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: 01 | MICROCHIP: 900255003230322 | FECHA: 20/05/26

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA X | COMUNIDAD | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Luna | COLOR: Beige - Blanco - Negro

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: Mestizo | EDAD: 5M | PESO: 8,5 KG | FAJA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Mercedes Lizarazo Rios | DIRECCION: calle 25 G # 101B-70 | TELEFONO: 3124606233

CEDULA: 39.756.943 | CORREO ELECTRÓNICO: Mechi.lz2013@gmail.com

BARRIO: San Jose 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: Pf | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: Pf

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: 140 l/m | F. RESPIRATORIA: 32 r/m | TEMPERATURA: 38.7 °C | TLLC 2 seg | MUCOSAS: rosado

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.9 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.9 ml	5-7mg/kg IV
		/ ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.9 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.36 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y 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	RAFAEL ENRIQUE PERILLA A. MÉDICO VETERINARIO T.P. 16122	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	DIANA FLÓREZ CASTAÑEDA MÉDICA VETERINARIA T.P. 31994	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 edema 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:
Oscar Alejandro Zarazo	39756923.

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
39.756.943
LIZARAZO RIOS
MERCEDES


FECHA DE NACIMIENTO 08-DIC-1969
SUSACON
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
07-JUL-1989 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - número de historia clínica: 02

900255003230474 NO microchip

FECHA: 20-05-26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA X COMUNIDAD CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Niña. COLOR: Negro fuego

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA Mestizo EDAD 7M. PESO: 8,6 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 ___ MIXTO X OTRO ___

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ingrid Carolina Martinez Camacho DIRECCION: Cl 22j # 114A 46 TELEFONO 3133614446

CEDULA: 1015999812. CORREO ELECTRONICO: tachetesama6@gmail.com.

BARRIO: atahualpa. ESTRATO: 0 LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena Salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa NE

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa NE

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: 38,7°c TLLC 2seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,9 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,9 ml.	5-7mg/kg IV
		ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,9 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,36ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	RAFAEL ENRIQUE PERILLA A. MÉDICO VETERINARIO T.P. 16122	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	DIANA FLÓREZ CASTAÑEDA MÉDICA VETERINARIA T.P. 31994	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 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 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:
	1015999817

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.015.999.612
MARTINEZ CAMACHO
APELLIDOS
INGRID CAROLINA
NOMBRES
Ingrid Martinez



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) 03 | 900255003230828 | NO | FECHA: 20.05.26.

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA X | COMUNIDAD | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Gorda. | COLOR: Cafe

ESPECIE: CANINO X FELINO | SEXO: HEMBRA X MACHO | RAZA: Mestizo | EDAD: 5A | PESO: 29,3 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ingrid Carolina Martinez Camacho | DIRECCION: Cl. 22j # 114A 46 | TELEFONO: 3133614446

CEDULA: 1015999812 | CORREO ELECTRÓNICO: tachetesamaf@gmail.com

BARRIO: atahualpa. | ESTRATO: 0 | LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller | 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: 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: Ninguna

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: 28 r/m | TEMPERATURA: 32 °c | TLLC 3Seg | MUCOSAS: 2

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	2.9 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	2.9 ml.	5-7mg/kg IV
		ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	2.9 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	1.16 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/Orquiactomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO ____, para la realización del procedimiento y estudios preoperatorios.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	EILEEN NATHALY BEDOYA Medico Veterinaria T.P 27701	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	DIANA FLÓREZ CASTAÑEDA MÉDICA VETERINARIA T.P. 31994	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 precentar. 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:
	1015999812

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.015.999.812
MARTINEZ CAMACHO
APELLIDOS
INGRID CAROLINA
NOMBRES

Ingrid Martinez.
FIRMA



INDICE DERECHO

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

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-01047175-F-1015999812-20101126 0093893570A 1 9504451750

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: 04 (Número de Historia clínica) | 900255003230839 | NO: (Microchip) | FECHA: 20-05-2026

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD: | CALLE:

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Gamora. | COLOR: Negro

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: Mestizo | EDAD: 2A | PESO: 12,9 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 ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Julieth Andrea Ramos Amaya | DIRECCION: CL 19 Abis N. 116-81 | TELEFONO: 3134628368.

CEDULA: 1.016.061 429 | CORREO ELECTRÓNICO: Jlietac@gmail.com

BARRIO: Jerico | ESTRATO: 3. | LOCALIDAD: FONTIBÓN

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

3. ANAMNESIS

Buena Salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa Mar 2026 | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa Ene 2026

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

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

HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa ___ PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa ___ RABIA: dd/mm/aaaa 12/6

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

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 136 l/m | F. RESPIRATORIA: 32 r/m | TEMPERATURA: 38,2°c | TLLC: 2seg | MUCOSAS: Rosada

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1.3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1.3 ml.	5-7mg/kg IV
		___ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1.3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.52 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 delprocedimiento sin exámenes preventivos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	EILEEN NATHALY BEDOYA Medico Veterinaria T.P 27701	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	DIANA FLÓREZ CASTAÑEDA MÉDICA VETERINARIA T.P. 31994	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 paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anestésicas, 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:
JULIETH RAMOS AMAYA	1016061429

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 1.016.051.429

Apellidos
RAMOS AMAYA

Nombres
JULIETH ANDREA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.55

Sexo
F

Fecha de nacimiento
24 NOV 1993

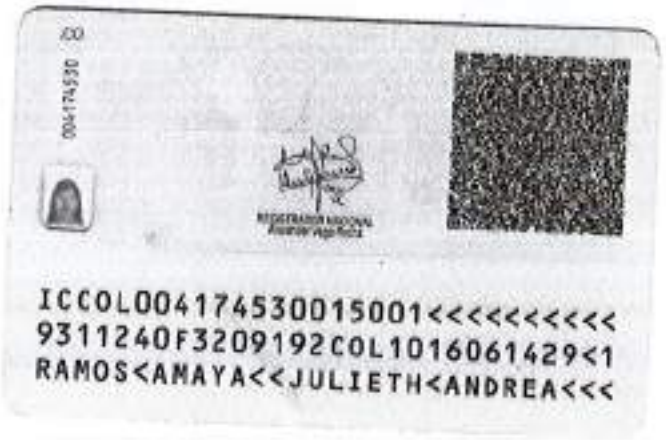
G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
30 NOV 2011, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de vencimiento
19 SEPT 2032


00417530 00

REGISTRADOR NACIONAL

ICCOL00417453001500l<<<<<<<<<<
9311240F3209192COL1016061429<1
RAMOS<AMAYA<<JULIETH<ANDREA<<<

Si te suspendió el servicio por falta de pago y cuando ya estaba en el rango de uso se redujo el acceso al mínimo o si la instalación quedó con daños o alterada, es responsabilidad del suscriptor o usuario. Consecuentemente puedes presentar un reclamo ante la empresa y luego ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los 15 días hábiles siguientes al (con)vencimiento del plazo de suspensión. Sobre el consumo de tu gasodoméstico, ten en cuenta que hacerlo con los inconvenientes de dejarlo en ti. Ley (4) de 1994 y podrás hacer uso de tu derecho a reconexión gratuita.

CARNAVAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT: 860.096.812-8 704827102023 VANTI

FACTURA EN LÍNEA



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

vanti Listo



Financia con tu cupo Vanti Listo televisores, Tablets, celulares y más en tecnología.

DISFRUTAR LOS GOLES EN PANTALLA GRANDE

ES VIVIR LA ENERGÍA QUE LO HACE POSIBLE

Compra en

Consulta y activa tu cupo en grupovanti.com

Mundo digital Vanti

Paga a través de nuestra página web www.grupovanti.com/pages-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 · Baloto · Bancolombia · BBVA · 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.

¡Hola!

VECTOR CONSTRUCCIONES SAS
CL 19A BIS 116 81 T03 01703 - JERICO
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 007120220003626135

Lote: P05GN Ruta: 0011840023730005040 Código del Sector: 328

Cuenta o referencia de pago 63735651

vanti Listo

Compra [illegible] y paga a cuotas a través de tu factura de gas.

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:



Que millones de estufas se enciendan en el medio tiempo. Esa es la energía que lo hace posible.

Vive esta temporada con Vanti y conoce más en www.grupovanti.com

vanti · vanti · vanti MAX · vanti

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.

328 0011840023730005040 #8GN

Factura de gas

Mayo 2026

Cuenta o referencia de pago **63735651**

BOGOTA

vanti

Fechas importantes

1	2	3	4
Pago oportuno	Fecha de suspensión	Periodo facturado	Emisión de tu factura
25 May. 2026	26 May. 2026	Abr. - May. 2026	11 May. 2026

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	16M3	2.576,48	0,00	41.223,68
FIJO	1UN	4.298,00	0,00	4.298,00
AJUSTE DECENA	1UN	-2,75	0,00	-2,75
Intereses Moratorios Base Recargo	1UN	201,07	0,00	201,07

1 – Total **$45.720,00**

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

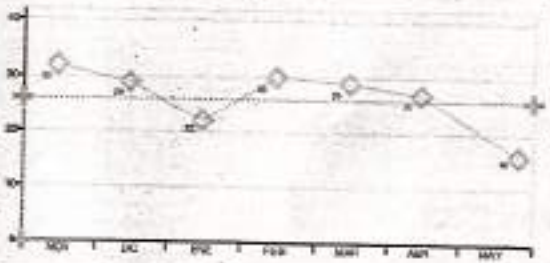
Total a pagar 1 + 2 + 3

$45.720,0

Pago por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
08 Abr. 2026	974	REAL
07 May. 2026	995	REAL

m³ corregido= 995 - 974 * Factor de corrección = 16

Tu próxima lectura será

Entre 02 y el 07 de Junio

Novedades de tu factura

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

Revisión Periódica Obligato

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Ago. 2027

La revisión de la instalación interna es responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente* *Resoluciones 059 de 2013 y 41 de 2017

Agende tu RPO

Tarifas

El valor del m³ de gas esta mes es de $2570

Feb. $2551 Mar. $2587 Abr. $2681

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

Componentes tarifarios

Cmc 1327,55 Tm: 599,40 Dm: 813,22 Cm: 2671
P: 84,79 Cuvm: 0,0 Cuvm 4299,0 Cuvm 22
Cmv: 0,0 Ppom: 42,479 DAUR: 0,0 DAUNR: 0

Mjtar*Tu consumo en m³ de gas equivale: 159
kWh y el precio unitario del kWh es $240,668

Factor de corrección

Vm: 21 Ep: 0,76727 Kc: 1,00438 Pc: 0,77003
Vc: 16 Tm: 14,3 Tc: 15,56 Pm: 1,01300
Pb: 0,752 Pm: 3,023 P pc: 1,0

Factor de corrección: 0,77003

Indicadores de calidad

IRST: 100,0 DES: 0,0 ID: 100,0 PR: 100,0



(415)7709998026025(8020)63735651(3900)000000000045720

FONTIBÓN

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): 05

900255003230242

NO (Número):

FECHA: 20-05-2026

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X ___ CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Sasha				COLOR: Negro	
ESPECIE: CANINO X FELINO ___	SEXO: HEMBRA X MACHO ___	RAZA: Mestizo	EDAD: 15M	PESO: 9,6 KG	RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X	TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR ___ CASERO ___ CONCENTRADO ___ MIXTO X OTRO ___			

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Fabiola Caro Castañeda	DIRECCION: CL 23C No 109-59	TELEFONO: 3043050579	
CEDULA: 39703647	CORREO ELECTRÓNICO: botinayelitsa@gmail.com		
BARRIO: Versalles	ESTRATO: 3	LOCALIDAD: FONTIBON	
ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachillerato	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL		

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACION: NS/NR: ___
Abril 2026	Jul 2025	CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: 11/Feb/26 FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 148 l/m	F. RESPIRATORIA: 32 r/m	TEMPERATURA: 37,7 °C	TLC: 2 seg	MUCOSAS: rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	RAFAEL ENRIQUE PERILLA R. MÉDICO VETERINARIO T.P. 16122	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	DIANA FLÓREZ CASTAÑEDA MÉDICA VETERINARIA T.P. 31994	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: complicaciones respiratorias o cardiacas, 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:
	+ 39703649 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

Paciente en celo

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 39.703.647
CAÑO CASTAÑEDA

APELLIDOS
FABIOLA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 29-MAR-1963
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

17-AGO-1983 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

FACTURA EN LÍNEA



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

La Revisión Periódica Obligatoria de gas
Lleva el FÚTBOL A CASA

Si tu **Revisión Periódica Obligatoria de gas** vence en **abril de 2026**, agéndala comprando el plan mensual de **Vanti Max** y certificate antes del **30 de abril**. Podrás recibir 1 mes de **DirecTV GO**.

