANCA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 0000050671991702 98

Lote: P14GN **Ruta:** 0011720094810006000 **Código del Sector:** 275

Cuenta o referencia de pago **61624253**

vanti Listo

Cotiza tu calentador a gas más económico y paga a cuotas a través de tu factura de gas.

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



Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Comercializadora S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gasoriente S.A. ESP. Vanti Listo es la marca que identifica el servicio de financiación ofrecido por el Grupo Vanti. Aplican condiciones de la política de financiación consultada en grupovanti.com/vantilisto

Comunícate con nosotros y solucionamos 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) 381 6121
Sucursales virtuales (607) 685 4795

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4184

Mi Vanti en línea
Ingresa a www.grupovanti.com

Recuerda que existe el canal de preferentes para usuarios de acuerdo a la Ley 1980 de 2019.

275 0011720094810006000 87545 C1

Factura de gas

Febrero 2026

Cuenta o referencia de pago **61624253**

BOGOTA

NIT: 800.207.813-5
Vanti S.A. ESP.
www.grupovanti.com

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1 — Pago oportuno: 06 Mar. 2026

2 — Fecha de suspensión: 07 Mar. 2026

3 — Periodo facturado: Ene. - Feb. 2026

4 — Emisión de tu factura: 20 Feb. 2026

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	18M3	2.947,43	0,00	53.053,74
MENOS SUBSIDIO (33%)	1UN	-17.650,98	0,00	-17.650,98
AJUSTE DECENA	1UN	1,24	0,00	1,24
RECAUDO TERCEROS Cooespark Proteco	0	15.216,00	0,00	15.216,00

1 – Total **$50.620,00**

Tus financiaciones

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

Se pays 07 Marz 26

Consignacion x nequi

1 – Total $0,00

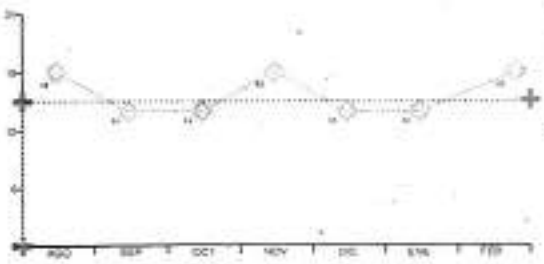
3 – Valor facturas vencidas: $0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3: $50.620,0

Pago QR

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Use Residencial — Estrato/Cat. Dos — Días de consumo 31

Fecha	Lectura	Tipo
19 Ene. 2026	5864	REAL
18 Feb. 2026	5887	REAL

m³ corregido= 5887 - 5864 * Factor de corrección = 18

Tu próxima lectura será

Entre 14 y el 19 de Marzo

Novedades de tu factura

Cuota $ 2551.41

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $32.529

(415)7709998026025(8020)61624253(3900)0000000050620

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Ago. 2027

La revisión de la instalación interna es la responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en el reglamento vigente "Resoluciones CREG 059 de 2012 y 4130 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

Cm: 1309.37 Pm: 583.81 Dm: 580.62 Cfm: 0.0
P: 84.81 Cvm: 0.0 Cvfm: 0.0 Cvvm: 0.0
Cm: 0.0 Fpcm: 42.438 DcuM: 0.0 DcUNM: 0.0

Kpie: Tu consumo en m³ de gas equivale: 319
kWh y el precio unitario del kWh es: $168.98

Factor de corrección

Vm: 23 Kb: 0.76667 Kt: 1.00809 Pc: 0.77129
Vc: 18 Pm: 13.83 Sc: 15.56 Pie: 1.01006
Pb: 0.751 Fm: 0.0224 Fpcv: 1.0
Factor de corrección: 0.77129

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DCI: 0.0 IC: 100.0 IPU: 100.0





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: 53

MICROCHIP: SI 900255003232702 NO

FECHA: 18/04/26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA X COMUNIDAD CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Luna

COLOR: Blanco - Negro.

ESPECIE: CANINO__ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO__ RAZA: Mestizo EDAD: 3A PESO: 3,4 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI__ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI__ NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI__ NO X

TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO__ CONCENTRADO__ MIXTO X OTRO

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yenni Angulo Jusa

DIRECCION: Cl 18A 111A 06

TELEFONO: 3118322188

CEDULA: 52.323.581

CORREO ELECTRÓNICO: 3118322188@sincorreo.com

BARRIO: Villa carmenza ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: Secundaria NS/NR:

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

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

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: 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	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	0.12 ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

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, ungüentos 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:
Yenni Angulo Luna	52'323.381

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:

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

NUMERO 52.323.361

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-1500113-45150885-F-0052323361-20000209 0011500105M 02 2270233651

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: S33693

BIMESTRAL

10716432
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

13843742415
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga 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

Datos adicionales del predio
Clase de uso: Multiusuario
Estrato: 3
Unidades Habitacionales: 1
Unidades No Habitacionales: 2

Datos de tu medidor
Marca: SENSUS Tipo: VELOCIDAD
Serie: 10130551 Diámetro pulgadas: ½

Llámanos 116 Acueducto

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

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

Fecha esperada 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

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 ↓

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.

8594

96617 47849

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de Historia Clínica: 54

MICROCHIP: 900255003232717

FECHA: 18/04/26

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA X | COMUNIDAD | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Marita | COLOR: Negro

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: Mestizo | EDAD: 8M | PESO: 2,6 Kg | RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X | TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO 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 Corzón Cespedes | DIRECCION: Kr 121 N° 22j 56 | TELEFONO: 3006082091

CEDULA: 52 327 186 | CORREO ELECTRÓNICO: Sergio07 4@hotmail.com

BARRIO: El Refugio | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: Pf. | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: NR | ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno.

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 144 l/m | F. RESPIRATORIA: 32 r/m | TEMPERATURA: 38,2 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		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	0.12 mL	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

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

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 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:



FECHA DE NACIMIENTO 24-MAR-1978

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 A+ F
ESTATURA G.S. (RH) SEXO

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

A-1500150-00155648-F-0052327186-20000505 0011246791A 1 111>H4951



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.327.186
GARZON CESPEDES
APELLIDOS
OLGA LILIANA
NOMBRES

Olga L. Garzon C.
FIRMA

enel | Bogotá

DVD COLOMBIA S.A. ESP
NIT. 830.059.879-4
Calle 93 No. 13 – 45 Piso 1

Para cargos y consultas tu número de cliente es:

1101221-8

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 391032041-0

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

18 315 9571 / 873542

¿Quieres la factura Virtual? Escanea el código

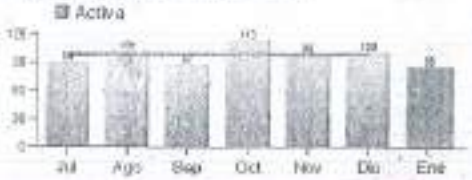
Vete de vacaciones sin preocupaciones.

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

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



Activa



VALOR kWh APLICADO: $703,09

CONSUMO DIARIO: 2,66 kWh

VALOR DIARIO: $1.269

PERÍODO FACTURADO: 20 DIC 2025 A 20 ENE 2026

DIAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES: 85 kWh

Para más puntos de acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía, ingresa en tu factura en la sección

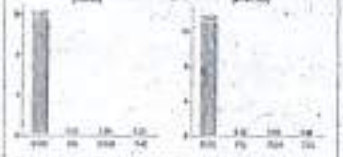
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	0,93
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	100031631585571
RUTA LECTURA:	1314381589817
MANZANA DE LECTURA:	MD00641+083
MEDIDOR NO:	873542
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO

DURACIÓN INTERRUPCIONES (horas)

FRECUENCIA INTERRUPCIONES (# veces)



Para mayor detalle consulta los indicadores (SAIDI & Enel SAIFI) y (SAIDI & Otros) en

CONTÁCTANOS

Tarifas publicadas

Chat de servicios

318 500 6000 (Llama Gratis para Asesor)

Enel Colombia

Registro en línea gratis

Zona privada de la página Web

App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA EN EMERGENCIAS: Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 6 116 116

EMERGENCIAS: 115 Gratuito las 24 horas

DENUNCIAS: 606 8 606 606 denuncias@enel.com

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

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S. E.S.P.	TV # No. 3A # 26
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P.	Avenida Boyacá # 6 S - 20
ATESA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 129 # 54-35/45 Local 105-124

Línea de servicio al cliente 110

EFICIENCIA ENERGÉTICA

Revisa tus electrodomésticos. Mantenlos en buen estado es una forma sencilla de asegurar un ambiente confortable y libre de riesgos.

CÓMO PAGAR TU FACTURA

Medios virtuales de Pago

Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Física

Centros de Servicio

Código QR

Almacenes de Cadena

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia de: DIC/2025

IMPORTANTE: Ante inconformidad de la resolución CREG 015 de 2018, la cual modificó el Código de Medida, se adicionaron obligaciones, se aclararon y reasignaron responsables a OMEL, DISCONNECTION S.A. E.S.P. y los usuarios. Para conocer mayor información, se enviamos a consultar en nuestras páginas web www.enel.com.co/comunicados y la línea (601) 5 116 116, Tarifa de Bogotá al (57) 606 813 116, a un nuevo Centro de Servicio al Cliente.

ENEL COLOMBIA S.A. ESP prima el servicio de acuerdo con lo señalado en la norma del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Energía de Colombia), se asume que la información es para emitir con el cliente para el uso de la factura como señal de emisión. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que solicitan los usuarios, ni por los daños que ocasionen. Para mayor información relacionada con estos servicios, por favor dirigirse a los canales de servicio definidos en esta factura.

FECHA GENERACIÓN: 23/01/2026 05:57:58
FECHA EXPEDICIÓN: 23/01/2026 10:50:29

$41.210 | $0 | $44.030 | $85.240

PAGO OPORTUNO
03 FEB /2026

FECHA DE SUSPENSIÓN
05 FEB/2026

1101221-9

18 FEB /2026

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

SUBTOTAL: $41.210

Ajustes a la decena

SUBTOTAL: -

$41.210

$0

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

3

8300-[illegible]122-9

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

CUENTA CONTRATO	10984376	DÍAS FACTURADOS
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS N°	381692841-0	31
PERIODO DE FACTURACIÓN	19.12.2025 a 18.01.2026	

ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$73.081
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-29.202
ASEO - AJUSTE A LA DECENA DEDI	$1

DATOS DEL USUARIO

TIPO PRODUCTOR: Residencial

VOLUMEN: 0.000 ESTRATO: 4

SEGMENTO: PRES. RECOLECCION: 1

% PARTICIPACIÓN: 0% PRES. BARRIDO: 3

UNIDADES	Cobradas	Descargadas
Residenciales	1	0
No residenciales	0	0

COSTO PUS TOTAL:	$40.676,56
COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE:	$13.727,02
VALOR PARTE APROVECHABLE:	$157.722,57

BARRIDO	0.0025001 9
LIMPIEZA URBANA	0.0000001 1
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO:	0.0000111 3
EFECTIVAMENTE APROVECHADAS:	0.0612 2384
RESIDUOS NO APROVECHABLES:	0.33
APORTE NO APROVECHABLE	0.00

INTERESES EN MORA: 0

$44.030

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

IMPORTANTE: DEUDA TOTAL $ 85.240,00

NÚMERO DE CUENTE
1101221-9

Documento Equivalente Electrónico No.
381692841-0

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 ESTERELIZACIONES VETERINARIAS.CPS 533-2025

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZ[illegible] FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de historia clínica: 55

MICROCHIP: 900255003232720

FECHA: 18/04/26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA X COMUNIDAD CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Mara

COLOR: Carey

ESPECIE: CANINO FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO RAZA: Mestizo EDAD: 8M PESO: 2.6 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Olga Liliana Garzon Cespedes

DIRECCION: Kr 121 N° 22j 56

TELEFONO: 3006082091

CEDULA: 52.327.186

CORREO ELECTRÓNICO: Sergio074@hotmail.com

BARRIO: El refugio

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Profesional

TIPO DE VIVIENDA: CASA APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NF

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno.

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 144 l/m | F. RESPIRATORIA: 32 r/m | TEMPERATURA: 38,2 °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	0.12 ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: /

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomía/Orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin estudios 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 antiinflamatorios, bálsamos y otros sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.327.186

GARZON CESPEDES

APELLIDOS

OLGA LILIANA

NOMBRES

Olga L. Garzon C.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-MAR-1978

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

22-ABR-1996 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00155648-F-0052327186-20090506 0011246781A 1 1110044651

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT. 860.063.875-8
Cra 9 # 72 No. 13 – 45 Piso 1

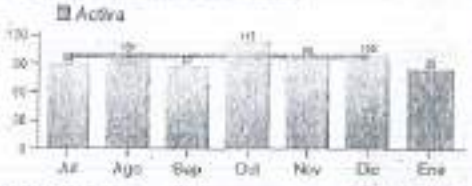
1101221-8

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 3010003681-8

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

16 315 9571 / 473542

¿Quieres tu factura en versión Ecológica? Escanea el código



VALOR kWh APLICADO: $705.00

CONSUMO DIARIO: 2,64 kWh

VALOR DIARIO: $1.200

PERÍODO FACTURADO: 20 DIC 2025 A 20 ENE 2026

DIAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES: 85 kWh

Vete de vacaciones sin preocupaciones.

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

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



CUÉNTANOS CUÁNDO ES LA LECTURA DE TU MEDIDOR Y TU CONSUMO

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	2,50
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	100031631 0571
RUTA LECTURA:	1315315827
PANCANA DE LECTURA:	MS00641903
MEDIDOR NO:	473542
SUBCLASE:	Básica



USO SEGURO DE ENERGÍA

Revisa tus instalaciones regularmente. Mantenerlas en buen estado de una forma sencilla de asegurar un entorno confiable y libre de riesgos.

CONTÁCTANOS

Registrate gratis

Zona personal de la página Web

App Enel Clientes Colombia

Bogotá, Soacha y Cajicá/Sopó/Zipaquirá 601 5 115 115

EMERGENCIAS 115 Bomberos 119 y 144 Tránsito

COMUNÍQUESE 601 5142000 clientesenel@enel.com

DEFENSOR DEL CLIENTE

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios o Puntos de Pago

APP Banco | Efecty | Teléfono Bancol | Débito Automático | Cajero Electrónico | APP Enel Clientes Colombia | Entidad Bancaria Online | Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual

dale! | Nequi | Qpago

Corresponsales Bancarios

Red Distrital

RED CADE

Centros de Servicio

enel

Código QR

Almacenes de Cadena

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S. E.S.P.	TV 4 No. 51A-05
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P.	Avenida Bosa K 8 B - 20
ÁREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 13A # 54-38 Local 103-105

Línea de servicio al cliente 110

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del cobro — Vigencia: DIC-2025

FECHA GENERACIÓN: 23012026 00:57:38
FECHA EXPEDICIÓN: 23012026 10:59:39

$41.210 | $0 | $44.030 | $85.240

PAGO OPORTUNO
03 FEB /2026

05 FEB/2026

1101221-8

18 FEB /2026

Tipo de Lectura: Real

Situacion encontrada: Normal

SUBTOTAL: $41.213

$41.210

$0

CIUDAD LIMPIA BOGOTA S.A. E.S.P | 3 | BEC048122-9

NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

CUENTA CONTRATO	10004376	DIAS FACTURADOS
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO.	381592841-0	31
PERIODO DE FACTURACION	19.12.2025 a 18.01.2026	

41.750	39.663	40.034	41.540	40.126	41.183	40.020
31.335						
20.890						
10.445						
0						
	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$73.391
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-29.333
ASEO - AJUSTE A LA DECENA (CD)	$1

DATOS DEL USUARIO

TIPO PROPIEDAD: Residencial

VOLUMEN (m3/mes):	ESTRATO: 2
DENSIDAD:	FREC. RECOLECCION: 3
% PARTICIPACION: 0%	FREC. BARRIDO: 3

UNIDADES	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	2	0
No residenciales	0	0

COSTO FIJO TOTAL	COSTO AMPARADO NO APROVECHABLE	VALOR BASE APROVECHABLE
$40.676,55	$13.727,02	$157.722,57

BARRIDO:	0.00256518
LIMPIEZA URBANA:	0.00008811
RECAUDO DEL APROVECHAMIENTO:	0.00001113
EFECTIVAMENTE APROVECHADAS:	0.06123924
RESIDUOS NO APROVECHABLES:	0.03
APORTE NO APROVECHABLE	0.00

VECES EN MORA: 0

$44.030

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

INFORMATIVO DEUDA TOTAL: $4.000.00

NÚMERO DE CLIENTE
1101221-8

Documento Equivalente Electrónico No.
381592841-0

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 ESTERELIZACIONES VETERINARIAS.CPS 533-2025

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de Historia Clínica: 56

MICROCHIP: 900255003232703

FECHA: 18/04/26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA X COMUNIDAD CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Luna

COLOR: Tabby

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Mestizo EDAD: 1A PESO: 3,4 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Olga Liliani Garzon Cespedes

DIRECCION: Kr 121 N° 22j 56

TELEFONO: 3123197644

CEDULA: 52.327.186

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: N f-

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

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

FELINOS:

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

4. 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 38,4 °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	03 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	012 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 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 Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizada mi animal de compañía. Declaro que, al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se 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 irritan y contaminan la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

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

Además, soy consciente y **ACEPTO** __X___ o **RECHAZO**_____ **la declinación de la realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, la cual ha sido 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: 52377186

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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



FECHA DE NACIMIENTO 24-MAR-1978
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.56 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
22-ABR-1996 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1500150-00155649-F-0052327186-20090505 0011246781A 1 1110044051



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 52.327.186
GARZON CESPEDES
APELLIDOS
OLGA LILIANA
NOMBRES
Olga L. Garzon C.
FIRMA

enel | Bogotá

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

Para pagos y consultas [illegible]

1101221-8

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 3010103841-9

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

16 315 0071 / 873542

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

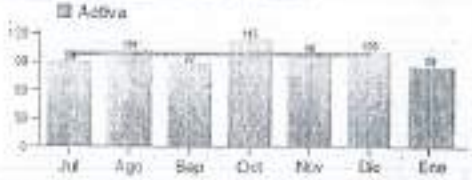
Vete de vacaciones sin preocupaciones.

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

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



CONSUMO MENSUAL DE ENERGÍA



VALOR kWh APLICADO: $755,00

CONSUMO DIARIO: [illegible] kWh

VALOR DIARIO: $1.200

PERIODO FACTURADO: [illegible]

DÍAS FACTURADOS: 33

CONSUMO MES: 39 kWh

[illegible] ÚLTIMOS [illegible]

¿Tienes preguntas sobre la LECTURA DE TU MEDIDOR y el CONSUMO de energía? Comunícate a cliente@[illegible].co

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA KW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	100631015571
RUTA LECTURA:	13153150827
MANZANA DE LECTURA:	MSD061908
MEDIDOR NO:	873542
SUBCLASE:	Basica

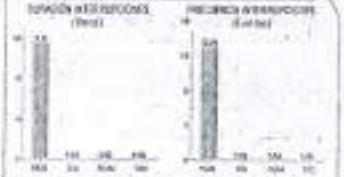
USO EFICIENTE DE ENERGÍA

Revisa tus cobros regularmente. Mantenerte en buen estado es una forma sencilla de asegurar un consumo confiable y libre de riesgos.

CALIDAD DEL SERVICIO

DURACIÓN INTERRUPCIONES (Horas)

FRECUENCIA INTERRUPCIONES (Eventos)



[illegible]

CONTÁCTANOS

Registrate gratis

Descargala de tu página Web

App Enel Clientes Colombia

EMPRESA PRESENTE AL CLIENTE	EMERGENCIAS	QUEJAS Y PETICIONES
Bogotá, Soacha y Cundinamarca: 601 5 115 115	115 Gratuita las 24 horas	601 5140000

DEFENSOR DEL CLIENTE

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios y Puntos de Pago

Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Efectivo

Centros de Servicio

Código QR

Almacenes de Cadena

[illegible]

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P.	TV 4 No. 51A-25
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P.	Avenida Boyacá # 6 B - 20
ÁREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 129 # 94-30 A1 Local 103-104

Línea de servicio al cliente 115

FECHA GENERACIÓN: 23/01/2026 09:57:28
FECHA EXPEDICIÓN: 23/01/2026 10:50:39

[illegible]

$41.210 | $0 | $44.030 | $85.240

03 FEB /2026

05 FEB/2026

1101221-8

16 FEB /2026

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

SUBTOTAL: $41.213

SUBTOTAL: $-3
$-3

$41.210

$0

ASEO

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

3

830048122-9

NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

CUENTA CONTRATO 10504379

CRN (SI USARA)

FACTURA DE SERVICIOS PUBLICOS NO 301692541-0 | 31

PERIODO DE FACTURACION 19.12.2025 a 18.01.2026

41.709	39.063	40.154	41.046	40.125	41.703	40.220
31.305						
20.902						
10.499						
$						
	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$73.241
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-29.353
ASEO - AJUSTE A LA DECENA DEBI	$1

DATOS DEL USUARIO

TIPO PRODUCTOR: Residencial

VOLUMEN: 0.000 | ESTRATO: 3

CICLO/RUTA: | TIPO DESCONEXION: 1

% PARTICIPACION: % | TIPO BARRIDO: 3

UNIDADES	Registradas	Descargadas
Residenciales	2	0
No residenciales	0	0

COSTO PLIEGO TOTAL	COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE	VALOR BASE APROVECHABLE
$48.679,96	$13.727,00	$157.752,57

BARRIDO:	0.00256516
LIMPIEZA URBANA:	0.00088811
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO:	0.00001113
EFECTIVAMENTE APROVECHADAS:	0.06123324
RESIDUOS NO APROVECHABLES:	0.03
APORTE NO APROVECHABLE:	0.00

MESES 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 Electronico No.
301692541-0

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 ESTERELIZACIONES VETERINARIAS.CPS 533-2025

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de Historia Clínica: 57 | MICROCHIP: 900255003232025 | FECHA: 18/04/26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA X COMUNIDAD CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Malu | COLOR: Tabby Blanco

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: Mestizo | EDAD: 11 M | PESO: 2,7 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Diana Milena Jimenez Tugano | DIRECCION: cr 96B 17A 10 | TELEFONO: 3102092572

CEDULA: 52.785.521 | CORREO ELECTRÓNICO: diamyt2@gmail.com

BARRIO: VillaMAr | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: 15 días | 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: 132 l/m | F. RESPIRATORIA: 26 r/m | TEMPERATURA: 37,8 °C | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosados

OBSERVACIONES: ———

7. MEDICACION

BASE 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.)	03 mL	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	012 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

E. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación: 52705521

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 **52.785.521**

JIMENEZ TUNJANO

APELLIDOS

DIANA MILENA

NOMBRES



FIRMA

Scanned by CamScanner



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

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50	**A+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

19-SEP-2000 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00360331-F-0052785521-20120213 **0029**159016A 1 1341704706

Scanned by CamScanner

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: 58

MICROCHIP: 900255003232989

FECHA: 18/04/26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA X COMUNIDAD CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Nijeria COLOR: Negro

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

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Aura Melissa Suarez Leal

DIRECCION: Cr 104 Bis A 19 - 27 TELEFONO 3209729976

CEDULA: 1.016.035.610

CORREO ELECTRÓNICO: meliland.rescates@gmail.com

BARRIO: Boston ESTRATO: 3 LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Tecnico

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

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

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

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

FELINOS:

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

4. 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: 38,- 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	0,12 ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomía/Orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO ___ para la realización del procedimiento si[illegible] 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 QUIRURGICO 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, bolas vegas 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 ha 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:
Melissa Suárez	1016035410

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.016.035.610
SUAREZ LEAL
AURA MELISSA


05-JUN-1991
BUCARAMANGA
(SANTANDER)
1.68
O+
F
INDICE DERECHO
BOGOTA D.C.

ALCALDÍA DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - (número de historia clínica)	NUI	FECHA:
59	900255003232967	18-04-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CASE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:		COLOR:
	Sissy	Cálico

ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO___	RAZA: mestizo	EDAD: 14 m	PESO: 3.7 kg	RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION:	TELEFONO
Jeison David Teran Gomez	AK 97 No 24b 86	3046569974.
CEDULA: 1063826697	CORREO ELECTRÓNICO: jeisonteran199c@hotmail.com.	
BARRIO: Puerta de Teja	ESTRATO: 3.	LOCALIDAD: FONTIBON
ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___ RURAL	

3. ANAMNESIS

En buen estado de salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACION: NS/NR:
04-2026	03-2026	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: 24/03/2026 LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: 24/03/2026

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: 142 l/m	F. RESPIRATORIA: 28 r/m	TEMPERATURA 37,7 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		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 Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO___, para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	EILEEN NATHALY BEDOYA Medico Veterinaria T.P 27701	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	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 lesiones, 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:
	1065826697

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 1.065.826.697

TERAN GOMEZ

APELLIDOS

JEISON DAVID

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 31-MAY-1996

PLATO
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

14-AGO-2014 VALLEDUPAR
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



I-1300108-00624593-M-1065826697-20140919 0340091765A 1 43608450

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 39051007-6

enel Bogotá

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **1600273-7**

No. Medidor: 140907

¡Hola!

RODY NAVARRETE LOZANO
AK 97 NO 24 B 86 CA 62
CASA 62
BOGOTA, D.C. - PUERTA DE TEJA

¡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 Reparto: 3 5 07 502 2000 Carga kW: 15,42 Estrato: 3
Clase de servicio: Residencial | Subclase: Básica

Valor a pagar
$92.490
Pago oportuno
21 ABR /2026

Fecha suspensión
23 ABR/2026

Tu próxima lectura
06 MAY /2026

Periodo Facturado:
Del 07 MAR/2026 al 07 ABR/2026
32 días

Contáctanos | Puntos de atención Enel



316 890 6003 (Elena Bot o Asesor)
601 5115 115
Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/radicaciones
Enel Colombia
@EnelClientesCO
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas
Emergencias 115 Operador Claro Gratuito las 24 horas.
Regístrate gratis Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia
www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html

Operador de aseo

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

Consejos para el uso eficiente de tu energía

Desconecta los aparatos que no estés usando, como televisores, consolas o routers, para evitar consumo innecesario

Inscríbete a factura virtual

Regístrate en este código y recibe tu factura por correo electrónico

Te lo cuenta Enel.

Qué hacer en caso de una emergencia.

En una situación de riesgo eléctrico prioriza tu seguridad y **comunícate a la línea 601 5 115 115, al 115 desde Claro o al 123 línea nacional.**

¿Cómo pagar tu factura?

Medios virtuales de pago

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

Código QR para pagar por PSE

Almacenes de cadena

Billetera virtual

Nequi · MOVII · dale! · tpaga

Red distrital **RED CADE**

Centros de servicio enel (Quiosco Chia, Girardot y Tocancipá)

Corresponsales bancarios

CONRED · efecty · Red Multiservicios · Baloto · Gana · Reval · Su Red · Efecty · Supergiros · Punto Red · MOVIRED



Adecuaciones Eléctricas **Seguras para tu Hogar.**
Soluciones rápidas y certificadas.

Conexión inmediata con técnicos certificados.

Garantía en materiales y mano de obra.

Financiación hasta 36 cuotas en la factura.

Adecuaciones eléctricas certificadas para medidores de difícil acceso, bajones de energía o instalaciones que no cumplen la norma.

AGENDA TU VISITA:
601 5 115 115
OPCION 1-2.

Enel Distribución Bogotá S.A. E.S.P. hace parte del Grupo Enel y actúa como el prestador del servicio de comercialización, distribución y generación de energía eléctrica y comercialización de gas combustible, vigilado por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.



PIDE YA

TU TARJETA DE LA CIUDAD
CRÉDITO FÁCIL CODENSA
y disfruta de:

EL PAGO DE TUS PEAJES DE TRANSMILENIO, SITP Y TRANSMICABLE SIN INTERES Y A UNA SOLA CUOTA

20% de descuento
por compras en restaurantes, cines y estaciones de servicio.

DESCUENTOS EN COMERCIOS ALIADOS TODOS LOS DIAS

Y CON TU
PRESTAMO DE LA CIUDAD
CRÉDITO FÁCIL CODENSA

Solicita hasta
$12.000.000
Para lo que necesites.

RECIBE EL DINERO EN TU CUENTA DE PREFERENCIA

¡NO NECESITAS EXPERIENCIA CREDITICIA!

Solicítalos en los puntos Crédito Fácil CODENSA

Conócelos escaneando el QR

Total Energía $58.880 + Total Aseo $33.610 = Total a pagar $92.490

Comportamiento consumo



	84 kWh
	71 kWh
	$824,59
	2.63 kWh
	$1.840

Estado de cuenta

¿Sabías que...?

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

Generación $254,11 + Transmisión $57,63 + Distribución $297,66 + Costo Variable $63,65 + Pérdidas $63,19 + Restricciones $28,06 + Otros Fijos 28,80 = Costo kWh Mes $674,59

Vigencia: MAR/2026

La Comisión de Energía y Gas (CREG)

Cálculo consumo de energía

Número de cliente 1600273-7

	Lectura actual	Lectura anterior	Diferencia de lectura	Factor	Energía consumida kWh	Energía facturada kWh	Valor unitario	Valor facturado
ENERGIA ACTIVA PP	13.652	12.904	84	1	84	84	$824,59	$69.266
ENERGIA REACTIVA	0	0	0	1	0	0	$267,95	$0
Subsidio	Cons. subsidiable 120,00 kWh	X	Valor kWh $824,59	X	Subsidio 15,00 %			$17.790

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

$52.876

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena

SUBTOTAL $0

1 TOTAL ENERGÍA $58.880

Otros cobros de productos y servicios

2 TOTAL OTROS $0

Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los plazos publicados en el pago oportuno de este por concepto de reconexión es hasta de $183.803

Importante que de no realizar el pago de las facturas CUBICA PAGO OPORTUNO vaya entregar en mora, ante la cual se hará reporte negativo a las bases de información financiera y cobro por gastos de cobranza a la mora superior a 15 días y de cobro por gestión de cobro.

Información de la factura

Número para cualquier consulta

Cuenta contrato 11060155

Documento equivalente electrónico No. 2905990078

Período de facturación 01.02.2026 a 31.03.2026

Días liquidados

Costos para tarifa

Historico de facturación

Estado de cuenta

Concepto	Valor
4040 SERVICIO RESIDENCIAL	$58.880
4041 SUBSIDIO RESIDENCIAL	$17.790
4042 AJUSTE A LA DECENA CRUZ	$0
4047 INTERES POR MORA	$0

Datos usuario

Volumen	0,0000	Estrato	3
Densidad		FRIO Residencial	6
% Participación	0%	FRIO Comercial	1

Tipo producto: Residencial

Unidades	Ocupados	Desocupados
Residenciales	1	0
No Residenciales	0	0

Tarifas por subsidios

Mensajes de interés

$33.610

Calidad del Servicio

Para pagos y consultas tu número de cliente es: 1600273-7 | Pago Oportuno 21 ABR 2026 | Total a pagar $92.490

Documento electrónico

(415)7707209014053(8020)0119000173-7(3900)0000000092490

Una esta factura ahora puede en canales presenciales

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: 60

NO 900255003232575 recibo

FECHA: 18-04-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Dulce COLOR: Naranja

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA mestizo EDAD 14m PESO: 3 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Andrea Vanessa Suarez Ruiz

DIRECCION: Kra 103b N. 23105

TELEFONO 3238113867

CEDULA: 1.069728.069

CORREO ELECTRÓNICO: Vanessasua1989@gmail.com.

BARRIO: la cabaña ESTRATO: 3.

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Universidad

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa 03-2026

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/aaaa

FELINOS: TRIPLE FELINA: 27/04/2025 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: 76 r/m TEMPERATURA: 38.4 °c TLLC 2 seg MUCOSAS: rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		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	0.12 ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y especificamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomía/Orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO ___, para la realización del procedimiento y 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, aplicación de antibióticos, todos estos y otros sustancias externas y contaminantes 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:
	1069 728069

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 1.069.728.069
SUAREZ RUIZ
APELLIDOS
ANDREA VANESSA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 05-JUN-1989
FUSAGASUGA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

13-JUN-2007 FUSAGASUGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01355790-F-1069728069-20230517 0107808461A 2 8507979805

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: Q33321

BIMESTRAL

10885475	13875918917
Cuenta contrato Núm. de identificación de este predio	**Número para pagos** Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

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

Pago oportuno ABR/10/2026 Suspensión ABR/23/2026

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
JUN/11/2026	ABR/06/2026 07:08:49	ABR/06/2026 11:44:30

¡Hola!