Agenda tu revisión aquí:

Planes mensuales desde **$16.590** IVA incluido

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gas Natural del Cesar S.A. ESP. Consulte Términos y Condiciones en ... Actividad válida desde el 25 de marzo al 30 de abril de 2026. Se entregará un total de 1.000 pines de Plan TV de DirecTV GO, que incluye acceso a Prime Video, con vigencia de un mes para redimir directamente en la plataforma de Streaming de DirecTV. Los nuevos pensionados asignados deberán ser ubicados adquiriendo el plan mensual de canalización Vanti Max, en todo caso el usuario podrá elegir libremente el organismo de inspección con el cual desea contratar dicho servicio y decidir no participar en la Campaña.

Mundo digital Vanti

Paga a través de nuestro 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 · Banco AV Villas · Banco GNB Sudameris · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Davivienda Daviplata · dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

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

*Si cancelas con cheque, 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. 800.026.812-4 FORM2185205 VANTI

¡Hola!

NESTOR JULIO AGUAS
CL 23C 109 59 01 00001 - VERSALLES
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5057101-38763

Lote: P13GN **Ruta:** 0011020194050005100 **Código del Sector:** 326

Cuenta o referencia de pago 61805167

vanti LISTO

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

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



Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gases del Cesar S.A. ESP. Vanti Listo es la marca que identifica el servicio de financiación no bancario ofrecido por el Grupo Vanti. Aplican condiciones establecidas en la página de financiación consultalas en grupovanti.com/vantilisto/terminos

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

...resumo de reposición ante la empresa y apelar ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los 10 días hábiles siguientes al conocimiento de la misma. Sobre el contenido de la presente factura el cliente cuenta con las oportunidades de defensa en la ley 142 de 1994 y puede hacer uso entre ella de la fecha señalada para el pago oportuno.

226 001102019405000510 11726 C1

Factura de gas

Abril 2026

Cuenta o referencia de pago: 61805167

BOGOTA

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

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1 Pago oportuno: 07 May. 2026

2 Fecha de suspensión: 08 May. 2026

3 Periodo facturado: Mar. - Abr. 2026

4 Emisión de tu factura: 22 Abr. 2026

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	7M3	2.681,43	0,00	19.770,01
FIJO	1UN	4.270,00	0,00	4.270,00
AJUSTE DECENA	1UN	0,01	0,00	0,01

1 – Total $23.040,00

Tus financiaciones

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

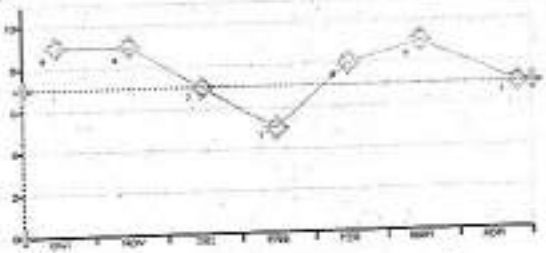
2 – Total $0,00

3 – Valor facturas vencidas $0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3 $23.040,0

Paga por

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial — Estrato/Cat. Tres — Días de consumo 34

Fecha	Lectura	Tipo
16 Mar. 2026	6079	REAL
18 Abr. 2026	6088	REAL

m³ corregido= 6088 - 6079 * Factor de corrección = 7

Tu próxima lectura será

Entre 13 y el 18 de Mayo

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**

La revisión de la instalación interna es la responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente (Resoluciones 059 de 2012 y 41.385 de 2017)

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de: $2681.

Ene. $2544 Feb. $2551 Mar. $2567

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

Componentes tarifarios

Gm: 1429.13 Tm: 577.69 Dm: 606.12 Cm: 2681.43
Pi: 68.49 Cvm: 0.0 Cvm: 4270.0 Cvm: 2681.43
Cvm: 0.0 Fpcm: 42.475 DAI/R: 0.0 DAI/NR: 0.0

Mjte/Tu consumo en m³ de gas equivale: 83 kWh y el precio unitario del kWh es: $277.59

Factor de corrección

Vm: 9 Km: 0.76667 Km: 1.00473 Pi: 0.7703
Vo: 7 Tm: 14.2 Tc: 15.56 Pc: 1.31008
Pb: 0.751 Pm: 0.8204 Fijo: 1.0
Factor de corrección: 0.7703

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IC: 100.0 IPC: 100.0



(415)7709998026026(8020)61805167(3900)000000000023040

11726

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

Expiry Date: 2030/09/02
900255003227680

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de Historia Clínica: 06 | NO: | FECHA: 20/05/26

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD: V. | CALLE:

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Raven | COLOR: Dorado

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

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Nicolas Camilo Zamudio Prieto | DIRECCION: Kr 98B 14-60. | TELEFONO: 3502303622

CEDULA: 1016092.681. | CORREO ELECTRÓNICO: Nicolas.zamudio182@gmail.com

BARRIO: | ESTRATO: 2. | LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena Salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NR

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

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

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

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno.

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 136 l/m | F. RESPIRATORIA: 32 r/m | TEMPERATURA: 37,9°c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: ___

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	RAFAEL ENRIQUE PERILLA A. MÉDICO VETERINARIO T.P. 16122	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	DIANA FLÓREZ CASTAÑEDA MÉDICA VETERINARIA TP 31794	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 complicaciones respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anestésicas, 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 aplicación, 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 8 días posteriores a la implantación.

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
Nicolas Zapata Pinto	1016092681

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

Paciente en proceso postquirúrgico presenta taquipnea, disnea mixta se medica con Dexametasona 0,5mg/kg IV y 2 puff de Salbutamol. Se realiza auscultacion de campos pulmonares y se evidencian estertores y estertores bilaterales. Propietario indica ausencia de signos respiratorios previos. Se entrega paciente incorporada con reperfusion 4rpm mucosas rosadas. Se indica necesidad de realizar Radiografia de torax, test virales y examenes de sangre.

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 1.016.092.681
ZAMUDIO PRIETO

APELLIDOS
NICOLAS CAMILO

NOMBRES

Nicolas Camilo Prieto

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 27-FEB-1997
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.74 ESTATURA | A+ G.S. RH | M SEXO

02-MAR-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00680130-M-1016092681-20150319 0043607527A 1 44038884

Por favor dobla y rasga para abrir la factura





Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

vanti
Pago único de todas facturas

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

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

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

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

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

Se le suspenderá el servicio por falta de pago y cuando se requiera, en razón de que se impida el acceso al inmueble o de la instalación interna y de artefactos de consumo. Como consumidor gozará de un término de reposición ante la empresa y apelar ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los 15 días hábiles siguientes al conocimiento del acto de suspensión. Sobre el consumo de la presente factura el suscrito cuenta con los mecanismos de defensa en la ley 142 de 1994 y puede hacer uso ante de la fecha señalada para el pago oportuno

CAPITAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-6

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

¡Hola!

ESCOBAR CASTILLO MARTHA
KR 98B 14 60 T10 00502
000000

vanti
Más formas de avanzar

Medidor Gas Nº 5147100-121273

Cuenta o referencia de pago **61191937**

vanti Listo

Compra televisores, celulares, estufas, motos, computadores y mucho más, pagándolo a través de tu factura de gas.

Tu cupo de crédito aprobado
0



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 962 794
Bogotá (601) 307 8121
Bucaramanga (607) 685 4755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

Oficina virtual
www.grupovanti.com/oficinavirtual

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

Lote #145 Ruta 00117200126000 Código del sector 276

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

Factura de gas

Abril 2026

Cuenta o referencia de pago **61191937**

Vigilado Superservicios

NIT:8000078135
VANTI S.A. ESP

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1	2	3	4
Pago oportuno 08 May. 2026	Fecha de suspensión 09 May. 2026	Periodo facturado Mar. - Abr. 2026	Emisión de tu factura 22 Abr. 2026

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	13M3	3.066,46	0,00	39.863,98
MENOS SUBSIDIO (34%)	1UN	-13.717,20	0,00	-13.717,20
AJUSTE DECENA	1UN	4,94	0,00	4,94
Intereses Moratorios Base Recargo por Mora (1.96 %)	1UN	78,28	0,00	78,28

1 — Total 26.230,00

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

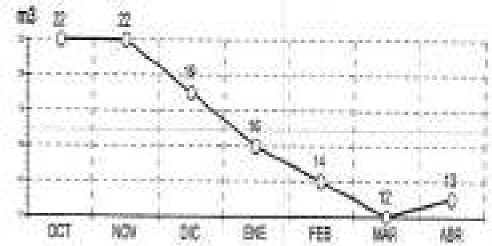
Total a pagar 1 + 2 + 3

26.230,00

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencia Estrato/Cat. Dos Días de consumo 34

Fecha	Lectura	Tipo
18 Mar. 2026	3.293	REAL
20 Abr. 2026	3.310	REAL

m³ corregido = 3310 - 3293 * Factor de corrección = 13

Tu próxima lectura será

Entre 16 y el 21 de Mayo

Novedades de tu factura

CUVe $ 2681,63

Revisión Periódica Obligatoria

Fecha próxima revisión

31 May. 2028

La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse cada 5 años (Resolución 059 de 2012)

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $2681.