Factura a nombre de
TITO J CARVAJAL

Dirección del predio
KR 103B 23I 05

Barrio: LA CABANA 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 ASACONTA Tipo VELOMISC
Serie 0705800583 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 ↓

Línea de atención 116 Acueducto

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

Tu consumo en este periodo

En los 3 periodos anteriores tu promedio de consumo fue 57 m³



En este periodo consumiste menos agua que en el anterior.

Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

En este periodo	Promedio al día
57.000	966

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este periodo	6807	Facturado con	ConsumoNormal
Lectura anterior	6750	Base promedio	
Tu consumo este periodo	57	Descargue fuente alterna	0
		Consumo+Nivelizadora	

Datos de tu medidor

Marca	IBERCONTA	Tipo	VELOCIDAD
Serie	6701961053903	Diámetro pulgadas	¾

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 periodo

Acueducto	+	Alcantarillado	+	Otros cobros
$201.339,75		$203.767,96		$0
A		B		C D E F

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

Escanea y paga virtual

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

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

= **Total a pagar** $405.110

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 3238d5fc63ad333fe5fa3cd45707[illegible]

Detalle de tu consumo este bimestre

A Acueducto

	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	= Valor	Tarifa***	= Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$3.795,62	-15	$2.909-	$5.320,39	$10.693,24
Consumo residencial básico (m³)	44,00	$3.564,43	-15	$24.185-	$3.118,77	$137.049,92
Consumo residencial superior básico (m³)	13,00	$3.564,43		$0	$3.564,43	$47.637,59
Cargo fijo no residencial (mes)	-					
Consumo no residencial (m³)	-					
Subtotal				$27.124-		$201.339,75

B Alcantarillado

	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	= Valor	Tarifa***	= Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$4.836,03	-15	$1.307-	$9.952,04	$17.195,10
Consumo residencial básico (m³)	44,00	$3.808,98	-15	$25.849-	$3.808,98	$141.288,10
Consumo residencial superior básico (m³)	13,00	$3.808,98		$0	$3.808,98	$49.516,74
Cargo fijo no residencial (mes)	-					
Consumo no residencial (m³)	-					
Subtotal				$27.156-		$203.767,96

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

Tasas ambientales

Estos valores ya están incluidos en el consumo residencial básico y superior a básico, dos (2) veces/mes

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m³)	$21,07	$31,16
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$1.160	$4.071

C Otros conceptos

Concepto	Valor
Subtotal	

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 tu página web, app y billeteras

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

RedCADE: Consulta direcciones y horarios de tiendas en virtualpay.co o tienda.co

La EAAB-ESP puede tener convenios con algunos de estos: Nequi, Daviplata, DaVivienda, Bancolombia, Davivienda, AV Villas, Bogotá, Occidente y Colpatria

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS. NRO. ÚNICO DE REGISTRO 1-1120000-10-SAS-ESP

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$405.110

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.
Señor usuario: Si usted prefiere recibir su factura en físico, solicítela en la oficina de atención al cliente más cercana. Costo: $[illegible]. Si no pide el reparto en el mes, tendrá un costo adicional.

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: 61

900255003232754 NO

FECHA: 18-04-2026

ORIGEN: CRS PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Kayla COLOR: negro-blanco

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA mestizo EDAD 22m PESO: 3.4 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Karem tatiana Villareal Marcon

DIRECCION: Kra 114 A No 22140

TELEFONO: 3012022779

CEDULA: 1.016.007-270

CORREO ELECTRÓNICO: alejandravillareal504@gmail.com

BARRIO: Versalles ESTRATO: 3 LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa 04-7026

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/aaaa

FELINOS:

TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/04/2026

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: 38.1 °c TLLC 2 seg MUCOSAS: rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 ml	1-2mg/kg IM
	XETAMINA	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	0.12 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

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

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se resalta énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antibióticos, baños, aseos 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:
karen villareal	1016009210

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:


1/2
REPÚBLICA DE COLOMBIA
NUIP 1.016.007.270
Apellidos
VILLARREAL ALARCON
Nombres
KAREM TATIANA
Nacionalidad
COL
Estatura
1.57
Sexo
F
Fecha de nacimiento
28 DIC 2005
G.S.
AB+
Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)
Fecha y lugar de expedición
22 MAYO 2024, BOGOTA D.C.
Firma
Karem Villarreal
Fecha de expiración
22 MAYO 2034
.CO
047065691
REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo
ICCOL047065691215001<<<<<<<<<<
0512284F3405226COL1016007270<7
VILLARREAL<ALARCON<<KAREM<TATI

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. [illegible]

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **7770266-9**

No. Medidor: **21494934**

Ya esta Pago 4/3/26

¡Hola!

GLORIA NIDIA DAZA
KR 114 A NO 22 I 40 PI 2
PISO 2
BOGOTA. D.C. - VERSALLES FONTIBON

Pago oportuno: 01 MAR 2026

Fecha de suspensión: 05 MAR 2026

Tu próxima lectura: 19 MAR 2026

Periodo Facturado:
Del 20 ENE 2026
al 17 FEB 2026
31 días

¡Esta vez tuvimos acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR! Tu CONSUMO se calculó con base en el promedio de tus últimos meses.

Tipo de Lectura: Real | Ruta Lectura: 1 3 15 315 9651 | Carga kW: 3,08 | Estrato: 3

Clase de servicio: Residencial | Subclase: Básica

1 3 15 234 9616

Consejos para el uso eficiente de tu energía

Cocina 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.

Contáctenos | Puntos de atención Enel

316 020 9000
Línea Gire o Asesor
Enel Colombia

601 5115 115
@EnelClientesCO

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

Gratuito las 24 horas

Zona privada de tu página Web

App Enel Clientes Colombia

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

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

Centros de servicio

Avenida Boyacá # 6 B - 30

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 6000 opción 2 o a través de nuestra página web enel.com.co

¿Cómo pagar tu factura?

Medios virtuales de pago

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

Código QR para pagar por PSE

Asociados de cobro

Billeteras virtuales

Nequi · MOVii · daviplata · Ipaga

Red comercial **RED CADE**

Centros de servicio enel

Corresponsales bancarios

CONFECOOP · efecty · Red Multicolor · Servibanca · Baloto · Gana · Punto Red · Supergiros · Su Red Efectiva

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.



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): 62

900255003232737

ID: | FECHA: 18-04-2026

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Miel | COLOR: Amarillo

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: mestizo | EDAD: 9m | PESO: 2.9 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Olga Inés Parra Roto | DIRECCION: CL 16 F No 99-72 | TELEFONO: 3114953263

CEDULA: 53029685 | CORREO ELECTRÓNICO: 3114953263@sinrreo.com

BARRIO: Moravia | 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: 02-2026 | 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/aaaa

FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa | LEUCEMIA: dd/mm/aaaa | RABIA: 18-07-2025

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 142 l/m | F. RESPIRATORIA: 32 r/m | TEMPERATURA: 37.9 °c | TLLC: 2 seg | MUCOSAS: rosadas

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		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	0.12 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ___

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	EILEEN NATHALY BEDOYA Medico Veterinaria T.P 27701	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	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: 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:
OLGA LUCIA PARRA ROZO	53.029.685

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **53.029.685**

PARRA ROZO

APELLIDOS

OLGA LUCIA

NOMBRES

Olga Lucia PARRA ROZO

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-MAR-1983**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA

B+ G.S. RH

F SEXO

12-FEB-2003 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00821702-F-0053029685-20160501 0049599524A 2 1563882303

23606493

CRISTIAN CAMILO GOMEZ
CL 16 F NO 69 72 TO 5 AP 150
11081000
BOGOTA, D.C. - MODAVIA

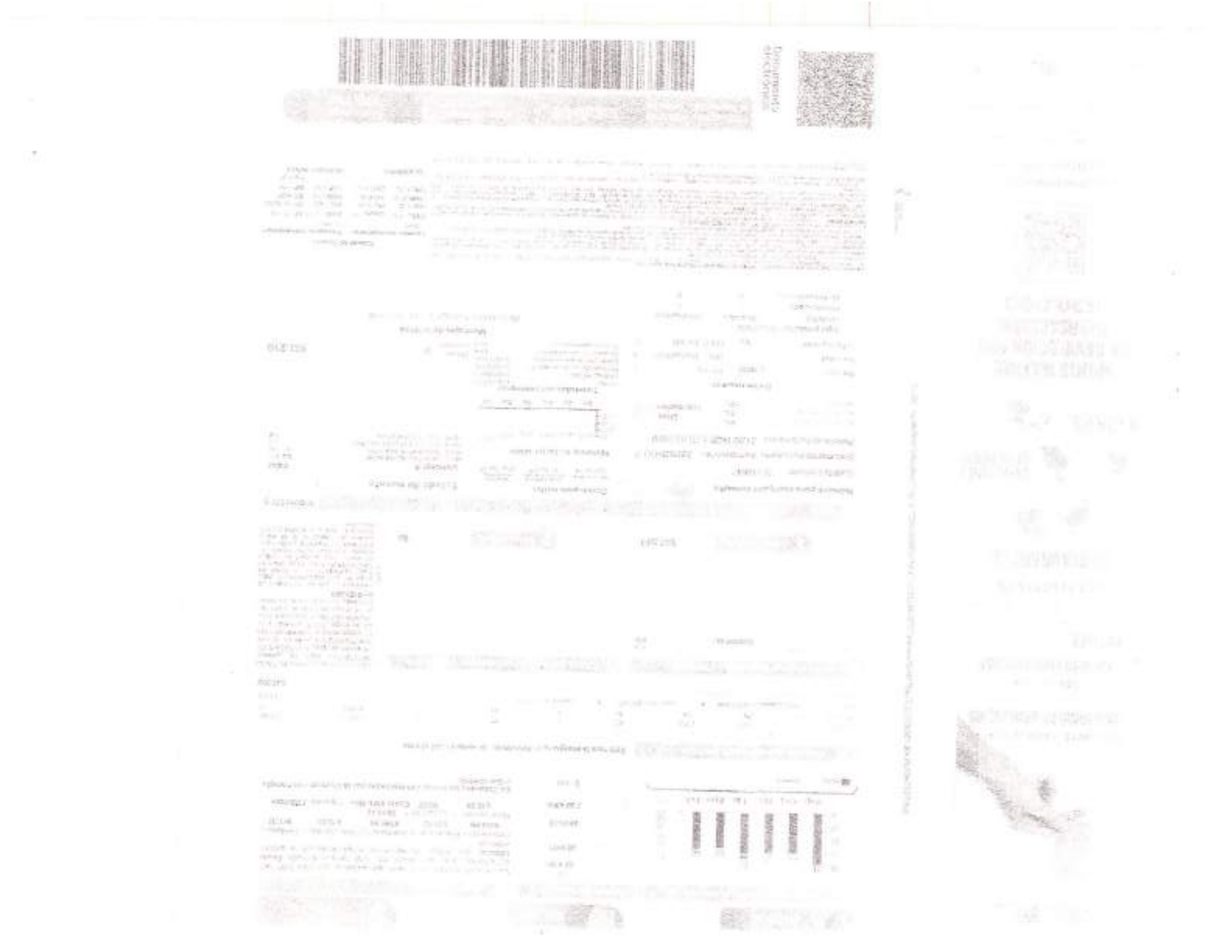
Periodo Facturado
Del 01 FEB/2026
al 24 MAR/2026

Estafas a primera vista.

Nequi Daviplata

RED CADE





ALCALDÍA 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): 63

900255003232755 (sship)

FECHA: 18-04-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Menta

COLOR: Pardo blanco.

ESPECIE: CANINO ___ FELINO Y SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: mestizo EDAD: 18m PESO: 2.6 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO Y

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Angela Paola Rubiano Rojas

DIRECCION: Kra 99bis 145

TELEFONO: 3153510957

CEDULA: 52530842

CORREO ELECTRÓNICO: paoru679@gmail.com

BARRIO: San Luis

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 03-2026

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa 01-2026

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

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

FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/04/2026 LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/04/2026

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 144 l/m F. RESPIRATORIA: 38 r/m TEMPERATURA: 38,2 °c TLEC 2 seg MUCOSAS: rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		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.)	03 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.12 ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

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: 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 entre otros factores que irritan y contaminan la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

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

Además, soy consciente y ACEPTO __X___ o RECHAZO_____ la declinación de la realicación de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales **NO los cubre el Programa**). Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual 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 Vetedinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

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

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
	52 530 842 Bd

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **52.530.842**

RUBIANO ROJAS

APELLIDOS

ANGELA PAOLA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-DIC-1979**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

14-JUL-1998 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-01085185-F-0052530842-20190718 0086509747A 2 9909217039

FACTURA EN LÍNEA



Escanea el código QR, escríbenos en el Formulario y empezamos a resolverlo 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 varios nuestros contrato en una sola transacción

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Banco de Bogotá · Bancolombia · BBVA · Bancolombia · Banco Popular · Citibank · Banco Colpatria · Banco Falabella · Nequi · Banco Agrario · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Davivienda · Dale

Permite adicionalmente inscripción débito automático.

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies: Metro, Jumbo, Éxito

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

Eficiencia energética

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

Línea telefónica 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.

¡Hola!

CARLOS ANDRES CASTANO
KR 99 BIS 14 5 241 00001 - SAN LUIS
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Cau. No. 5137104-60052

Lote: P14GN Ruta: 001*7201381000005000 Código del Sector: 275

Cuenta o referencia de pago **61875377**

vanti

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:



vanti

Continúa construyendo la casa que soñaste

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

hasta de $20.000.000

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

TECHO

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

Línea gratuita 01 8000 942 794
Bogotá (601) 307 8171
Bucaramanga (607) 685 4755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 436 4164

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

Recuerda que puedes ejercer el derecho de habeas data y consulta nuestra política de privacidad en la Ley 1581 de 2012.

Fecha: 03/13 C1

Marzo 2026

Cuenta o referencia de pago 61376377

EN MORA

vanti

Más formas de pagar

Fechas importantes

1 — Hoy — 2 — 3 — 4

Hoy
Fecha oportuna
PAGO INMEDIATO

Fecha de suspensión
INMEDIATO

Periodo facturado
Feb. - Mar. 2026

Emisión de tu factura
20 Mar. 2026

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad (Unidad (m³))	Valor unitario ($)	IVA (%)	Subtotal ($)
CONS. CON SUBSIDIO	643	2.107,53	0,00	11.830,1
MENOS SUBSIDIO (20%)	1[illegible]	-2.176,82	0,00	-2.570,6
AJUSTE DECENA	1[illegible]	0,70	0,00	0,7

1 — Total $7.960,00

Financiación diferida

Tasa de financiación	Concepto	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A+B

2 — Total $0,00

3 — Valor factura vencida

$5.900,00

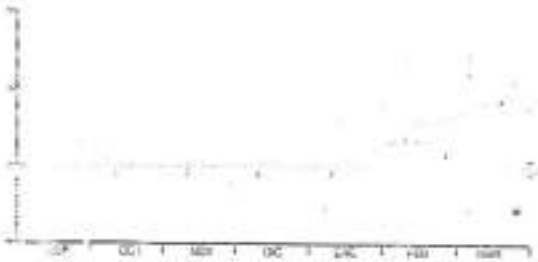
Total a pagar 1 + 2 = 3

$13.860,0

Pago por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Ago. 2029

Datos de medición

Residencial — Tabla/Col.Dos — Días de consumo 28

Fecha	Lectura	Tipo
18 Feb. 2026	2020	REAL
17 Mar. 2026	2026	REAL

Consumo: 2026 - 2020 * Factor de corrección = 6

Tarifas

El valor del m³ de gas estimado es de: $2567.

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

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

Componentes tarifarios

Cm: 1036.54 Tm: 564.3 Dm: 666.66 Cm: 0.0
PC: 64.07 Dm: 0.0 Cdm: 0.0 Dm: 0.0
Cm: 0.0 Tpm: 42.475 Dm: 0.0 Dm: 0.0

Tarifa: Tu consumo está en el bloque de 47.
Valor: y el precio en el bloque es de: $168.347

Factor de corrección

Vm: 0 Km: 0.7696 Pb: 1.0026 Pf: 0.7717
Vc: 6 Tm: 14.65 Tz: 15.56 Fz: 1.0606
Pm: 0.756 Pm: 0.9634 Pf en: 1.0

Factor de corrección: 0.7717

Indicadores de calidad

PCS1: 1050.9 CO: 0.0 PC: 1010.0 PC: 1050.0

Tu próxima lectura será

Entre 15 y el 29 de Abril

Novedades de tu factura

Dic: 1.250 UPE

Después de la fecha de pago oportuna, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $ 36.186



(415)7709989038025(8020)61376377(3900)0000000013860



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: 64

900255003232758

NO Ficha:

FECHA: 18-04-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Juancha COLOR: blanco-gris.

ESPECIE: CANINO ___ FELINO Y SEXO: HEMBRA Y MACHO ___ RAZA mestizo EDAD 5m PESO: 1.8 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO Y

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Juan Carlos Herrera Gutierrez

DIRECCION: CLIG Fbs A N. 97-50

TELEFONO 3209517593

CEDULA: 1.019.115.035

CORREO ELECTRÓNICO: juancarlosherreragutierrez100@gmail.com

BARRIO: Guadual ESTRATO: 3 LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

En buen estado de salud.

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

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa 01-2026

ULT. VACUNACION: NS/NR:

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

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

FELINOS:

TRIPLE FELINA: dd/mm/2026 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: 136 l/m F. RESPIRATORIA: 22 r/m TEMPERATURA: 37,5 °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.)	0.2 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.08 ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

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 recita 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, heridas cutáneas 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 existan 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: 1019116035

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

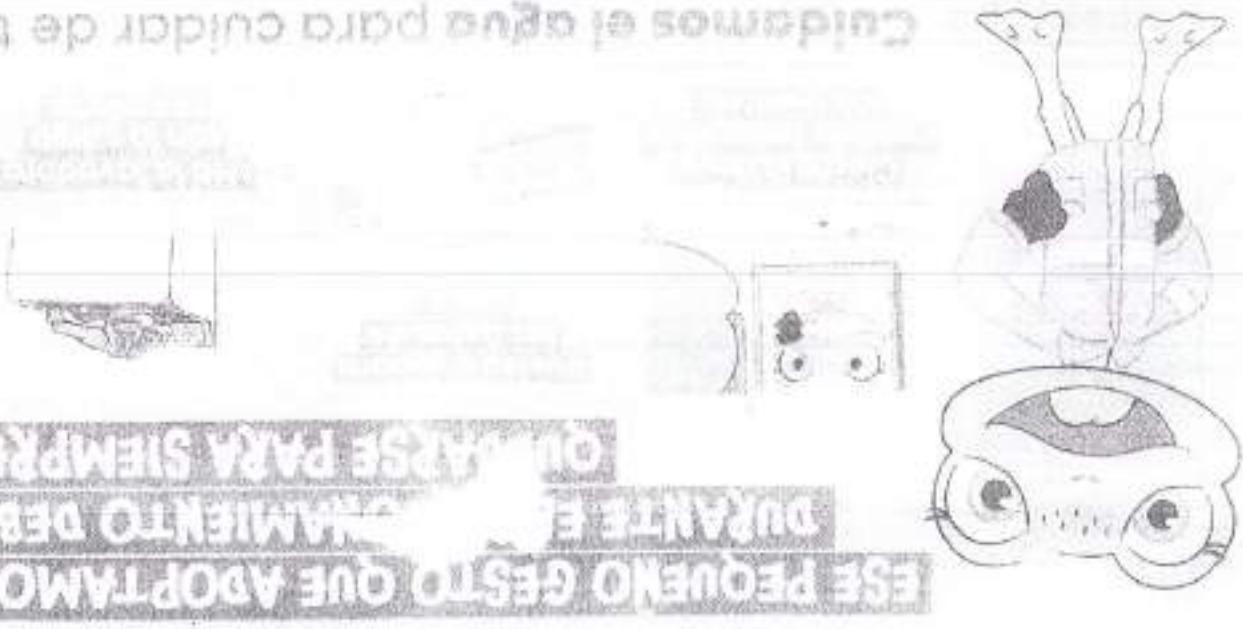
SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

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

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


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.019.115.035
HERRERA GUTIERREZ
APELLIDOS
JUAN CARLOS
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 07-DIC-1995
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
28-DIC-2015 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
0036803709A 1



Para el reparto ZONA: 3 CICLO: Q3 RUTA: Q33349

BIMESTRAL

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

Natasha Avendaño Garcia
Representante Legal

11659089
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

11842496413
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

¡Hola!

Factura a nombre de
FRANCISCO DE JESUS GONZALEZ LO

Dirección del predio
CL 16F BIS A 97 50 PI 1

Barrio: CIUDADUAL Localidad: FONTIBON

Dirección de correspondencia

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

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

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
JUN/11/2026	ABR/06/2026 07:11:29	ABR/06/2026 11:50:20

Datos adicionales del predio

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

Datos de tu medidor

Marca WATERTECH ITALIA Tipo VELOCISIMO
Serie 16-3676739 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 la misma cantidad de agua** que en el anterior.
Abre y descubre el detalle de tu pago y consumo ↓

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- 65 (Número de PREDIO 2025)

900255003232742

FECHA: 18-04-2026

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X ___ CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Canela | COLOR: Pardo

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: mestizo | EDAD: 5m | PESO: 2.5 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Sandra Liliana Vega | DIRECCION: Dag 16B No 106-40 | TELEFONO: 3192192753

CEDULA: 53038528 | CORREO ELECTRÓNICO: liliveb3@hotmail.com

BARRIO: El Carmen | 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.R | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: 01-2026 | ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

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

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

FELINOS:

TRIPLE FELINA: dd/03/2026 | LEUCEMIA: dd/mm/aaaa ___ | RABIA: dd/03/2026

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: 34 r/m | TEMPERATURA: 37,8 °c | TLLC: 2 seg | MUCOSAS: rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICAON		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	0.2 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribe 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 27703	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 antibióticos, baños varios y otros elementos que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
Sandra Liliana Vega	53038528

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 **53.038.528**

VEGA

APELLIDOS

SANDRA LILIANA

NOMBRES

sandra liliana vega

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **13-SEP-1983**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

01-AGO-2002 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO



A 1500150 00172128 F 0053038528 20151297 90476 0 2 1293681959

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 389

enel | Bogotá

Para pagos y consultas tu número de cliente es: 173456

No. Medidor: 180

51424

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

¡Hola!

BETTY YASMINA CASTELLANOS GAMBA
DG 16 B NO 106 40 IN 7 AP 201
INT 7 APTO 201
BOGOTA, D.C. - EL CARMEN FONTIBON

PAPEL ECOLÓGICO

Fecha oportuna
[illegible] ABR/2026

Fecha de suspensi
13 ABR/2026

Próxima lectur
[illegible] 2026

Periodo Facturad
Del 21 FEB/2026
al 24 MAR/2026

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

Tipo de Lectura: Real **Ruta Lectura: 1 3 18 301 0357** **Carga kW: 2,42** **Estrato: 3**

Clase de servicio: Residencial | Subclase: Básica

1 3 18 322 9833

Consejos para el uso eficiente de tu energía

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

Inscríbete a factura virtual

Regístrate en este código y recibe tu factura por correo electrónico

Contáctanos | Puntos de atención Enel

316 890 6003 (Elena Bot o Asesor)
601 5115 115
Enel Colombia
@EnelClientesCO
www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html

Emergencias 115
Operador Claro
Gratuito las 24 horas

Regístrate gratis
Zona privada de la página Web

App Enel Clientes Colombia



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

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

Operador de aseo

CAUDAL LIMPIA BOGOTA S.A. E.S.P

Avenida Boyacá # 6 B - 20

Línea 110

Estafas a primera vist

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

Mensaje desde números no verificados

Descuentos en el valor a pagar

Links que lleven a páginas diferentes a www.enel.com.co

No es Enel, es una estafa.

Regístrate y paga de manera segura en la Zona Privada en

enel.com.co

¿Cómo pagar tu factura?

Medios virtuales de pago

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

Código QR para pagar por PSE

Alma
de c

Oct Nov Dic Ene Feb

Reactiva

2,44 kWh

$1.728

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

Este mes la energía que disfrutaste, te costó $1.728 diarios

				x Factor =	Energía consumida kWh	Energía facturada kWh	x Valor unitario	= Valor facturado	
	9.604	9.526	78	1	78	78	$834,12	$65.061	
	629	629	0	1	0	0	$269,89	$0	
Cons. a subsidiar 100.00 kWh	X	Valor kWh $834,1177	X	Beneficio - 15.00 %				$9.759	
								$55.302	

SUBTOTAL: $-2 / $-2

$55.300

Otros cobros de productos y servicios

2 TOTAL OTROS: $0

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

Informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones Crédito Fácil COOENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO, éstas entrarán en mora, ante lo cual se realiza reporte negativo a las bases de información Financiera y cobro por gastos de cobranza si la mora supera 15 días y se realiza gestión de cobro.

NIT 830048122-9

para cualquier consulta

ontrato 11087845

nto equivalente electrónico No. 389037828-2

de facturación 21.02.2026 a 20.03.2026

0%
0%
15%

Días liquidados

Datos usuario

0.2842	Estrato:	3
0.20	FREC. Recolección:	3
0%	FREC. Barrido	3

ación

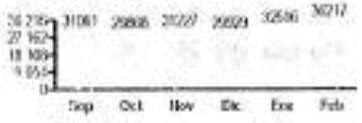
productor: Multiusuario Residencial

ades	Ocupadas	Desocupadas
denciales	1	0
lesidenciales	0	0

Costos para tarifas

COSTO FIJO TOTAL	COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE	COSTO BASE APROVECHABLE
$30.389,91	$0.000,09	$157.722,57

Histórico de facturación



Toneladas por suscriptor

Barrido:	0.00256516
Limpieza urbana:	0.00288811
Rechazo del aprovechamiento:	0.00001113
Efectivamente aprovechadas:	0.00219605
Residuos no aprovechables:	0.04
Aforo no aprovechable:	0.00

Estado de cuenta

Concepto	Valor
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$37.495
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-5.624
ASEO - AJUSTE A LA DECENA CRED	$-1

Meses en mora 0

TOTAL A PAGAR $31.870

Mensajes de Interés

INFORMATIVO DEUDA TOTAL: 31,870.00

CURO: FOIS 2336081 - - NIVEL DE TENSIÓN: PROPIEDAD: Empresa
ONCIENCIA 2014. Comercialización de Energía Eléctrica hasta 11,65 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0147 de 25 de enero 2002. IVA
CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1998.
de de la gestión de cobro el Cliente puede acudir a los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha
ago oportuno. Para mayor información comuníquese al (601) 3 115 115, Cra. 9a Bogotá al 51 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.
ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Bienes puestos condicionalmente según resolución No. 9081 de 18 de diciembre de 2020.
suspensión procede el retiro de repetición y en caso de apelación, el usuario deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio."
cobro prescrito mediante escrito radicado comercial Artículo 130 de la ley 142 1994.
de la resolución CREG 015 de 1998 Contrato suscrito con el cliente.
En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades
EL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, le invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a
115 115, bajo en Bogotá al 601 (601) 915 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.
NA S.A. ESP prestará el servicio de aseo de acuerdo a lo establecido en la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Energía de Colsanta), de
aprobación expresa emitida por el cliente para el cobro en la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no se responsable por el servicio que
ene, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor diríjase a los canales de atención definidos por cada

Venta de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT.
Estado vigilado por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

por Carvajal Documento de Comercialización 245 041 autorizado Proveedor Tecnológico Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S - Nombre del SW: GEMFinanciera - NIT

Calidad del Servicio

Duración interrupciones (Horas)		Frecuencia interrupciones (Eventos)	
DIUG: 11,57	Grupo: 11	FIUG: 13,00	DT: 257,95
DIU: 0,79	NC: 0,00	FIU: 3,00	CF: 81,00000
DIUM: 0,00	VC: 0,00	FIUM: 0,00	MC: 0,00
TNC: 0,00	CEC: 0,00	TVC: 0,00	MF: 1,00
			%t: 0,20
CD: 22300TB1		PERIODO: 2026/01	

Documento electrónico

Aclaraciones y consultas primero de cliente es: 1734567-1

Pago Oportuno 09 ABR /2026

Total a pagar $87.170

(415)7707209914253(8020)011734567138903782823900)000000000087170

FECHA 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 CLÍNICA HC - (Número de Historia Clínica): 66

MX: 900255003232748

FECHA: 18-04-2026

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Paris | COLOR: gris.

ESPECIE: CANINO___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO___ | RAZA: mestizo | EDAD: 5m | PESO: 2.4 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: Sandra Liliana Vega | DIRECCION: Dg 16B N. 106-40 | TELEFONO: 3192192753

CEDULA: 53.038.528 | CORREO ELECTRÓNICO: lilive83@hotmail.com

BARRIO: El Carmen | 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-R | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa 01-2026

ULT. VACUNACION: NS/NR:

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

FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/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: 142 l/m | F. RESPIRATORIA: 32 r/m | TEMPERATURA: 37,9 °C | TLLC 2 seg | MUCOSAS: rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		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 ACEPTACION X RECHAZO___, para la realización del procedimiento y primeros 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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
Sandra Ivana Vega	53038528

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 **53.038.528**

VEGA

APELLIDOS

SANDRA LILIANA

NOMBRES

Sandra Liliana Vega

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-MAR-1976
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

21-ABR-1995 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL

A-1500103-42111332-F-0052487613-20030729 0140303210O 01 136923931

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 389

enel | Bogotá

Para pagos y consultes tu número de cliente es: 173456

No. Medidor: 180

514424

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

¡Hola!

BETTY YASMINA CASTELLANOS GAMBA
DG 16 B NO 106 40 IN 7 AP 201
INT 7 APTO 201
BOGOTA, D.C. - EL CARMEN FONTIBON

PAPEL ECOLÓGICO

Oportuno
ABR/2026

Fecha de suspensi
13 ABR/2026

Última lectur
BR/2026

Periodo Facturad
Del 21 FEB/2026
al 24 MAR/2026

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

Tipo de Lectura: Real **Ruta Lectura: 1 3 18 301 0357** **Carga kW: 2,42** **Estrato: 3**

Clase de servicio: Residencial | Subclase: Básica

1 3 18 322 9833

Consejos para el uso eficiente de tu energía

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

Inscríbete a factura virtual

Regístrate en este código y recibe tu factura por correo electrónico

Contáctanos | Puntos de atención Enel



316 890 6003 (Elena Bot o Asesor)
601 5115 115
Enel Colombia
@EnelClientesCO
www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
Emergencias 115 Operador Claro Gratuito las 24 horas.
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

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

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

Operador de aseo

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

Avenida Boyacá # 6 B - 20

Líneas 110

Estafas a primera vist

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

Mensaje desde números no verificados

Descuentos en el valor a pagar.

Links que llevan a páginas diferentes a www.enel.com.co

No es Enel, no seas estafa

Regístrate y paga de manera segura en la Zona Privada en

enel.com.co/

¿Cómo pagar tu factura?

Medios virtuales de pago

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

Billetera virtual

Código QR para pagar por PSE

Alma de c

Oct	Nov	Dic	Ene	Feb
Reactiva				

2,44 kWh

$1.728

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

Este mes la energía que disfrutaste, te costó $1.728 diarios

				x Factor =	Energía consumida kWh	Energía facturada kWh	x Valor unitario	= Valor facturado
	9.604	9.526	78	1	78	78	$834,12	$65.061
	629	629	0	1	0	0	$269,09	$0
Cons. a subsistir 130 kWh/mes		X	Valor kWh $834,1177	X	Beneficio- 15,00 %			-$9.759
(ERT):								$55.302

SUBTOTAL $-2

$-2

$55.300

Otros cobros de productos y servicios

2 TOTAL OTROS $0

Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $103.883.

Informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones Crédito Fácil CODENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO, éstas entrarán en mora, ante lo cual se realiza reporte negativo a las bases de información Financiera y cobro por gastos de cobranza si la mora supera 15 días y se realiza gestión de cobro.

NIT 830048122-9

para cualquier consulta

ontrato 11087845

nto equivalente electrónico No. 389037828-2

de facturación 21.02.2026 a 20.03.2026

0%
0%
15%

Días Liquidados

Datos usuario

0,2042	Estrato:	3
0,20	FREC. Recolección:	3
0%	FREC. Barrido	3

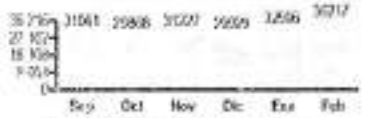
productor: Multiusuario Residencial

ades	Ocupadas	Desocupadas
denciales	1	0
lesidenciales	0	0

Costos para tarifas

COSTO FIJO TOTAL	COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE	COSTO BASE APROVECHABLE
$20.369,91	$8.803,69	$157.722,57

Histórico de facturación



Toneladas por suscriptor

Barrido:	0,00256516
Limpieza urbana:	0,00088811
Rechazo del aprovechamiento:	0,00001113
Efectivamente aprovechadas:	0,00210655
Residuos no aprovechables	0,04
Aforo no aprovechable:	0,00

Estado de cuenta

Concepto	Valor
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$37.486
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-5.624
ASEO - AJUSTE A LA DECENA CRED	$-1

Meses en mora 0

$31.870

Mensajes de interés

INFORMATIVO DEUDA TOTAL: 31,870.00

CUITO: EG15-22360TRI - MAIL DE TENSIÓN I PROMEDIO: Empresa
ONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,81 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0647 de 25 de enero 2002. IVA
CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 038 DE 2014.
ión de la presente factura el Usuario cuenta con los recursos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de estos antes de la fecha
ago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 3 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.
: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Su nivel de subsidio o contribución según resolución No 5061 de 10 de diciembre de 2020.
o suspensión previo el cumplimiento de requisitos establecidos en la ley 142 1994
y de la resolución CREG 038/14 consulta www.enel.com.co
En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades
EL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, te invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a
115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.
IA S.A. ESP puede suspender el servicio de acueducto para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Cobranza), de
aprobación expresa emitida por el Usuario para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. no es responsable por el servicio que
ores, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor diríjanse a los canales de atención definidos por cada

El servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT.
Estado vigilado por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

por Carvajal Soluciones de Comercio con S.A.S. NIT 804130812. Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S. - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT

Calidad del Servicio

Duración interrupciones (Horas)		Frecuencia interrupciones (Eventos)	
DIUG: 11,57	Grupo: 11	FIUG: 13,00	DT: 257,55
DIU: 0,79	HC: 0,00	FIU: 3,00	CF: 81,00000
DIUM: 0,00	VC: 0,00	FIUM: 0,00	NC: 0,00
THC: 0,00	CEC: 0,00	TVC: 0,00	MF: 1,00
			%: 0,20
CD: 22360TRI		PERIODO: 2026/01	

Documento electrónico

consultas 1734567-1

Pago Oportuno 09 ABR /2026

Total a pagar $87.170

(415)7707209914253(8020)011734567138903782B2(3900)0000000000087170

FECHA EXPEDICION

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): 67

NO: 900255003232753

FECHA: 18-04-2026

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Duquesa | COLOR: blanco-cafe.

ESPECIE: CANINO___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO___ | RAZA: mestizo | EDAD: 7m | PESO: 2.6 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI___ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI___ NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X | TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO___ CONCENTRADO X MIXTO___ OTRO

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Diana Carolina Bejarano Garcia | DIRECCIÓN: CL 20C No 107-44 | TELEFONO: 3214257028

CEDULA: 52.487.613 | CORREO ELECTRÓNICO: kroo.3@hotmail.com

BARRIO: Saturno | 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: 03-2026 | 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/aaaa

FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa | LEUCEMIA: dd/mm/aaaa | RABIA: dd/mm/aaaa 10/2025

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 142 l/m | F. RESPIRATORIA: 40 r/m | TEMPERATURA 38,1 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		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	30,000 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 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

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 antibiótico, baños excesivos 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:
Diana Bayano	52487613

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
52.487.613
NUMERO
BEJARANO GARCIA
APELLIDOS
DIANA CAROLINA
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 03-MAR-1976
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
21-ABR-1995 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1500103-42111232-F-0052487613-20030729 01403

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 · Itaú · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco AV Villas · Banco GNB Sudameris · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Davivienda · Baloto · dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

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

Fijo - Móvil: **164** ó 01 8000 919 052
01 8000 181 164

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

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.813-8

¡Hola!

MARIA NUBIA GARCIA DE BEJARANO
CL 20C 107 44 01 00003 - SATURNO
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5077198-59656

Lote: P08GN Ruta: 0011020071600005200 Código del Sector: 325

Cuenta o referencia de pago **64061113**

vanti listo

Compra televisor, computador o gas, moto y mucho más y paga cuando tú quieras en la factura de gas

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:



1 Unidad a cargo de Vanti S.A. ESP., Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP., Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Comgas S.A. ESP. Vanti Usuario. Si mejora que identifica el servicio de financiación no tenemos relación con el Grupo Vanti. Aplica condiciones de la política de financiación, consúltalas 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://mi.grupovanti.com/

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

325 0011020071600005200 2032 C1

Factura de gas

Febrero 2026

Cuenta o referencia de pago: 64061113

BOGOTA

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

vanti
Más formas de avanzar

1604856

Fechas importantes

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

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	15M3	2.551,41	0,00	38.271,15
FIJO	1UN	4.186,00	0,00	4.186,00
AJUSTE DECENA	1UN	1,20	0,00	1,20
RECAUDO TERCEROS Seguro Vida Deudo	0	6.783,00	0,00	6.783,00
INTERESES FINANCIAMIENTO - NO GRA	1UN	40.806,95	0,00	40.806,95

→ obligatoria para una financiación.

1 — Total $90.028,30

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota Nº	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A
0 % Cuota Protegida	4/12	28.000,00	0,00	28.000,00
1,78 % V-Movilidad Vanti	3/11	237.121,70	40.806,95	237.121,70

Cuotas → 24 cuotas
Faltan → 8 cuotas.
Pagadas → 16

2 — Total $265.121,70

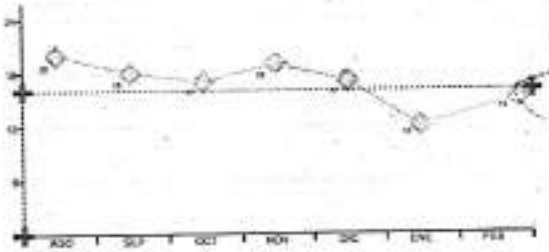
3 — Valor facturas vencidas: $0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3: $355.150,0

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
13 Ene. 2026	768	REAL
10 Feb. 2026	787	REAL

m³ corregidos = 787 - 768 * Factor de corrección = 15

Tu próxima lectura será

Entre 07 y el 12 de Marzo

Novedades de tu factura

Radicado 3540041133

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 Dic. 2030

La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente* *Resoluciones 059 de 2012 y 41089 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

Cmi: 1389.37 Tm: 580.61 Dm: 580.62 Cm: 2551.41
@: 64.01 Cvm: 0.0 Cuftm: 4186.0 Cuvm: 2551.41
Cmm: 0.0 Fpcm: 42.435 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

Mjor! Tu consumo en m³ de gas equivale: 177
kWh y el precio unitario del kWh es: $839.071

Factor de corrección

Vm: 15 Kpi: 0.76608 Kt: 1.00601 Pc: 0.77111
Vc: 15 Tm: 13.75 Tc: 15.56 Pm: 1.01800
Pz: 0.751 Pm: 0.023 Pf pc: 1.0

Factor de corrección: 0.77111

Indicadores de calidad

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

Visita → 28 de Marzo 1-6 pm.



(415)7709998025025(8020)64061113(3900)0000000355150

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: 67

900255003232751

FECHA: 18-04-2026

ORIGEN: EES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CASTE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Julia COLOR: Calico.

ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO___ RAZA: mestizo EDAD: 8m PESO: 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: Angie Lizeth Romero Gomez

DIRECCION: CL 16F bis A No. 97-50

TELEFONO: 3147842770

CEDULA: 1.023.010.564

CORREO ELECTRÓNICO: lizangieromero@gmail.com

BARRIO: Guadual ESTRATO: 3 LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: Tecnico NS/NR:

TIPO DE VIVIENDA: CASA___ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa 03-2026

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa 01-2026

ULT. VACUNACION: NS/NR:___

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

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

FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/2026 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: 26 r/m TEMPERATURA 38,3 °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.)	0.2 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.08 ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomía/Orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION__X RECHAZO___, para la realización del procedimiento 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 Ovariohistactomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que, al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip pueda generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antibióticos, bolígrafos 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:
Angie Lizeth Romero Gomez	1023010564

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.023.010.564**

ROMERO GOMEZ

APELLIDOS

ANGIE LIZETH

NOMBRES

Angie Lizeth Romero Gomez

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **04-ENE-1996**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 **O+** **F**

ESTATURA G.S RH SEXO

10-FEB-2014 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-01048644-F-1023010564-20181205 0063439534A 1 9906531753



DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: Q3 RUTA: Q33349

BIMESTRAL

11659099	11842496413
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
FRANCISCO DE JESUS GONZALEZ LO

Dirección del predio
CL 16F BIS A 97 50 PI 1

Barrio: GUADUAL Localidad: FONTIBON

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Datos de tu medidor

Marca WATERTECH ITALIA Tipo VELOCITY100
Serie 16-3639238 Diámetro pulgadas ½

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

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

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
JUN/11/2026	ABR/08/2026 07:11:29	ABR/06/2026 11:50:20

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 la misma cantidad de agua** que en el anterior.
Abra y descubre el detalle de tu pago y consumo ↓

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: 69

NI: 900255003232752

FECHA: 18-04-2026

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Isis | COLOR: Blanco / Negro

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: mestizo | EDAD: 5 m | PESO: 1.5 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: Lina Marcela Lopez Bendia | DIRECCION: Kra 109b No 22 H 35 | TELEFONO: 3103048772

CEDULA: 1.016.011.388 | CORREO ELECTRÓNICO: linamb88@hotmail.com

BARRIO: Versalles | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena salud

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

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

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

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

FELINOS:

TRIPLE FELINA: dd/mm/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: 148 l/m | F. RESPIRATORIA: 26 r/m | TEMPERATURA 37,8 °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.)	0.2 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.08 ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomía/Orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO ___, para la realización del procedimiento 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 aclaran 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, heridas cerca y otras sustancias que irriten y contaminen la zona durante los 5 días posteriores a la implantación.

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

Además, soy consciente y ACEPTO __X___ o RECHAZO_____la declinación de la realización de exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa). Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por este 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:
Jimenez	1016011388

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
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.016.011.368
LOPEZ BUENDIA

APELLIDOS
LINA MARCELA

NOMBRES
Lina Marcela López

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 10-JUL-1988
FLORENCIA
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
28-AGO-2006 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 388528158-1

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **2413987-9**

No. Medidor: **21486585**

¡Hola!

FELIX ANTONIO AYA
KR 109 B NO 22 H 35 PI 2
O
BOGOTA, D.C. - VERSALLES FONTIBON

Fecha de suspensión
08 ABR 2026

Del 18 FEB/2026
al 18 MAR/2026

Tipo de Lectura: Real Ruta Lectura: 1 3 19 313 0670 Carga Mfr: 6,77 Dígito: 1

Clase de servicio: Residencial | Subclase: Básica

1 3 19 312 6708

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

Estafas a primera vista.

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

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

No es Enel, es una estafa.

Recárgate y paga de manera segura en la Zona Privada en

enelcom.co

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

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

Avenida Boyacá # 6 B - 20

Línea 115

¿Cómo pagar tu factura?

Medios virtuales de pago

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

Código QR para pagar por PSE

Almacenes de cadena

Billetera virtual

Red distritas RED CADE

Centro de servicio

Corresponsales bancarios



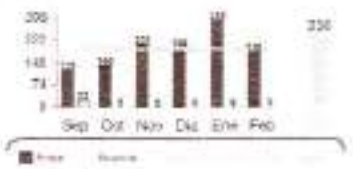
En la compra que siempre quisiste.

DISFRUTA EL BENEFICIO EN TU PRIMERA COMPRA!

ES MUY FÁCIL

Escanea este QR para conocer el punto más cercano


UN MUNDO DE BENEFICIOS
CRÉDITO FÁCIL COMENSA
RECIBES
POR COMPRAS EN:
RESTAURANTES,
ESTACIONES DE SERVICIO
Y CINES.
MONTO MÁXIMO DE DEVOLUCIÓN POR TRANSACCIÓN: $20.000
Escanea este QR e
Inscríbete GRATIS









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: 70	900255003232756	NO	FECHA: 18-04-2026

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Mili				COLOR:	blanco-negro	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO___	RAZA: mestizo	EDAD: 5m	PESO: 1.5 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: Ingna Marcela Lopez Buendia	DIRECCION: Kra 109b No 22H35	TELEFONO 3103048772.	
CEDULA: 1.016.011.388.	CORREO ELECTRÓNICO: Inamb88@hotmail.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	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACION: NS/NR:		
N.R	02-2026	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/02/2026	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: 32 r/m	TEMPERATURA: 37,6 °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	5-2mg/kg IV
		ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.2 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.08 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomía/Orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su 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 antigripales, baños secos y otras sustancias que retiren 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:
Line López	1016011398

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
CEDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.016.011.388
LOPEZ BUENDIA

APELLIDOS
LINA MARCELA

NOMBRES
Lina Marcela López

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 10-JUL-1988
FLORENCIA
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

28-AGO-2008 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 388528158-1

enel

Para pagos y consultas suministro de cliente es: **2413987-9**

No. Medidor: **21486585**

¡Hola!

FELIX ANTONIO AYA
KR 109 B NO 22 H 35 P 2
D
BOGOTA, D.C. - VERSALLES FONTIBON

Fecha de suspensión
08 ABR 2026

Del 18 FEB/2026
al 18 MAR/2026

Tipo de Lectura: Real Ruta Lectura: 1 3 15 313 8578 Carga kW: 6.71 Estrato: 3

Clase de servicio: Residencial | Subclase: Básico

1 3 15 312 8708

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

Canales para tu atención Enel

316 890 6083 (Bienvenido a Asesor)
401 9218 218
Enel Colombia
@EnelCOnlineCO
www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
Gratuito las 24 horas.
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

Oficina de atención

Avenida Boyacá # 6 B - 20
Línea 120

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

Estafas a primera vista.

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

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

No es Enel, es una estafa.

Regístrate y paga de manera segura en la Zona Privada en 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 · daviplata · Red distrital RED CADE · Centro de servicio enel

Con aplicaciones financieras

CONFIED · efecty · Baloto · Gana · Reval · Su Red · Servientrega · Supergiros · MOVIRED

LA TARJETA DE CIUDAD



En la compra que siempre quisiste.

¡DISFRUTA EL BENEFICIO EN TU PRIMERA COMPRA!

ES MUY FÁCIL

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

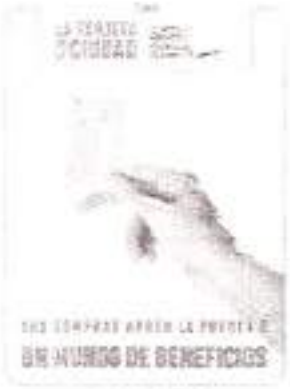
Realiza tu primera compra hasta el 15 de marzo de 2026.

Tendrás cupo hasta $100.000 para tu primera factura de ENEL.

Disfrútalo en cuotas 6 meses.

Escanea este QR para conocer el punto más cercano

56003
Pág. Cuenta 2413987-9 56003 Edit - Página 1 de 2
56003
Edit - Página 1 de 2


LA TARJETA DE CIUDAD
LAS COMPRAS APOYAN LA PROTECCIÓN DE BOSQUES
SIN COSTOS NI MONTOS DE BENEFICIOS
CON LA CLUB
CRÉDITO FÁCIL COMFENSA
RECIBES
POR COMPRAS EN:
RESTAURANTES,
ESTACIONES DE SERVICIO
Y CINES.
MONTO MÁXIMO DE DEVOLUCIÓN POR TRANSACCIÓN:
$20.000
Escanea este QR e inscríbete GRATIS


Sep Oct Nov Dic Ene Feb
Este mes la energía que consumiste, te costó $6.227 diarios
SUBTOTAL
$213.980
$0
Números para cualquier consulta
Cuenta contrato 11424078
Documento equivalente electrónico No. 3995239158 1
Periodo de facturación 19/02/2026 a 18/03/2026
Días liquidados
Datos usuario
Estado de cuenta
Concepto
Valor
Mensajes de interés
$35.970
Documento electrónico
2413987-9

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: 71

900255003232744 NO. rochip

FECHA: 18-04-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Iris.

COLOR: blanco-negro-caje.

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

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO 7

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: Alicia del Pilar Soto Calderon

DIRECCION: Kra 112 No 22K 14

TELEFONO: 3208282630

CEDULA: 1.070.706.857

CORREO ELECTRÓNICO: alicia-1617@hotmail.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 02-2026

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/aaaa

FELINOS:

TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/01/2025

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA	F. RESPIRATORIA	TEMPERATURA	TLLC	MUCOSAS
138 l/m	24 c/m	37,9 °c	2 seg	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 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. 32701	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 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 o incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de 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:
Alicia Del Pilar Erazo O.	1030706851.

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.070.706.857**
ERAZO CALDERON

APELLIDOS
ALICIA DEL PILAR

NOMBRES

Alicia Del Pilar Erazo C.

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **16-MAR-1993**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

07-ABR-2011 LA VEGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-1515100-80304836-F-1070706857-20110531 0027000979A 1 36073150

FACTURA
EN·LÍNEA



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

Dile adiós al papel
y empieza a recibir
tu factura Vanti
en tu correo.

Inscríbete aquí



SOLICITA TU
FACTURA·
EN·LÍNEA·
Y PÁGALA A TRAVÉS DEL

Mundo digital Vanti

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

Pagos electrónicos en otras entidades

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

*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 | 01 8000 919 052
01 8000 181 164

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

¡Hola!

MARIA ANA ELVIA HERNANDEZ
KR 112 22K 14 00001 - VERSALLES
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 0000051371023202212

Lote: P13GN Ruta: 0011020190390006100 Código del Sector: 325

Cuenta o referencia de pago **61210606**

vanti

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

vanti



Participa y gana uno de los
50 BONOS DE
$1.000.000
por compras iguales o superiores a haciendo uso de tu cupo Vanti Lista en tiendas aliadas.

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

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

Línea gratuita 01 8000 942 794
Bogotá (601) 307 8171
Bucaramanga (607) 685 4750

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

Diciembre 2025

Número de referencia de pago 01210606

vanti

Fechas importantes

Inicio periodo facturado	Fin periodo facturado	Periodo facturado	Generación de la factura
07 Ene. 2026	06 Ene. 2026	Nov. - Dic. 2025	19 Dic. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario ($)	IVA (C)	Subtotal $
CONSUMO GAS	2240	2,970.50	0.00	56,551.0
FIJO	1UN	4,102.00	0.00	4,102.0
AJUSTE DECENA	1UN	-3.00	0.00	-3.0
Vanti Mes Gas 2	1UN	11,294.12	2,145.88	13,440.0

Total $74.170,0

Tus financiaciones

Tipo de interés/Concepto	Cuota N°	Capital	Intereses	Subtotal $

2 - Total 30,0

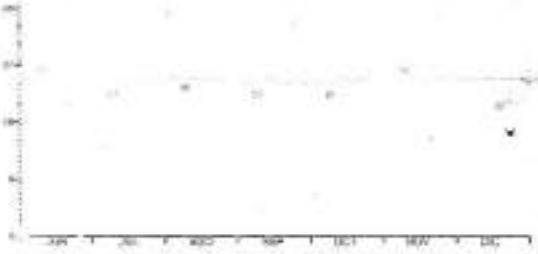
3 - Valor facturas vencidas $0,00

Total a pagar $74.170,0

Paga hoy

Fecha de corte

Tus últimos consumos



Datos de medición

Residencial	Estrato/Cat.Tres	Días de consumo 29
Lectura	Lectura	Tipo
18 Nov. 2025	5910	REAL
18 Dic. 2025	5939	REAL

5939 - 5910 Factor de corrección = 22

Entre el 15 y el 19 de Enero

Novedades de tu factura

Recuerda que si tu factura de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $1.000

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 May. 2027

La revisión de la instalación interna es una obligación establecida en la normatividad vigente en Gas Natural (Resolución 059 de 2013 y 31 de 2014)

Agenda ya la RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ en tu gas este mes es de: $2571

Sep. $2719 Oct. $2748 Nov. $2742

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

Componentes tarifarios

Cm: ($2473) Tm: $50.57 Dm: $55.11 Cm: $74.5

P: 05.00 Cuc: 0.0 Dm: $102.0 Cuc: $73.2

Cuc: 0.0 Tpcs: $2,512 DNG: 0.0 DNG: 0.0

Ajuste Tarifa consumo en m³ de gas estarán: $00

Multiplicado el precio unitario de $2.571 es: $230.589

Factor de corrección

Vm: 20 Fc: 0.9756 Pc: 1.00634 Pm: 0.77000

Vb: 22 Tm: 13.74 Tb: 15.56 Fm: 1.01000

Pb: 40.700 Pm: 0.0000 P'm: 0.0

Factor de corrección: 0.77220

Indicadores de calidad

PCS: 1013 DCI: 0.0 IC: 100.0 IDC: 100.0



(415)7703990026025(8020)61210606(3900)000000000074170

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) 72

900255003232724

FECHA: 18-04-2026

ORIGEN: CES ____ PROTECCIONISTA ____ COMUNIDAD X ____ CALLE ____

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Molly | COLOR: Pardo blanco.

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: mestizo | EDAD: 1.A | PESO: 3.2 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Luz Dary Rincon Pinto | DIRECCION: Cl 22J bis No. 121-45 | TELEFONO: 3142267586

CEDULA: 20.358.825 | CORREO ELECTRÓNICO: luzdewar1983@gmail.com.

BARRIO: El Refugio | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

En buen estado de salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa 03 2026 | 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: dd/mm/aaaa ___

FELINOS:
TRIPLE FELINA: 13/01/2026 LEUCEMIA: dd/mm/aaaa ___ RABIA: dd/mm/aaaa ___

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 144 l/m | F. RESPIRATORIA: 30 r/m | TEMPERATURA 38,4 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: rosadas

OBSERVACIONES: /

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		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.)	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), 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 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, 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:
Ivá Ospy Rincón Pinto.	20 358 825

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 20.358.825
RINCON PINTO
APELLIDOS
LUZ DARY
NOMBRES

Luz Dary Rincon Pinto
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 31-DIC-1983
ANAPOIMA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

26-ENE-2002 ANAPOIMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA RICRA

ÍNDICE DERECHO

A-1500150-01125037-F-0020358825-20200109 0069615547A 1 9911301366

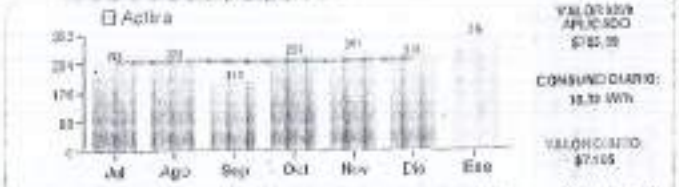
Bogotá

1022159-9

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No.

BELEN SAENZ
CL 22 J BIS NO 121 45
BOGOTA, D.C. - EL REFUGIO





VALOR KWH APLICADO
$782,39

CONSUMO DIARIO:
10,39 kWh

VALOR DIARIO
$7.105

PERÍODO FACTURADO:
DÍAS FACTURADOS: 30
CONSUMO 903 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA VAL:	0,08
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1800013012708
RUTA LECTURA:	131013 0150
MANZANA DE LECTURA:	MS0064104
MEDIDOR NO:	1013159
SUBCLASE:	Basica









COMPONENTES TARIFARIOS | Componentes del precio

FECHA GENERACIÓN:
23012026 00:07:26
FECHA EXPEDICIÓN:
23/01/2026 12:44:16

$230.251 + $57.219 + $44.070 = $331.550

PAGO OPORTUNO
03 FEB /2026

FECHA DE SUSPENSIÓN
05 FEB /2026

1022159-9

15 FEB /2026

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

SUBTOTAL: $230.255

SUBTOTAL:

$230.251

$57.219

ASEO | CIUDAD LIMPIA BOGOTA S.A. E.S.P | ASEO | 3 | 830048122-9

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

CUENTA CONTRATO: 9038939

PERIODO DE FACTURACIÓN: 16.12.2025 a 15.01.2026

41780 39233 40364 41546 40120 41783 40220
39135
10445
0
Jul Ago Sep Oct Nov Dic

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$70.001
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-29.333
ASEO - INTERESES POR MORA	$19

DATOS DEL USUARIO

ESTRATO: 3

UNIDADES	Ocupadas	No ocupadas
Residenciales	2	0
No residenciales	0	0

CARGO:	0.00296516
LÍNEA BÁSICA:	0.00085611
INCENTIVO DEL APROVECHAMIENTO:	0.00001115
EFECTIVAMENTE APROVECHADO:	0.00123324
RESIDUOS NO APROVECHABLES:	0.03
APORTE NO APROVECHABLE:	0.03

MESES EN MORA: 0

TOTAL ASEO: $44.070

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

INFORMATIVO DEUDA TOTAL: 44.070,00

NÚMERO DE CUENTA
1022159-9

Documento Equivalente Electrónico No. 381650515-1

(415)7707265514253(8020)81102215938160615(3900)000000(96)0000331550

PAGO OPORTUNO
03 FEB /2026

TOTAL A PAGAR
$331.550

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.: 73 (Número de Historia Clínica) | M: 900255003232730 | FECHA: 18-04-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES: Hade | COLOR: negro

ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO___ | RAZA: mestizo | EDAD: 8m | PESO: 3 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Danna Gabrielle Rozo 691 | DIRECCION: Kra 111 A No 22121 | TELEFONO: 3102961670

CEDULA: 1.013113158 | CORREO ELECTRÓNICO: frozo381@gmail.com

BARRIO: Versalles | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachille | TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___ RURAL

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: 03-2026 | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: 03-2026

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: 37.9 °c | TLLC: 2 seg | MUCOSAS: rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		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	0.12 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

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

FONTIBON

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 antibióticos, baños secos y otros cuerpos que lesionen y contaminen la zona, dentro de los 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 cual es 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:
	1013113158

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:

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



NUIP 1.013.113.158

Apellidos
ROZO GIL

Nombres
DANNA GABRIELLE

Nacionalidad
COL

Estatura
1.55

Sexo
F

Fecha de nacimiento
16 DIC 2006

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
16 DIC 2024, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expiración
18 DIC 2034

.CO

070622629

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL070622629815001<<<<<<<<<<<
0612162F3412189COL1013113158<5
ROZO<GIL<<DANNA<GABRIELLE<<<<<

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 383581558-7

0422155-1

enel | Bogotá

No. Medidor: 24327999

¡Hola!

MARIA DE CAON
KR 111 A NO 22 I 21
FONTIBON
BOGOTA, D.C. - VERSALLES FONTIBON

Tipo de Lectura: Real | Ruta Lectura: 1 3 15 217 0075 | Carga kW: 2.30 | Estrato: 3

Clase de servicio: Residencial | Subclase: Básica

Consejos para el uso eficiente de tu energía

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

Inscribe a factura virtual

Regístrate en este código y recibe tu factura por correo electrónico

¿Contáctanos | Puntos de atención Enel

Estafas a primera vista.

¿Cómo pagar tu factura?

Medios virtuales de pago

APP | Caja Social | Internet | APP Enel Colombia | Bancolombia

Avenida Boyacá # 6 B - 20

Línea 110



En la compra que siempre quisiste.

DISFRUTA EL BENEFICIO EN TU PRIMERA COMPRA

ES MUY FÁCIL

Solicitar tu primera tarjeta hasta el 15 de marzo de 2026.

Financiación hasta $100.000 en cuotas fijas sin COMU.

Pago mínimo en cuotas desde el siguiente mes.

Escanea este QR para conocer el punto más cercano

CORRESPONSAL BANCARIO
DAVIBANK
Puntored no te cobra por esta transacción
Pago de facturas Davibank

TRANSACCIÓN EXITOSA

Fecha	2026-04-07
Hora	12:54:44
Punto de venta	203623
Numero de aprobacion UPC	342021
Tipo de transaccion	Recaudo
ID Transaccion Puntored	2401426961
Codigo del Convenio	12311
Nombre del Convenio	RECAUDO ENEL VENCIDO Y NO VENCIDO - 0266
Referencia del Pago	04221551
Valor Pago	$86,310

Linea de atención
Personalizada en Bogotá:
601 3487881
Aqui tambien puede pagar su tarjeta de credito y creditos de consumo del Banco Davibank
BANCO DAVIBANK VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC- Número de Historia Clínica: 74

NIC: 900255003232738

FECHA: 18-04-2023

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Nieve

COLOR: blanco - grs

ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO___ RAZA: mestizo EDAD: 7m PESO: 2.2 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI___ NO___

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI___ NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X

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

ORIGEN: NS/NR___ RESCATADO___ COMPRADO___ ADOPTADO X REGALADO___ PERRO DE CUADRA___ OTRO___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Luz Fany Alvarado Verano

DIRECCION: AK 116 No 22H30

TELEFONO: 3232030104

CEDULA: 52321082

CORREO ELECTRÓNICO: luzveral082@gmail.com.

BARRIO: Versalles ESTRATO: 3. LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA___ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

En buen estado de salud

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

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

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

FELINOS:

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 136 l/m F. RESPIRATORIA: 30 r/m TEMPERATURA 37.8 °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 y 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, utilización de antibióticos, baños en agua 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:
	52321082

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 **52.321.082**

ALVARADO VERANO

APELLIDOS

LUZ FANY

NOMBRES

Luz Fany Alvarado V.

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **01-OCT-1973**

ALBANIA (SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

10-DIC-1993 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00613694-F-0052321082-20140822 0039638752A 1 1713016695

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: 53 RUTA: 533686

BIMESTRAL

10906567	43478519515
Cuenta contrato Núm. de identificación de este predio	**Número para pagos** Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

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

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

Fecha aproximada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
ABR/18/2026	FEB/05/2026 05:37:23	FEB/05/2026 08:18:17

¡Hola!

Factura a nombre de
JUAN E RODRIGUEZ

Dirección del predio
AK 116 22H 30 AP 301

Barrio: VERSALLES Localidad: FONTIBON

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Datos de tu medidor

Marca MAYLAN Tipo VELOCIMETRO
Serie 9999999 Diámetro pulgadas 5/8

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

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

Llámanos 116 Acueducto

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

cadena

5077 38261 18962

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): 75

NIC: 900255003232226

FECHA: 18-04-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Yuky

COLOR: Pardo

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: mestizo EDAD: 6m PESO: 1.8 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 X PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Juan Sebastian Roa Rodriguez

DIRECCION: Kra 111 No 23A78

TELEFONO: 3115339649

CEDULA: 1.019.983.339

CORREO ELECTRÓNICO: roajuan658@gmail.com.

BARRIO: Versalles ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: 14-04-2026

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: 144 l/m

F. RESPIRATORIA: 38 r/m

TEMPERATURA: 38,4 °c

TLLC: 2 seg

MUCOSAS: rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		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 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 antinflagal, baños cepa 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:
	1019983339

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 1.019.983.339
ROA RODRIGUEZ
APELLIDOS
JUAN SEBASTIAN
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 05-JUL-2004
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.77 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
15-JUL-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Alejandra Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: 53 RUTA: 533888

BIMESTRAL

10877447
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

41467666818
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

¡Hola!