Ene. $2544 Feb. $2551 Mar. $2567

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

Componentes tarifarios

Gm: 1.425,13 Tm: 577,89 Dm: 608,12 Cm: 0,00
p: 60,49 Cvm: 0,00 Cuhv: 0,00 Cuvm: 0,00
Cσm: 0,00 Fpcm: 62,48 DAUR: 0,00 DAUNR: 0,00
Mj/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 153
kWh y el precio unitario del kWh es: 170,89

Factor de corrección

Vm: 17 Kp: 0,76667 fc: 1,00466 Fc: 0,72026
Vc: 13 Tm: 14,22 Tc: 15,56 Pa: 1,01008
Pa: 0,75100 Pm: 0,02240 F' pv: 1,00
Factor de corrección: 0,77685

Indicadores de calidad

IRST: 100,00 DES: 0,00 IO: 100,00 IPLI: 100,00



(415)7709998026025(8020)61191937(3900)00000000026230

Somos grandes contribuyentes Resolución 000200 Diciembre 2/2024. Retenedor de IVA. Autorretenedores Resolución No. 4869 del 11-Jul-1996. Autorización de Numeración de Facturación No. Formulario 18764091267057 del 21/03/2025. Facturación electrónica desde N° 50000001 hasta 100000000 con vigencia de 24 meses.

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de historia clínica: 07

900255003230827

NO: Id Microchip

FECHA: 200526

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Una | COLOR: Blanco y beige.

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: Mestizo | EDAD: 2A | PESO: 16 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 X CONCENTRADO ___ MIXTO ___ OTRO ___

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Sonia Giron Torres | DIRECCION: Cl 22H 118B SI. | TELEFONO: 3227413335

CEDULA: 1070584809 | CORREO ELECTRÓNICO: Soniapilar733@gmail.com

BARRIO: Brisas | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: DIC 2025

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

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

FELINOS:

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 136 l/m | F. RESPIRATORIA: 28 r/m | TEMPERATURA: 38.7 °c | TLC: 2 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	EILEEN NATHALY BEDOYA Medico Veterinaria T.P 27701	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	DIANA FLÓREZ CASTAÑEDA MÉDICA VETERINARIA T.P. 31994	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 neurológicos 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 contraverción 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 e 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:
Sonia Giron	1070584809.

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
1.070.584.809
NUMERO

GIRON TORRES
APELLIDOS

SONIA
NOMBRES

Sonia Giron Torres
FIRMA



Toby 2023.



FECHA DE NACIMIENTO 13-ABR-1985
GIRARDOT
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

19-ABR-2004 GIRARDOT
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RONDON LOPEZ

INDICE DERECHO

P-1510900-70129013-F-1070584809-20040909 0075804253B 02 130815523

FACTURA EN LÍNEA



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

La Revisión Periódica Obligatoria de gas

Lleva el Fútbol a Casa

Si tu **Revisión Periódica Obligatoria de gas** vence en **abril de 2026**, agéndala comprando el plan mensual de **Vanti Max** y certifícate antes del **30 de abril**. Podrás recibir 1 mes de **DirecTV GO.**

Agenda tu revisión aquí

$16.590 IVA incluido

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 · BBVA · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · daviplata · 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.

---

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

¡Hola!

FELIX EDUARDO SANDOVAL
CL 22H 118B 51 02 - BRISAS ALDEA
BOGOTA

Medidor Gas No. 5067199-137262

Lote: P05GN **Ruta:** 001101002886005100 **Código del Sector:** 329

Cuenta o referencia de pago **61004736**

vanti Listo

TU CUPO VANTI LISTO **APROBADO ES:** 3000 000



vanti Listo

Con **cupos** desde
$5'000.000
hasta
$12'000.000

Activa tu cupo en grupovanti.com o **escaneando este código QR.**

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

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

Factura de gas

Abril 2026

Cuenta o referencia de pago **61004736**

BOGOTA

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

Fechas importantes

1	2	3	4
Pago oportuno	Fecha de suspensión	Periodo facturado	Emisión de tu factura
23 Abr. 2025	24 Abr. 2026	Mar. - Abr. 2026	13 Abr. 2026

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. SIN SUBSIDIO	13M3	2.681,43	0,00	34.858,59
CONS. CON SUBSIDIO	20M3	3.066,46	0,00	61.329,20
MENOS SUBSIDIO (34%)	1UN	-21.103,38	0,00	-21.103,38
AJUSTE DECENA	1UN	-4,41	0,00	-4,41

1 – Total **$75.080,00**

Tus financiaciones

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

2 – Total **$0,00**

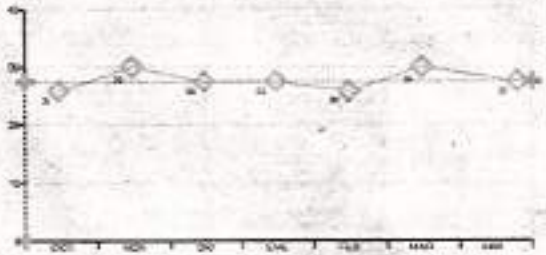
3 – Valor facturas vencidas **$0,00**

Total a pagar 1 + 2 + 3 **$75.080,0**

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial — Estrato/Cat.Dos — Días de consumo 33

Fecha	Lectura	Tipo
07 Mar. 2026	7853	REAL
08 Abr. 2026	7896	REAL

m³ corregido= 7896 - 7853 * Factor de corrección = 33

Tu próxima lectura será Entre 04 y el 09 de Mayo

Novedades de tu factura

Cuota $ 2.681,43

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

Revisión Peri

Vencimiento Revis
Periódico Obligato

31 Mar. 20

Tarifas

...l valor del m³ de gas

Ene. $2544 Feb. $

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

Compone...

Gm: ...28.13 Trm: 577.46
P: 88.48 Dver: 0.0
Com: 0.0 Fpuro: 42.47

Mjtar: Tu consumo en m³ de ... kWh y el precio unitario del ...

Factor d...

Vm: 43 Kr: 0.79607
Vc: 33 Tm: 14.15
Pcs: 9.781 Fnc: 0.0034

Factor de corrección: a 776...

Indicador...

IPST: 100.0 DES: 0.0



#523

01 8000 11 52 33

CORSERPARK
Con usted en los momentos difíciles

CAPILLAS DE LA FE

MAS INFORMACION >>

(415)7709998026025(8020)61004736(3900)000000075080

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ | ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de Historia Clínica: 08

900255003230476

ID:

FECHA: 20-05-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Amira

COLOR: blanco-gris.

ESPECIE: CANINO X FELINO__ SEXO: HEMBRA X MACHO__ RAZA: Pitbull EDAD: 8m PESO: 12.5 kg RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI X NO

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI__ NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI__ NO X

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

ORIGEN: NS/NR__ RESCATADO__ COMPRADO X ADOPTADO__ REGALADO__ FERRO DE CUADRA__ OTRO

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Martha Isabel Juez Salazar

DIRECCION: Kra 114 No 22 L 22

TELEFONO: 3059101908

CEDULA: 39.752.515.

CORREO ELECTRÓNICO: marthajuez769@hotmail.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 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/05/2026

FELINOS:

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 142 l/m F. RESPIRATORIA 36 c/m TEMPERATURA: 38.3°c TLLC 2 seg MUCOSAS: ROSADAS

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1.3 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1.3 ml	5-7mg/kg IV
		— ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1.3 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.52 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

En calidad de (Cirujano s/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	DIANA FLÓREZ CASTAÑEDA MÉDICA VETERINARIA T.P. 31994	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:
Martha Isabel Luz	39752515

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

Nombre del responsable/Teneder:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

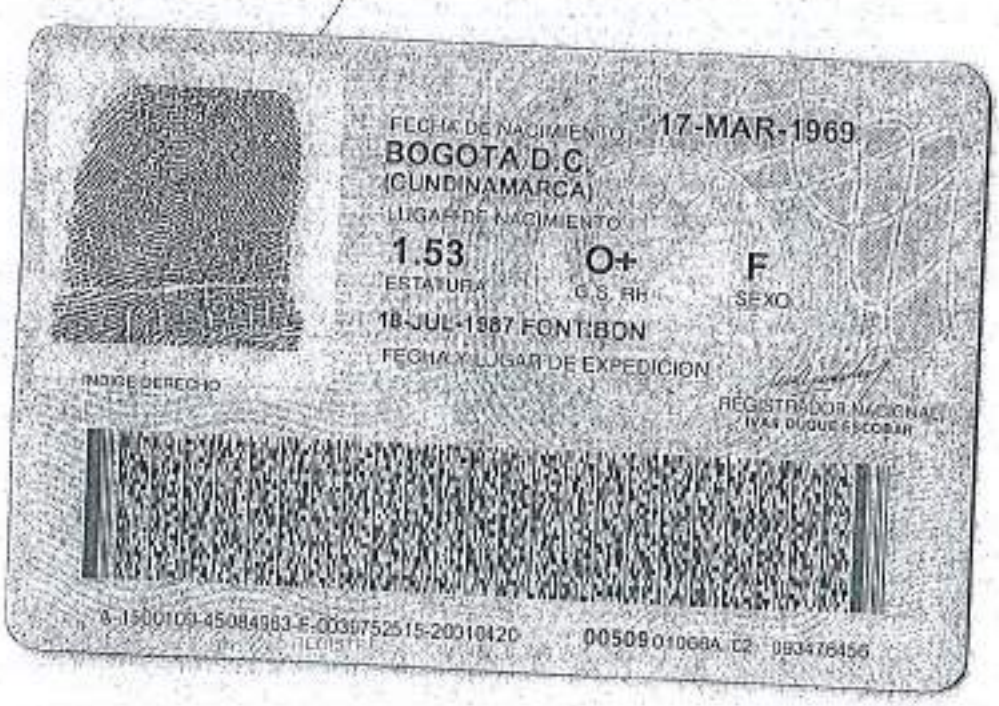
SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

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

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



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 39752515
JUEZ SALAZAR
APELLIDOS
MARTHA ISABEL
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 17-MAR-1969
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.53 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
18-JUL-1987 FONTIBON
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
0-1500106-45084983-F-0039752515-20010420 00509010068A 02 0834764456

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No) 385004023-0

enel | Bogotá

Pague hasta el [illegible] 2076726-0

No. Medidor: 1035650

¡Hola!

EUTIMIO AMEZQUITA
KR 114 NO 22 I 22 PI 2
PISO 2
BOGOTA, D.C. - VERSALLES FONTIBON

PAPEL ECOLÓGICO

Pago oportuno [illegible]

Fecha de suspensión [illegible]

Tu próxima lectura [illegible]

Periodo Facturado: [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 15 336 6002 Carga kW: 3,00 Estrato: 3

Clase de servicio: Residencial | Subclase: Básica

1 3 15 336 8420

55838

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

- 316 899 6000 (Elena Bot o Asesor)
- 601 5616 115
- Enel Colombia
- @EnelClientesCO
- www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html

Emergencias 115 Operador Claro Gratuito las 24 horas

Regístrate gratis Zona privada de la página Web

App Enel Clientes Colombia

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

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

Operador de aseo

CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P.

Avenida Boyacá # 6 B - 28

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 **601 614 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

Retorna último

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

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



LA TARJETA DE LA CIUDAD
Crédito Fácil CODENSA

RECIBE UN 20% DE DESCUENTO EN TU PRIMERA COMPRA

Es muy fácil, solo debes:

Solicitar tu tarjeta entre el 1 de febrero y el 15 de marzo de 2026.

Realizar tu primera compra hasta el 19 de marzo de 2026.

Plazo mínimo de compra 6 meses.

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

¡Solicítala ya en los principales almacenes de cadena!

Escanea este QR para más información.