Factura a nombre de
PEDRO MEJIA

Dirección del predio
KR 111A 23A 78 PI 2

Barrio: VERSALLES Localidad: FONTIBON

Dirección de correspondencia

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

Datos de tu medidor
Marca ITRT Tipo VOLUMETRIC
Serie [illegible] Diámetro pulgadas ½

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 05:37:17	FEB/05/2026 06:17:54

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

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

Llámanos 116 Acueducto

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

cadena

6446 40759 20201

Tu consumo en este período

En los 3 períodos anteriores tu promedio de consumo fue 19 m³



MAY - JUL	JUL - SEP	SEP - NOV	ÚLTIMO CONSUMO
$138.880	$140.330	$156.845	

En este periodo consumiste más agua que en el anterior

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

En este período

21.000

Promedio al día

356

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este periodo	8081	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	8060	Base promedio	
Tu consumo este periodo	21	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadores	

Datos de tu medidor

Marca	[illegible]	Tipo	[illegible]
Serie	[illegible]	Diámetro pulgadas	[illegible]

Para reducir tu consumo, recuerda:

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

Tu cobro en este período

Acueducto		Alcantarillado		Otros cobros	Escanea y paga virtual
$82.386,21	+	$77.733,71	+	$1-	
A		B		C D E F	

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

Total ingresos del período

Incluye el cargo de TAAB ESP reportado a la TAAB [illegible]

= **Total a pagar** $160.120

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

CUDE: [illegible]

Detalle de tu consumo este bimestre

A Acueducto

	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Valor	Tarifa***	Total (Tarifa + Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$3.795,82	-15	$2.939	$3.329,76	$16.992,34
Consumo residencial básico (m³)	21,00	$3.582,57	-15	$11.960	$3.180,10	$55.733,97
Consumo residencial suntuario básico (m³)	-					
Cargo fijo no residencial (mes)	-					
Consumo no residencial (m³)	-					
Subtotal				$14.899-		$82.386,21

B Alcantarillado

	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Valor	Tarifa***	Total (Tarifa + Cant.)
	2,00	$4.656,05	-15	$1.862-	$3.957,64	$7.915,30
	21,00	$3.911,43	-15	$12.321-	$3.326,70	$69.818,67
	-					
	-					
	-					
Subtotal				$13.798-		$77.733,71

* Corresponde a consumos de hasta 11m³ mensuales (22m³ bimestrales). **(+) Aporte: aplica para estratos 5, 6, comercial e industrial. (-) Subsidio: aplica para estratos 1,2 o 3

*** La tarifa se determina a partir del valor unitario del cargo fijo o del consumo. Si aplica un subsidio se descuenta 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 (Alcantarillado)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m³)	$29,82	$91,15
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$563	$1.814

El Metro Vital es un beneficio contra el Cambio Climático que puede consistir en agregar económico de hasta 6 m³ mensuales (12 m³ por cada periodo facturado) a los usuarios residenciales de los estratos 1, 2, 3, usuarios no residenciales

C Otros conceptos

Concepto	Valor
[illegible]	$1-
Subtotal	

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 en la página web, app y bibliotecas

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

Red CADE [illegible]

La TAAB ESP no tiene [illegible]

Acueducto y Alcantarillado
MENOR A pagar
$160.120

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO
FACTURA DE SERVICIO PÚBLICO No.
Sólo se dispone: Si usted dispone de los datos para realizar el pago en línea, puede hacerlo a través de nuestra página web o en nuestra oficina virtual. Este pago solo podrá ser efectuado en la Red CADE, no podrá efectuarse en un corresponsal bancario.



FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de historia clínica: 76

NI: 900255003232231

FECHA: 18-04-2026

ORIGEN: CES ____ PROTECCIONISTA ____ COMUNIDAD X ____ CALLE ____

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Kitty

COLOR: Carey

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: mestizo EDAD: 11 m PESO: 3.2 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Flor Alicia Castillo Panche

DIRECCION: Kra 118A No 23-33

TELEFONO: 3137857171

CEDULA: 20.627.084

CORREO ELECTRÓNICO: flor7905@gmail.com

BARRIO: Brisas Aldea

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: 09-01-2026

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: 26 r/m

TEMPERATURA: 37,9°c

TLLC 2 seg

MUCOSAS: rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 mL	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.3 mL	5-2mg/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	0.12 mL	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	EILEEN NATHALY BEDOYA Medico Veterinaria T.P 27701	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	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 aceites/grasas, 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:
Flor Alicia Castillo Pancho	20627.084

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 20.627.084
CASTILLO PANCHE

APELLIDOS
FLOR ALICIA

NOMBRES
Flor Alicia Castillo P

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 05-SEP-1979
GUACHETA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

29-NOV-1998 GUACHETA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-1500150-00000651 F-0029021984-20051130 0018510MHA 1 1110025088

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

FACTURA EN LÍNEA



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



Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

Recuerda que puedes pagar las facturas de una o varios cuentos contrato en una sola transacción

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otros entidades

Redeban · Itaú · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco AV Villas · GNB · 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 nuestros iniciativas.

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

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

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

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 805.014.121-1 30467282025 (415)7

Se le suspenderá el servicio por falta de pago cuando se requiera, en caso de que se haya efectuado el reclamo en la oportunidad prevista y de conformidad con lo establecido en el contrato de condiciones uniformes. Consulte nuestros canales de atención para conocer el procedimiento de reclamación, los requisitos que debe cumplir la empresa y cuánto tiempo tiene para responder. Si no está de acuerdo con la respuesta, puede acudir a la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al vencimiento del plazo de la respuesta. Sobre el mismo tema de su reclamo, puede acudir ante la empresa y agotar esta vía. Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios. Carrera 18 No. 84-35, Bogotá, Colombia. Conmutador: (601) 691 3005. Línea gratuita nacional: 018000 910 165. Fax: (601) 691 3005. Correo electrónico: notificacionesjudiciales@superservicios.gov.co. Horario de atención: lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. Según el artículo 154 de la Ley 142 de 1994, y puede hacer uso de los recursos de la vía gubernativa, de conformidad con los mecanismos establecidos en la

Factura de gas

Marzo 2026

Cuenta o referencia de pago 62979548

BOGOTA

NIT: 800.007.813-6
Vanti S.A. ESP.
www.grupovanti.com

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1 — Pago oportuno: 13 Abr. 2026

2 — Fecha de suspensión: 14 Abr. 2026

3 — Periodo facturado: Feb. - Mar. 2026

4 — Emisión de tu factura: 26 Mar. 2026

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. SIN SUBSIDIO	19M3	2.568,59	0,00	48.785,21
CONS. CON SUBSIDIO	20M3	2.957,53	0,00	59.150,60
MENOS SUBSIDIO (33%)	1UN	-19.354,08	0,00	-19.354,08
AJUSTE DECENA	1UN	-1,73	0,00	-1,73

1 — Total $88.560,00

Tus financiaciones

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

2 — Total $0,00

3 — Valor facturas vencidas

$0,47

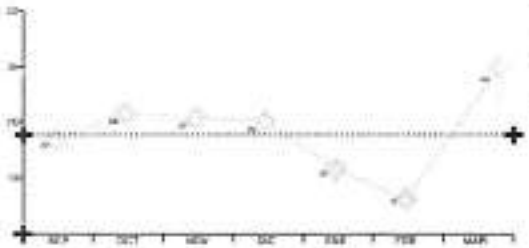
Total a pagar 1 + 2 + 3

$88.559,53

Paga por pse

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
21 Feb. 2026	1862	REAL
21 Mar. 2026	1913	REAL

m³ corregidos: 1913 - 1862 * Factor de corrección = 39

Tu próxima lectura será

Entre 19 y el 24 de Abril

Novedades de tu factura

Cuota $ 2556,58

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

29 Abr. 2028

La revisión de la instalación interna es la responsabilidad y deber realizarse en los plazos mínimos dados en la vigente norma.* *Resolución entre 002 de 2014 y 41280 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: 1336,34 Tm: 364,2 Dm: 668,88 Cm: 0,0
Pr: 64,87 Cvpa: 0,0 Cdm: 0,0 Cvdm: 0,0
Cvs: 0,0 Ppm: 49,476 DALMI: 0,0 DALMM: 0,0

Mj/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 400

kWh y el precio unitario del kWh es: $152,509

Factor de corrección

Vm: 21 Pz: 0,76766 Ft: 1,68519 Fc: 0,77184
Vc: 39 Tm: 14,97 Tc: 15,06 Pc: 1,01606
Pa: 0,750 Pm: 0,0204 P pc: 0,0

Factor de corrección: 0,77184

Indicadores de calidad

IRSP: 100,0 DES: 0,0 IO: 100,0 IPq: 100,0



(415)7709998026025(8020)62979548(3900)000000000088560

C1

71

ALCALDÍA DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA
HC - Número de historia clínica: 77

900255003232757

NO c Microchip:

FECHA: 18.04.26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD ✓ CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Luchi

COLOR: Tabby Blanco.

ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO___ RAZA: Mestizo EDAD: 4M. 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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Leidy Julieth Quiñonez Gutierrez

DIRECCION: Cl 13C N° 122 -1

TELEFONO: 3144481935

CEDULA: 1016 037 020

CORREO ELECTRÓNICO: leidijulieth29@gmail.com

BARRIO: El charco ESTRATO: 1 LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Tecnico TIPO DE VIVIENDA: CASA___ APTO___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud.

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

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/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: 142 l/m F. RESPIRATORIA: 40 r/m TEMPERATURA: 38,7 °c TLLC 2 seg MUCOSAS: Rosada S.

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.)	0.2 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.08 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: /

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomía/Orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO___, para la realización del procedimiento y 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 esterilizada mi animal de compañía. Declaro que, al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas o incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, Jabones, talcos, aplicación de 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:
Keyby Quiñones G.	1016039020 DM

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:

045301
10

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

1.016.037.020
QUIÑONES GUTIERREZ

LEYDY JULIETH





FECHA DE NACIMIENTO 29-JUL-1991
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

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

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

FACTURA EN LÍNEA



Escanea el código QR, inscríbete en el formulario y completa o recibirás gas como 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 combinados en una sola transacción

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Baloto · Bancolombia · BBVA · Bancolombia · Nequi · dale!

*Puede adicionalmente inscribirse 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 CAOB
Banca 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

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 890.806.812-8

¡Hola!

CARLOS JULIO AGUDELO
CL 13C 122 1 01 0000 - CHARCO
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5007120-3639557

Lote: P160N **Ruta:** 001184015018000S000 **Código del Sector:** 437

Cuenta o referencia de pago **63265361**

vanti Listo

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 5.200.000**



vanti Listo

Compra todo lo que quieras en nuestras tiendas aliadas.

$8 MILLONES

Celulares, computadores, electrodomésticos y productos para tu hogar

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

EXCELLENT · ASTRONIX · Linio

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP. Sus Términos y condiciones en grupovanti.com/vanti-listo

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

Línea gratuita 01 8000 942 794
Bogotá (601) 307 6123
Bucaramanga (607) 685 4355

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.

437

0011840150180005000

Factura de gas

Febrero 2025

Cuenta o referencia de pago: 63265361

BOGOTÁ

vanti

Fechas importantes

1	2	3	4
Pago oportuno	Fecha de suspensión	Periodo facturado	Emisión de tu factura
10 Mar. 2026	11 Mar. 2026	Ene. - Feb. 2026	24 Feb. 2026

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario ($)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. SIN SUBSIDIO	4M3	2.551,41	0.00	10.205,64
CONS. CON SUBSIDIO	20M3	2.920,86	0.00	58.417,20
MENOS SUBSIDIO (42%)	1UN	-27.204,89	0.00	-27.204,89
AJUSTE DECENA	1UN	2,05	0.00	2,05

1 – Total $41.420,00

Tus financiaciones

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

2 – Total $0,00

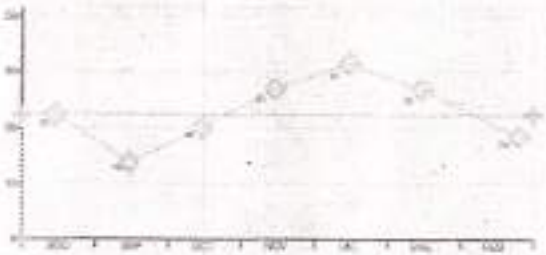
3 – Valor facturas vencidas: $0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3: $41.420,0

Pago por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso:Residencial | Estrato/Cnt.Uno | Días de consumo 30

Fecha	Lectura	Tipo
22 Ene. 2026	2072	REAL
20 Feb. 2026	2103	REAL

m³ corregido= 2103 - 2072 * Factor de corrección = 24

Tu próxima lectura será

Entre 16 y el 21 de Marzo

Novedades de tu factura

Cuota $ 2551,41

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

(415)7709998026025(8020)63265361(3900)0000000041420

Revisión Periódico Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódico Obligatoria

29 Jun. 2030

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

Cm: 1.389,27 Tm: 683,81 Dm: 283,62 Cc: 0,0

Pb: 64,61 Com: 0,0 Cuom: 0,0 Cuem: 0,0

Cnd: 0,0 Pcom: 83,458 Ddcom: 0,0 Cal/kWh: 0,0

Mpv: Tu consumo en m³ de gas equivale a: 20,0

kWh y el precio unitario de kWh es $ 148,310

Factor de corrección

Vm: 31 Fc: 0,76067 Pcl: 1,00000 Pt: 0,77121

Vc: 24 Tm: 13,90 Tc: 15,34 Pz: 1,013998

Pc: 0,751 Pm: 0,9038 Pf pu: 1,0

Factor de corrección: 0,77121

Indicadores de calidad

PAGO: 100,0 DIAS: 0,0 PC: 100,0 PZ: 100,0



NUESTROS EXPERTOS NO RECIBEN DINERO

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: 78

900255003232986

NO. ficha:

FECHA: 18.04.26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD 2 CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Lulú

COLOR: Tabby amarillo

ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO___ RAZA MESTIZO EDAD 6M 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___ MIXTO X OTRO

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Sandra Juliet Lopez Buendia

DIRECCION: Kr 109 B Nº 22H 35

TELEFONO: 3168044904

CEDULA: 1076701780

CORREO ELECTRÓNICO: 3168044904 @ sin correo. com.

BARRIO: Versalles ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller.

TIPO DE VIVIENDA: CASA___ APTO___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud.

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

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa Feb 2026

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

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

FELINOS:

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

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: 34 r/m TEMPERATURA: 37,8 °c TLEC 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	0.12 mL	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

En calidad de [Cirujano y/o Anestesiologo], suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y especificamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomia/Orquiectomia [esterilización/castración], quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO___ para la realización del procedimiento sin es[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 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, telas, 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 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:
Sandra Lopez	1016017280

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.016.101.780
LOPEZ BUENDIA

APELLIDOS
SANDRA JULIET

NOMBRES
Sandra Lopez

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 09-ABR-1998
FLORENCIA
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
29-ABR-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
A-1502150-01355477 F 1016101780 20220516 0081512707A 1

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 366526156-1

enel Bogotá

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **2413987-9**

No. Medidor: **21486585**

¡Hola!

FELIX ANTONIO AYA
KR 109 B NO 22 H 35 PI 2
O
BOGOTA, D.C. - VERSALLES FONTIBON

Fecha de suspensión
08 ABR/2026

Tu próxima lectura
16 ABR /2026

Este mes tuvimos acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO presenta una variación. Encuentra las posibles causas y tips de consumo en www.enel.com.co

Periodo Facturado
Del 18 FEB/2026
al 18 MAR/2026

Tipo de Lectura: Real Ruta Lectura: 1 2 10 313 0678 Carga kW: 6,77 Estrato: 3

Clase de servicio: Residencial | Subclase: Básica

1 3 15 312 5708

Consejos para el uso eficiente de tu energía

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

Consejos para el uso seguro de tu energía

Aléjate siempre de cables sueltos, enredados o de chispas.

Contáctanos | Puntos de atención Enel



318 690 0033 (Dene Bot o Asesor)
601 5115 115
Enel Colombia
@EnelClientesCO
www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
Gratuito las 24 horas.
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

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

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

Estafas a primera vista.

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

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

No es Enel, es una estafa.

Regístrate y paga de manera segura en la Zona Privada en
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 · daviplata

Red distrital
RED CADE

Centro de servicio enel
Únicamente citas su venta y recaudos

Corresponsales bancarios
CONRED · efecty · Reval · HOMERED

LA TARJETA CIUDAD



En la compra que siempre quisiste.

¡DISFRUTA EL BENEFICIO EN TU PRIMERA COMPRA!

ES MUY FÁCIL

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

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

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

Paga mínimo de compra 6 meses.

Escanea este QR para conocer el punto más cercano

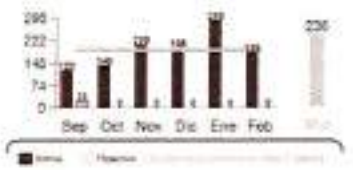
Davivienda · enel



Total energía $212.580

Total aseo $35.970

Total a pagar $248.550



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

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

$332,99 | $60,62 | $208,89 | $75,02 | $67,33 | $18,28 | $0,00 | Costo kWh Mes | Vigencia: **FEB/2026**

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

Así mes la energía que disfrutaste, te costó $6.227 diarios

5516	6382	236	1	236	236	$934,12	$196.992
4348	6516	30	1	30	0	$200,00	$0

$192.992

Otros cobros de productos y servicios

	$ 0
	$21.588
	$190.992
SUBTOTAL AL	$21.992

$212.580

2 TOTAL OTROS **$0**

Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los rangos establecidos en el pliego tarifario, el cuenta por concepto de reconexión es hasta de **$103.992**

Recuerda que de no realizar el pago de tus obligaciones Crédito Fácil CODENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO, estas entrarán en mora, ante la cual se realiza reporte negativo a las bases de información financiera y cobro por parte de cobranza a la cinco siguen 15 días y se realiza gestión de cobro.

Aseo CIUDAD LIMPIA BOGOTA S.A. E.S.P. NIT 900481122-6

Número para cualquier consulta

Cuenta/contrato 11424078

Documento equivalente electrónico No. 3885281168-1

Periodo de facturación 19.02.2026 a 18.03.2026

Días liquidados

Datos usuario

Volumen	0.0800	Estrato	3
Densidad		PREC. Recolección	3
% Participación	0%	PREC. Barrido	3

Tipo productor: Residencial

Unidades	Ordinarios	Descapotables
Residencia no	1	0
No Residenciales	0	0

Costos para tarifas

Histórico de facturación

Toneladas por suscriptor

Estado de cuenta

Concepto	Valor
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$28.616
ASEO - BARRIDO RESIDENCIAL	$ 5.139
ASEO - AJUSTE A LA DECENA ($ 61)	$ 1
ASEO - REDONDEO APROVECHA	$4.197

Meses en mora: 0 — **$35.970**

Mensajes de interés

INFORMATIVO DEUDA TOTAL 38.850.08

Documento electrónico

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **2413967-9**

Total a pagar **$248.550**

FECHA GENERACIÓN (AAAA/MM/DD HH:MM:SS) — FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD HH:MM:SS)

Usa este código para pagos en canales presenciales

Pág. Cuenta 2413967-9 54003 3 de 3 - Página 3 de 3

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- 79 (Número de Historia Clínica) | MICROCHIP: 900255003232984 | FECHA: 18/09/26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Kenji | COLOR: Blanco - café

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: Mestizo | EDAD: 6A | 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 X MIXTO ___ OTRO ___

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Tatiana Alejandra Quintero Vergaño | DIRECCION: Cl 19 A Bis 116-73 | TELEFONO: 3132818625

CEDULA: 1014202312 | CORREO ELECTRONICO: alejaquinteroa@gmail.com

BARRIO: Jérico | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: 10 días | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: Nr

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 148 l/m | F. RESPIRATORIA: 26 r/m | TEMPERATURA: 38,3 °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.)	0.5 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.2 ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Se observa un episodio de diarrea luego de la anestesia

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 esterilizada mi animal de compañía. Declaro que, al esterilizarla 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 varios 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:
Tatiana A Quintero	CC. 1014.202.312

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 1.014.202.312
QUINTERO VERGAÑO
APELLIDOS
TATIANA ALEJANDRA
NOMBRES



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-JUN-1989

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

26-JUL-2007 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500110-45163171-F-1014202312-20071025 04738 07298P 02 238983824

Powered by Camscanner

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 588769720-6

enel

Para pagar y consultar ingresa por www.enel.co 7846421-4

No. Medidor: 22578902

¡Hola!

ANGELA ALFONSO
CL 19 A BIS NO 116 73 TO 3 AP 1207
11001000
MOSQUERA - MOSQUERA

Fecha oportuna 07 ABR 2026

Fecha de suspensión 09 ABR 2026

Fecha de próxima lectura

Periodo Facturado
Del 19 FEB 2026
al 19 MAR 2026

Tipo de Lectura: Real | Ruta Lectura: 1 3 16 000 0855 | Carga kVA 3,00 | Estrato 3

Clase de servicio: Residencial | Subclase: Básico

1 3 16 318 5834

4 8 2 1 - Página 1 de 2



En la compra que siempre quisiste.

ESTRENA EL SOBREGIRO EN TU PRIMERA COMPRA

ES MUY FÁCIL

Consejos para el uso eficiente de tu energía

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

Recibe tu factura virtual

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

Contáctanos | Puntos de atención Enel

316 800 6003
(Clave Este Asesor)

601 5185 115

Enel Colombia

@EnelColombiaCO

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

Buzón de PQR físico

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 pago

Asenicla Boyacá # 6 B - 20

Estafas a primera vista.

Si encuentras estas señales en el proceso de pago de tu factura de energía:

Mensaje donde solamente te solicitan el valor a pagar.

Descuentos en el valor a pagar.

Links que llevan a páginas diferentes a www.enel.com.co

No es Enel, es una estafa.

Regístrate y paga de manera segura en la Zona Privada de

www.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 digital
RED CADE

Centro de servicio
Diferentes Días, Grandes Facilidad

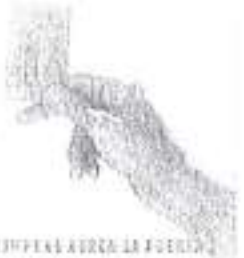
Corresponsales bancarios

CONFECOOP · efácil · Red Multiservicios · Gana · Reval · Su Red · Efecty · Servibanca · MOVIRED

Cuando pagas tu factura de ENEL

Cuenta 6 meses

Escanea este QR para conocer el punto más cercano



3 COMPRAS ALREDEDOR DE LA AGENCIA

3 MESES DE BENEFICIOS

CON EL USO
CRÉDITO FÁCIL CODENSA
HOTELES

POR COMPRAS EN:

RESTAURANTES,

ESTACIONES DE SERVICIO

INES.

MONTO MÁXIMO E DEVOLUCIÓN POR TRANSACCIÓN: $20.000

Escanea este QR e Inscríbete GRATIS



Subtotal: $31.010

$0

Talonario para cualquier consulta

Cuenta contrato 70338311

Documento equivalente electrónico No. 388763725-6

Periodo de facturación 19.02.2026 a 18.03.2026

Días liquidados

Datos usuario

Volumen	6.068	Estrato	3
Densidad		FRDC Residencial	3
% Participación	0%	FRDC Banda	0

Tipo productor: Residencial

Unidades	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	1	0
No Residenciales	0	0

Costos para tarifas

Histórico de facturación

Toneladas por suscriptor

Estado de cuenta

Concepto	Valor
ASEO- SERVICIO RESIDENCIAL	
ASEO- SUBSIDIO RESIDENCIAL	
ASEO- AJUSTE A LA DECENA $ASEO	
ASEO- PRESCRIPCIONES APROVECH	
ASEO- INTERESES MORA	

$36.980

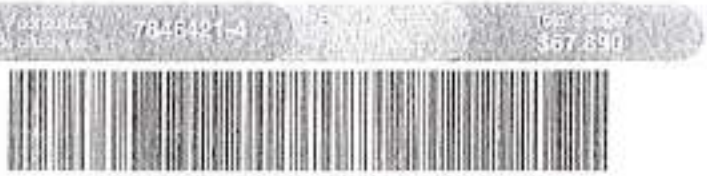
Mensajes de interés

INFORMATIVO DEUDA TOTAL: 35.500,00

Calidad del Servicio



Documento electrónico



(415)7707289914033(8020)0178 6421 4(3907)37205(3103)000000067093

Use este código para pagos electrónicos personalizados

FONTIBÓN

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZA[illegible]AS

HISTORIA CLÍNICA HC- (Número de Historia Clínica): 80

MICROCHIP: 900255003232024

FECHA: 18/04/26

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X ___ CALLE ___

3. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Land

COLOR: Tabby Amarillo.

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Mestizo EDAD: 3A PESO: 4,0 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Tatiana Alejandra Quintero Vargas

DIRECCIÓN: Cl 19A Bis 116-73

TELEFONO: 313 2818625

CEDULA: 1014 202 312

CORREO ELECTRÓNICO: alejaquintero06@gmail.com

BARRIO: Jerico ESTRATO: 3 LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Profesional

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL ___

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: 10 días

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO Y 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: 38,7 °C TLLC 2 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		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 específicamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomía/Orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO ___, para la realización del procedimiento y/o 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 antipulgas, baños secos y otros sustentos que lesione 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:
Tatiana A Quintero	C.C. 1014202312

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/DECUNACION 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 1.014.202.312

QUINTERO VERGAÑO
APELLIDOS

TATIANA ALEJANDRA
NOMBRES

FIRMA



Powered by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-JUN-1989**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

26-JUL-2007 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500110-45163171-F-1014202312-20071025 **04738** 07296P 02 238983824

Powered by CamS

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 388783725-8

enel

Para pagar y consultar ingresa a tu factura 7846421-4

No. Medidor: 22578902

¡Hola!

ANGELA ALFONSO
CL 19 A BIS NO 1 16 73 TO 3 AP 1207
11001000
MOSQUERA - MOSQUERA

Fecha de apertura
07 ABR 2026

Fecha de suspensión
09 ABR 2026

Próxima factura
7 ABR 2026

Periodo Facturado
Del 19 FEB 2026
al 19 MAR 2026
31 DÍAS

Tipo de factura: Real Ruta Lectura: 1 3 16 318 5833 Carga kW: 5.0 Estrato: 3

Clase de servicio: Residencial Subclase: Básica

1 3 16 318 5834

4295 1

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

Regístrate en este código y recibe tu factura por correo electrónico

Contáctanos

316 800 6003
Elena Bota Marcel
Enel Colombia
www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
Disponible las 24 horas
Zona de usuario de la página Web
App Enel Clientes Colombia
Radicación en línea
Ingresa a: enel.com.co/es/personas/radicacion-en-linea.html
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas

Oficina de atención

Avenida Boyacá # 6 B - 30

Estafas a primera vista.

Recuerda no caer en estafas relacionadas con el pago de tu factura de energía

- No te dejes llevar por números desconocidos
- No revendas en el valor a pagar
- Todos los pagos se realizan únicamente a nombre de Enel Colombia

No es Enel, es una estafa

Paga solo en oficinas autorizadas o en la Zona Enel de tu factura

Más información

¿Cómo pagar tu factura?

Medios virtuales de pago

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

Código QR para pagar por PSE

Almacenes de cadena

Billetera virtual

Nequi MOVII dale! tpaga

Red distrital RED CADE

Centro de servicio Enel
Únicamente Chat, Atención y Facturación

Con operadores bancarios

CONFECOOP efecty Baloto Reval Su Red Gana MOVILRED



En la compra que siempre quisiste.

COMPRA EL ELECTRODOMÉSTICO DE TU PRIMERA COMPRA!

RÁPIDO Y FÁCIL

Válido hasta el [illegible] de 2026.

Aplica para compras mínimo de $3.000.000 en una factura de ENEL

Cuotas fijas, cuotas a meses

Encuentra este QR para conocer el punto más cercano



COMPRAS ABREN LA PUERTA
SEGURO DE DEVOLUCIONES

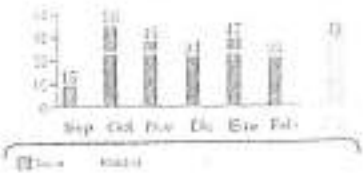
CON EL CUPÓN
CRÉDITO FÁCIL CODENSA
ECHEVE

POR COMPRAS EN:
RESTAURANTES

ESTACIONES DE SERVICIO
INES.

MONTO MÁXIMO DE DEVOLUCIÓN POR TRANSACCIÓN: $20.000

Escanea este QR o
Inscríbete GRATIS

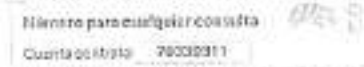


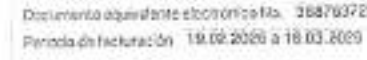








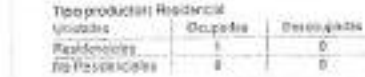


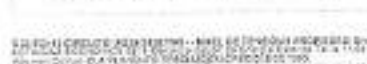






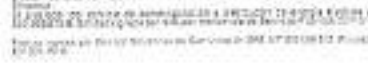






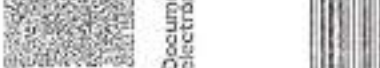














FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIC

HISTORIA CLINICA HC - Número de historia clínica: 81

MICROCHIP: SI 900255003232701 Número de Microchip

FECHA: 18/04/26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Nala

COLOR: Calicó

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Mestizo EDAD: 1A PESO: 2.6 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Luz Mery Velandia

DIRECCION: Kr 105 N° 22 - 29

TELEFONO: 3209373435

CEDULA: 35 329 371

CORREO ELECTRÓNICO: luzmery.mati@gmail.com

BARRIO: La cabaña ESTRATO: 3 LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachillerato

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO ___ RURAL X

3. ANAMNESIS

Buena Salud.

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

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

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: 136 l/m F. RESPIRATORIA: 28 r/m TEMPERATURA: 38.2 °C TLLC 2 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICAON		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	0.2 mL	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	EILEEN NATHALY BEDOYA Medico Veterinaria T.P 27701	FIRMA	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	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, retención de antibióticos, heridas abiertas 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 controversión alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual ha sido informado, he comprendido y aceptado.

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
Luz Mery Velandia	35 324 341

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 35.329.371
VELANDIA
APELLIDOS
LUZ MERY
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 12-MAR-1951
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

11-MAY-1979 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

enel | Bogotá

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 385111553-1

1636202-8

No. Medidor: 19496856

47229

¡Hola!

NANCY MACIAS
KR 106 NO 22 29
BOGOTA, D.C. - LA CABAA.A FONTIBON

Pago oportuno
[illegible]

Fecha de suspensión
[illegible]

Tu próxima lectura
[illegible]

¡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 15 312 0823 Carga kW: 3,00 Estrato: 3

Clase de servicio: Residencial | Subclase: Básica

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

1 3 15 312 9919

Consejos para el uso eficiente de tu energía

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

Inscríbete a factura virtual

Regístrate en este código y recibe tu factura por correo electrónico

17-ene.-26 Página 1 de 2

Contáctanos | Puntos de atención Enel



- 316 890 6000 (Elvira Bot o Asesor)
- 601 5115 115
- Enel Colombia
- @EnelClientesCO
- www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
- Emergencias 115 (Opción 1) Reportes Claro. Gratuito las 24 horas.
- Reportes 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

Operados de aseo

CALIDAD 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!

Red distrital RED CADE

Centro de servicio enel Únicamente Citis, Bosanova y Facatativá

Corresponsales bancarios

CONFRED efecty Reval MOVIRED

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

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



FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZAC... CANINAS Y FELINAS

Expiry-Date:2030/09/02

HISTORIA CLÍNICA	MICROCHIP:	FECHA:
HC - Número de Historia clínica 82	900255003232980 Número de Microchip	18-04-26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Chela				COLOR: Blanco	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA X MACHO___	RAZA Mestizo	EDAD 7A	PESO: 2.6 KG	RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X	TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO___ CONCENTRADO X MIXTO___ OTRO___			

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ivonne Shanaia Morales Martinez	DIRECCION: cl 23 bi 112-71	TELEFONO 3009752048
CEDULA: 1016 077 922	CORREO ELECTRÓNICO: martinezivonne578@gmail.com	
BARRIO: Versalles	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: FONTIBON
ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA___ APTO X RURAL	

3. ANAMNESIS

Buena salud → parto febrero.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACION: NS/NR:		
Dic/25	Abril/26	CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa	TRIPLE: dd/mm/aaaa	PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa
		HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa	PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa	RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: Marzo/26 TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa	LEUCEMIA: dd/mm/aaaa	RABIA: dd/mm/aaaa Marzo/26

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: 142 l/m	F. RESPIRATORIA: 36 r/m	TEMPERATURA 38,2 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		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	0.12 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	EILEEN NATHALY BEDOYA Medico Veterinaria T.P 27701	FIRMA	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	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 puedo 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:
Nome Martinez	1016011922

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 CIUDADANIA

REPUBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.016.011.922



Apellidos
MORALES MARTINEZ

Nombres
IVONNE SHANAIA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.60

Sexo
F

Fecha de nacimiento
30 AGO 2006

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedicion
12 SEPT 2024, BOGOTA D.C.

Fecha de expiracion
13 SEPT 2034

Firma
Ivonne Martinez

056784341

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL056784341215001<<<<<<<<<<<
0608303F3409132COL1016011922<6
MORALES<MARTINEZ<<IVONNE<SHANA .

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. [illegible]

enel Bogotá

Para pagos y consultas: 041-2-571-3
Número de suscriptor

No. Medidor: 39768

51119

¡Hola!

LUIS I PEUELA
CL 23 NO 112 71
FONTIBON
BOGOTA, D.C. - VERSALLES FONTIBON

Fecha de suspensión
09 ABR 2026

Período facturado
Del 18 FEB 2025
al 15 MAR 2026

Tipo de Lectura: Real | Ruta Lectura: 1 3 15 356 0127 | Carga kW: 5,00 | Estrato: 3

Clase de servicio: Residencial | Subclase: Básico

1 3 15 356 6141

Consejos para el uso eficiente de tu energía

Ilumina con tecnología LED. Disfruta de espacios brillantes y acogedores. Ahorra hasta el 80% de energía todos los días.

Inscríbete a factura virtual

Regístrate en este código y recibe tu factura por correo electrónico

Contáctanos | Puntos de atención Enel

Disponible las 24 horas

Zona privada de la página Web

App Enel Clientes Colombia

Estafas a primera vista.

Si encuentras estas señales no caigas con el pago de tu factura de energía.

¿Cómo pagar tu factura?

Medios virtuales de pago

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

Código QR para pagar por PSE

Almacenes de cadena

Billetera virtual

Red cajeros RED CADE

Centro de servicio enel

Corresponsales bancarios

MONEDERO

51119

3.666 - Página 1 de 4



Costo kWh Días Vigencia: FEB/2025

Es Colombia los tarifas son regulados por la Comisión de Energía y Gas (CREG).

Tenga en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $163.093.

Recuerde que de no realizar el pago de sus obligaciones Crédito Fijo CUOTA en la fecha de PAGO OPORTUNO, este generará un mora, sino lo cual se realizará reporte negativo a las bases de información financiera y estará por costos de cobranza si la mora supera 15 días y se realiza gestión

$342.400

$157.037

Número para cualquier consulta

Cuenta contrato 10226604

Documento equivalente electrónico No. 558538427-6

Periodo de facturación 19.02.2026 a 13.03.2026

Días liquidados

Estado de cuenta

Histórico de facturación

Costos para tarifa

Mensajes de interés

$144.020





(415)7707820014253(8020)010126713389538427(3900)0000000644020

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA
HC - Número de Historia Clínica: 83

MICROCHIP: Expiry-Date:2030/09/02 900255003232961

FECHA: 28-04-26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Lunita Martinez

COLOR: Calico

ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO___ RAZA: Mestizo EDAD: 7A PESO: 3,0 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 X REGALADO___ PERRO DE CUADRA___ OTRO

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Shirley Julieth Martinez Cañon

DIRECCION: cl 23 N 112-77

TELEFONO: 3228787506

CEDULA: 1016 043780

CORREO ELECTRÓNICO: martinezcanons@gmail.com

BARRIO: Versalles ESTRATO: 3 LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA___ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud

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

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

ULT. VACUNACION: NS/NR:

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

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

FELINOS:

TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa Ene/26

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: 142 l/m F. RESPIRATORIA: 38 r/m TEMPERATURA: 38,2°c TLC: 2 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		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	0,12 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

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

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: 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 necesarios 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:
Shirley Martinez	1016043780

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.016.043.780
MARTINEZ CAÑON

APELLIDOS
SHIRLEY JULIETH

NOMBRES

Shirley Julieth Martínez

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 02-MAR-1992
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

09-ABR-2010 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 3000384276

enel Bogotá

Para pagos y consultas ingresa en nuestra página web con el código: 0412671-3

No. Medidor: 39768

51119

¡Hola!

LUIS I PEUELA
CL 23 NO 112 71
FONTIBON
BOGOTA, D.C. - VERSALLES FONTIBON

Fecha oportuna
[redacted]

Fecha de los próximos
[redacted]

Tu consumo fue [redacted]

Periodo Facturado:
Del 15 FEB/2026
al 16 MAR/2026
[redacted]

¿Sabías que también puedes recibir tu FACTURA DE TU ENERGÍA por CORREO ELECTRÓNICO?

Tipo de Lectura: Real | Ruta Lectura: 1 2 15 316 0127 | Carga kVA: 5,00 | Estrato: 3

Clase de servicio: Residencial | Subclase: Básica

1 3 15 336 8141

51119

Consejos para el uso eficiente de tu energía

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

Inscríbete a factura virtual

Regístrate en este código y recibe tu factura por correo electrónico

Canales de atención Enel

318 000 6003
Elena Esto o Acasol

606 5115115

Enel Colombia

@EnelCliente_CO

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

Zona privada de

App Enel Clientes Colombia

Trámites y solicitudes en enel.com.co/es/personas/tramites.html

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

Defensoría del Cliente

QUEJAS USUARIOS BOGOTA SA E.S.P

Avenida Boyacá # 6 B - 20

Línea 110

Estafas a primera vista.

Recuerda que no solicitamos información personal ni el pago de facturas de energía por:

Mensajes de texto

Llamadas telefónicas

Correos electrónicos

Para Cali, consulta aquí

Registrate y paga de manera segura en la Zona Privada en

¿Cómo pagar tu factura?

Medios virtuales de pago

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

Código QR para pagar por PSE

Almacenes de cadena

Billetera virtual

Tuya Nequi MOVII dale

Red digital RED CADE

Centro de servicio enel
Disponible: Chía, Girardot y Fusagasugá

Corresponsales bancarios

CONRED efecty Red3 Red4 Baloto MONEDERO

Enel - Página 1 de 4

ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC- Número de Historia clínica: 84

MICROCHIP: SI Expiry-Date:2030/09/02 900255003232968

FECHA: 78-04-26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Princesa Casallas

COLOR: Blanco - Pardo

ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO___ RAZA Mestizo EDAD 2A PESO: 3.2 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI___ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI___ NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X

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

ORIGEN: NS/NR___ RESCATADO___ COMPRADO___ ADOPTADO X REGALADO___ PERRO DE CUADRA___ OTRO___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Betcy Milena Neisa

DIRECCION: Kr 70 5 B 76 F 43

TELEFONO: 3229063944

CEDULA: 52.481.628

CORREO ELECTRÓNICO: 3229063944@sincorreo.com

BARRIO: Carmen ESTRATO: 2 LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: Secundaria NS/NR:

TIPO DE VIVIENDA: CASA___ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: Dic/25

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

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

FELINOS:

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 136 l/m F. RESPIRATORIA: 24 r/m TEMPERATURA: 37.9 °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.)	0.3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.12 ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomía/Orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACIÓN___ Y 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:
Beto Reina	1524870291

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
CEDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 52.481.628
NEISA
APELLIDOS
BETCY MILENY
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 31-OCT-1975
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.45 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
10-FEB-1997 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 860063875-8
Calle 99 No 13 - 49 Piso 1

Para pagos y consultas de número de cliente es: **2320470-4**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 378577383-4

VICTOR MANUEL GONZALEZ
KR 105 B NO 16 F 43
EL TAPETE FONTIBON
BOGOTA, D.C. - EL CARMEN FONTIBON

18 322 9884 / 10040804

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

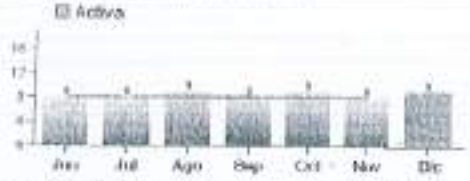
Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

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

Repórtalo de forma anónima al **601 514 0000** o a través de nuestra página web: **enel.com.co**



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $800,00

CONSUMO DIARIO: 8,29 kWh

VALOR DIARIO: $679

PERIODO FACTURADO: 22 NOV/2025 A 22 DIC/2025

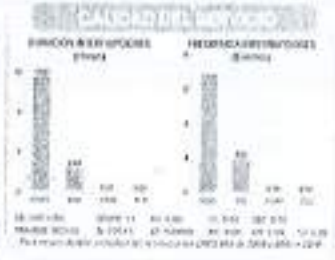
DÍAS FACTURADOS: 31

CONSUMO MES: 9 kWh

¡Ahora nos tuvimos acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y al CONSUMO de energía en cualquier punto de la factura!

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Industrial
ESTRATO:	0
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	[illegible]
RUTA LECTURA:	[illegible]
MANZANA DE LECTURA:	[illegible]
MEDIDOR NO:	[illegible]
SUBCLASE:	Banca



CONTÁCTANOS

Registrate y gana

Descárgala de la página Web

App Enel Clientes Colombia

Bogotá, Soacha y Cundinamarca: 601 5 515 155

115 Gratuito las 24 horas

Línea de servicio al cliente 115

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Efectivo

Centros de Servicio

Código QR

Almacenes de Cadena

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

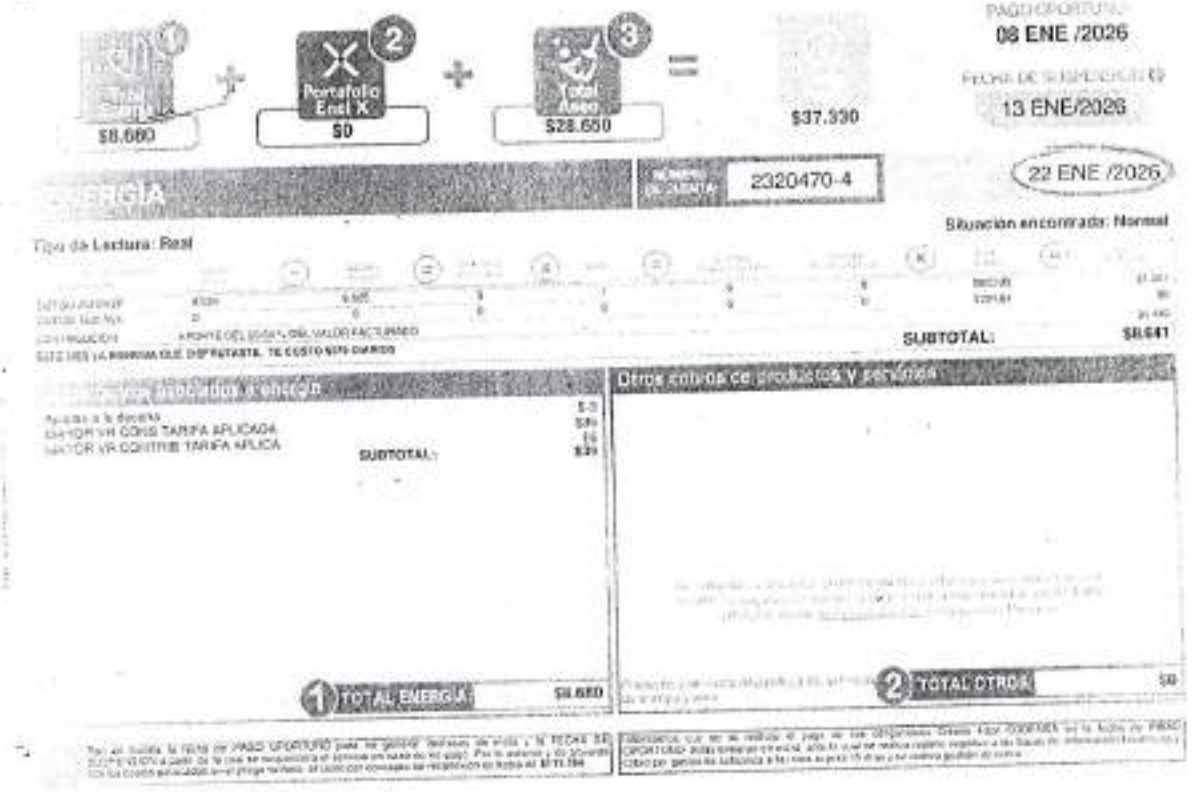
PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P.	Tv 4 No. 51A-65
CLEAN LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P.	Avenida Boyacá # 6 B - 76
ÁREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 13 # 61-20 Local 123 (1)

Línea de servicio al cliente 110

En este factura vas un concepto adicional que corresponde a un valor ya cobrado en tus facturas anteriores, el cual aplica sobre el consumo de los últimos 5 meses, por una única vez y no afecta los consumos futuros, conforme a la Ley 142 /1994 (art 150).

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

FECHA GENERACIÓN: 27/12/2025 01:17:44
FECHA EXPEDICIÓN: 27/12/2025 13:12:14



NÚMERO DE CLIENTE
2320470-4

Documento Equivalente Electrónico No.
378577383-1

PAGO OPORTUNO
08 ENE /2026

TOTAL A PAGAR
$37.330

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA
HC = Número de historia clínica: 85

900255003232238

NO: 1

FECHA: 18.04.26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Noa.

COLOR: Blanco y gris

ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO___ RAZA: Mestizo EDAD: 8M. PESO: 2,6 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI___ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI___ NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X

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

ORIGEN: NS/NR___ RESCATADO___ COMPRADO___ ADOPTADO X REGALADO___ PERRO DE CUADRA___ OTRO___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Fanny Lucia Ledesma Ordoñez

DIRECCION: CL 23D 107-39

TELEFONO: 3138118585.

CEDULA: 52.323.391.

CORREO ELECTRÓNICO: 3138118585@sincorreo.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 ENE 2026.

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

FELINOS:

TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: 04/02/26.

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: 142 l/m F. RESPIRATORIA: 38 r/m TEMPERATURA: 38.9°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	0.12 ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomía/Orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su 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/Orquelectomía 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 cremas, baños secos y otros elementos 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:
d Fanny Ledesma	* 52523391

Yo,_____ identificado con CC. No._____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomía / Orquelectomía (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 52.323.391
LEDESMA ORDOÑEZ

APELLIDOS

FANNY LUCIA

NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 14-AGO-1972
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

04-OCT-1991 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO



A-1500150-00304229-F-052323391-20061012 0004281048A 1 1210004885

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Natasha Avendaño Davis
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: 53 RUTA: 533689

BIMESTRAL

10686245	41489986517
Cuenta contrato Núm. de identificación de este predio	**Número para pagos** Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

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

¡Hola!

Factura a nombre de
CARLOS BARRAGAN

Dirección del predio
CL 23D 107 39

Barrio: VERSALLES Localidad: FONTIBON

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Datos de tu medidor

Marca BERCONTA Tipo VELOCIDAD
Serie 09075B063008 Diámetro pulgadas ½

Pago oportuno ABR/24/2026 Suspensión ABR/29/2026

Fecha estimada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
JUN/19/2026	ABR/08/2026 08:55:46	ABR/08/2026 11:37:17

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

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

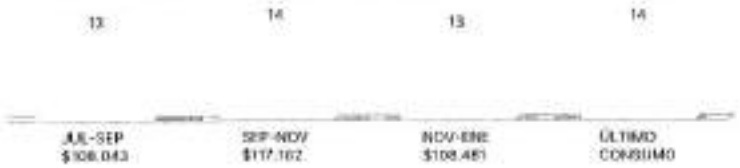
Llámanos 116 Acueducto

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

cadena,

Tu consumo en este período

En los 3 períodos anteriores tu promedio de consumo fue 13m³



En este período consumiste más agua que en el anterior

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

En este periodo 14.000

Promedio al dia 233

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este periodo	1285	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	1271	Base promedio	
Tu consumo este periodo	14	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca	BERCONTA	Tipo	VELOCIMC
Serie	08045BDA0935	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
$60.259,26	+	$54.157,82	+	$62
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 reporta a la CRA en el periodo actual

= **Total a pagar** $114.480

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 37517fb1e5faae7f937a0dee2293a8027680bce2e52caec0763d92c69fc51178fd1634bfd014914cb669d085efc6943330

Detalle de tu consumo este bimestre

A Acueducto

	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial ($/mes)	2,00	$9.795,62	-15	$2.939-	$8.326,28	$16.652,24
Consumo residencial básico (m³)	14,00	$3.684,43	-15	$7.895-	$3.114,72	$43.607,02
Consumo residencial superior básico (m³)						
Cargo fijo no residencial ($/mes)						
Consumo no residencial (m³)						
Subtotal				$10.834-		$60.259,26

B Alcantarillado

	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial ($/mes)	2,00	$4.650,05	-15	$1.397-	$3.957,04	$7.910,10
Consumo residencial básico (m³)	14,00	$3.886,58	-15	$8.101-	$3.303,06	$46.242,72
Consumo residencial superior básico (m³)						
Cargo fijo no residencial ($/mes)						
Consumo no residencial (m³)						
Subtotal				$9.498-		$54.157,82

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

Tasas ambientales

Estos valores ya están incluidos en el consumo residencial básico y superior a básico, tipo de uso 1 y 2

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m³)	$29,82	$81,15
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$375	$1.226

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
Ajuste a la decena	$2
Intereses de mora	$60
Subtotal	62

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 requieran desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

Red CADE. Consulte los puntos de atención en www.bogotaparaservir.com

La EAAB-ESP no cobra intereses en los siguientes bancos: Popular, Caribe Mar, Av Villas, Bogotá, Scotiabank y Citi

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
*$114.480

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.

Señor cajero: Si se el recibe el libelo de esta agencia sin hoy sin fecha de reclamación, cancele solo Acueducto. (Este pago solo podrá efectuarse en Bancos y Red CADE, no podrá efectuarse en ningún corresponsal bancario).

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS

DOMICILIARIOS NRO. ÚNICO DE REGISTRO 1-11001000-10 EAB-ESP

FONTIBÓN BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA: HC - Número de Historia Clínica: 86

900255003232709

NO: pacible

FECHA: 18.04.26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Puca

COLOR: Negro

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA Mestizo EDAD 6M PESO 2,2 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: Maria Susana Rodriguez Saenz

DIRECCION: Kr 111A 23A 78

TELEFONO: 3103484540.

CEDULA: 68.487.773

CORREO ELECTRÓNICO: 3103484540@sincorreo.com.

BARRIO: Versalles ESTRATO: 3 LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Primaria.

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa NR.

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa NR.

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELA: 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. CONDICIÓN CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 148 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	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.)	0.2 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.08 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomía/Orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO ___ para la realización del procedimiento 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 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 antibióticos, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

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

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

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

En calidad de tenedor o responsable del 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:
	63487773

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 63.487.773

Apellidos
RODRIGUEZ SAENZ

Nombres
MARIA SUSANA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.65

Sexo
F

Fecha de nacimiento
05 ENE 1973

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y Lugar de expedición
31 OCT 1991, BUCARAMANGA

Firma

Fecha de expiración
02 MAYO 2035


CO

65877522#

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL059775229827001<<<<<<<<<<
7301061F3505023COL63487773<<<9
RODRIGUEZ<SAENZ<<MARIA<SUSANA<

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Alejandra Acevedo García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: 53 RUTA: 533688

BIMESTRAL

10877447	41467666818
Cuenta contrato Núm. de identificación de este predio	**Número para pagos** Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

Periodo facturado 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 05:37:17	FEB/05/2026 08:17:54

¡Hola!

Factura a nombre de
PEDRO MEJIA

Dirección del predio
KR 111A 23A 76 PI 2

Barrio: VERSALLES Localidad: FONTIBON

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Datos de tu medidor

Marca KENT Tipo VOLUMETRICO
Serie 10150131121754 Diámetro pulgadas ½

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

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

Llámanos 116 Acueducto

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

cadena

6448 40759 20201

Tu consumo en este período

En los 3 periodos anteriores tu promedio de consumo fue 19 m³

18	19	20	21

MAY-JUL	JUL-SEP	SEP-NOV	ÚLTIMO CONSUMO
$138.890	$140.338	$156.845	

En este periodo consumiste más agua que en el anterior

Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

En este periodo

21.000

Promedio al día

356

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este periodo	6081	Facturado con	Consumo histórico
Lectura anterior	6002	Base promedio	
Tu consumo este periodo	81	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca	AYV	Tipo	Volumétrico
Serie	9150101276	Diámetro pulgadas	½

Para reducir tu consumo, recuerda:

Aprovechando el agua lluvia para regar tus plantas.

Reutilizar el agua del enjuague de la lavadora para labores de aseo.

Revisar que las tuberías de tu casa o negocio no tengan fugas o escapes.

Tu cobro en este período

Acueducto		Alcantarillado		Otros cobros		Escanea y paga virtual
$82.386,21	+	$77.733,71	+	$1-		
A		B		C D E F		

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

Total ingresos del período

Incluye tasa TASE ESP registrada en DIAN en el periodo actual

= **Total a pagar** $160.120

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

CUDC (Código Único de Documento Electrónico col.: 4807b5658b0cf36b979978545f0dd9cbe09b522d49e1be49fbe6b57032144bc8d9ef1c2ec51be59c1539bd7e952b0d7

Detalle de tu consumo este bimestre

A Acueducto

	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)*** %	Aporte (+) o Subsidio (-)*** Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$3.795,63	-15	$2.030-	$3.328,26	$16.992,24
Consumo básico residencial (m³)	21,00	$2.684,57	-15	$11.603-	$2.130,19	$55.733,97
Cargo fijo no residencial básico	-					
Consumo básico no residencial (m³)	-					
Subtotal				$14.539-		$82.386,21

B Alcantarillado

	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)*** %	Aporte (+) o Subsidio (-)*** Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$4.656,05	-15	$1.397-	$3.957,64	$7.915,10
Consumo básico residencial (m³)	21,00	$3.911,61	-15	$12.321-	$3.324,70	$69.818,61
Cargo fijo no residencial básico	-					
Consumo básico no residencial (m³)	-					
Subtotal				$13.718-		$77.733,71

* Corresponde a consumos de hasta 11m³ mensuales (22m³ bimestrales). ** (+) Aporte: aplica para estratos 5, 6, comercial e industrial. (-) Subsidio: aplica para estratos 1,2 o 3

*** La tarifa se determina a partir del valor unitario del cargo fijo o del consumo. Si aplica un subsidio, le descuenta un %; si hay un aporte, se agrega un %.

Tasas ambientales

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

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m³)	$29,92	$91,35
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$563	$1.914

Mínimo Vital es un beneficio dirigido a hogares de estrato bajo de zonas residenciales de hasta 3 habitantes, 12 m³ por cada periodo facturado y a los usuarios residenciales de los predios 142 de estrato 1 y 2.

C Otros conceptos

Concepto	Valor
Interés a la factura	$1-
Subtotal	$1-

D Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	

E Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

F Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

Deudas en estudio

Concepto	Valor
Subtotal	

Pagos por la página web, app o botón en

Nequi dale puntored

Para quienes requieren ayuda para acceder a corresponsales bancarios o canales digitales

Efecty puntored

RedEASE: Oficina de atención de reclamos, quejas y recursos

El RAEE está bajo responsabilidad de los productores. Puntos: Bogotá, Villavicencio, Yopal, Tunja, Duitama, Sogamoso, Chiquinquirá, Soacha, Zipaquirá, Facatativá, Girardot, Fusagasugá, Ubaté, Chía, Cajicá, Mosquera, Funza, Madrid, Cota, Tocancipá, Gachancipá, Sopó, La Calera, Guasca, Guatavita, Sesquilé, Suesca, Villapinzón, Choconta, Cogua, Nemocón, Tausa, Sutatausa, Ubalá, Gachalá, Gama, Fómeque, Une, Cáqueza, Chipaque, Ubaque, Quetame, Fosca, Guayabetal, Gutiérrez, Medina, Paratebueno, Cabuyaro, Puerto López, Puerto Gaitán, Acacías, Granada, Guamal, San Martín, Barranca de Upía, Cumaral, Restrepo, Villavicencio, Yopal, Aguazul, Tauramena, Monterrey, Sogamoso, Duitama, Tunja, Paipa, Nobsa, Tibasosa, Firavitoba, Iza, Cuitiva, Sotaquirá, Chiquinquirá, Saboyá, Ramiriquí, Tibaná, Jenesano, Úmbita, Garagoa, Miraflores, Zetaquira, Berbeo, Páez, Santa Sofía, Pauna, Otanche, Quípama, Muzo, Coper, Maripí, Caldas, Boyacá, Ciénega, Tuta, Sutamarchán, Samacá, Ventaquemada, Motavita, Arcabuco, Moniquirá, Santana, Sutatenza, Tenza, Macanal, Almeida, Chivor, Somondoco, Ramiriquí, Tibaná, Jenesano, Úmbita, Garagoa, Miraflores, Zetaquira, Berbeo, Páez, Santa Sofía, Pauna, Otanche, Quípama, Muzo, Coper, Maripí, Caldas, Boyacá, Ciénega, Tuta, Sutamarchán, Samacá, Ventaquemada, Motavita, Arcabuco, Moniquirá, Santana, Sutatenza, Tenza, Macanal, Almeida, Chivor, Somondoco

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS

DOMICILIARIOS - UNICO DE REGISTRO TARIFARIO - RUT CDT

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$160.120

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DE SERVICIO PÚBLICO No.
Solo en caso de pago en oficinas autorizadas, debe presentar este documento.
Solo aplica Acueducto. (Este pago está sujeto a disponibilidad de oficinas en Bicentenario y Red CADE, no podrá efectuarse en la única temporal de Sacramento).

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: 87

Expiry-Date:2030/09/02 900255003232718

NO crotchip

FECHA: 18.04.26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Milú

COLOR: Tabby Amarillo

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

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ruth Alexandra Gachancipa

DIRECCION: Cl 226 118A 40.

TELEFONO: 3014448907

CEDULA: 52.317.549.

CORREO ELECTRÓNICO: 3014448907@sincorreo.com.

BARRIO: Brisas Aldea

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Primaria.

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa NR.

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa NR

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

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

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

FELINOS:

TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: 11/10/24

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. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 142 l/m

F. RESPIRATORIA: 28 r/m

TEMPERATURA 38,3 °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 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 anteriormente descrito.

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 | BOGOTÁ

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antirobar, 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:
* Ruth Alexandra Cochanqui C	* 52317549

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 52.317.549
GACHANCIPA CAMARGO

APELLIDOS
RUTH ALEXANDRA

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 23-MAY-1974
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

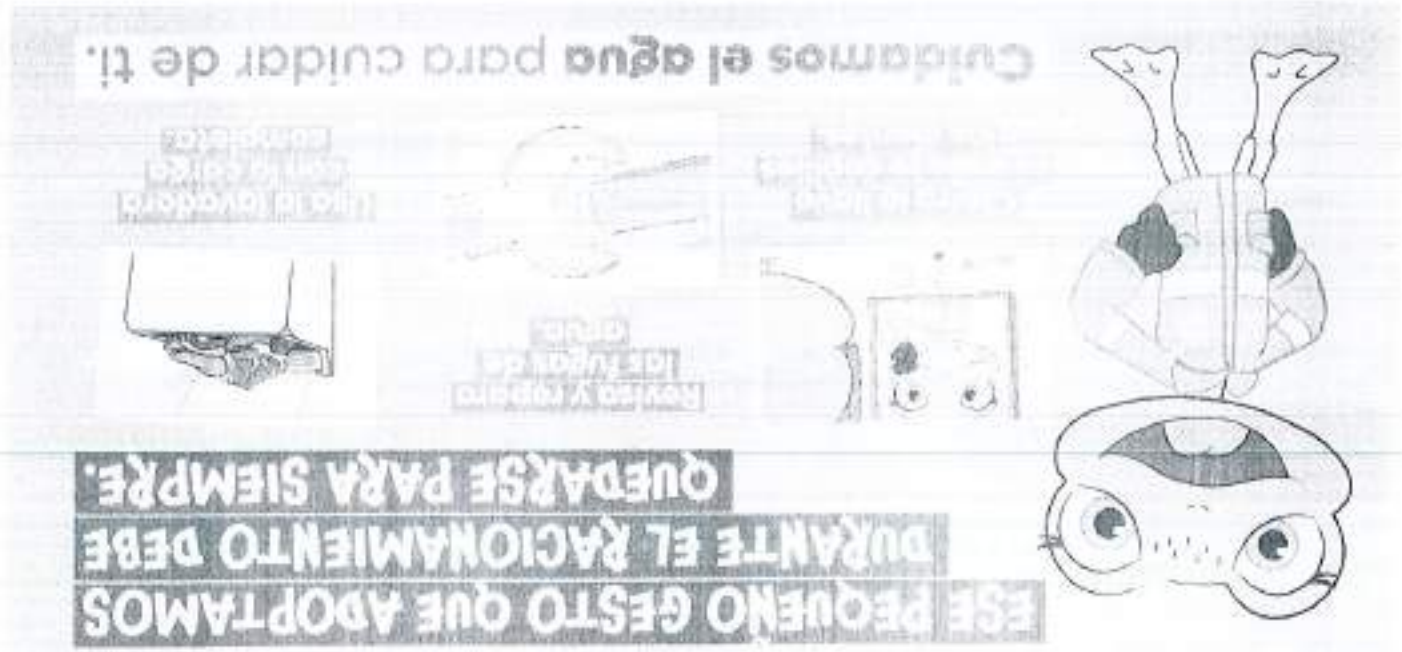
1.50 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

25-JUN-1992 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-1500150-00015301-F-0052317549-20060619 0000463034 1 1210030462



DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: S3 RUTA: S33684

BIMESTRAL

10500494
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

42826479513
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

¡Hola!

Factura a nombre de
LIBARDO QUINTANILLA

Dirección del predio
CL 22G 118A 40

Barrio: BRISAS ALDEA Localidad: FONTIBON

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Datos de tu medidor

Marca G2 MEDIDORES **Tipo** VELOCIDAD
Serie 22-052471 **Diámetro pulgadas** ¾

Período facturado ENE/18/2026 - MAR/18/2026

Pago oportuno ABR/24/2026 Suspensión ABR/29/2026

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
JUN/19/2026	ABR/08/2026 06:55:32	ABR/08/2026 11:38:34

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

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

Tu consumo en este periodo

En los 3 periodos anteriores tu promedio de consumo fue 27m³



En este periodo consumiste más agua que en el anterior

Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

En este periodo

33.000

Promedio al día

550

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este periodo	268	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	235	Base promedio	
Tu consumo este periodo	33	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca	G2 MEASURATOR	Tipo	VELOCIMETRO
Serie	23-062476	Diámetro pulgadas	½

Para reducir tu consumo, recuerda:



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



Si te vas de viaje, cierre 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
$84.310,43		$82.529,44		$26.344-
A		B		C D E F

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

Escanea y paga virtual

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

Total ingresos del período

Ingresos que la EAAB-ESP reporta a tu CHAN en el período actual

= **Total a pagar** $140.496

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 2758dfaa378e63a67a6ab36eaa2c32ac128aa5b6b3607bf4f83222aa7503d3315348337c0a0eea0ee7840d1b8178a5f3b

Detalle de tu consumo este bimestre

	A Acueducto						B Alcantarillado					
	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$9.795,82	-40	$7.837-	$5.877,27	$11.754,54	2,00	$4.559,05	-40	$3.647-	$2.735,63	$5.087,10
Consumo residencial básico (m³)	33,00	$3.064,43	-40	$48.370-	$2.298,66	$72.558,18	33,00	$2.985,36	-40	$47.125-	$2.239,09	$70.842,34
Consumo residencial superior básico (m³)												
Cargo fijo no residencial (mes)												
Consumo no residencial (m³)												
Subtotal				$59.207-		$84.310,43				$50.025-		$82.529,44

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

Tasas ambientales

Estos valores ya están incluidos en el consumo residencial básico y superior a básico, que no se cobra.

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m³)	$16,93	$04,54
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$925	$2.123

C Otros conceptos

Concepto	Valor
D-ben. min. vital total	$26.344-
Intereses de mora	$40

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

Subtotal 26.344-

Pagos por la página web, app y billeteras

Para pagos presenciales o desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

RedCADE: Consulta Electrónica y Gráfica de servicios en www.pagosgrupoaval.com/avalcadenet

La EAAB-ESP podrá implementar en el mes de [illegible] Paga tu Cuenta, Tu Vale, Tapas, Sustento y Oly

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS NRO. ÚNICO DE REGISTRO 1 1000350 - 10 EAB ESP

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$140.496

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO FACTURA DEL SERVICIO PUBLICO No.
Sellar caja: Si un cliente rinde este aseo agarrar sello y dejar de solicitarlo recibir solo Acueducto. (Este pago solo podrá efectuarse en Bancos y Red CADE, no podrá efectuarse en un corresponsal bancario).

3564

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de Historia Clínica: 88

900255003232708

NO. Microchip

FECHA: 18.04.26

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD: X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Kira | COLOR: Tabby blanco.

ESPECIE: CANINO___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO___ | RAZA: Mestizo | EDAD: 1A | PESO: 3,5 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Leidy Paola Fernandez Acosta | DIRECCION: kr 107 19B 79 | TELEFONO: 3005464719

CEDULA: 1075 271.056 | CORREO ELECTRÓNICO: leidiss0936@gmail.com.

BARRIO: Belen. | ESTRATO: 3. | LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NE

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: X.

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

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

FELINOS:

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno.