$152.120 + $101.280 = $253.400



Consumo mes actual	233 kWh
Consumo promedio	228 kWh
Valor kWh aplicado	$748,25
Consumo diario	7,78 kWh
Valor diario	$5.246

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:

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

Cálculo consumo de energía

Esto vale la energía que disfrutaste, lo cual $5.246 diarios

ENERGÍA ACTIVA	[illegible]	[illegible]	233	1	233	233	$748,25	$174.346
ENERGÍA REACTIVA	0	0	0	0	0	0	$200,00	$0
Subsidio								-$14.423
								$152.121

Tres 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.

$152.120

$0

830048122-9

Número para cualquier consulta

Ciudad Limpia

Cuenta contrato 10321383

Documento equivalente electrónico No. 385004823-0

Periodo de facturación 19.01.2026 a 18.02.2026

Días liquidados

Histórico de facturación

Toneladas por suscriptor

Datos usuario

Volumen	0,0000	Estrato	3
Densidad		FREC. Recolección	3
% Participación	0%	FREC. Barrido	3

Tipo productor: Residencial

Unidades	Ocupados	Desocupados
Residenciales	3	0
No Residenciales	0	0

Estado de cuenta

Concepto	Valor
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	[illegible]
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	[illegible]
ASEO - AJUSTE A LA DECENA	[illegible]
ASEO - INTERÉS POR MORA	[illegible]

Meses en mora 0

$105.580

Mensajes de interés

INFORMATIVO DEUDA TOTAL: $0.580,00

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: 09

900255003230836

FECHA: 20-05-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Kira

COLOR: blanco-negro

ESPECIE: CANINO X FELINO__ SEXO: HEMBRA X MACHO__ RAZA Pitbull EDAD 5 A PESO: 35,4 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI X NO

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI__NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI__NO X

TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO__CONCENTRADO__ MIXTO X OTRO

ORIGEN: NS/NR__RESCATADO__COMPRADO X ADOPTADO__REGALADO__PERRO DE CUADRA__OTRO

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jose Antonio Kori Arenas

DIRECCION: CL 22 G N° 116-86

TELEFONO: 3168192345

CEDULA: 5951637

CORREO ELECTRÓNICO: josekboso@gmail.com

BARRIO: Brisas

ESTRATO: 0

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 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/05/2025.

FELINOS:

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI__NO X SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 142 l/m F. RESPIRATORIA: 34 r/m TEMPERATURA: 38,3 °C TLLC 2 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	3.5 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	3.5 ml.	5-7mg/kg IV
		/ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	3.5 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAN	1.4 ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	EILEEN NATHALY BEDOYA Medico Veterinaria T.P 27701	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	DIANA FLÓREZ CASTAÑEDA MÉDICA VETERINARIA T.P. 31994	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 controversión alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual ha sido informado, he comprendido y aceptado.

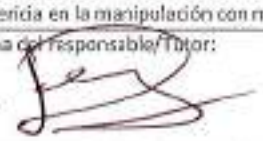
En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

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:
	5951637

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. 5951637

COL

KORI ARENAS
APELLIDOS

JOSE ANTONIO
NOMBRES

VEN M
NACIONALIDAD SEXO

15424815
No. Pas

12-02-1979
FECHA DE NACIMIENTO

30-10-2023 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO

VISADOS

FIRMA



E1408909

TITULAR RESPONSABLE
El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia
cualquier cambio en la condición o información migratoria.

MIGRACIÓN
www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL5951637<<4<<<<<<<<<<<<<<<
7902125M3105308VENE1408909<<<7
KORI<ARENAS<<JOSE<ANTONIO<<<<<

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 392040228-1

enel | Bogotá

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **1078455-9**

No. Medidor: **25577551**

¡Hola!

ALFREDO BERNAL
CL 22 G NO 116 86 PI 1
PISO 1
BOGOTA, D.C. - BRISAS ALDEA-FONTIBON

Valor a pagar
$662.180
Pago oportuno
04 MAY /2026

Fecha suspensión
06 MAY/2026

Tu próxima lectura
19 MAY /2026

Periodo Facturado:
Del 19 MAR/2026
al 16 ABR/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 Reparto: 1 3 15 205 9501 | Carga kW: 3,25
Clase de servicio: Comercial | Estrato: Básico

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

Centro de servicio enel
Disponible en Chía, Girardot y Facatativá

Corresponsales bancarios

CONFRED · efecty · Reval · MONTRED



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
OPCIÓN 1-2.

Enel Colombia S.A. ESP con NIT 860.063.875-6 hace parte del Grupo Enel y actúa como el prestador del servicio de comercialización, distribución y generación de energía eléctrica y comercializador de gas combustible. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

48706 48706 2026 - Página 1 de 2



PIDE YA

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

EL PAGO DE TUS PEAJES DE TRANSMILENIO, SIRP Y TRANSMICABLE SIN INTERÉS Y A UNA SOLA CUOTA

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

DESCUENTOS EN COMERCIOS ALIADOS TODOS LOS DÍAS.

Y CON TU

PRÉSTAMO DE LA CIUDAD CRÉDITO FÁCIL CODENSA

Solicita hasta

$12.000.000

Para lo que necesites

RECIBE EL DINERO EN TU CUENTA DE PREFERENCIA

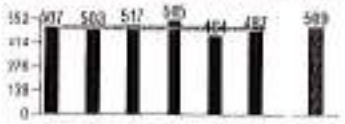
¡NO NECESITAS EXPERIENCIA CREDITICIA!

Solicítalos antes puntos Crédito Fácil CODENSA

Consúltalos escaneando el QR

Total energía $503.660 + **Total aseo $158.520** = **Total a pagar $662.180**

Comportamiento consumo



Consumo mes actual	509 kWh
Consumo promedio	504 kWh
Valor kWh aplicado	$824,59
Consumo diario	17,55 kWh
Valor diario	$17.367

Estado de cuenta

¿Sabías qué...?

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

Generación +	Transmisión +	Distribución +	Costo Variable +	Pérdidas +
$294,11	$57,83	$297,85	$63,65	$63,19
Restricciones +	Costo Fijo +	Costo kWh Mes		
$26,06	$0,00	$824,59		

Vigencia: MAR/2026

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

Cálculo consumo de energía

Número de cliente: 1078455-9

	Lectura actual	− Lectura anterior	= Diferencia de lecturas	x Factor =	Energía consumida kWh	Energía facturada kWh	x Valor unitario	= Valor facturado
ENERGIA ACTIVA FP	60.992	60.383	509	1	509	509	$824,59	$419.714
ENERGIA REACTIVA	0	0	0	0	0	0	$257,85	$0
Contribución	Aporte del 20,00 % del valor facturado							$83.943
ESTIMADO CLIENTE: La tarifa final es de: $824,59								$503.657

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena

SUBTOTAL $0

1 TOTAL ENERGÍA $503.660

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 montos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $117.464

Informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones, Crédito Fácil CODENSA es la fecha de PAGO OPORTUNO, dejas entrarán en mora, ante la 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.

Aseo — CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P

NIT: 830048122-9

Número para cualquier consulta

Ciudad Limpia

Cuenta contrato: 14873025

Documento equivalente electrónico No.: 392040228-1

Periodo de facturación: 19.03.2026 a 18.04.2026

Aporte no residencial	50%	Días liquidados: 30
Aporte residencial	0%	
Subsidio	0%	

Datos usuario

Volumen:	0,0000	Estrato:	3
Densidad:	0,25	FREC Recolección:	3
% Participación	0%	FREC Barrido:	3

Tipo prestación: Area Prest Comercial

Unidades	Ocupados	Desocupados
Residenciales	0	0
No Residenciales	2	0

Costos para tarifas

$64.805,18	$40.478,90	$57.720,57

Histórico de facturación



Toneladas por suscriptor

Barrido	0,00205518
Limpieza urbana	0,00068611
Factura de aprovechamiento	0,00041113
Efectivamente aprovechadas	0,00034200
Residuos no aprovechables	0,00
Áreas no aprovechadas	0,00

Estado de cuenta

Concepto	Valor
ASEO - SUBSIDIO NO RESIDENCIAL	$105.882
ASEO - CONTRIBUCIÓN NO RESIDEN	$52.941
ASEO - AJUSTE A LA DECENA (DES)	$-3

Meses en mora: 0

3 TOTAL ASEO $158.520

Mensajes de interés

INFORMATIVO DEUDA TOTAL: 158.520,00

Calidad del Servicio

Duración Interrupciones (Horas)		Frecuencia Interrupciones (Eventos)	
SAIDI: 11,57	Grupo: 11	FMIDI: 13,06	IRI: 200,79
SAI: 5,43	IRD: 0,00	FPI: 6,00	QF: 464,0000
SAIFI: 4,21	TD: 0,00	FPIM: 8,00	MC: 0,00
TMO: 0,00	CMO: 2,73	TMO: 0,00	MF: 1,00
			No CMO
CU: 2999,0193		PERIODO: 2026/07	

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **1078455-9** | **Pago Oportuno 04 MAY 2026** | **Total a pagar $662.180**

Documento electrónico

(415)7707209014253(8020)0110784559(8010)0291(3900)000000662180

Use este código para pagos en canales electrónicos

FECHA GENERACIÓN: 2026/03/05 02:49:28

FECHA EXPEDICIÓN: 2026/03/05 10:20:06

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de Historia Clínica: 10

900255003230838

NO Muestra

FECHA: 200526.

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Bela | COLOR: Blanco y gris

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: schnauzer. | EDAD: 2A | PESO: 5,4 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ana Sofia Villalobos Florian | DIRECCION: kr 113 A # 22D 52. | TELEFONO: 3112253026

CEDULA: 52.304.836. | CORREO ELECTRÓNICO: 3112253026.

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: Mar 2026.

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa | TRIPLE: dd/mm/aaaa | PENTAVALENTE: 05/05/24

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: 36 r/m | TEMPERATURA 38,3 °c | TLC 2 seg. | MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.6 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.6 ml.	5-7mg/kg IV
		/ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.6 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.24 ml.	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	DIANA FLÓREZ CASTAÑEDA MÉDICA VETERINARIA T.P. 31994	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 autoriza 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:
*	* 52304836

Yo_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizarla 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
52.304.836
VILLALOBOS FLORIAN
APELLIDOS
ANA SOFIA
NOMBRES


FECHA DE NACIMIENTO 15-JUN-1977
PAUNA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
04-SEP-1995 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 380555125-0

enel | Bogotá

Para pagos en bancos y puntos de pago 0422669-6

No. Medidor: 3634738

50038

¡Hola!

CLAUDIA TORRES
KR 113 A NO 22 D 52
FONTIBON
BOGOTA, D.C. - VERSALLES FONTIBON

PAPEL ECOLÓGICO

Pago oportuno 18 MAR/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

¡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 15 315 0125 | Carga kW: 2.00 | Estrato: 3

Clase de servicio: Residencial | Subclase: Básica

1 3 15 334 7094

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

21 854 - Página 1 de 2

Contáctanos | Puntos de atención Enel



318 690 6003 (Línea Bot o Asesor)
601 5185 115
Enel Colombia
@EnelClientesCO
www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
Emergencias 115 Operador Claro Gratuito las 24 horas
Registrate gratis Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

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

Oficina Virtual
ENEL COLOMBIA BOGOTÁ S.A. E.S.P.
Avenida Boyacá # 6 B - 20
Línea 110

Estafas a primera vista.