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 148 l/m | F. RESPIRATORIA: 20 r/m | TEMPERATURA: 37.6 °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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
* Jaidy Paola Fernandez Acosta	1073171016

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 CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



NUIP 1.075.271.056

Apellidos
FERNANDEZ ACOSTA

Nombres
LEIDY PAOLA

Nacionalidad: COL
Estatura: 1.60
Sexo: F
Fecha de nacimiento: 09 MAYO 1993
G.S.: O+
Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
25 MAYO 2011, NEIVA

Firma
Leidy Fernandez A

Fecha de expiración
20 OCT 2032

.CO

008232980

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

IC COL 008232980 0 19001 <<<<<<<<<<<
9305096 F 3210204 COL 1075271056 <3
FERNANDEZ<ACOSTA<<LEIDY<PAOLA<

¡Hola!

MARINA CASTAEDA
KR 107 NO 19 B 79
BOGOTA, D.C. - BELAN FONTIBON

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

Este mes tuvimos acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía es muy similar al mes de la factura!

Tipo de Lectura: Real | Ruta Lectura: 1 3 17 914 0430 | Carga kW: 2.00 | Tarifa: 3

Clase de servicio: Residencial | Subclase: Basica

1 3 17 367 7134

Consejos para el uso eficiente de tu energía

Cambia con tecnología LED. Bombillas de ahorro brillantes y energéticamente eficientes ahorran energía todos los días.

Inscríbete a factura virtual

Regístrate en [illegible] y recibe tu factura por correo electrónico

Contáctanos - Estamos atentos a ti

310 630 8000
(Claro Bell o Asesor)

601 5115 115

Enel Colombia

@EnelClientesCO

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

Emergencias 115
Gratuito las 24 horas

Reconexión gratis
Zona privada en 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

CIUDAD LUMINA BOGOTA S.A. E.S.P.
Avenida Boyacá # 6 B - 20
Línea 110

Estas a primera vista.

Si el cuen[illegible] en estos sellitos e ingresa con el pago [illegible] u factura de enel.co

Men[illegible] jos desde números no verificados.

Des[illegible] ntivo en el valor a pagar.

Una [illegible] nua desde páginas diferentes a w[illegible] enel.com.co.

Revisa En[illegible] una estafa.

Registra [illegible] y paga de manera segura en la Zona Privada con

¿Como 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 para pagar por PSE

Almacenes de cadena

Billetera virtual

Nequi MOVII dale! tpago

Red distrital
RED CADE

Centro de servicio enel
Encuentra el Chía, Girardot y Facatativá



En la compra que siempre quisiste.

¡DISFRUTA EL BENEFICIO EN TU PRIMERA COMPRA!

ES MUY FÁCIL

Solicita tu tarjeta [illegible] y del 15 de marzo de 2026.

Realiza la primera compra antes del 15 de marzo de 2026.

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

Paga en hasta 6 meses.

Escanea este QR para conocer el punto más cercano

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 - Consecutivo de Historia Clínica: 89

900255003232736

NO Derecho:

FECHA: 18.04.26

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X ___ CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Delilah

TIPO DE: Calico'

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Mestizo EDAD: 7A PESO: 3,4 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Derly Julieth Barbosa leyva

DIRECCION: CL 23D 109-35

TELEFONO: 3213090302

CEDULA: 53.030.076

CORREO ELECTRÓNICO: 3213090302@sincorreo.com

BARRIO: Versalles ESTRATO: 3 LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Tecnologo

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO ___ RURAL X

3. ANAMNESIS

Buena Salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa DIC 2025

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa NR

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELA: 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: 148 l/m F. RESPIRATORIA: 36 r/m TEMPERATURA: 38.2 °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.)	03 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	02 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

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 puedan 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 puedan presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se puedan evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños 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:
	C 53.030.076

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 **53.030.076**

BARBOSA LEYVA

APELLIDOS

DERLY JULIETH

NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-FEB-1985**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

19-MAR-2003 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNÁN PENAGOS GIRALDO

A-1500150-01501759-F-0053030076-20250401 *0144616690A 1 8514870001

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 985052894-0

enel | Bogotá

Nro Medidor: 42598

¡Hola!

ANA H DE LEYVA
CL 23 D NO 109 35
FONTIBON
BOGOTA, D.C. - VERSALLES FONTIBON

Fecha de expedición
13 MAR 2026

Periodo Facturado
Del 20 ENE/2026
al 17 FEB/2026

1 3 15 399 9648

51679

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.



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

Avenida Bayacá # 6 B - 20
Línea 123

Formas de pago

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

Código QR para pagar por PSE

Almacenes de cadena

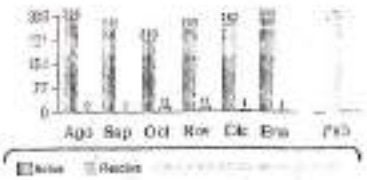
Billetera virtual

Red distrital RED CADE

Centro de servicio enel
Unicentro Chía, Granbol y Fontanar

Corresponsales bancarios

MOVIRED


Ago Sep Oct Nov Dic Ene Feb
Activa
Reactiva



ALCALDÍA FONTIBÓN BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍN[illegible] ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

900255003232726

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de historia clínica: 90 | NO Turno/No: | FECHA: 18.04.26.

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Lupe | COLOR: Tabby

ESPECIE: CANINO___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO___ | RAZA Mestizo | EDAD 18M. | PESO 2,5 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI___ NO X

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

ORIGEN: NS/NR___ RESCATADO___ COMPRADO___ ADOPTADO X REGALADO___ PERRO DE CUADRA___ OTRO___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Andrea Yulisa Urrego Segura | DIRECCION: Kr 102 23I 53 | TELEFONO: 3028081111.

CEDULA: 1.069.901.202 | CORREO ELECTRÓNICO: 321urrego@gmail.com

BARRIO: la casa. | ESTRATO: 3. | LOCALIDAD: FONTIBÓN

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller. | TIPO DE VIVIENDA: CASA___ APTO___ RURAL___

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: Mar 2026. | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: Junio 2025

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

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

FELINOS:

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 148 l/m | F. RESPIRATORIA: 24 r/m | TEMPERATURA: 39.1 °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	1 ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.12 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	EILEEN NATHALY BEDOYA Medico Veterinaria T.P 27701	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	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: 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 sustancias, 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:
Andrea Yulisa Urrego Segura	1069901202.

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 CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.069.901.202

Apellidos
URREGO SEGURA

Nombres
ANDREA YULISA

Lugar de nacimiento
SANTA MARIA (BOYACA)

Fecha y lugar de expedición
09 FEB 2016. MEDINA

Fecha de expiración
15 DIC 2025



ICCOL0862051062151660<<<<<<<<<<
9801222F3512159COL1069901202<9
URREGO<SEGURA<<ANDREA<YULISA<<

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 388902222-5

enel | Bogotá

4624046-4

No. Medidor: 163292

43967

¡Hola!

SOCIEDAD ELECTRICA LOGISTICA LTDA
KR 102 NO 23 I 53 AP 102
APARTAMENTO 102
BOGOTA, D.C. - LA CABAA A FONTIBON

Hasta aportes
[illegible]

Fecha límite pago
[illegible]

Tu próxima lectura
[illegible]

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

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

Tipo de Lectura: Real Ruta Lectura: 1 3 15 306 9403 Carga kW: 2,00 Estrato: 3

Clase de servicio: Residencial | Subclase: Básica

1 3 15 306 9623

43967

1 | Sitio - Página 1 de 2

Consejos para el uso eficiente de tu energía

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

Inscríbete a factura virtual

Regístrate en este código y recibe tu factura por correo electrónico

Canales de atención Enel

- 315 000 6000 (Línea Bot o Asesor)
- 601 5515 115
- Enel Colombia
- @EnelClientesCO
- www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
- Emergencias 116 Opción 1 Clave. Gratuito las 24 horas.
- Regístrate gratis: Zona privada de la página Web
- App Enel Clientes Colombia

Puntos de atención Enel

Avenida Boyacá # 6 B - 20
Línea 116

Estafas a primera vista.

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

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

No es Enel, es una estafa.

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

Medios virtuales de pago

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

Código QR para pagar por PSE

Almacenes de cadena

Billetera virtual

Red digital

Centro de servicio enel

Corresponsales bancarios



En la compra que siempre quisiste.

DISFRUTA EL BENEFICIO EN TU PRIMERA COMPRA!

ES MUY FÁCIL

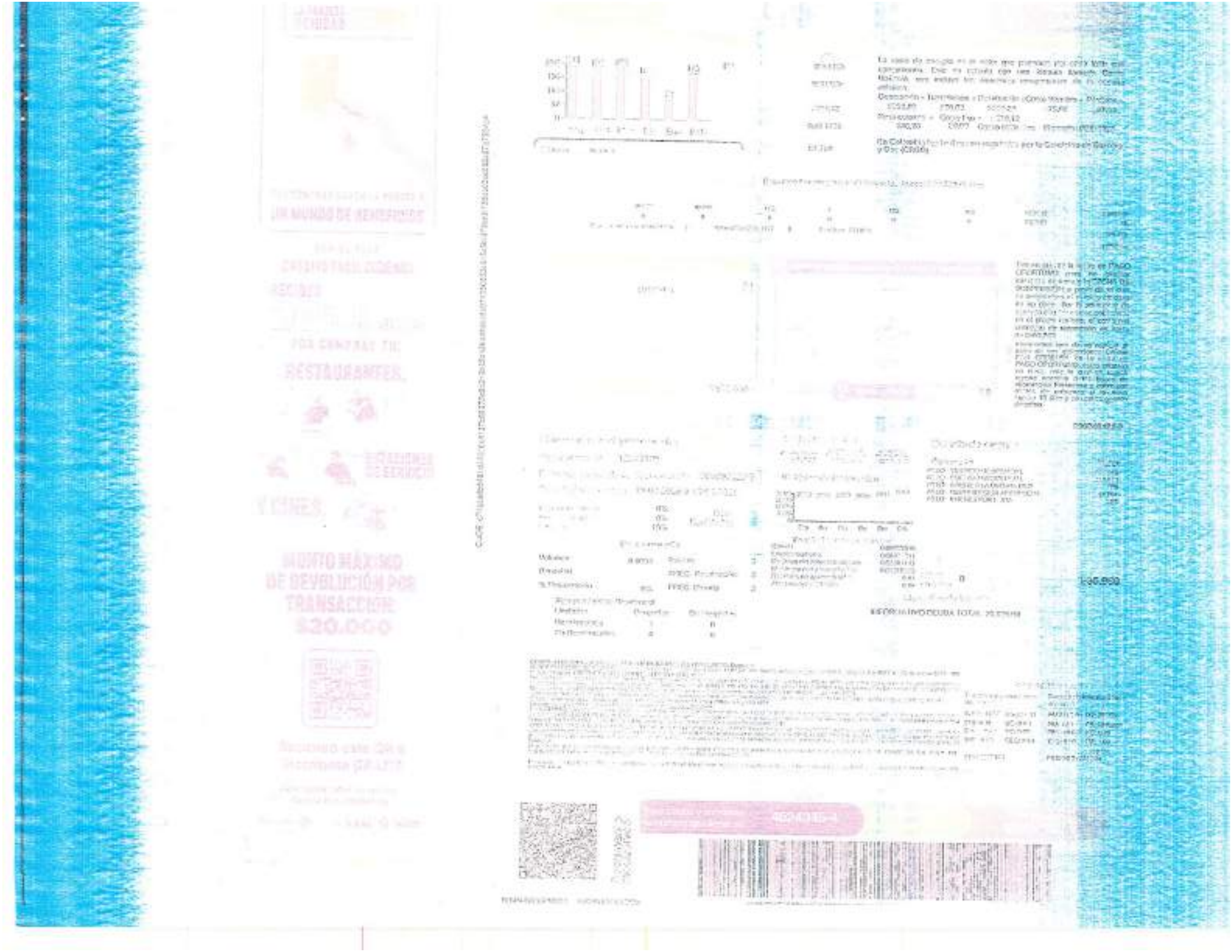
Solicítala entre el 1 de febrero y el 15 de marzo de 2026.

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

Te devolvemos hasta $150.000 en tu siguiente factura de ENEL.

Plazo mínimo de cuotas 3 meses.

Escanea este QR para conocer el punto más cercano



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: 91

Expiry-Date:2030/09/02
900255003232571

NO:

FECHA: 18.04.26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Fiwvar

COLOR: Blanco y amarillo.

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Mestizo EDAD: 3A PESO: 3,5 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Luis Humberto Marquez Ecca.

DIRECCION: CL 19A BIS 116--73

TELEFONO: 3127730023

CEDULA: 79.702.225.

CORREO ELECTRÓNICO: luisdm3301@yahoo.com

BARRIO: Jerico. ESTRATO: 3. LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Profesional.

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud.

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

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

FELINOS:
TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: ABRIL 25

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: 142 l/m F. RESPIRATORIA: 30 r/m TEMPERATURA: 38,4 °c TLLC 2 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		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.)	04 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.16 ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

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 antipulgas, hongos 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:
	79702-226.

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

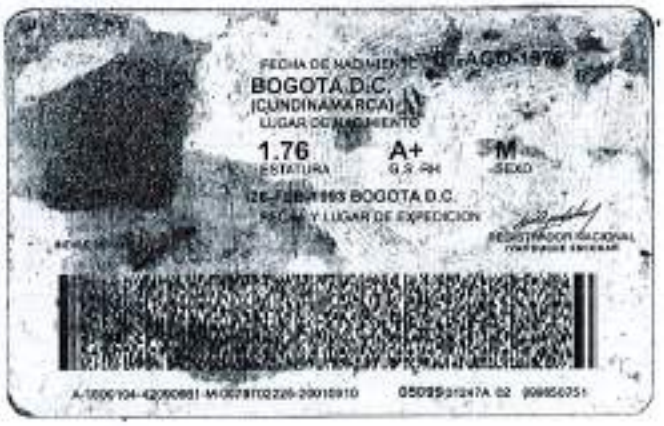
SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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 79702226
MARQUEZ ROA
APELLIDOS
LUIS HUMBERTO
NOMBRES


FECHA DE NACIMIENTO 01-AGO-1976
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.76
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
25-FEB-1993 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 356783725-6

enel

Para pagos y consultas 7846421-4

No. Medidor: 22578902

¡Hola!

ANGELA ALFONSO
CL 19 A BIS NO 116 73 TO 3 AP 1207
11001000
MOSQUERA - MOSQUERA

Pago oportuno
07 ABR 2026

Fecha de suspensión
09 ABR 2026

Próxima lectura
ABR 2026

Periodo Facturado
Del 19 FEB 2026
al 19 MAR 2026
30 DÍAS

Tipo de Lectura: Real Ruta Lectura: 1 3 15 203 803 Carga kW: 3,80 Estrato: 2

Clase de servicio: Residencial Subclase: Básica

1 3 15 318 5534

42801

Consejos para el uso eficiente de la energía

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

Factura electrónica

Regístrate en este código y recibe tu factura por correo electrónico

Contáctanos | Puntos de Atención Enel

316 890 8908
Clientes Bot o Asesor

601 5138 315

Enel Colombia

@EnelColombiaCO

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

Disponible las 24 horas

Zona privada de la página Web

App Enel Clientes Colombia

Trámites y solicitudes
enel.com.co/es/personas/radica-clonia

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

Operador de aseo

EMPRESAS PÚBLICAS DE [illegible] E.S.P.

Avenida Boyacá # 6 B - 20

Estafas a primera vista.

Si tienes dudas sobre una factura o interacción con el pago de tu factura de energía:

- Verifica el canal o número de contacto.
- Desconfía de enlaces o pagos diferentes a nuestros canales.

No es Enel, somos estafa.

Reglamenta y paga de manera segura en la Zona Privada de

¿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! Upaga

Red física/red RED CADE

Centro de atención enel

Corresponsales bancarios

CONFECÁMARAS efácil Reval MOVIRED



En la compra que siempre quisiste.

DISFRUTA EL BENEFICIO EN TU PRIMERA COMPRA

ESTRUCTURA

Válido desde el 1 de febrero y el 15 de marzo de 2026

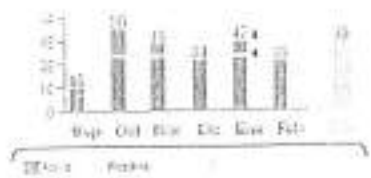
Disponible para compras hasta el 15 de marzo de 2026

Redención hasta 3130 000 en el punto Bellura de ENEL

Consulta términos y condiciones

Escanea este QR para conocer el punto más cercano


MONTO MÁXIMO
DE DEVOLUCIÓN POR
TRANSACCIÓN:
$20.000
Escanea este QR e
inscríbete GRATIS











ALCALDÍA DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLINICA HC - Número de Historia clínica: 92

900255003232565

NO chip:

FECHA: 18.04.26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Luft

COLOR: Negro

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Mestizo EDAD: 3A PESO: 3,5 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Luis Humberto Marquez Roa

DIRECCION: Cl 19A Bis 116-73

TELEFONO: 3127930023

CEDULA: 79.702.226.

CORREO ELECTRÓNICO: luisdm3301@yahoo.com

BARRIO: Jenco.

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Profesional.

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud.

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

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

FELINOS:

TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa 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: 140 l/m

F. RESPIRATORIA: 28 r/m

TEMPERATURA 38,2 °c

TLLC 2 seg

MUCOSAS Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		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 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 antimicos, 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:
	29702.226

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterización 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

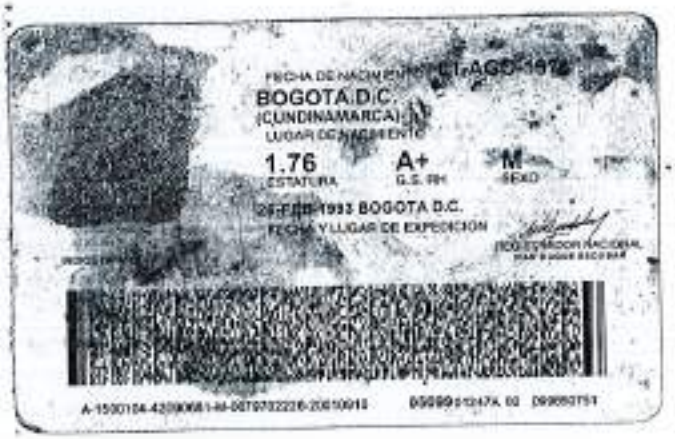
SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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
79702226
MARQUEZ ROA
APELLIDOS
LUIS HUMBERTO
NOMBRES


FECHA DE NACIMIENTO 01-AGO-1972
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.76
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
25-FEB-1993 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 388783725-6

enel

Para pagos y consultas tu número de cuenta es: **7846421-4**

No. Medidor: 22578902

¡Hola!

ANGELA ALFONSO
CL 19 A BIS NO 116 73 TO 3 AP 1207
11001000
MOSQUERA - MOSQUERA

Pago oportuno
07 ABR/2026

Fecha de suspensión
09 ABR/2026

Tu próxima lectura
17 ABR/2026

Periodo Facturado:
Del 19 FEB/2026
al 19 MAR/2026
30 días

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

Tipo de Lectura: Real | Ruta Lectura: 1 2 16 333 0025 | Cargo kW: 2,00 | Estrato: 3

Clase de servicio: Residencial | Subclase: Básica

1 2 16 318 5834

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

- 360 800 6003 (Línea Gratuita Nacional)
- 601 5115 115
- Enel Colombia
- @EnelClientesCO
- www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
- Emergencias 24/7: Servicio 24 horas
- Registro seguro: 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
CODAD LIMPIA BOGOTA S.A E.S.P
Avenida Boyacá # 6 B - 20

Estafas a primera vista.

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

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

No es Enel, es una estafa

Regístrate y paga de manera segura en la Zona Privada en

enel.com.co

¿Cómo pagar tu factura?

Medios virtuales de pago

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

Código QR para pagar por PSE

Almacenes de cadena

Billetera virtual

Nequi | MOVII | dale! | tpaga

Red distrital
RED CADE

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

Corresponsales bancarios

CONRED | efecty | MOVIRED

LA TARJETA DE LA CIUDAD



En la compra que siempre quisiste.

DISFRUTA EL BENEFICIO EN TU PRIMERA COMPRA!

ES MUY FÁCIL

Solicita tu tarjeta del 1 de febrero y el 15 de marzo de 2026.

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

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

Para cupos de compras 6 meses.

Escanea este QR para conocer el punto más cercano

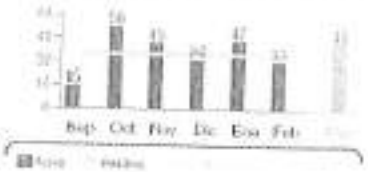
LA RIQUEZA ECIUDAD



COMPRAS ACUMULA PUNTOS
UN MUNDO DE BENEFICIOS

CON EL CUPO
CRÉDITO FÁCIL COOENSA
ECIBES
POR COMPRAS EN:
RESTAURANTES,
ESTACIONES DE SERVICIO
INES.
MONTO MÁXIMO E DEVOLUCIÓN POR TRANSACCIÓN: $20.000
Escanea este QR e inscribete GRATIS

$31.910



$67.890

SUBTOTAL: $31.910

$31.910

$0

Número para cualquier consulta

Cuenta contrato: 76539311

Documento equivalente electrónico No. 308763725-6

Periodo de facturación 19.02.2026 a 18.03.2026

Días liquidados

Datos usuario

Estado de cuenta

Concepto	Valor
ASEO SERVICIO RESIDENCIAL	$31.910
ASEO SUSCRIPCIÓN ECOVOL	3.510
ASEO AJUSTE A LA DECENA (+/-)	0
ASEO RECOLECCIÓN ANTICIPADA	1.000
ENER - INTERÉS POR MORA	511

Mensajes de interés

INFORMATIVO DEUDA TOTAL: $5.880.00

$35.980

Documento electrónico

Para pagar y consultar su número de cliente es: 7846421-4

Total a pagar $67.890

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: 93 (Número de Historia Clínica)
900255003232573
NO: (vacío)
FECHA: 18.04.26.

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Ammy. | COLOR: Tabby

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: Mestizo | EDAD: 10M. | PESO: 3,0 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 ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jose Roa
DIRECCION: Cl 22H 106-37 02 | TELEFONO: 3237856523
CEDULA: 3848272
CORREO ELECTRÓNICO: Jroa7480@gmail.com.
BARRIO: Versalles | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: FONTIBON
ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller | TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: N.R
ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: Feb. 2026
ULT. VACUNACION: NS/NR: ___
CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa | TRIPLE: dd/mm/aaaa | PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa
HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa | PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa | RABIA: dd/mm/aaaa
FELINOS:
TRIPLE FELINA: dd/mm/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: 142 l/m | F. RESPIRATORIA: 30 r/m | TEMPERATURA: 38,2 °C | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.3 ml.	5-7mg/kg IV
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml.	0.5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.12 ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

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

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: 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 cardíacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

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

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

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

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

En calidad de tenedor o responsable del 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:
Jose Roa	3848272

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
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN

NO. 3848272

COL

ROA
APELLIDOS

JOSE
NOMBRES

VEN
NACIONALIDAD

M
SEXO

17928977
DNI RIO

13-06-1987
FECHA DE NACIMIENTO

16-05-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO



VISIBLE

FIRMA

E1728597

INDICE DERECHO

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria

Juan Francisco Espinosa Palacios
Director General de Migración Colombia

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL3848272<<2<<<<<<<<<<<<<<<
8706135M3105308VENE1728597<<<1
ROA<<JOSE<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

Por favor dobla y rasga para abrir la factura





Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Itaú · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco AV Villas · Banco GNB Sudameris · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Davivienda Plata · Dale.

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

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

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

CARNAVAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-8

¡Hola!

AURA LOPEZ
CL 22H 106 37 02 - VERSALLES
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5097197-232641

Lote: P13GN Ruta: 0011020155100005000 Código del Sector: 326

Cuenta o referencia de pago 63846544





Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

Si se suspende el servicio por falta de pago y cuando se requiera, en caso de que se instale el equipo remedido o en la instalación nueva y/o productos de consumo. Como consecuencia puedes presentar un recurso de reposición ante la empresa y/o ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al conocimiento de la factura. Sobre el conocimiento de la factura el cliente cuenta con los mecanismos establecidos en la Ley 142 de 1994 y puede hacer uso de ellos dentro de la fecha establecida para el pago oportuno.

0011020155100005000 1155 326 C1

Factura de gas

Marzo 2026

Cuenta o referencia de pago 63846544

BOGOTA

Vigilado Superservicios

NIT: 800.067.813-5
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
07 Abr. 2026	08 Abr. 2026	Feb. - Mar. 2026	19 Mar. 2026

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	35M3	2.566,59	0,00	89.830,65
FIJO	1UN	4.230,00	0,00	4.230,00
AJUSTE DECENA	1UN	0,65	0,00	0,65

1 — Total $94.060,00

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

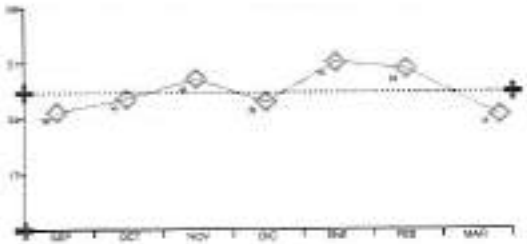
Total a pagar (1 + 2 + 3)

$94.060,0

Paga por pse

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
17 Feb. 2026	7336	REAL
17 Mar. 2026	7381	REAL

m³ corregido= 7381 - 7336 * Factor de corrección = 35

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 Sep. 2030

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

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

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

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

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

Componentes tarifarios

Gm: 1208.94 Tm: 564.3 Dm: 600.89 Cm: 2566.59
Pr: 84.87 Cuvtr: 8.3 Cuftr: 4258.0 Cuvm: 3566.59
Cuev: 0.0 Fpcm: 42.475 DAAUR: 0.0 CMeUNR: 0.0

kg/m³Tc consumo en m³ de gas equivale: 413
kWh y el precio unitario del kWh es $227.75

Factor de corrección

Vmr: 46 Kpt: 0.76766 Kt: 1.00506 Pc: 0.7717
Vc: 35 Tmr: 14.05 Tm: 19.84 Pac: 1.01306
Pz: 0.752 Pmc: 0.8054 1° pc: 1.3
Factor de corrección: 0.7717

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DMI: 0.0 IC: 100.0 IRH: 100.0



(415)7709998026025(8020)63846544(3900)000000000094060

1155

C1

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de Historia Clínica: 94

900255003232572

NO: no hay

FECHA: 18.04.26

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Milú | COLOR: Negro.

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: Mestizo | EDAD: 11M. | PESO: 3,0 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: Yina. Marcela Hernandez Vera. | DIRECCION: Kr. 108 23B 58 | TELEFONO: 3229649058

CEDULA: 1.003.775.265 | CORREO ELECTRÓNICO: yinahernandez403@gmail.com

BARRIO: Versalles | ESTRATO: 3. | LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NR

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: NR

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 148 l/m | F. RESPIRATORIA: 24 r/m | TEMPERATURA: 38,3 °C | TLLC: 2 seg | MUCOSAS: Rosadas.

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		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	0.12 ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

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, bisfosfonatos 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:
*Yina Hernández	*1003775263

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
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.003.775.2[illegible]
HERNANDEZ VERA
APELLIDOS
YINA MARCELA
NOMBRES

Yina Hernández
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 24-FEB-1999
VERGARA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.54 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
13-MAR-2017 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO



P-1508150-80897382-F-1003775263-20120418 0054BOH17A 2 48110604

enel

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **0421187-1**

No. Medidor: **28899243**

46014

¡Hola!

GONZALO LOZANO R
KR 108 NO 23 B 58
FONTIBON
BOGOTA, D.C. - VERSALLES FONTIBON

Pago oportuno
08 ABR /2026

Fecha de suspensión
08 ABR/2026

Tu próxima factura
16 ABR /2026

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

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

Tipo de Lectura: Real Ruta Lectura: 1 3 15 310 0220 Carga kW: 2,00 Estrato: 3

Clase de servicio: Residencial | Subclase: Básica

1 3 15 311 8734

Consejos para el uso eficiente de tu energía

Ilumina con tecnología LED. Disfruta de espacios tri dentro y ecoguardema 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

316 899 0100
Oficina Bogotá y Alrededores

601 5115 115

Enel Colombia

@EnelClientesCO

www.enel.com.co/es/personas/ayuda/canales-de-atencion-clientes.html

Disponible las 24 horas

Zona privada de tu página Web

App Enel Clientes Colombia

Operador de aseo

Avenida Bogotá # 6 B - 20

Línea 110

Trámites y solicitudes
enel.com.co/es/personas/mi-oficina-virtual

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

Estafas a primera vista.

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

Mensajes desde números no verificados

Descuentos en el valor a pagar

Links que llevan a páginas diferentes a www.enel.com.co

No es Enel, es una estafa.

Regístrate y paga directamente seguro en la Zona Privada en

enel.com.co

¿Cómo pagar tu factura?

Medios virtuales de pago

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

Código QR para pagar por PSE

Almacenes de cadena

Billeteras virtuales

Nequi MOVII dale tpaga

Red distrital RED CADE

Centro de servicio enel
Chía, Girardot y Fusagasugá

Corresponsales bancarios

CONRED efácil Reval MOVIRED



En la compra que siempre quisiste.

¡DISFRUTA EL BENEFICIO EN TU PRIMERA COMPRA!

ES MUY FÁCIL

Solicita tu tarjeta entre el 1 de febrero y el 15 de marzo de 2026.

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

Te regresamos hasta $20.000 en tu siguiente factura de ENEL.

Disponible solo en compra 6 meses.

Escanea este QR para conocer el punto más cercano

LA FAMILIA
CIUDAD

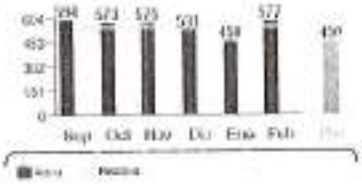


TUS COMPRAS ABREN LA PUERTA
UN MUNDO DE BENEFICIOS

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

Total energía $359.000 | Total pago $71.960 | Total a pagar $431.040

Comparativo mensual consumo



Estado de cuenta

	850 kWh
	881 kWh
	$804,12
	$5,521/kWh
	$12.382

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

Generación + Transmisión + Distribución +Costo Pérdidas + Pérdidas + Restricciones + Costo Fijo + Costo kWh Hist. Vigencia: FEB 2026

$392,53 | $50,62 | $289,89 | $75,02 | $97,25 | $16,58 | 10,00 | $804,12

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

Detalle consumo de energía — Este mes la energía que distribuimos, le costó $12.382 pesos

Costo sobre consumo de energía activa

SUBTOTAL $2

1 TOTAL ENERGÍA $359.000

Otros cobros de servicios y financiación

2 TOTAL OTROS $0

Tras no cancelar la factura de PAGO OPORTUNO para su genera intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión en Fecha de 5183.680

Recuerdenos que de no realizar el pago de los diagnósticos Cobro PAGO OPORTUNO, en la factura de PAGO OPORTUNO, dicha omisión se suma, esto le cual se estima vigente recargos a los bajos de financiación financiera y cobro por gastos de cobranza a la cadena. Supone 15 días y se realiza gravado de cobro.

AAA — CLIDA LUNA BOGOTA S.A. E.S.P. — 6300481229

Número para cualquier consulta

Cuenta contrato 10188442

Documento equivalente electrónico No. 388594640-8

Periodo de facturación 19.02.2026 a 18.03.2026

0% 0% 15%

Días liquidados

Datos usuario

Volumen: 0.0000 Estrato 3

Densidad FREC Residencial 3

% Participación 0% FREC Barrido 3

Tipo producto: Residencial

Unidades	Ocupadas	Desocupadas
Pisos/Unidades	2	6
No Residenciales	0	0

Costos por tarifas

Histórico de facturación

Tarifas por componente

Estado de cuenta

Concepto	Valor
ABO - SERVICIO RESIDENCIAL	$71.960
ABO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$ 11.076
ABO - AJUSTE A LA DECENA $ 0,60	$ 3
ABO - REGULARIZACIÓN APROVECHA	($ 18)
ABO - INTERESES POR MORA	$ 11

Unidades 0 — $71.960

Mensajes de interés

INFORMATIVO DEUDA TOTAL 71.958,09

Para pagos y consultas su número de cuenta es 0421187-1 — Fecha límite de pago 06 ABR 2026 — Total a pagar $431.040

Documento electrónico

(415)7707200914253(8020)0104211871(3900)0000000431040

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLINICA HC: Número de Historia clínica: 95

Expiry-Date: 2030/09/02
900255003232564

NO Asociado

FECHA: 18.04.26.

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X ALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Lulú

COLOR: Tabby

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

RAZA: Mestizo EDAD: 2a

PESO: 3,7 KG

RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Mayerly Esperanza Murillo Valencia.

DIRECCION: Ac 22 119 A 40.

TELEFONO: 3208357808

CEDULA: 52.485.905

CORREO ELECTRÓNICO: maya.muri@hotmail.com.

BARRIO: Versalles

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Primaria.

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa 15 abril 2026.

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa abril 2024.

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: 38,7°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
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,4 ml.	20,000 Ui/kg IM
	MELOXICAM	0,76 ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y especificamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien he manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin [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 quirúrgicas 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 varios 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:
Mayerli Murillo	52485905

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 **52.485.905**
MURILLO VALENCIA

APELLIDOS
MAYERLY ESPERANZA

NOMBRES

Maxbill Murillo

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-MAY-1980**
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58	**O-**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

14-JUL-1998 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00163389-F-0052485905-20090718 0013617241A 1 1110102050

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Natalia Avendaño Cacia
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: 83 RUTA: S33688

BIMESTRAL

10366644
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

42156254411
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

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

Pago oportuno ABR/24/2026

Suspensión ABR/29/2026

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
JUN/19/2026	ABR/08/2026 06:55:11	ABR/08/2026 11:41:08

¡Hola!

Factura a nombre de
ANDRES ACOSTA

Dirección del predio
AC 22 114A 40

Barrio: VERSALLES 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 IBERCONTA Tipo VELOCIMC
Serie 09015B122069 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 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.

Tu consumo en este período

En los 3 periodos anteriores tu promedio de consumo fue 28m³



En este periodo consumiste la misma cantidad de agua que en el anterior.

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

En este período

28.000

Promedio al día

467

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este periodo	2650	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	2622	Base promedio	
Tu consumo este periodo	28	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca	GERCONTA	Tipo	VELOCIDAD
Serie	C021 6810 2060	Diámetro pulgadas	½

Para reducir tu consumo, recuerda:



Cuando laves la ropa, ajusta la cantidad de agua a la que vas a emplear.



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



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

Tu cobro en este período

Acueducto
$103.866,28
A

+

Alcantarillado
$100.401,54
B

+

Otros cobros
$72
C D E F

Consulta el detalle de estos cobros en las tablas que están debajo

Escanea y paga virtual

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

Total ingresos del período

= **Total a pagar** $204.340

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 889e3c14370...

Detalle de tu consumo este bimestre

	Cant.	Valor unitario	Ajuste (+) o Subsidio (-)** %	Ajuste (+) o Subsidio (-)** Valor	Tarifa***	Total (Tasa Corriente)	Cant.	Valor unitario	Ajuste (+) o Subsidio (-)** %	Ajuste (+) o Subsidio (-)** Valor	Tarifa***	Total (Tasa Corriente)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$8.795,62	-15	$2.639-	$5.210,38	$15.663,24	2,00	$4.655,05	-15	$1.397-	$3.857,66	$7.915,10
Consumo residencial básico (m³)	28,00	$3.664,43	-15	$15.309-	$3.714,77	$87.214,04	28,00	$3.885,09	-15	$16.321-	$3.303,08	$92.485,44
Consumo residencial básico rio Bogotá (m³)												
Consumo residencial suntuario (m³)												
Consumo no residencial (m³)												
Subtotal				$16.339-		$103.866,28				$17.718-		$100.401,54

* Corresponde a consumos de hasta 15m³ mensuales (23m³ bimestrales). **(+) Aporte: aplica para aportes 5, 6, comercial e industrial. (-) Subsidio: aplica para estratos 1,2 o 3.
*** La tarifa se determina a partir del valor unitario del cargo fijo o del consumo. Si aplica un subsidio, se descuenta un %; si hay un aporte, se agrega un %.

Tasas ambientales

Estos valores ya están incluidos en el consumo residencial básico y superior a básico, con tarifa de tasa

	Tasa Uso (Aca relictio)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m³)	$26,81	$81,15
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$76	$2.552

C Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajuste a la decena	$2
Intereses de mora	$70

D Cobros a terceros

Concepto	Valor

Subtotal 72

E Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interes	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

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$204.340

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO FACTURA DEL SERVICIO PUBLICO No.
Sellar copia. Si es el responsable de este aporte sello y placas de reclamos
Recibido Acueducto (Este pago solo podrá efectuarse en Bancos y Red CADE, nuestras oficinas o puntos corresponsales bancarios)

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS

DESCUENTA HASTA UNICO DE FACTURA HASTA 10 DE ENE

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: 96

Expiry-Date:2030/09/02 900255003232672

NO. Microchip:

FECHA: 18.04.26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Luna

COLOR: Tabby

ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO___ RAZA: Mestizo EDAD: 7M PESO: 2,5 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI___ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI___ NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria Elvia Sanchez Barrera.

DIRECCION: CL 23B 122A 12. TELEFONO: 3102792967

CEDULA: 41 594.763

CORREO ELECTRÓNICO: 3102778827@SINCORREO.COM.

BARRIO: El Refugio ESTRATO: 2 LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller.

TIPO DE VIVIENDA: CASA___ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud.

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

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

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

FELINOS:

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

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: 28 r/m TEMPERATURA: 38,2 °C TLLC 2 seg MUCOSAS: Rosadas.

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		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
POSTOPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,3 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,2 ml	1mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomía/Orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION___ 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 aclare 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, utilización 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 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 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:
★ Celosia Flores Sanchez	★ 41594263 Bojo

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 41.594.263
SANCHEZ BARRERA
APELLIDOS
MARIA ELVIA
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 09-MAY-1953
VELEZ
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.57
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
31-OCT-1974 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 358741931-1

enel | Bogotá

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **7722599-4**

No. Medidor: **21525653**

¡Hola!

MARIA ELVIA SANCHEZ DE BELTRAN
CL 23 B NO 122 A 12 PI 2
CL 23 B NO 122 A 12 PISO 2
BOGOTA, D.C. - EL REFUGIO

PAPEL ECOLÓGICO

Pago oportuno
07 ABR /2026

Fecha de suspensión
09 ABR/2026

Tu próxima lectura
17 ABR /2026

Periodo Facturado:
Del 19 FEB/2026
al 19 MAR/2026
29 días

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

Tipo de Lectura: Real | Ruta Lectura: 1 3 16 315 0401 | Carga kW: 2,00 | Estrato: 2

Clase de servicio: Residencial | Subclase: Básica

1 3 16 315 9143

Consejos para el uso eficiente de tu energía

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

Inscríbete a factura virtual

Regístrate en este código y recibe tu factura por correo electrónico

Contáctanos | Puntos de atención Enel



316 890 6003 (Elena Bot o Asesor)
Enel Colombia
www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
Emergencias 115 Operador Claro Gratuito las 24 horas.
Regístrate gratis Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia
601 8515 115
@EnelClientesCO

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

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

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

Estafas a primera vista.

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

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

No es Enel, es una estafa.

Regístrate y paga de manera segura en la Zona Privada en

enel.com.co

¿Cómo pagar tu factura?

Medios virtuales de pago

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

Código QR para pagar por PSE

Almacenes de cadena

Billetera virtual

Nequi | MOVII | dale! | tpaga

Red distrital **RED CADE**

Centro de servicio enel
Calicanto Chía, Girardot y Facatativá

Corresponsales bancarios

CONRED | efecty | Reval | MOVIRED

LA TARJETA DE LA CIUDAD



En la compra que siempre quisiste.

¡DISFRUTA EL BENEFICIO EN TU PRIMERA COMPRA!

ES MUY FÁCIL

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

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

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

Plazo mínimo de compra 6 meses.

Escanea este QR para conocer el punto más cercano

EFECTIVO LTDA
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

O. DS: 9637183898 DV: 552311
Cliente: 113324 EVEL CODENSA INTERACCION
Fecha: 06/04/2026 12:02:30
CUP: 972108
CODEUDA: 0177225994308674 19311
REFERENCIA: 151662148
TIPOPERIA: 30874193311
NUMERO DOCUMENTO: 7740
NOMBRE/DE: 7740
DESCRIPCION RETORNO: NOTIFICACION EXITOSA
Referencia: 151662148 Valor: $77.740,00

PROYECTO: 113324 SLAPS:
914108 SLAJERO: BLANDEDT
Para reclamaciones presente este

TUS COMI
UNIRSE

CRÉDITO FÁCIL CODENSA

RECIBES
20% DE DESCUENTO
POR COMPRAS EN:

RESTAURANTES,





ESTACIONES DE SERVICIO

Y CINES.



MONTO MÁXIMO DE DEVOLUCIÓN POR TRANSACCIÓN: $20.000

Escanea este QR e inscríbete GRATIS

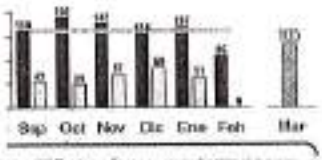
Aplica para todos los tarjetas Crédito Fácil CODENSA

Powered by bold kiiro

Davivienda | cmr

Total energía $52.520 + Total otros $25.220 = Total a pagar $77.740

Comportamiento consumo



Estado de cuenta

Consumo mes actual:	105 kWh
Consumo promedio:	125 kWh
Valor kWh aplicado:	$834,12
Consumo diario:	3.62 kWh
Valor diario:	$1.811

¿Sabías que...?

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

Generación + Transmisión + Distribución + Costo Variable + Pérdidas + Restricciones + Costo Fijo =

$333,89	$50,62	$289,89	$76,00	$87,33
$18,28	$0,00	Costo kWh Mes	$834,12	Vigencia: FEB2026

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

Cálculo consumo de energía

Esto mes la energía que disfrutaste, te costó $1.811 diarios

	Lectura actual	− Lectura anterior	= Diferencia de lectura	x Factor =	Energía consumo de kWh	Energía facturada kWh	x Valor unitario	= Valor facturado
LAGENVA PP	8.499	8.304	195	1	105	105	$834,12	$87.583
LREACTIVA	4.186	4.091	95	1	38	0	$242,88	$870
Cons. a subsidiar 130,00 kWh		X	Valor kWh $834,1137	X	Beneficio 41,00 %			$39.926

$0 CLIENTE: El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (0 – 130 kWh/mes) es del 41,00 %. $52.517

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena $0
SUBTOTAL: $0

1 TOTAL ENERGÍA: $52.520

Otros costos de producción y comercialización

2 TOTAL COSTOS: $0

Tan en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con las normas publicadas en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $103.883.

Informamos que de no realizar el pago de tus obligaciones Crédito Fácil CODENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO, estas entrarán en mora, ante lo cual se reflejará reporte negativo a las bases de información Financiera y sobre por ciento de cobranza de la mora supera 15 días y se realiza gestión de cobro.

Aseo

830048122 9

Número para cualquier consulta — Ciudad Limpia

Cuenta contrato: 70305764

Documento equivalente electrónico No.: 388741931-1

Periodo de facturación: 19.02.2026 a 18.03.2026

Aporte no residencial: 0%
Aporte residencial: 0%
Subsidio: 40%

Días liquidados: 30

Datos usuario

Volumen:	0.0000	Estrato:	2
Densidad:		FREC. Residencial:	3
% Participación:	0%	FREC. Barrido:	3

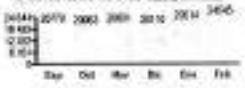
Tipo prodador: Residencial

Unidades	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	1	0
No Residenciales	0	0

Costos para tarifas

CONSUMO TOTAL	GRAN CANTIDAD SUBSISTENCIA	SUBSIDIO APROVECHAMIENTO
$30.621,73	$8.036,13	$101.200,97

Histórico de facturación



Toneladas por suscriptor

Barrido:	0.0021853 ft
Limpieza urbana:	0.0008852 t
Factores del aprovechamiento:	0.0000111 t
Efectivamente aprovechables:	0.0021965
Residuos no aprovechables:	0.83
Aforo no aprovechable:	0.00

Estado de cuenta

Concepto	Valor
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$36.626
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$ 14.650
ASEO - AJUSTE A LA DECENA USUA	$0
ASEO - RECONEXIÓN APROVECHA	$3.240

Mora 0 — $25.220

Mensajes de interés

INFORMATIVO DEUDA TOTAL: 25.220,00

Calidad del Servicio

Duración Interrupciones (Horas)		Frecuencia Interrupciones (Eventos)	
SAIDI: 11,27	Exigen: 11	FMSI: 13,00	GIT: 257,00
SAIFI: 1,00	NC: 0,00	FSI: 3,00	CF: 137,00000
SAIFA: 1,00	NC: 0,00	FSMI: 5,00	MC: 0,00
TMO: 0,00	DEC: 0,03	FVO: 0,00	MF: 1,00
			TM: 0,20

CD: 3870191 — PERIODO: 202601

Escanea para ver Consejos Seguros de Convivencia SAS NIT 900.906.613. Prestador Tecnológico: Consejo Tecnología y Servicios S.A.S. – Nombre del Sitio: CONVivamos – NIT 900.511.032

FECHA GENERACIÓN 20/03/2026 07:11:48 — FECHA EXPEDICIÓN 20/03/2026 16:17:09

Documento electrónico

Fecha límite de pago: 7722599-4 — Pago Oportuno: 07 ABR 2026 — Total a pagar: $77.740

(415)7702066105038803017722599438874193111(3900)000000077740

Use este código para pagos en canales presenciales

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: 97

900255003232665

NO. echo:

FECHA: 18.04.26

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA: | COMUNIDAD: X | CALLE:

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Atenea.

COLOR: Tabby blanco.

ESPECIE: CANINO___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO___ | RAZA: Mestizo | EDAD: SM. | PESO: 2,9 kg | RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI___ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI___ NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Mayerly Tatiana Suarez Ruiz

DIRECCION: cl 23A 110-13

TELEFONO: 3142079326

CEDULA: 1016049.186

CORREO ELECTRÓNICO: suarezztatiana0924@gmail.com.

BARRIO: versalles | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Tecnico.

TIPO DE VIVIENDA: CASA___ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud.

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

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

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

FELINOS:

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

4. 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: 738 l/m | F. RESPIRATORIA: 24 r/m | TEMPERATURA: 38,2°c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: rosadas.

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	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	0.12 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

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 antitodos, hallazgos 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:
Tatiana Suarez Ruiz	1016049186

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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



FECHA DE NACIMIENTO 24-SEP-1992
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.66 ESTATURA
AB+ G.S. RH
F SEXO
28-SEP-2010 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.016.049.186
SUAREZ RUIZ
APELLIDOS
MAYERLY TATIANA
NOMBRES
FIRMA

¡Hola!

ADORCINDA CEPEDA DE SUAREZ

CL 21A NO 91C 15
FONTIBON
BOGOTA D.C. - VERSALLES 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 18 MAR/2026
29 días

¿Estimaron tu consumo en base a la LECTURA DE TU MEDIDOR o CONSUMO

Tipo de Lectura: Real — Ruta Lectura: 1 / 15 210 0202 - Carga kW: 2.80 - Estrato: 3

Medidor número: [redacted] — Constante: [redacted]



En la compra que siempre quisiste.

OBTÉN ESTA EL MISMO DÍA O TU PRIMERA COMPRA*

*Aplica para compras de $ [redacted] en adelante. Vigencia hasta el [redacted]. Aplica para [redacted]. Consulta términos y condiciones en [redacted]

Compra en [redacted] cuotas sin interés

Entrega en [redacted] horas

Recibe [redacted] cuotas

Consulta [redacted] usuario

Escanea este QR para conocer el punto más cercano

Consejos para el uso eficiente de tu energía

Reemplaza tus bombillas LED. Disfruta de espacios iluminados y agradables y reduce ahorra energía todos los días.

Inscríbete a factura virtual

Regístrate en nuestra página web y recibe tu factura por correo electrónico.

Contáctanos | Puntos de atención Enel

319 490 8000
Opción 1 para Bogotá

Enel Colombia

Para Bogotá

Para otras ciudades

Para otras ciudades
www.enel.com.co/es/personas/radicaciones

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

Puntos Suba CRA 91 # 145 - 20
Lun a Sáb

Estafas a primera vista.

Si recibes un mensaje sospechoso por [redacted]

Mensajes de texto sospechosos

Descuentos en tu recibo

Consulta todos los canales oficiales en www.enel.com.co

No te dejes engañar

Siempre paga en [redacted]

¿Como pagar tu factura?

Medios virtuales de pago

- APP Bancolombia
- Débito electrónico
- Internet
- APP Enel Clientes Colombia
- Botón de pago online
- Débito automático
- Botón Bancolombia

Código QR para pagos por PSE

Almacenes de cadena

Billeteras virtuales

Nequi

Puntos físicos

RED CADE

Corresponsales bancarios

MOVIRED

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC- Número de Historia Clínica: 98

MICROCHIP: 900255003232563 Número de microchip

FECHA: 18/04/26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: LuLu Bernal | COLOR: Blanco-Negro

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: Mestizo | EDAD: 1A | PESO: 2,6 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Luz Mary Bernal Infante | DIRECCION: Dg 16B 108-25 | TELEFONO: 3226834151

CEDULA: 20.715.940 | CORREO ELECTRÓNICO: marybernal1709@gmail.com

BARRIO: El Carmen | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena Salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NP. | 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: 144 l/m | F. RESPIRATORIA: 30 r/m | TEMPERATURA: 38.1 °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	0.1 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

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 al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
Luz Mary Bernal	20715940

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 20.715.940
BERNAL INFANTE

APELLIDOS
LUZ MARY

NOMBRES

Luz Mary Bernal Infante

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-MAR-1978
LA VEGA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

19-JUN-1997 LA VEGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-0115860S-F-0020715940-20200909 0071705784A 1 9912995303

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTA

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

Alejandra Avendaño Garcia
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: S3 RUTA: S33806

BIMESTRAL

11007975	43497506618
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

¡Hola!

Factura a nombre de
CAJA VIVIEND MILITAR CAJA VIVI

Dirección del predio
DG 16B 108 25 IN 12 AP 502

Barrio: EL CARMEN Localidad: FONTIBON

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Datos de tu medidor

Marca KLOBYS CYBLE Tipo VELO15R180
Serie A155257339 Diámetro pulgadas ½

Pago oportuno ABR/24/2026 Suspensión ABR/29/2026

Fecha aproxima próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
JUN/19/2026	ABR/08/2026 04:56:16	ABR/08/2026 11:45:03

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

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

Llámanos 116 Acueducto

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

cadena

11956 101673 50210

Tu consumo en este período

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

JUL-SEP	SEP-NOV	NOV-ENE	ÚLTIMO CONSUMO
$96.124	$84.092	$82.662	

En este periodo consumiste más agua que en el anterior

Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

En este periodo
11.000

Promedio al día
183

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este periodo	1088	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	1057	Base promedio	
Tu consumo este periodo	31	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca	FLODYS CYBLE	Tipo	VELOCIMETRICO
Serie	A155257339	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 tus labores de aseo y el riego.

Tu cobro en este período

Acueducto		Alcantarillado		Otros cobros	
$50.914,97	+	$44.248,88	+	$106	
A		B		C D E F	

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

Escanea y paga virtual

Ingresos del período
Aseo EAAB-ESP (diferencia de DMA no reportado) actual

= **Total a pagar** $95.270

Código único de Documento Electrónico: 72dc5eba4e6c56002f0ed3436f35e8588445c8272c762f0f3c4cf754d2c10c7598efa2150348a7ae5066e0d0349d7b70

Estrato bimestre

	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-) %	Valor	Tarifa**	Total Reliquidado	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-) %	Valor	Tarifa**	Total Facturado
Cargo fijo acueducto	2,00	$9.705,62	-15	$3.088-	$3.705,62	$11.411,24	2,00	$4.852,62	-15	$1.543-	$4.852,62	$14.811,24
Consumo residencial básico (...)	11,00	$3.664,43	-15	$6.046-	$34.977	$34.203,73	11,00	$3.665,08	-15	$6.419-	$34.983,88	$33.564,80
Consumo residencial suntuario (...)												
Cargo fijo alcantarillado												
Consumo no residencial (m³)												
Subtotal				**$9.085-**		**$50.914,97**				**$7.962-**		**$48.376,04**

* Corresponde a consumos de hasta 18m³ en estratos 1 y 2 (12m³ 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 se encuentran incluidos en el consumo residencial básico y suntuario básico, cuando aplica.

	Tasa Uso (tarifa vigente)	Tasa Retributiva (tarifa vigente)
Tarifa consumo básico ($/m³)	$26,02	$73,15
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	1.205	$1.089

C Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajuste a la decena	$4-
Intereses de mora	$110
Subtotal	106

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 Botones

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios publicados

Red CADE Consulta corresponsales y horarios de atención en www.bogota.gov.co/mi-ciudad/cade

LUGARES DE PAGO: En todos los establecimientos de los siguientes bancos: Agrario, Davivienda, BBVA Bank, Occidente, AV Villas, Bogotá, Scotiabank Colpatria

Acueducto y Alcantarillado
Total a pagar
$95.270

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DE SERVICIO PÚBLICO No.

Antes de pagar, si usted dispone de saldo a favor, solicite su descuento en la factura.

11958

FONTIBÓN | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERELIZACIONES VETERINARIAS.CPS S33-2025

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZ... CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de historia clínica: 99

MICROCHIP: 900255003232988

FECHA: 18/04/26

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: LuLu | COLOR: Gris

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: Mestizo | EDAD: 6M | PESO: 3,0 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO Y | 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: Luz Esperanza Angulo Valencia | DIRECCION: Kr 112 A 20c 18 | TELEFONO: 3118642459

CEDULA: 1.087.123.015 | CORREO ELECTRÓNICO: Luzesperanzaangulo@gmail.com

BARRIO: Saturno. | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena Salud

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

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

FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa | LEUCEMIA: dd/mm/aaaa | RABIA: dd/mm/aaaa Feb/26

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: 142 l/m | F. RESPIRATORIA: 30 r/m | TEMPERATURA: 39,2°c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		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	0,2 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 Ovariohisterectomia/Orquiectomia (esterilización/castración), quien he 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

B. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento 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:
Loz Angulo	1087123015

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 DISPOSICIÓN 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 1.087.123.015
ANGULO VALENCIA
APELLIDOS
LUZ ESPERANZA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 11-FEB-1988
TUMACO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62 B+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
30-OCT-2006 TUMACO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

FACTURA EN LÍNEA



Escanea el código QR para leer este anuncio en tu celular y empezar a recibirlo por correo electrónico en vez de en el celular mes.



Mundo digital Vanti

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

Pagos PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Bancolombia · Nequi · dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

- Corresponsales Banco BBVA
- Corresponsales Su Red Efectiva Colpatria
- Corresponsales Grupo Aval
- Corresponsales Banco Davivienda
- Red CACH
- Red el CAN Santander
- Grandes Superficies: Metro, Jumbo, Éxito

*La expresión «no cheques» debe estar en el anverso y el reverso del Vanti S.A. ESP.

Eficiencia energética

Reducir nuestro consumo de energía se traduce en un ahorro para la economía familiar y contribuye a disminuir los efectos de gases de efecto invernadero, principales causantes 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 puntos para agendar tu cita

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMERCIALIZACIÓN S.A.S. NIT. 900888138-8

¡Hola!

NOHEMI CRISTANCHO
KR 112A 20C 18 0C - SATURNO
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5057196-284831

Lote: PGBCN Ruta: 0011020091500001200 Código del Sector: 325

Cuenta o referencia de pago 60952638

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

TECHO

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

Atención telefónica
Lunes a viernes 7a.m. a 6 p.m.
Sábados 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 315 419 4164

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

Recuerda que puedes elegir tu casa de preferencia para comercializar de acuerdo a la Ley 2381 de 2024.

C1

Factura de gas

Marzo 2026

Cuenta o referencia de pago: 60952638

vanti

Fechas importantes

1 — Pago oportuno: 27 Mar. 2026

2 — Fecha de suspensión: 28 Mar. 2026

3 — Periodo facturado: Feb. - Mar. 2026

4 — Emisión de tu factura: 13 Mar. 2026

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	1M3	2.566,69	0,00	38.498,85
FIJO	1 UN	4.230,00	0,00	4.230,00
AJUSTE DECENA	1 UN	1,15	0,00	1,15

1 — Total $42.730,00

Tus financiaciones

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

2 — Total $0,00

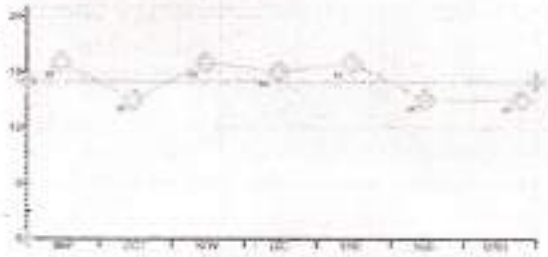
3 — Valor facturas vencidas: $0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3: $42.730,0

Paga por

Escanea el código Q

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial — Estrato/Cen.Tras — Días de consumo 30

Fecha	Lectura	Tipo
10 Feb. 2026	6014	REAL
11 Mar. 2026		REAL

m³ corregido= 6034 - f — Factor de corrección = 15

Tu próximo ... será: Entre 08 y el 13 de Abril

Novedad ... factura

... s de la fecha de pago oportuno, se cobrarán ... ago de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la ... nexión $82.580

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria: 30 Mar. 2030

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

Tarifa del mes de gas esta mes es de: $2567

Dic. $2571 Ene. $2544 Feb. $2351

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

Componentes tarifarios

Cmt: 1336.54 Tm: 59.15 Dm: 690.38 Dd: plazo ex... Jf: 68.87 Cuc: 8.3 Dufm: 3200.6 Cuvm: 3749.59 Cuv: 9.0 Epcm: 42.475 Dm: 0.0 Dmvm: 0.0 Vpm: Tu consumo en el mes fue inferior a 17 m³/d y el precio unitario del VAN es $/m³: 468

Factor de corrección

Vm: 30 Pb: 0.74737 Tf: 1.00608 Pf: 0.77128 Vc: 15 Tbc: 14.62 Tb: 15.00 Pc: 1.01028 Zu: 0.759 Pm: 0.980 Pf m: 1.0

Factor de corrección: 0.77128

Indicadores de calidad

IDAT: 100.0 CDU: 0.0 ID: 100.0 IPA: 100.0



(415)7709998020025(8020)60952638(3900)000000000042730

Por favor doble y rasgo para abrir 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: 100

900255003232707

NO: Sorteo

FECHA: 18.04.26

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Pepita | COLOR: Tabby

ESPECIE: CANINO___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO___ | RAZA: Mestizo | EDAD: 2A | PESO: 2,8 | 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: Zaida Rosa Redondo Arevalo | DIRECCION: Cl 23 123A 79 | TELEFONO: 3212392256

CEDULA: 23.730.256 | CORREO ELECTRÓNICO: 3212392256@sincorreo.com

BARRIO: Brisas Aldea | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Se encuentra lactando., buena salud.

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

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

FELINOS:

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS 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: 30 r/m | TEMPERATURA 38,3°c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosada

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		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.)	0.3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.12 ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomía/Orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_X_ RECHAZO___, para la realización del procedimiento 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 Ovariohistectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que, al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

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

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

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

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

En calidad de tenedor o responsable del 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:
* Zaida Rosa Redondo	* 23730256.

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

Se observan lesiones en piel multifocales.

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-OCT-1962**

MARIPI
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.48 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

28-MAR-1983 MARIPI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-1500150-01018483-F-0023730256-20180628 **0061**7474414A 1 1715019691

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **23.730.256**

REDONDO AREVALO

APELLIDOS

ZOILA ROSA

NOMBRES

Zoila Rosa Redondo

FIRMA



DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Natalia Avendaño Garcia
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: S3 RUTA: S33681

BIMESTRAL

11187845	41490045410
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
JAIME H POVEDA P

Dirección del predio
CL 23 123A 79

Barrio: BRISAS ALDEA Localidad: FONTIBON

Dirección de correspondencia

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

Datos de tu medidor
Marca FLODIS DE ACTARIS Tipo VELOCIST2
Serie A08543462 Diámetro pulgadas ¾

Período facturado ENE/18/2026 - MAR/18/2026

Pago oportuno ABR/24/2026

Suspensión ABR/29/2026

Fecha esperada próximo factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
JUN/19/2026	ABR/08/2026 06:56:34	ABR/08/2026 11:27:43

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 tu factura y realiza tu pago a través de internet.

cadena

Tu consumo en este período

En los 3 periodos anteriores tu promedio de consumo fue 63m³



En este periodo consumiste menos agua que en el anterior.

Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

En este periodo	Promedio al día
63.000	1.050

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este periodo	2282	Facturado con	Consumo promedio
Lectura anterior	2219	Base promedio	Histórico Mismo periodo
Tu consumo este periodo	63	Descargas fuente abierta	0
		Consumo retrazados	

Datos de tu medidor

Marca	FLODIS DE ACTARIS	Tipo	VELOCIDAD
Serie	A19S602033	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
$276.898,34	+	$281.601,84	+	$26.384-
A		B		C D E F

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

Escanea y paga virtual

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

Total ingresos del período

Lo que recibe la EAAB-ESP en el periodo actual

= **Total a pagar** $532.116

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 3c0b85ef1e056a886c67c9b9b5134b0cc6d113caa237291004815763cd5ae1355823a4425003d1489ea6395c2cf0023

Detalle de tu consumo este bimestre

	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial bimestral	1,00	$9.736,82	-40	$3.914-	$5.877,37	$5.877,37	1,00	$4.936,05	-40	$1.992-	$2.772,63	$2.784,05
Consumo residencial básico (m³)	22,00	$3.664,43	-40	$32.247-	$3.186,08	$48.370,48	22,00	$3.665,93	-40	$24.197-	$2.231,59	$31.294,86
Consumo residencial básico (m³)	9,50	$3.664,43	50	$3.664,43	$34.812,09	$34.812,09	9,50	$3.665,93		$0	$3.665,05	$36.040,81
Consumo residencial superior básico (m³)	9,50	$3.664,43	50	$3.664,43	$34.812,09	$34.812,09	1,00	$4.936,05	50	$2.328	$6.994,00	$6.994,05
Cargo fijo complementario	1,00	$2.795,02	50	$4.898	$14.092,43	$14.092,43	1,00	$4.936,05	50	$2.328	$6.994,00	$6.994,05
Consumo no residencial (m³)	31,50	$3.664,43	50	$57.719	$5.408,65	$173.544,68	31,50	$3.665,93	50	$51.324	$5.818,97	$183.617,37
Subtotal				$28.848		$276.898,34				$27.473		$281.601,84

* corresponde a consumos de hasta 20m³ mensuales (22m³ bimestrales). **(-) Aporte: ayuda para usuarios 3, 4, comercial e industrial. (-) Subsidio: ayuda para usuarios 1,2 o 3.
*** La tarifa se determina a partir del valor anterior del cargo fijo o del consumo. Si aplica un subsidio, se descuenta un %; si hay un aporte, se agrega un %.

Tasas ambientales

Estos valores ya están incluidos en el consumo residencial básico y superior a básico. Hay excepciones.

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m³)		
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)		
Total por consumo facturado	$1.007	$5.483

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

C Otros conceptos

Concepto	Valor
D-ben. mín. vital total	$26.384-
Subtotal	26.384-

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 o Bancolombia

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

Red EAAB. Consulta los puntos de pago más cercanos a tu lugar de residencia o trabajo en Bogotá, Soacha, Chía, Cajicá, Zipaquirá, La Calera, Sopó, Tocancipá, Gachancipá y Sesquilé.

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$532.116

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA ELECTRÓNICA PÚBLICA DOMICILIARIA
Solo cajero. Si ya dispusiste de otros efectivos, solicita el retiro en cajero, sobre los $100.000 c/u. (Esta página no podrá ser doblada en Bancos y Red CADE. Usarla de forma horizontal para evitar doblarla).

1886

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS. UNICO NIC REGISTRO 1-800100 XXXX ZIP

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES [illegible] 15

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de Historia Clínica: 101

MICROCHIP: 900255003232716 Número de microchip

FECHA: 18/04/26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD Y CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Linda

COLOR: blanco pardo

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Mestizo EDAD: 1A PESO: 2,8 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 X REGALADO ___ FERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria Omaira Cely Vargas

DIRECCION: Cl 16H N° 96A 50

TELEFONO: 3104862392

CEDULA: 52.491.845

CORREO ELECTRÓNICO: Kriano6432@gmail.com

BARRIO: Ciudad Fontibon

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: primaria

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: 15 dias 26

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

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

FELINOS:

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 142 l/m | F. RESPIRATORIA: 30 r/m | TEMPERATURA: 38,4 °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	0.1 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 (o los procedimientos) mencionados.