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

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

No es Enel, es una estafa.

Regístrate y paga de manera segura en la Zona Privada en

enel.co/ZPCO

¿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 Chía, Girardot y Facatativá

Corresponsales bancarios

CONRED efecty MOVIRED



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 2025.

Realiza tu primera compra hasta el 15 de marzo de 2025.

Te devolvemos hasta $600.000 en tu siguiente factura de ENEL.

Para el mismo de compra 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 - Número de Historia Clínica: 11

900255003230257

ID: # Microchip:

FECHA: 20-05-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Canela Matiz

COLOR: Cafe.

ESPECIE: CANINO X FELINO SEXO: HEMBRA X MACHO RAZA: Mestizo EDAD: 8M PESO: 14.- 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: Arled Damares Mahecha Guerro

DIRECCION: Kra 114A N. 22D20

TELEFONO: 3107930214

CEDULA: 52.962.389

CORREO ELECTRÓNICO: 3102930214@sin conco.com.

BARRIO: Versalles ESTRATO: 3.

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Primaria

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa NR

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa Mar 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: 138 l/m F. RESPIRATORIA: 28 r/m TEMPERATURA: 37.9°c TLLC 2 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL: RAFAEL ENRIQUE PERILLA A. MÉDICO VETERINARIO T.P. 16122

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: DIANA FLÓREZ CASTAÑEDA MÉDICA VETERINARIA T.P. 31994

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
Damaris Nobecho	52962389

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
52.902.389
MAHECHA GUERRERO
ARLED DAMARES


FECHA DE NACIMIENTO 08-ENE-1982
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60
O+
F
ESTATURA
G.S. RH
SEXO
12 MAR-2001 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 392084768-3

enel Bogotá

Para pagos y consultas su número de cliente es: **0423039-4**

No. Medidor: **72025212**

¡Hola!

DAGOBERTO MORENO B
KR 114 A NO 22 D 20
FONTIBON
BOGOTA, D.C. - VERSALLES FONTIBON

¡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: 1 3 15 334 7155** | **Carga kW: 3,00** | **Estrato: 3**
Clase de servicio: Residencial | Ejercicio: Diario

Valor a pagar	$114.220
Pago oportuno	04 MAY /2026
Fecha suspensión	06 MAY/2026
Tu próxima lectura	19 MAY /2026
Periodo Facturado:	Del 19 MAR/2026 al 16 ABR/2026
	29 días

Contáctanos | Puntos de atención Enel



- 315 890 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 119 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.

Consejos para el uso seguro de tu energía

Evita conectar varios electrodomésticos en una sola toma para prevenir cortocircuitos.

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 · daviplata · dale! · Red distrital RED CADE · Centro de servicio enel

Corresponsales bancarios

CONRED · efécti · Reval · Baloto · Su 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
OPCIÓN 1-2.

Enel Colombia S.A. ESP con NIT 860063875-6 hace parte del Grupo Enel y actúa como el prestador del servicio de comercialización, distribución y generación de energía eléctrica y comercializador de gas combustible. Enel es vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

13382 1-2 - Página 1 de 2 13382 No. Cuenta 0423039-4 13382 1-2 - Página 1 de 2

Con
LA TARJETA DE LA CIUDAD

TENEMOS ALTERNATIVAS QUE PUEDES APROVECHAR SIN COMPLICACIONES



PIDE YA

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

EL PAGO DE TUS PASAJES DE TRANSMILENIO, SITP Y TRANSMICABLE
SIN INTERNET Y A UNA SOLA CUOTA.

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

DESCUENTOS EN COMERCIOS
ALLÁ DÓNDE TODOS LOS DÍAS

Y CON TU
PRÉSTAMO DE LA CIUDAD
CRÉDITO FÁCIL CODENSA

Solicita hasta
$12.000.000
Para lo que necesitas.

RECIBE EL DINERO EN TU CUENTA DE PREFERENCIA

¡NO NECESITAS EXPERIENCIA CREDITICIA!

Solicítalos en los puntos Crédito Fácil CODENSA

Descárgala en tu celular escaneando el QR

No. Cuenta 0423039-4 13902

1 de 1 - Página 2 de 2

Total energía $79.900 − Total aseo $34.320 = Total a pagar $114.220

Comportamiento consumo



Estado de cuenta

	114 kWh
	104 kWh
	$824,59
	3,93 kWh
	$2.755

¿Sabías que...?

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

Generación +	Transmisión +	Distribución +	Costo Variable +	Pérdidas +
$294,11	$67,63	$257,95	$83,65	$81,19
Restricciones +	**Costo PEC +**	**Costo kWh Mes**		
$36,06	$0,00	$824,59		

Vigencia: MAR/2020

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

Cálculo consumo de energía

Número de cliente: 0423039-4

	Lectura actual −	Lectura anterior =	Diferencia de lecturas	x Factor =	Energía consumida kWh	Energía facturada kWh	x Valor unitario	= Valor facturado
ENERGÍA ACTIVA EP	62.305	62.191	114	1	114	114	$824,59	$94.041
ENERGÍA REACTIVA	0	0	0	0	0	0	$282,50	$0
Subsidio	Cons. a subsidiar 130,00 kWh	x	Valor kWh $824,5859	x	Beneficio -15,00 %			$14.106

ESTIMADO CUENTE: El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (0 – 130 kWh/mes) es de -15,00 %. **$79.900**

Otros cobros asociados a energía

SUBTOTAL: $0

1 TOTAL ENERGÍA $79.900

Otros cobros de productos y servicios

2 TOTAL OTROS $0

Tenga en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por la anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de **$120.160**

Le informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones durante el mes CORRIDO en la fecha de PAGO OPORTUNO, estas generan un interés, ante lo cual se reporta reporte negativo a las bases de información financiera y cobro por gastos de cobranza si la mora supera 10 días y se realiza gestión de cobro.

Aseo — CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P.

NIT: [illegible]

Número para cualquier consulta: Ciudad Limpia

Cuenta contrato: 10362480

Documento equivalente electrónico No.: SEDI-[illegible]

Periodo de facturación: 19.03.2020 a 18.04.2020

Días liquidados: 31

	0%
	0%
Subsidios	15%

Datos usuario

Volumen:	0,0000	Estrato:	3
Duración:		Hrs C. Reconocidas:	3
% Participación:	0%	PREC. Barrido:	3

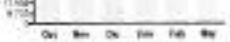
Tipo producción: Residencial

Productor	Desagüe no	Desagüe sí
Recolectores	1	0
No Recolectores	0	0

Costos para tarifas

Costo unitario $/m3	Costo variable $/m3	Costo fijo $/m3
$2.451,99	$1.418,74	$347.257,57

Histórico de facturación



Toneladas por suscriptor

Barrido:	0,0000000
Lavado urbano:	0,0000000
Residual con aprovechamiento:	0,0000000
Orgánico con aprovechamiento:	0,0000000
Residuos no aprovechables:	0,00
Aforo no aprovechable:	0,00

Estado de cuenta

Concepto	Valor
ASEO - BARRIDO MANUAL	$34.320
ASEO - LAVADO MANUAL	$4.057
ASEO - AJUSTE A LA DECENA UNCO	$0

Menos: 0

3 TOTAL ASEO $34.320

Mensajes de interés:

INFORMATIVO DEUDA TOTAL: 34.320,00

Calidad del Servicio

Duración interrupciones (Horas)	Frecuencia interrupciones (Cantidad)
DMG: 11,57 Grupo: 11	RMG: 13,00 CF: 200,79
DM: 1,37 HO: 0,00	RM: 0,00 CH: 137,0000
DMR: 1,18 MO: 0,00	RMR: 1,00 MO: 0,00
TMF: 0,00 CDO: 0,00	TMO: 0,00 IRF: 1,00
	Tdc 0,00

CS: 20201781 PERIODO: 2020/07

Para pagos y consultas su número de cliente es: 0423039-4 | Pago Oportuno 04 MAY [illegible] | Total a pagar $114.220

Documento electrónico

(415)7707208011076(8020)0210423039439004708(3900)0000000114220
Use este código para pagos en comercios electrónicos

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de historia clínica: 12

900255003230256

FECHA: 20-05-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Mia

COLOR: Blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO___ SEXO: HEMBRA X MACHO___ RAZA mestizo EDAD 9 m PESO: 5.8 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI___ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI___ NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X

TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO___ CONCENTRADO X MIXTO___ OTRO ___

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Dora Ines Avila Florez

DIRECCION: Kra 115B N. 17C 20

TELEFONO: 3204862195

CEDULA: 1.073.152.601

CORREO ELECTRÓNICO: diaardila@gmail.com.

BARRIO: Belen 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 10-05-2026

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: 21/04/2026 PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

FELINOS:

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: 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: 32 r/m TEMPERATURA 38.2°c TLC 2 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.6 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.6 ml.	5-7mg/kg IV
		ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.6 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.32 ml.	3mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ___

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la 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 TP 27701	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	DIANA FLÓREZ CASTAÑEDA MÉDICA VETERINARIA T.P. 31994	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; paro 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:
Dora Ardila	1073 152601

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

Paciente en celo

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
1.073.152.601
ARDILA FLOREZ
APELLIDOS
DORA INES
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 02-ABR-1987
MADRID
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
14-ABR-2005 MADRID
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá-ESP
NIT 899.99 .208 - 1

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: S3 RUTA: S33698A

BIMESTRAL

12130427
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

10472011112
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

¡Hola!

Factura a nombre de
PEDRO JESUS CAMERO MURILLO

Dirección del predio
KR 115B 17C 20 PI 1-3

Barrio: **BELEN** Localidad: **FONTIBON**

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Datos de tu medidor

Marca FLODYS CYCLE Tipo VELOCIMETRO
Serie 4145356054 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 08:58:28	ABR/08/2026 11:37:03

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...

13873

105127 51922

Tu consumo en este período

En los 3 periodos anteriores tu promedio de consumo fue 23m³



En este periodo consumiste más agua que en el anterior

Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

En este período 25.000

Promedio al dia 417

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este periodo	1411	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	1388	Base promedio	
Tu consumo este periodo	23	Descarga fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca	FLODYS CYBLE	Tipo	VELOCIMETRICO
Serie	A14G255034	Diámetro pulgadas	½

Para reducir tu consumo, recuerda:

Cuando laves la ropa, regulala 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 en zona del riego.

Tu cobro en este período

Acueducto		Alcantarillado		Otros cobros
$94.520,99	+	$90.491,60	+	$4
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** $185.020

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 015e58053f2913666e3ea9105e8a95026cc5bad4ad3ff9d92f07e680ef9ebfe0007cb15afe0da5c6604270f47582a30

Detalle de tu consumo este bimestre

	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Aporte (+) o Subsidio (-)** Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Aporte (+) o Subsidio (-)** Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (und)	2,00	$8.799,92	-10	$2.639-	$8.320,28	$16.640,56	2,00	$4.636,03	-15	$1.390-	$3.957,84	$7.915,10
Consumo residencial básico (m³)	15,00	$3.666,43	-15	$13.762-	$2.714,77	$77.868,75	15,00	$3.695,96	-15	$16.573-	$3.393,08	$62.578,50
Consumo residencial superior básico (m³)	,						,					
Cargo fijo no residencial (und)	,						,					
Consumo no residencial (m³)	,						,					
Subtotal				$96.689-		$94.520,99				$35.970-		$90.491,60

* 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 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. Art. 98 de la Ley 1943

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo basico ($/m³)	$36,82	$91,16
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$671	$2.376

C Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajuste a la decena	$4
Subtotal	4

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

Nequi PSE dale! efecty puntored

Para algunos bancos requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados.