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: 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 varios 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 este 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:
Gloria Amaya Cely Vargas	52.441.845

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 52.491.845
CELY VARGAS
APELLIDOS
MARIA OMAIRA
NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 16-JUL-1973
BETEITIVA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

22-ABR-1995 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-1500100-00052013-F-0052013973-0009052 0013201720A 1 1210029358

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 9564[illegible]-0

enel | Bogotá

Para Legal y consultas tu número de cliente es **1908281-9**

No. Medidor: 1051341

¡Hola!

INMOBILIARIA LA SABANASA
CL 16 H NO 86 A - 50 BQ 1 AP 501
INT: APT501
BOGOTA D.C. - GUADUAL FONTIBON

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
29 días

Este mes tuvimos acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO presenta una variación. Encuentra las posibles causas y tips de consumo en www.enel.com.co

Tipo de Lectura: Real

Clase de servicio: Residencial

Tarifa: Básica

1 3 16 319 6610

Consejos para el uso eficiente de tu energía

Ilumina con tecnología LED. Retira de espacios brillantes y acogedores electrodos ahorra energía todos los días

Inscríbete a factura virtual

Regístrate en este código y recibe tu factura por correo electrónico

Contáctanos | Puntos de atención Enel

Línea Bate Acierto

Enel Colombia

@EnelColombiaCO

www.enel.com.co/es/personas/defensoria-del-cliente.html

Emergencias 115 | Operador Chat Gestiona las 24 horas

Registrate gratis para acceder a la página Web

App Enel Clientes Colombia

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

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

Oficina de cambio

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

Avenida Boyacá # 6 B - 20

Línea 110

Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

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

Repórtalo de forma anónima al 601 514 0000, opción 2 o a través de nuestra página web enel.com.co

Forma para 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 · claro · Red Digital RED CADE · Centro de servicio enel

Corresponsales bancarios

CONFECOOP · efécti · Red Multiservicios · Supergiros · Baloto · MOVIRED

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: 102

900255003232996

NO Fechip:

FECHA: 18.04.26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Mia

COLOR: Tabby

ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO___ RAZA: Mestizo EDAD: 18M PESO: 2,8 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 X CERRO DE CUADRA___ OTRO

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Gillan Paola Gil Tejas

DIRECCION: CL 22J 109B 45

TELEFONO: 3134892413.

CEDULA: 1.016.075.262

CORREO ELECTRÓNICO: Pheimoza_17@hotmail.com.

BARRIO: Versalles ESTRATO: 3 LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller.

TIPO DE VIVIENDA: CASA___ APTO___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud.

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

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno.

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 140 l/m F. RESPIRATORIA: 28 r/m TEMPERATURA: 38,2 °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.)	03 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	012 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 libra y voluntaria su ACEPTACION_X RECHAZO___, para la realización del procedimiento sin existencias previas de duda.

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, indicación de antibióticos, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

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

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

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

En calidad de tenedor o responsable del 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:
Gilan C.	1016075262.

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

Mascota con diarrea, propietario no sabia que toda afección intestinal.

Nombre del responsable/Tutor: Gilan Paola Cruz. Nro. Identificación: 1016075262 FIRMA: Gilan C.

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.016.075.262**

CRUZ ROJAS

APELLIDOS

GILIAN PAOLA

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **06-ABR-1995**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

11-ABR-2013 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNÁN PENAGOS GIRALDO

ÍNDICE DERECHO

A-1500150-01510525-F-1016075262-20250904 0145482647A 2 8514988731

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: S33690

BIMESTRAL

11727782
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

12524836116
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

¡Hola!

Factura a nombre de
MARIA LUZORA OLARTE

Dirección del predio
CL 22J 109B 45 IN 2 AP 1

Barrio: VERSALLES Localidad: FONTIBON

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Datos de tu medidor

Marca BENCHTA Tipo VELOCIMC
Serie 08059805746S Diámetro pulgadas ½

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

Pago oportuno ABR/24/2026 Suspensión ABR/29/2026

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
JUN/19/2026	ABR/08/2026 08:57:59	ABR/08/2026 11:50:34

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

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

Llámanos 116 Acueducto

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

cadena.

7566 93889 46350

Tu consumo en este período

En los 3 periodos anteriores tu promedio de consumo fue 22m³



En este periodo consumiste más agua que en el anterior

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

En este período 27.000

Promedio al día 450

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período	1919	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	1892	Base promedio	
Tu consumo este período	27	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca	IBERCONTA	Tipo	VELOCIMC
Serie	00015806574455	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
$103.498,85	+	$100.012,56	+	$38.258
A		B		C D E F

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

Escanea y paga virtual

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

Total ingresos del período = **Total a pagar** $241.771

Ingresos que la EAAB-ESP reporta a la CRA en el período actual

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 07fed6f23a6e30af71ba260650de1030966349f3f2f03d222a0f5f776d93e0dd36e3abc3661506b3e3ea4a1430a5f1f824

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS NRO. UNICO DE REGISTRO 1-1000000-10 EAB-ESP

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		$3.755,82	-15		$2.939-	$8.326,28		$16.652,24
Consumo residencial básico (m³)	22,00		$3.664,43	-15		$12.003-	$3.114,77		$68.524,46
Consumo residencial superior básico (m³)	5,00		$3.664,43			$0	$3.664,43		$18.322,15
Cargo fijo no residencial (mes)	-								
Consumo no residencial (m³)	-								
Subtotal						$15.032-			$103.498,85

B Alcantarillado

	Cant.	×	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	=	Valor	Tarifa***	=	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00		$4.656,05	-15		$1.397-	$3.957,64		$7.915,10
Consumo residencial básico (m³)	22,00		$3.885,98	-15		$12.824-	$3.369,08		$72.662,54
Consumo residencial superior básico (m³)	5,00		$3.885,98			$0	$3.885,98		$19.429,90
Cargo fijo no residencial (mes)	-								
Consumo no residencial (m³)	-								
Subtotal						$14.221-			$100.012,56

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

Tasas ambientales

Estos valores ya están incluidos en el consumo residencial básico y superior a básico. $ 19.914 de 1998

	Tasa tipo (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m³)	$26,82	$91,15
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$590	$2.005

C Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajuste a la decena	$3-
R-fac. 03300201 recaudo a	$25.520
Intereses financiación	$12.741
Subtotal	38.259

D Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	

E Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

F Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

Deudas en estudio

Concepto	Valor
Subtotal	

Pagos por la página web, app y billeteras

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

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

LA EAAB-ESP sólo tiene convenios con los siguientes bancos: Popular, Davivienda, BAN bank, Occidente, AV Villas, Bogotá, Santander y Citi.

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$241.771

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.
Señor cajero: Si en el bimestre pendiente de pago aún no se ha cobrado el saneamiento básico, recibir solo Acueducto. (Este pago solo podrá efectuarse en Bancos y Red CADE, no podrá efectuarse en el corresponsal bancario).



FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZ... CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA
HC - Número de historia clínica: 103

MICROCHIP: 900255003232040

FECHA: 18/04/26

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: TOMOMY

COLOR: Blanco - Negro

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: Mestizo | EDAD: 4 M | PESO: 1,5 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 ___ COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO X PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Laura Marcela Guzman Gomez

DIRECCION: Kr 112 22K 14

TELEFONO: 3044672070

CEDULA: 1.007.157.612

CORREO ELECTRÓNICO: lauram.guzmang2@gmail.com

BARRIO: Versalles | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: Universitaria NS/NR: ___

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

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

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: 132 l/m | F. RESPIRATORIA: 28 r/m | TEMPERATURA: 38.4 °C | TLLC: 2 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		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.)	0.2 ml	30,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.08 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ___

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

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 secas y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

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

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

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

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

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

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
	1007157612

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 **1.007.157.612**

GUZMAN GOMEZ

APELLIDOS

LAURA MARCELA

NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-DIC-2001**

SOACHA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

10-ENE-2020 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01125691-F-1007157612-20200114 0069539432A 1 8500192514

SOLICITA TU
FACTURA EN LÍNEA
Y PÁGALA A TRAVÉS DE:



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

Dile adiós al papel y empieza a recibir tu factura Vanti en tu correo.

Inscríbete aquí



SOLICITA TU
FACTURA EN LÍNEA
Y PÁGALA A TRAVÉS DE:

Tan fácil como:

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otros enticlades

Redeban Baloto Bancolombia BBVA Bancolombia Banco Popular BANCO PICHINCHA Banco Caja Social Nequi Davivienda Citibank Banco Agrario Colpatria Banco de Occidente Banco Falabella Banco GNB Sudameris Banco Finandina Banco Serfinanza Banco Pichincha Banco Av Villas Banco Bogotá Banco de Bogotá Banco Popular Banco Itaú Banco Caja Social Banco Agrario Bancoomeva Banco W Nequi Daviplata Dale

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático

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

Puntos Presenciales

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

*Si cancelas con cheque, 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.

DISEÑO SOLUCIONES EN COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 900291 013-9

NEGRADO CONSUMO - 211 VANTI SA ESP NATURAL E S
P
VALOR DEL RECAUDO: $ 74 170

¡Hola!

MARTA ANA ELVIA HERNANDEZ
KR 112 22K 14 00001 - VERSALLES
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 00000513719030212

Lote: P13GN Ruta: 001102019090800051000 Código del Sector: 328

Cuenta o referencia de pago **61210606**

vanti

Compra

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: $ 5.300.000

vanti



Participa y gana uno de los 50 BONOS DE $1.000.000 por compras iguales o superiores a hacienda uso de tu cupo Vanti Listo en tiendas aliadas.

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

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

Línea gratuita 01 8000 942 794
Bogotá (601) 307 8121
Bucaramanga (607) 680 4755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4154

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

Recuerda que puedes ejercer tu derecho de petición, queja, reclamo o solicitud de información a través de nuestros canales de atención

Diciembre 2025

Cuenta de referencia de pago: 61210606

Fechas importantes

1 — Tope oportuno: 07 Ene. 2026

2 — Fecha de suspensión: 20 Ene. 2026

3 — Periodo facturado: Nov. - Dic. 2025

4 — Próx. lect.: 2 Dic. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad	Valor unitario	IVA	Subtotal
CONSUMO GAS	SEMO	2.570,50	0,00	61.692,0
FIJO	MES	4.102,00	0,00	4.102,0
AJUSTE DECENA	MES	0,00	0,00	0,0
Vanti Mes Gas 2	MES	11.254,12	2.193,88	13.448,0

1 – Total $74.170,0

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota N°	Capital	Intereses	Subtotal

2 – Total $0,0

3 – Valor facturas vencidas: **$0,00**

Total a pagar 1 + 2 + 3: **$74.170,0**

Pago por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos

Datos de medición

Tipo de lectura: Especial

Estrato: Cat. Tres

Días de consumo: 29

Fecha	Lectura	Tipo
18 Nov. 2025	5910	REAL
16 Dic. 2025	5939	REAL

Consumo: 5939 - 5910 * Factor de corrección = 22

Tu próxima factura será: Entre el 14 y el 19 de Enero

No olvides de tu factura

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión: $71.000

Revisión Periódico Obligatorio

Vencimiento Revisión Periódico Obligatorio: **31 May. 2027**

Agenda un tu RPO aquí

Tarifas

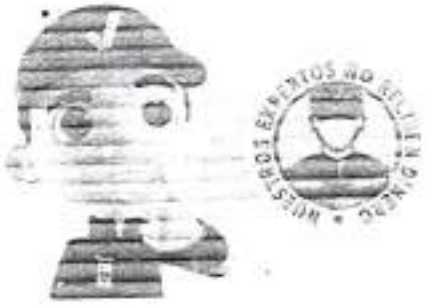
El costo de tu gas este mes es de: $2571

Sep. $2719 Oct. $2749 Nov. $2742

Componentes tarifarios

Factor de corrección

Indicadores de calidad



(415)7703000029025(8020)61210606(3900)0000000074170

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 ESTERILIZACIÓN CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de historia clínica: 104

MICROCHIP: S 900255003232731 Número de microchip

FECHA: 18/04/26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: CLEO

COLOR: Calicó

ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO___ RAZA: Mestizo EDAD: 9M PESO: 3,0 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 X REGALADO___ PERRO DE CUADRA___ OTRO___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Robert Andres Sandoval

DIRECCION: Kr 107 22j 70

TELEFONO: 3212870792

CEDULA: 1.026.008.545

CORREO ELECTRÓNICO: Sandovalandres785@gmail.com

BARRIO: La cabaña

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA___ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

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

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: Enero 126

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 144 l/m F. RESPIRATORIA: 32 r/m TEMPERATURA 38,3 °c TLLC 2 seg MUCOSAS: Rosada S.

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.	30,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.12 ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	EILEEN NATHALY BEDOYA Medico Veterinaria T.P 27701	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	ADRIANA AROLA 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, colocación de antipulgas, baños con agua y otras sustancias que irriten o contaminen la zona, durante los 5 días posteriores a la implantación.

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

Además, soy consciente y ACEPTO __X___ o RECHAZO_____ **la declinación de la** realización de **exámenes prequirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y he entendido todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual 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:
Robert Sandoval	1026008543

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 1.016.008.545

SANDOVAL CASTIBLANCO
APELLIDOS

ROBERT ANDRES
NOMBRES

Robert Sandoval
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 04-MAR-1988
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.85
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

05-ABR-2006 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO





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 inestables.
- Cualquier otra actividad irregular que observes en la red de acueducto y alcantarillado.

BOGOTÁ

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

ESTÁS INSCRITO EN **FACTURA VIRTUAL**

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Responsabilidades frente del impuesto: Gran contribuyente; Autoretenedor

LUA6
Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: 03 RUTA: 033330

SEVESTRAL

11026503	10470150318
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
VICTOR RUBEN ROMERO

Dirección del predio
KR 107 22J 70 PI 2

Barrio: LA CABAÑA 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: BERCONTA Tipo: VELOCIDAD
Serie: 10106633 Diámetro pulgadas: ½

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

Pago oportuno ABR/20/2026

Suspensión ABR/23/2026

Fecha aproximada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
JUN/11/2026	ABR/06/2026 07:09:14	ABR/06/2026 11:44:19

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

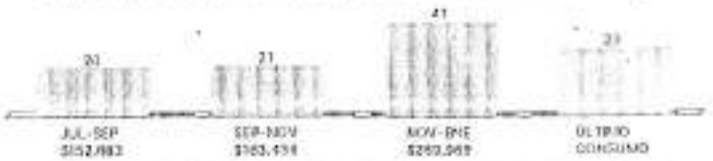
Entra a www.acueducto.com.co haz clic en Servicios al Ciudadano y obtén información de los puntos de atención, copia de la factura y realiza tu pago a través de Internet.

cadena...

8852 20195 9974

Tu consumo en este período

En los 3 períodos anteriores tu promedio de consumo fue: 27 m³



En este período consumiste menos agua que en el anterior.

Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

En este período	Promedio al día
29.000	492

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período	8231	Facturado con	Consumo normal
Lectura anterior	8231	Base promedio	
Tu consumo este período	31	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca	HIDROMETA	Tipo	VELOCIMETRICO
Serie	10120835	Diámetro pulgadas	¾

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
$106.980,71		$103.704,52		$1
A		B		C D E F

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

Total ingresos del período

Ingresos para EAAB-ESP recibidos a la DIAN en el período de la factura

= **Total a pagar** $210.690

Escanea y paga virtual

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

CUFE (Código Única de Documento Electrónico): 0a6a8007ccc8f3aad155571c4ccd1082186a61a5d8e1a5d8377 (Encrypted/Xml/Base64/Sha384/Hex)

Detalle de tu consumo este bimestre

A Acueducto

	Cant.	x Valor unitario	x	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	= Valor	Tarifa***	= Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$3.715,62		-15	$1.115-	$6.320,36	$10.052,24
Consumo residencial básico (m³)	29,00	$3.664,43		-15	$15.594-	$91.114,77	$196.308,47
Consumo residencial superior básico (m³)							
Cargo fijo no residencial (mes)							
Consumo no residencial (m³)							
Subtotal					$16.879-		$106.980,71

B Alcantarillado

	Cant.	x Valor unitario	x	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	= Valor	Tarifa***	= Total (Tarifa x Cant.)
	2,00	$4.608,00		-15	$1.382-	$3.867,84	$7.915,70
	29,00	$3.865,98		-15	$16.904-	$3.203,78	$95.789,43
Subtotal					$18.286-		$103.704,52

*Corresponde a consumos de hasta 15m³ 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 antiguo del cargo fijo y del consumo. Si aplica un subsidio, se descuenta un 5%; si hay un aporte, se agregan 5%.

Tasas ambientales

Estos valores ya están incluidos en el consumo residencial básico y no básico (Cargo fijo y consumo básico).

	Tasa Bruta (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m³)	$3.664,43	$91,15
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$3.664,43	$91,15

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

C Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajuste a la decena	$1
Subtotal	$1

D Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	

E Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

F Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

Deudas en estudio

Concepto	Valor
Subtotal	

Pagos por la página web, app y billeteras

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

Red CADE. Consulta direcciones y horarios de atención en: www.epm.com.co/atencionalcliente

La EAAB-ESP tiene convenios con los siguientes bancos: Popular, Comercia, Occidente, AV Villas, Bogotá, Bancamía y Caja Social

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$210.690

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.

Si llegaste a este punto sin haber pagado tu factura, ¡no te preocupes! Puedes hacerlo en cualquiera de nuestros canales de atención. Recuerda que en la factura encontrarás todos los detalles de tu consumo y los cargos asociados. Si tienes alguna duda, nuestro equipo está listo para ayudarte. ¡Gracias por ser parte de nuestra comunidad!

8952

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS

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: 105

MICROCHIP: 900255003232735

FECHA: 18/04/26

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: 6164

COLOR: Calicó

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO | RAZA: Mestizo | EDAD: 9M | PESO: 2,4 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Lesly Marcela Osorio Barbosa

DIRECCION: CL 23D N° 109-35

TELEFONO: 3112505474

CEDULA: 1.016.009.278

CORREO ELECTRÓNICO: maxduwv2gmail.com

BARRIO: Versalles Fontibon | ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR: ___

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: 2 semanas 26

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

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

FELINOS:

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno.

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 144 l/m | F. RESPIRATORIA: 30 r/m | TEMPERATURA: 38.7°c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		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.)	0.2 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.08 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

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 pueda generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños varios y otras sustancias que toquen 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: 1026907298

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:

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.016.007.278



Apellidos
OSORIO BARBOSA

Nombres
LESLY MARCELA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.54

Sexo
F

Fecha de nacimiento
09 DIC 2005

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
24 ENE 2024, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expiración
14 NOV 2034

.CO

059017020

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL059017020015001<<<<<<<<<<<
0512099F3411148COL1016007278<7
OSORIO<BARBOSA<<LESLY<MARCELA<

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 3650 2694-6

0413390-2

42938

¡Hola!

ANA H DE LEYVA
CL 23D NO 109 35
FONTIBON
BOGOTA, D.C. - VERSALLES FONTIBON

Fecha de suspensión
05 MAR 2026

Periodo facturado
Del 20 ENE 2026
al 17 FEB 2026

1 315 336 5648

Tipo de Lectura: Real Ruta Lectura: 1 315 316 0338 Carga kW: 5,20 Estrato: 3

Clase de servicio: Residencial | Suscriptor Básico

51979

Más cerca, más amigable. Así es tu nueva factura.

Diseñamos para que hagas más y experimentes aún mejor.

Información organizada y más entendible.

Ofertas, productos, beneficios y servicios para tu comodidad.

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 61 4 0000 opción 2 o a través de nuestra página web enel.com.co



Cómo pagar tu factura

Medios virtuales de pago

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

Código QR para pagar por PSE

Almacenes de cadena

Billetera virtual

Nequi MOVII dale tpaga

Red distrital RED CADE

Centros de servicio enel

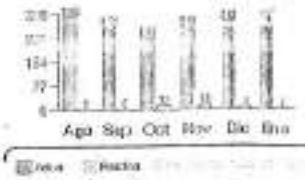
Con corresponsales bancarios

Efecty MOVILRED

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

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

Avenida Boyacá # 68B - 20
Línea 116


Ago Sep Oct Nov Dic Ene Feb











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: 106 (Número de historia clínica) | MICROCHIP: SI 900255003232028 | FECHA: 18/09/26

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: PRINCESA. | COLOR: Blanco - Negro.

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: Mestizo | EDAD: 1 A | PESO: 2,3 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Laura Alejandra Campos Perdomo | DIRECCION: Kr 109 23c 30 01 | TELEFONO: 3135527651

CEDULA: 1.023.974.428. | CORREO ELECTRÓNICO: laura alejandra campos perdomo 1 @gmail.com

BARRIO: Versalles | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Tutor reporta que fue rescatada hace 2 días, Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NF | 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: 148 l/m | F. RESPIRATORIA: 32 r/m | TEMPERATURA: 38.1 °C | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		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.)	0,2 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,08 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños, cremas 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:
Laura Alejandra Campos Pacheco	1023934428

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 CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



NUIP 1.023.974.428

Apellidos
CAMPOS PERDOMO

Nombres
LAURA ALEJANDRA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.67	F

Fecha de nacimiento
04 ENE 1999

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
02 FEB 2017, BOGOTA D.C.

Firma
Alaura Campos

Fecha de expiración
08 FEB 2033

.CO

014355901

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL014355901215001<<<<<<<<<<<
9901041F3302082COL1023974428<9
CAMPOS<PERDOMO<<LAURA<ALEJANDR

FACTURA EN LÍNEA

Descarga el código QR, ubícalo 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 gas o varios cuentas contrato en una sola transacción

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Davivienda · BBVA · Bancolombia · Nequi · dale!

*Para lo 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 Superfinec
Mercy, Jumbo, Éxito

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

Eficiencia energética

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

Línea telefónica sola para emergencias
Atención todos los días las 24 horas
Fijo - Movil: 164 o 01 8000 919 012
01 8000 161 164

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

¡Hola!

GINNA PATRICIA JUNCO
KR 109 23C 30 01 00002 - VERSALLES
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5007112-789585

Lote: P13GN Ruta: 0011020194220005100 Código del Sector: 326

Cuenta o referencia de pago 62210184

vanti Listo

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:



vanti Listo

Continúa construyendo la casa que soñaste

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

hasta de $20.000.000

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

TECHO · alfa

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 943 794
Bogotá (601) 307 8121
Bucaramanga (607) 685 4755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

La información contenida en esta factura es de propiedad exclusiva de Vanti S.A. ESP. Queda prohibida su reproducción, distribución, comunicación pública, transformación o cualquier otro uso sin autorización previa y expresa de Vanti S.A. ESP. Para más información sobre el tratamiento de datos personales consulta nuestra política de privacidad en www.grupovanti.com

0011020194220005100 P13GN 14767

to 2026

62210184

vanti

Fechas importantes

1 — 2 — 3 — 4

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

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad [A]	Valor unitario [B]	IVA [C]	Subtotal D=[A*] B+C
CONSUMO GAS	38M3	2.566,59	0,00	97.530,42
FIJO	1UN	4.230,00	0,00	4.230,00
AJUSTE DECENA	1UN	-2,64	0,00	-2,64
RECAUDO TERCEROS Seguro Vida Deudo	0	3.856,00	0,00	3.856,00
INTERESES FINANCIAMIENTO - NO GRA	1UN	22.791,22	0,00	22.791,22
Vanti Max Antigua	1UN	13.154,87	2.505,13	15.660,00

1 – Total $144.135,00

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota N°	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A+B
1.8718 % Tecnología Vanti	4/13	39.358,29	6.019,64	45.377,93
1.8718 % Exito Electrodomésticos	4/14	65.276,71	14.771,58	80.048,29

2 – Total $104.630,00

3 – Valor facturas vencidas $0,00

Total a pagar 1 + 2 – 3 $248.770,0

Pago por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Jul. 2029

Agenda en tu PSO aquí

Tarifas

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

Datos de medición

Residencial Estrato/Sec.Tras Días de consumo 29

Fecha	Lectura	Tipo
18 Feb. 2026	9736	REAL
19 Mar. 2026	9785	REAL

Consumo liquidado: 9785 - 9736 * Factor de corrección = 38

Componentes tarifarios

Factor de conversión

Indicadores de calidad

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 $42.570



(415)7709998026035(8020)62210184(3900)000000000(96)20260331

ALCALDÍA 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: 107 | MICROCHIP: 900255003232710 | FECHA: 18/09/26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Milu | COLOR: Tabby

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: Mestizo | EDAD: 1A | PESO: 3,8 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Darlyn Hernandez Pardo | DIRECCION: CL 19 N° 106-22 | TELEFONO: 3232368199

CEDULA: 1.012.403.146 | CORREO ELECTRÓNICO: Hdarly880@gmail.com

BARRIO: Bella Fontibon | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: 10 dias 26 | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: Feb/26 | ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

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

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

FELINOS:

TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa Dic/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: 148 l/m | F. RESPIRATORIA: 26 r/m | TEMPERATURA: 37,8 °C | TLLC: 2 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		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	0,76 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ___

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	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 puedan 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 maquillaje, bolas sebo 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:
Dalyn Hernández Pardo	1012403146 Bta

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

Nombre del responsable/Tenedor: CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.012.403.146
HERNANDEZ PARDO
APELLIDOS
DARLYN
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 28-AGO-1993
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

27-SEP-2011 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL



enel Bogotá

3022278-1

CARLOS EDUARDO WILCHES NAVARRETE

Vete de vacaciones sin preocupaciones.

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

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

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CALIDAD DEL SERVICIO

CONTÁCTANOS

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

PUNTOS DE ATENCIÓN ALEO

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de Historia Clínica: 108

MICROCHIP: 900255003232711

FECHA: 18/04/26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Lucy

COLOR: Negro

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Mestizo EDAD: 2A PESO: 3,4 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Darly N Hernandez Pardo

DIRECCION: CL 19 N° 106 - 22

TELEFONO: 3232368144

CEDULA: 1.012.403.196

CORREO ELECTRÓNICO: Hdarly8802@gmail.com

BARRIO: Bella Fontibon ESTRATO: 3 LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Tecnologa

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa NR.

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa Feb 126.

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

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

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

FELINOS:

TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa Dic /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: 134 l/m F. RESPIRATORIA: 32 r/m TEMPERATURA: 38,3 °c TLLC 2 seg MUCOSAS: Rosadas.

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		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	0.12 ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ___

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomía/Orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO ___ para la realización del procedimiento y sus anexos 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 antipulgas, baños, cremas 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 pueden 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:
Dadyn Hernández P.	1012403146 Bta

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.012.403.146

HERNANDEZ PARDO

APELLIDOS

DARLYN

NOMBRES


FECHA DE NACIMIENTO 28-AGO-1993

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 A+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

27-SEP-2011 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO



enel Bogotá

3022278-1

CARLOS EDUARDO WILCHES NAVARRETE

Vete de vacaciones sin preocupaciones.

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

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

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

COMPRUEBANOS

PUNTOS DE ATENCIÓN ABEO

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: 109

900255003232580

NO Microchip

FECHA: 18.04.26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X, CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Pelusa COLOR: Tabby Amarillo

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA X, MACHO ___ RAZA Persa EDAD 1A PESO: 2,8 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO 9.

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: Mary luz Rodriguez Ballen. DIRECCION: Cl 19a 120-9. TELEFONO 3226893412.

CEDULA: 20.905 631 CORREO ELECTRONICO: marluz.rodriguez@outlook.com

BARRIO: Jerico. ESTRATO: 3 LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena Salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa 5Mar 2025

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa 10 ene 2026

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

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

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

FELINOS:

TRIPLE FEUNA: 01/26 LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/01/26

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: 142 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	0.3 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	0.2 ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ___

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

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, solución de antimicos, 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:
Angie Rodriguez	CC, 20905631

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC:	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **20.905.631**
RODRIGUEZ BALLEN

APELLIDOS
MARYLUZ

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **11-JUL-1976**
SAN JUAN DE RIOSECO
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

26-MAY-1995 SAN JUAN DE RIOSECO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00356676 F-0020905631-20120120 0028973051A 1 1511682002

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/

PSE
Botón PSE

Bancolombia
Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Baloto · Bancolombia · BBVA · Banco Agrario · Banco AV Villas · Banco Caja Social · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Popular · Davivienda · Davivienda Corp · Nequi · dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies
Metro, Jumbo, Éxito

*Si cancela con cheque, este debe ser de gerencia y el 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 puntos para agendar tu cita

¡Hola!

INVERSIONES ALCABAMA S.A.
CL 19A 120 9 T03 00402 - JERICO
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 0095202400000021344

Lote: P05GN **Ruta:** 0011940033034005020 **Código del Sector:** 328

Cuenta o referencia de pago **64313509**

vanti Listo

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:



vanti Listo

Compra todo lo que quieras en nuestras tiendas aliadas.

$8 MILLONES

Celulares, electrodomésticos, televisores y productos para tu hogar.

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

K TRONIX

Publicidad vigente hasta el 31 de enero de 2024. Sujeto a cupo aprobado por Vanti S.A. E.S.P. Vanti Listo se reserva el derecho de modificar o cancelar esta campaña en cualquier momento sin previo aviso. Aplica condiciones de términos y condiciones en grupovanti.com/vantilisto

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 [illegible]94
Bogotá (601) 307 4111
Bucaramanga (607) 635 6464

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

Recuerda que puedes revisar tu consumo histórico para comparaciones de acuerdo a la Ley 2300 de 2023.

ESPACIAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 805.018.812-8 1160218042023 VANTI

C1 73016

Factura de gas

Febrero 2026

Cuenta o referencia de pago **64313509**

NIT: 800.007.513-2
Vanti S.A. ESP
www.grupovanti.com

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1	2	3	4
Paga oportuno	Fecha de suspensión	Periodo facturado	Emisión de tu factura
23 Feb. 2026	24 Feb. 2026	Ene. - Feb. 2026	10 Feb. 2026

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
FIJO	1 UN	4.186,00	0,00	4.186,00
AJUSTE DECENA	1 UN	4,00	0,00	4,00

1 — Total **$4.190,00**

Tus financiaciones

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

2 — Total **$0,00**

3 — Valor facturas vencidas **$0,00**

Total a pagar 1 + 2 + 3 **$4.190,0**

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial Estrato/Cat. Tres Días de consumo 31

Fecha	Lectura	Tipo
07 Ene. 2026	0	REAL
06 Feb. 2026	0	REAL

m³ corregido= 0 - 0 * Factor de corrección = 0

Tu próxima lectura será

Entre 03 y el 08 de Marzo

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 Abr. 2030

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

Estrato 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

CMe 1183,37	Te: 555,61	Dm: 895,69	Dm: 2821,61
Cv: 84,61	Cvm: 0,0	CdVm: 4186,5	CdVm: 2564,61
Cvm: 0,0	Pgvm: 42,458	DAVm: 0,0	DAVm: 0,0

Mgm³ Tu consumo en m³ de gas equivalente a kWh y el precio unitario del kWh es de $0,0

Factor de corrección

Vm: 0	Fz: 0,76125	Fb: 1,00648	Fb: 0,77125
Tm: 0	Tm: 13,7	Tz: 15,56	Pz: 1,021805
Fc: 0,757	Pm: 0,829	Z pz: 1,0	

Factor de corrección: 0,77125

Indicadores de calidad

IRST 100,0 DES 0,0 ID 100,0 Pc 100,0





(415)7709998025025(8020)64313509(3900)000000000419O

Esta factura fue impresa por Operaciones Especiales de Impresión S.A.S. con NIT 830.113.831-0 en papel Bond de 75 g/m² con tinta libre de metales pesados. Línea gratuita de atención 018000 111 446 y en Bogotá 601 744 1446. Horario de atención de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m. Línea gratuita de atención 018000 111 446 y en Bogotá 601 744 1446. Horario de atención de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.

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

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

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

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

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

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN

BOGOTÁ

Yo Carolina Rodriguez, identificado con cédula de ciudadanía número 20905631 de Fontibón autorizo el procedimiento de anestesia y esterilización de mi paciente canino ( ) felino (X) de Nombre Yoko Raza Pitbull Edad 1 año.

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

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

NOMBRE TUTOR RESPONSABLE: Carolina Rodriguez

CEDULA: 20905631

FIRMA:

FECHA: 18 09 2020 JORNADA Santa Cristo