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS UNICO DE REGISTRO TARIFARIO - RUT

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$185.020

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO
FACTURA DEL SERVICIO PUBLICO No.
Sofisticado. Si en el día presidente de aseo aparece sello y sticker de notificación, recibe este Acueducto. (El abogado no podrá efectuarse en Bancos y Red CABE, recaudo de lectura de una consigna bancaria).

13873

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de Historia Clínica: 13

900255003227678

NO: Chip

FECHA: 20-05-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Nala

COLOR: Amarillo blanco.

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: mestizo EDAD: 4 A PESO: 8.4 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jorge Enrique Ballen Buitrago

DIRECCION: Kra 123 N. 13C 75

TELEFONO: 3143724000

CEDULA: 17.130.455

CORREO ELECTRÓNICO: Jeballenb@hotmail.com

BARRIO: El charco II 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: 01-2026

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/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/02/2026.

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: 32 r/m TEMPERATURA: 38,3°c TLLC 2 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.9 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.9 ml.	5-7mg/kg IV
		ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.9 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.36 ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	RAFAEL ENRIQUE PERILLA A. MÉDICO VETERINARIO T.P. 16122	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	DIANA FLÓREZ CASTAÑEDA MÉDICA VETERINARIA T.P. 31994	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, haciendo 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 contraverción 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:
	1713045 5

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 17.130.455
BALLEN BUITRAGO

APELLIDOS
JORGE ENRIQUE

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 27-AGO-1945
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

04-NOV-1966 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00051066-M-0017130455-20061130 0019509116A 1 1500564337

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 392199585-5

enel | Bogotá

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **2750229-9**

No. Medidor: **22556445**

¡Hola!

EMILCE VELASQUEZ ROJAS
KR 123 NO 13 C 75 CA 2
PRADERA DE FONTIBON
BOGOTA, D.C. - EL CHARCO II

Valor a pagar
$290.840
Pago oportuno
05 MAY /2026

Fecha suspensión
07 MAY/2026

Tu próxima lectura
20 MAY /2026

Periodo Facturado:
Del 20 MAR/2026 al 17 ABR/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 | Ruta Reparto: 1 3 16 307 4632 | Carga kW: 4,46 | Estrato: 2
Clase de servicio: Residencial | Subclase: Básica

Contáctanos | Puntos de atención Enel



- 315 890 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 el 123 línea nacional.

¿Cómo pagar tu factura?

Medios virtuales de pago

- APP banco
- Débito 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, dale!, tpaga

Red distrital RED CADE

Canales de servicio enel Colombia Una diversidad y Fortaleza

Corresponsales bancarios: Efecty



PIDE YA

Y CON TU

$12.000.000

LA TASA DE INTERÉS APLICABLE EN CASO DE MORA ES [illegible]

Te invitamos a actualizar datos en nuestros Puntos de Venta, consulta el más cercano en www.creditofalabellacolombia.com sección puntos de atención. Defensor Consumidor Financiero, Principal: José Guillermo Peña. Suplente: Camilo Andrés Gaviria. Contacto: Bogotá Av. Cra 19N 114-09 Of 502 Cuarto Piso, 8 p.m. días hábiles, (601)213-1322170, defensoriasic@pgabogados.com Mas info. www.creditofalabellacolombia.com

CÉDULA DEL CLIENTE: [illegible]

FECHA DE CORTE: 18/04/2026

CUPO TOTAL: $3.600.000

ESTADO DEL CRÉDITO: AL DÍA

CUPO DISPONIBLE: $2.973.598

CUPO DISPONIBLE AVANCES: $0

FECHA TRANSACCIÓN	No. TRANSACCIÓN	DESCRIPCIÓN	VALOR TRANSACCIÓN	CAPITAL	INTERÉS CORRIENTE	PAGO MÍNIMO MES	No. DE CUOTA	SALDO PENDIENTE POR FACTURAR	TASA INT. EFEC. ANUAL	TASA INT. CTE. VENCIDO	TIPO
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
		TOTAL									

INFORMACIÓN DE INTERÉS

Actualiza tus datos de tu producto para seguir disfrutando nuestros servicios y reforzar tu seguridad. Mantener tu información al día ayuda a prevenir fraudes y suplantaciones.
Realiza la actualización en nuestros puntos de venta

$35.190

$881.592

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: 14

900255003227665

NO Consecutivo

FECHA: 20/05/26

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Winnie

COLOR: Negro, Blanco y Cafe

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Mestizo EDAD: 1A PESO: 18 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria Catalina Rodriguez Cadena

DIRECCION: Cl 15 119A 40

TELEFONO: 3127499265

CEDULA: 1.019988.124

CORREO ELECTRÓNICO: Mariacatalina3115@gmail.com

BARRIO: Charco ESTRATO: 2 LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena Salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa DIC 2025

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa NR

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa ___ TRIPLE: dd/mm/aaaa ___ PENTAVALENTE: 04/06/25

HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa ___ PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa ___ RABIA: 13/07/25

FELINOS:

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 142 l/m | F. RESPIRATORIA: 38 r/m | TEMPERATURA: 37.5 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosada

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1.8 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1.8 ml	5-7mg/kg IV
		ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	ml	0.5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1.8 ml	20.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.72 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ___

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	RAFAEL ENRIQUE PERILLA A. MÉDICO VETERINARIO T.P. 16122	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	DIANA FLÓREZ CASTAÑEDA MÉDICA VETERINARIA T.P. 31994	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:
^ Catalina R.	^ 1071998124

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 1.019.988.124



Apellidos
RODRIGUEZ CADENA

Nombres
MARIA CATALINA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.61	F

Fecha de nacimiento
01 MAR 2008

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
01 MAR 2024, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expiración
24 MAR 2024

00
0420991842

REGISTRADOR NACIONAL

ICCOL0420990424150O1<<<<<<<<<<
0603010F3403244COL1019988124<2
RODRIGUEZ<CADENA<<MARIA<CATALI

FACTURA EN LÍNEA

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



Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Recaudo, Bancolombia, BBVA, Bancolombia, Nequi, dale

Puedes adicionalmente inscribirte a débito automático

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Bancolombia Colpatria
Corresponsales Banco Avvil

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Oficinas Superfinet
Macro, Jumbo, Éxito

Eficiencia energética

Atención preferencial
Ingresa a www.grupovanti.com
y conoce los puntos para agendar tu cita.

¡Hola!

ROSA ISABEL CADENA GAONA
CL 15 119A 40 B06 01 00013 - CHARCO
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5077161-1003906

Lote: P16GN Ruta: 001184008145000620O Codigo del Sector: 437

Cuenta o referencia de pago **64056655**

vanti

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:

vanti



Compra todo lo que quieras en nuestras tiendas aliadas.

$8 MILLONES

y productos para tu hogar.

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

exito

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

65644

Febrero 2026

84056855

Fechas importantes

1 — Pago oportuno: 10 Mar. 2026

2 — Fecha de suspensión: 11 Mar. 2026

3 — Periodo facturado: Ene. - Feb. 2026

4 — Emisión de tu factura: 24 Feb. 2026

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	17M3	2.947,43	0,00	50.106,31
MENOS SUBSIDIO (33%)	1UN	-16.670,37	0,00	-16.670,37
AJUSTE DECENA	1UN	4,06	0,00	4,06

1 - Total $33.440,00

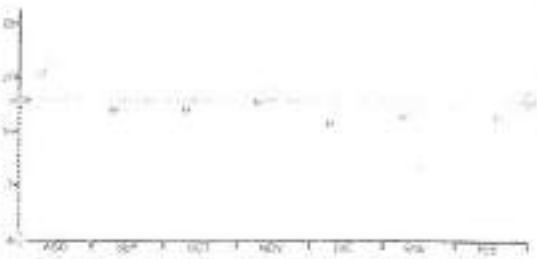
Tus financiaciones

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

$0,28

$33.439,72

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
21 Ene. 2026	7722	REAL
19 Feb. 2026	7744	REAL

7744 - 7722 * Factor de corrección = 17

Tu próxima lectura será: Entre 16 y el 21 de Marzo

Novedades de tu factura

Corte 2 2021-11

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de Historia Clínica: 15

900255003227674

NO Microchip:

FECHA: 20-05-2026

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Canela | COLOR: Amarillo-blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO__ | SEXO: HEMBRA X MACHO__ | RAZA: mestizo | EDAD: 6m | PESO: 12 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI__ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI__ NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI__ NO X | TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO__ CONCENTRADO X MIXTO__ OTRO__

ORIGEN: NS/NR__ RESCATADO__ COMPRADO__ ADOPTADO X REGALADO__ PERRO DE CUADRA__ OTRO__

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ana Guisela Triana Correa | DIRECCION: CL 23D No 112-03 | TELEFONO: 3223903365.

CEDULA: 52486008 | CORREO ELECTRÓNICO: anaguise223@gmail.com.

BARRIO: Versalles | ESTRATO: 0 | 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 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/04/2026

FELINOS:

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 144 l/m | F. RESPIRATORIA: 28 r/m | TEMPERATURA: 38.2°c | TLC 2 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1.2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1.2 ml.	5-7mg/kg IV
		/ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1.2 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,48 ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomía/Orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su 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	DIANA FLÓREZ CASTAÑEDA MÉDICA VETERINARIA T.P. 31994	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 antibulgas, 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:
Ana Isabella Triana Correa	52486008

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 52.486.008
TRIANA CORREA

APELLIDOS

ANA GUISELA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 15-OCT-1979
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

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

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

A-1500150-01004091-F-0052486008-20190220 0084847139A 2 9907405502

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 3806183399-9

enel Bogotá

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **0413424-7**

No. Medidor: **21518999**

¡Hola!

ANTONIA ISABEL MAHECHA VDA DE ARGUELLO
CL 23 D NO 112 03 00 IN 1
PISO 1
BOGOTA D.C. VERSALLES FONTIBON

Pago oportuno
06 ABR /2026

Fecha de suspensión
08 ABR/2026

Tu próxima lectura
16 ABR /2026

Estamos teniendo acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y su CONSUMO presenta una variación. Encuentra las posibles causas y tips de consumo en www.enel.com.co

Tipo de Lectura: Real | Ruta Lectura: 13 15 3rd 2021 | Carga kW: 6.67

Clase de servicio: Comercial | Subclase: Básica

Periodo Facturado:
Del 18 FEB/2026
Al 18 MAR/2026
29 días

13 15 336 1929

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

- 316 830 6000 (Línea Bot o Asesor)
- 601 5015 518
- Enel Colombia
- @EnelClientesCO
- www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
- Emergencias 115 Operador Claro. Gratuita las 24 horas.
- Registrate gratis: Zona privada de la página Web
- App Enel Clientes Colombia

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

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

Operador de aseo
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P.
Avenida Boyacá # 6 B - 20
Línea 115

Estafas a primera vista.

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

- Mensajes desde números no reconocidos.
- 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

Corresponsales bancarios

Red distrital **RED CADE**

Centro de servicio enel

Gaseosa Coca-Cola y Postobón

CORRED | Reval | MOVIRED

LA TARJETA CIUDAD



En la compra que siempre quisiste.

¡DISFRUTA EL BENEFICIO EN TU PRIMERA COMPRA!

ES MUY FÁCIL

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

Realizar 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

enel



$256.240 + $197.180 = $453.420

¿Comportamiento consumo

Estado de cuenta

¿Sabías que...?

Cálculo consumo de energía

Otros cobros asociados a energía

1 TOTAL ENERGÍA $256.240

Otros cobros de productos y servicios

2 TOTAL OTROS $0

Aseo CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P.

Número para cualquier consulta

Cuenta contrato 102432948

Documento equivalente electrónico No.

Período de facturación 19.02.2026 a 18.03.2026

Días Facturados 28

Datos usuario

Estado de cuenta

Concepto | Valor

$197.180

Mensajes de interés

INFORMATIVO DE LA DEUDA TOTAL: 197,180.00

Para pagos y consultas 04134247 Pago Oportuno Total a pagar $453.420

Powered 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: 16	MI: 900255003227663	FECHA: 20-05-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Jazle				COLOR: Dorado	
ESPECIE: CANINO X FELINO___ SEXO: HEMBRA X MACHO___	RAZA: mestizo	EDAD: 9 m	PESO: 17.3 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 X CONCENTRADO___ MIXTO___ OTRO___			

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Juan Diego Espitia Roa		DIRECCION: Kra 98A No 15A 80	TELEFONO: 3185717 82.
CEDULA: 79 730.476		CORREO ELECTRÓNICO: juanderzoa@gmail.com.	
BARRIO: Sabana	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: FONTIBON	
ESCOLARIDAD: NS/NR: profesional	TIPO DE VIVIENDA: CASA___ APTO X RURAL		

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACION: NS/NR:
01-2026	03-2026.	CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: 28/11/2025 HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: 01/12/2025 FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
140 l/m	32 r/m	38.2 °c	2 seg	Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1.7 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1.7 ml	5-7mg/kg IV
		___ ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1.7 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.68 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

En calidad de [Cirujano y/o Anestesiólogo], suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico 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	RAFAEL ENRIQUE PERILLA A. MÉDICO VETERINARIO T.P. 16122	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	DIANA FLÓREZ CASTAÑEDA MÉDICA VETERINARIA T.P. 31994	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 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 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:
	79.730.976

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 79.730.476
ESPITIA ROA
APELLIDOS
JUAN DIEGO
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 20-SEP-1977
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
27-DIC-1995 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-1500150-00186596-M-0079730476-20091016 0017179454A 1 1430513781
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: Q3 RUTA: Q33369

BIMESTRAL

11998740	42824422317
Cuenta contrato Núm. de identificación de este predio	**Número para pagos** Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

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

¡Hola!

Factura a nombre de
FIDUCIARIA DAVIVIEND FIDUCIARI

Dirección del predio
KR 98A 15A 80 TO 4 AP 301

Barrio: SABANA Localidad: FONTIBON

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso: Residencial
Estrato: 2
Unidades Habitacionales: 1
Unidades No Habitacionales: 0

Datos de tu medidor

Marca ITRON DE ACTARIS Tipo KELC01ST2
Serie A165804527 Diámetro pulgadas ½

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 07:12:18	ABR/06/2026 11:47:09

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

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

Llámanos 116 Acueducto

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

JUL-SEP	SEP-NOV	NOV-ENE		24.000	407
$151.915	$158.932	$105.726	CONSUMO		

En este periodo consumiste más agua que en el anterior

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este periodo	1588	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	1564	Base promedio	
Tu consumo este periodo	24	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizador	

Datos de tu medidor

Marca	IRON DE ACTARIS	Tipo	VELOCIDAD
Serie	A20539427	Diámetro pulgadas	½

Para reducir tu consumo, recuerda:

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

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

Utiliza [illegible] para [illegible] de [illegible]

Tu cobro en este periodo

Acueducto		Alcantarillado		Otros cobros
$67.453,56	+	$64.653,62	+	$26.383-
A		B		C O E F

Consulta el detalle de estos cobros en los tabs con otros de ahorro

Escanea y paga virtual

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

Total ingresos del período

= **Total a pagar** $105.726

Clave (Código Único de Servicio Electrónico): af0ec6961572a3cc28aa722740e0e1166d9613dcc03c3692367f96683a0ac8231e4a47766b9d4114870f7ca285539

Detalle de tu consumo este bimestre

A Acueducto

	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Aporte (+) o Subsidio (-)** Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$8.795,62	-40	$7.037-	$5.277,37	$10.554,74
Consumo residencial básico (m³)	22,00	$3.684,43	-40	$32.247-	$48.370,46	$48.370,46
Consumo residencial superior básico (m³)	2,00	$3.684,43		$0	$7.368,86	$7.368,86
Cargo fijo no residencial (mes)	-					
Consumo no residencial (m³)	-					
Subtotal				$69.284-	$61.016,69	$66.294,06

B Alcantarillado

	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Aporte (+) o Subsidio (-)** Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$4.033,05	-40	$3.226-	$2.580,58	$5.161,16
Consumo residencial básico (m³)	22,00	$2.895,08	-40	$25.437-	$38.925,78	$38.925,78
Consumo residencial superior básico (m³)	2,00	$2.895,08		$0	$5.790,16	$7.721,56
Cargo fijo no residencial (mes)	-					
Consumo no residencial (m³)	-					
Subtotal				$28.663-	$47.296,52	$51.808,50

* Corresponde a consumos de hasta 15m³ mensuales (22m³ cada estrato). **(+) Aporte: aplica para estratos 5, 6, comercial e industrial. (-) Subsidio: aplica para estratos 1, 2 o 3.
*** La tarifa se determina aportar del valor unitario del cargo fijo o del consumo. Si aplica un subsidio, se descuenta un %; si hay un aporte, se agrega un %.

Tasas ambientales

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

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m³)	$18,93	$54,24
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$418	$1.418

C Otros conceptos

Concepto	Valor
Faltante a la decena	$1
Descuento [illegible]	$26.384-
Subtotal	$26.383-

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 de asistencia o corresponsales no bancarios nuestros

Red CADE: Consulta direcciones y horarios de atención en nuestra página o en [illegible]

La DIAN ESPERA en los procedimientos siguientes: Papeles, Devolución, Balance, No. Recibo de Pago, Aporte Solidario (%)

ACUEDUCTO y Alcantarillado
Valor a pagar
$105.726

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DE SERVICIO PÚBLICO No.
Señor cajero: Si cancela después de la fecha aparecerá un cobro de reconexión; no lo cobre. Recuerde: El no pago se podrá efectuar en Bancos y las CADE, no podrá efectuarse en sus oficinas (recaudo bancario).

37223

Mi vida para ti

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

Asistencia de MASCOTAS

Consulta médico veterinario a domicilio
Auxilio para mascotas en caso de accidente
Orientación nutricional veterinaria telefónica
Traslado a consultorio veterinario
Servicio de enfermería
Servicio de hospitalización

@LosOlivosPropio



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 Inscripción: 17

NIC: 900255003227675

FECHA: 20-05-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Sacha

COLOR: Amarillo

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: mestizo EDAD: 13m PESO: 23 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Alicia Agray Benavides

DIRECCION: CL 22J No 114A 46

TELEFONO: 3215043357

CEDULA: 52 318007

CORREO ELECTRÓNICO: aliciaagray1973@outlook.com.

BARRIO: Versalles 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 03-2026

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: 32 r/m TEMPERATURA: 37,9°c TLLC 2 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	2,3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	2,3 ml.	5-7mg/kg IV
		___ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S. P. B.)	2,3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,92 ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ___

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomía/Orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su 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	DIANA FLÓREZ CASTAÑEDA MÉDICA VETERINARIA T.P. 31994	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 sera 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 manifiesto 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, se 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:
[signature]	52318007.

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

La paciente presenta lesiones dermatologicas en la region perioccular y peritoral.

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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


FECHA DE NACIMIENTO 25-OCT-1973
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.50
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
03-SEP-1992 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 52.318.007
AGRAY BENAVIDES
APELLIDOS
ALICIA
NOMBRES

FACTURA EN-LINEA



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

La Revisión Periódica Obligatoria de gas

Lleva el FÚTBOL a tu CASA

Si tu **Revisión Periódica Obligatoria de gas** vence en **abril de 2026**, agéndala comprando el plan mensual de **Vanti Max** y certifícate antes del **30 de abril**. Podrás recibir 1 mes de **DirecTV GO**.

Agenda tu revisión aquí:

$16.590

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, Bancolombia, Banco Falabella, Banco Pichincha, Banco Caja Social, Nequi, Davivienda, Daviplata, Ban100, dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies: Metro, Jumbo, Éxito

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

Eficiencia energética

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

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

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

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

¡Hola!

LUZ DARY ARIZA
CL 22J 114A 46 MO2 C03 01 - VERSALLES
BOGOTA

vanti
Más formas de ...

Medidor Gas No. 5007117-3374...

Lote: P13GN **Ruta:** 0011020197816005000 **Código del Sector:** 326

Cuenta o referencia de pago **62791316**

vanti Listo

Compra ...

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: $6.200.000



vanti Listo

Con **cupos** desde **$5'000.000** hasta **$12'000.000**

Activa tu cupo en grupovanti.com o **escaneando este código QR.**

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

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

Factura de gas

Abril 2026

Cuenta o referencia de pago **62791316**

BOGOTA

NIT: 800.097.613-5
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 May. 2026	08 May. 2026	Mar. - Abr. 2026	22 Abr. 2026

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. SIN SUBSIDIO	5M3	2.681,43	0,00	13.407,15
CONS. CON SUBSIDIO	20M3	3.066,46	0,00	61.329,20
MENOS SUBSIDIO (34%)	1UN	-21.103,38	0,00	-21.103,38
AJUSTE DECENA	1UN	-2,97	0,00	-2,97

1 – Total **$53.630,00**

Tus financiaciones

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

2 – Total **$0,00**

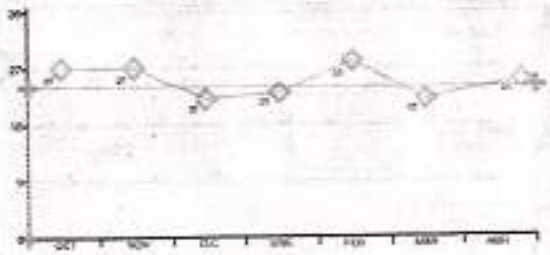
3 – Valor facturas vencidas **$0,00**

Total a pagar 1 + 2 + 3 **$53.630,0**

Pago por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial | Estrato/Cat.Dos | Días de consumo 34

Fecha	Lectura	Tipo
17 Mar. 2026	2977	REAL
19 Abr. 2026	3009	REAL

m³ corregido= 3009 - 2977 * Factor de corrección = 25

Tu próxima lectura será

Entre 13 y el 16 de Mayo

Novedades de tu factura

Cu/Vu $ 2681,43

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. 2027

La revisión de la instalación interna es la verificación segura y periódica en los puntos establecidos en la regulación vigente. *Resoluciones 059 de 2012 y 41395 de 2017

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $2581.

Ene. $2644 Feb. $2551 Mar. $2567

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

Componentes tarifarios

Gm: 1.228 13 | Tm: 577.69 | Dm: 606 12 | Cm: 0.0
Pb: 68.48 | Cvm: 0.0 | Cvfm: 0.0 | Cuvm: 0.0
Crm: 0.0 | Pcom: 42.475 | DALVR: 0.0 | DALVR: 0.0

kpie=Tu consumo en m³ de gas equivale: 286
kWh y el precio unitario del kWh es: $181.887

Factor de corrección

Vm: 32 | Kv: 0.70667 | Tc: 1.0047 | Pt: 0.77827
Vc: 25 | Tm: 14.21 | Te: 15.04 | Pc: 1.01008
Pm: 0.781 | Pm: 0.0054 | P pv: 1.0

Factor de corrección: 0.77827

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 | CEI: 0.0 | ID: 100.0 | PS: 100.0



(415)7709998026025(8020)62791316(3900)0000000053630

Factura pagada con Subsidio otorgado por Bogotá Mujer y Familias Cuidadoras según el Decreto Distrital 213 de 2023. Resolución No. 0000 del 01 de febrero de 2026 del Fondo de Solidaridad y Redistribución del Ingreso de Bogotá D.C. Fecha de asignación: 01/02/2026. Fecha de vencimiento: 28/02/2026. Para consultar el saldo ingresa a www.bogotamujerfamilias.gov.co

Factura pagada con Subsidio otorgado por Bogotá Mujer y Familias Cuidadoras según el Decreto Distrital 213 de 2023. Resolución No. 0000 del 01 de febrero de 2026 del Fondo de Solidaridad y Redistribución del Ingreso de Bogotá D.C. Fecha de asignación: 01/02/2026. Fecha de vencimiento: 28/02/2026. Para consultar el saldo ingresa a www.bogotamujerfamilias.gov.co

Factura pagada con Subsidio otorgado por Bogotá Mujer y Familias Cuidadoras según el Decreto Distrital 213 de 2023. Resolución No. 0000 del 01 de febrero de 2026 del Fondo de Solidaridad y Redistribución del Ingreso de Bogotá D.C. Fecha de asignación: 01/02/2026. Fecha de vencimiento: 28/02/2026. Para consultar el saldo ingresa a www.bogotamujerfamilias.gov.co

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC: (Número de historia clínica) 18 | MICROCHIP: 900255003230331 | FECHA: 20/05/26

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X ___ CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Canela | COLOR: Cafe

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: Mestizo | EDAD: 1año | PESO: 12,4 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: Dora Ines Ardila Florez | DIRECCION: KR 115B 17C 20 | TELEFONO: 3204862195

CEDULA: 1073152601 | CORREO ELECTRÓNICO: diardila2@gmail.com

BARRIO: Belen | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena Salud

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

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa ___ TRIPLE: dd/mm/aaaa ___ PENTAVALENTE: 04/02/2026

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

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno.

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 134 l/m | F. RESPIRATORIA: 32 r/m | TEMPERATURA: 38,2°c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: ROSADAS

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1.2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1.2 ml.	5-7mg/kg IV
		___ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1.2 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,48 ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ___

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindada 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 de los procedimientos prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	RAFAEL ENRIQUE PERILLA A. MÉDICO VETERINARIO T.P. 16122	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	DIANA FLÓREZ CASTAÑEDA MÉDICA VETERINARIA T.P. 31994	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 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:
Dora Ardila	1073152601

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
1.073.152.601
ARDILA FLOREZ
DORA INES


FECHA DE NACIMIENTO 02-ABR-1987
MADRID
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
14-ABR-2005 MADRID
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá-ESP
NIT 899 09 [illegible] - 1

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: S3 RUTA: S33698A

BIMESTRAL

12130427
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

10472011112
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

¡Hola!

Factura a nombre de
PEDRO JESUS CAMERO MURILLO

Dirección del predio
KR 115B 17C 20 PI 1-3

Barrio: **BELEN** Localidad: **FONTIBON**

Dirección de correspondencia

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

Datos de tu medidor
Marca FLODES CYELE Tipo VELOCIMETRO
Serie A145256054 Diámetro pulgadas ½

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 06:56:28	ABR/08/2026 11:37:03

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

Llámanos 116 Acueducto

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

cadena

13873 105127 51922

Tu consumo en este periodo

En los 3 periodos anteriores tu promedio de consumo fue 23m³



En este periodo consumiste más agua que en el anterior

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

En este periodo 25.000

Promedio al dia 417

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este periodo	1411	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	1388	Base promedio	
Tu consumo este periodo	23	Descargue fuente alterna	0
		Consumo totalizadora	

Datos de tu medidor

Marca	FLODYS CYM.S	Tipo	VELOCIMETRO
Serie	A145259054	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 los lavaros de ropa del hogar.

Tu cobro en este período



Acueducto
$94.520,99
A

\+



Alcantarillado
$90.491,60
B

\+

Otros cobros
$4
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** $185.020

CUDC (Código Único de Descuento Electrónico) 015a8f763f3843665a3ee9103c6e85558cc5ada8a8335db21f0b665a1f4ccfb5f07

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 (mes)	2,00	$8.795,62	-15	$2.939-	$5.328,24	$10.652,24	2,00	$4.656,05	-15	$1.397-	$3.957,64	$7.915,30
Consumo residencial básico (m³)	20,00	$3.656,43	-15	$10.747-	$2.514,77	$72.908,35	20,00	$3.865,09	-15	$11.573-	$2.283,08	$82.576,50
Consumo residencial suntuario (básico m³)	-					-	-					-
Cargo fijo residencial (mes)	-					-	-					-
Consumo no residencial (m³)	-					-	-					-
Subtotal				$10.685-		$94.520,99				$13.970-		$90.491,80

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

Tasas ambientales
Estos valores ya están incluidos en el consumo residencial básico y superior a básico, dos (2) de tasa

	Tasa Retributiva (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo basico ($/m³)	$28,82	$91,15
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$5,00
Total por consumo facturado	$671	$2.370

C Otros conceptos

Concepto	Valor
Saldo a favor	$4

D Cobros a terceros

Concepto	Valor

E Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo

Subtotal

F Saldos anteriores

Concepto	Valor

Subtotal $4

Deudas en estudio

Concepto	Valor

Subtotal

Pagos por la página web, app y billeteras

Para ajustes, reclamos o dudas acerca de conceptos financiados, comunícate con

Acueducto y Alcantarillado
Valor a Pagar
$185.020

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.
Solo se cobra: Si en el bimestre no se registra consumo, solo se cobra el componente fijo.
Recibo no Acueducto. (Este pago no podrá efectuarse en Bancos y Red CABE, no podrá efectuarse en ninguna oficina bancaria).

13873

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC: Número de Historia clínica: 19

MICROCHIP: 900255003230333

FECHA: 20/05/26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD / CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: DICSY

COLOR: Cafe

ESPECIE: CANINO X FELINO SEXO: HEMBRA X MACHO RAZA Cocker Spaniel EDAD 6 años PESO: 15. KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Gilber Isaac Diaz Valderrama

DIRECCION: CL 22F 115-40

TELEFONO: 3209821252

CEDULA: 80 0154156

CORREO ELECTRÓNICO: gilberisaac654@gmail.com

BARRIO: Versalles ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: Tecnico NS/NR:

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

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

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:	132 l/m	F. RESPIRATORIA:	28 r/m	TEMPERATURA:	38.3 °c	TLLC	2 seg	MUCOSAS:	Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: /

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la 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 TP 27701	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	DIANA FLÓREZ CASTAÑEDA MP CA MARIA	FIRMA

FONTIBÓN

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En plena 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:
	80015456

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 CIUDADANIA

NUMERO 80.015.456
DIAZ VALDERRAMA

APELLIDOS
GILBER ISAAC

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 16-DIC-1981
CC SAN NICOLAS
SAN JUAN DE RIOSECO (CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.71 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

11-ENE-2000 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
ALBERTO HOLGUIN



A-1500150-0131824 9-M-0080015456-20220928 0084756558A 2 4505139498

¡Hola!

JOSE AUGUSTO ARDILA
CL 22F 115 40 01 - VERSALLES
BOGOTA

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

Medidor Gas No. 5097197-103853

Lote: P13GN **Ruta:** 0011020184340005100 **Código del Sector:** 326

Cuenta o referencia de pago **60983782**

vanti Listo

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



vanti Listo

Continúa construyendo la casa que soñaste

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

hasta de $20.000.000

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

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

Línea gratuita 01 8000 942 704
Bogotá (601) 307 8121
Bucaramanga (607) 685 4755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin ir

Línea de WhatsApp 315

Mi Vanti en la
https://oficinavir

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

C1

Factura de gas | Marzo 2025

Cuenta o referencia de pago | 60983782

vanti

Fechas importantes

1 Pago oportuno: 07 Abr. 2026

2 Fecha de suspensión: 08 Abr. 2026

3 Periodo facturado: Feb. - Mar. 2026

4 Emisión de tu factura: 19 Mar. 2026

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	43M3	2.366,89	0,00	110.363,27
FIJO	1UN	4.230,00	0,00	4.230,00
AJUSTE DECENA	1UN	-3,27	0,00	-3,27

1 – Total $114.590,00

Tus financiaciones

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

2 – Total $0,00

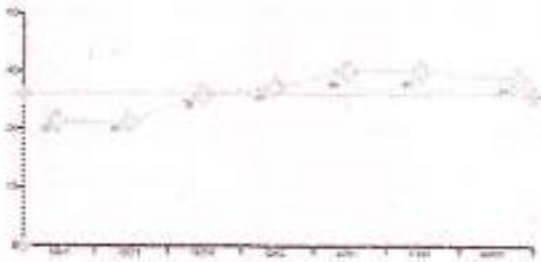
3 – Valor facturas vencidas $0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3 $114.590,0

Paga por

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	9353	REAL
17 Mar. 2026	9409	REAL

m³ consumidos= 9409 - 9353 * Factor de corrección = 43

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

31 Ene. 2030

La realización de la revisión periódica obligatoria es responsabilidad del usuario y debe realizarse en una fecha máxima indicada en la factura o los siguientes [illegible]

Agendá ya tu RPO aquí

Tarifas

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

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

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

Componentes tarifarios

Cm: 1330,54 Tm: 561,5 Dm: 680,23 Cb: 2564,58

Pc: 64,87 Cuc: 0,6 Cvfc: 43,49 Cuac: 2182,49

Cmc: 0,0 Tgas: 42,475 DMCR: 4,0 DMCRN: 0,0

$/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: $40

kWh y el m³ de gas equivale a 11,0 kWh a: $269,0/m³

Factor de corrección

Vm: 26 Kf: 0 Fijo Pt: 1 Estac. Pc: 0,7717

Vc: 43 Tm: 14,85 Te: 15,56 Pz: 1,01900

Pc: 0,762 Pm: 0,9294 P pc: 1,0

Factor de corrección: 0,7717

Indicadores de calidad

SDI: 150,9 CDS: 0,0 Cl: 100,0 IRS: 100,0



(415)7709998026025(8320)60983782(3900)0000000114590