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: 20 | MICROCHIP: 900255003230337 | FECHA: 20/05/26

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA: Y | COMUNIDAD: X | CALLE:

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Simon | COLOR: Amarillo

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ | SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 1 año | PESO: 17.9 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Monica Marcela Neiza Nepa | DIRECCION: CL 17c 134--70 | TELEFONO: 3502191410

CEDULA: 52901243 | CORREO ELECTRÓNICO: monicaneiza@hotmail.com

BARRIO: Puente Grande | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NA | ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: Marzo 26.

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

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

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

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: 38.1 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosadas

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 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: paros respiratorios o cardíacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de 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:
Mónica Neira Neira	52.901.243

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.901.243
NEIZA NEIZA
APELLIDOS
MONICA MARCELA
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 07-JUL-1981
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
13-MAY-2002 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
A-1500100-00265449-F-0052901243-20110325 0026270276A 1

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 3922207S3-4

enel Bogotá

Para pagos y consultas tu numero de cliente es: 1727469-0

No. Medidor: 19312711

28659

No. Cuenta 1727469-0 28659 Página 1 de 4

¡Hola!

OSCAR CAYCEDO
CL 17 C NO 134 70 MZ J CA 22
VILLA ANDREA MZ J CA 22
BOGOTA, D.C. - PUENTE GRANDE

¡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 16 382 0381 | Carga kW: 2,00 | Estrato: 2
Clase de servicio: Residencial | Subclase: Básica

Valor a pagar
$1.360.520
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

Contáctanos | Puntos de atención Enel



- 316 690 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.
- Registrate 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

Red distrital RED CADE

Centro de servicio enel

Corresponsales bancarios

CONRED · efecty · Red Multicolor · Reval · 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 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 comercialización de gas combustible. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

Con
LA TARJETA DE LA CIUDAD

TIENES 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 INTERÉS Y A UNA SOLA CUOTA.

20% de descuento por 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!

Solicítalas en los puntos Crédito Fácil CODENSA

Conócelas escaneando el QR

Total energía $394.469 + Otros productos $845.881 + Total aseo $120.170 = $1.360.520

Comportamiento consumo



Estado de cuenta

Consumo mes actual	530 kWh
Consumo promedio	488 kWh
Valor kWh aplicado	$824,59
Consumo diario	19,28 kWh
Valor diario	$13.602

¿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 + Restricciones + Costo Fijo = Costo kWh Mes
$294,11 $57,65 $207,05 $85,85 $63,19 $28,88 $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: 1727469-0

	Lectura actual	Lectura anterior	Diferencia de lecturas	Factor	Energía consumida kWh	Energía facturada kWh	Valor unitario	Valor facturado
ENERGÍA ACTIVA PP	11.997	11.467	530	1	530	530	$824,59	$437.030
ENERGÍA REACTIVA	0	0	0	1	0	0	$287,65	$0

Subsidio Cons. a subsidiar: 130,00 kWh X Valor kWh $824,5904 X Beneficio -39,71 % -$42.563

ESTIMADO CLIENTE: El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (0 – 130 kWh/mes) es de -39,71 % $394.467

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena $2
SUBTOTAL: $2

1 TOTAL ENERGÍA $394.469

Otros cobros de productos y servicios

Préstamo Personal Xxl $588.838
Tarjeta Crédito Amarilla $257.223

2 TOTAL OTROS $845.881

Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $109.180

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

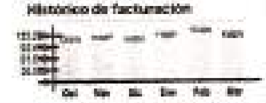
Aseo — CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P. — NIT 830048122-9

Número para cualquier consulta

Cuenta contrato: 11221674
Documento equivalente electrónico No. 3922307854
Periodo de facturación: 19.03.2026 a 18.04.2026
Días liquidados: 31

Costos para tarifas

Histórico de facturación



Toneladas por suscriptor

Datos usuario

Volumen	0,0000	Estrato:	2
Densidad		FREC. Recolección:	3
% Participación	0%	FREC. Barrido:	2

Tipo productor: Residencial

Unidades	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	1	0
No Residenciales	0	0

Estado de cuenta

Concepto / Valor
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL
ASEO - AJUSTE A LA DECENA CRED

Meses en mora: 0

3 TOTAL ASEO $120.170

Mensajes de interés
INFORMATIVO DEUDA TOTAL: 120.170,00

Calidad del Servicio

Para pagos y consultas tu número de cliente es: 1727469-0
Pago Oportuno 05 MAY 2026
Total a pagar $1.360.520

Documento electrónico

FECHA GENERACIÓN FECHA EXPEDICIÓN

(415)7707209914263(8020)01172746903922307854(3900)000001360520

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: 21

900255003230821

NO: radicp

FECHA: 20.05.26

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA X | COMUNIDAD | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Mortadela | COLOR: Barcino.

ESPECIE: CANINO X FELINO | SEXO: HEMBRA | MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 4A | PESO: 19,9 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI | NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI | NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

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

CEDULA: 1015999812. | CORREO ELECTRÓNICO: 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: NA

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: NR

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

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

FELINOS:

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 148 l/m | F. RESPIRATORIA: 32 r/m | TEMPERATURA: 37,9°c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES:

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

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 cocos 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 autorico 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.

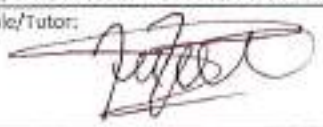
En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

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 Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilicación y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

Paciente con 3x rondas caninas reportadas por una de ellas por cuanto en su cachorrino según lo reportado por el propio

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.015.999.812
MARTINEZ CAMACHO
APELLIDOS
INGRID CAROLINA
NOMBRES
Ingrid Martinez.
FIRMA



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

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): 22

MICROCHIP: 900255003230326

FECHA: 20/05/26

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA X ___ COMUNIDAD ___ CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Max

COLOR: Cafe

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 2 años PESO: 25 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: Monica Marcela Neira Neira

DIRECCION: CL 17c 134-70

TELEFONO: 3502191410

CEDULA: 52901243

CORREO ELECTRÓNICO: monicaneira07@hotmail.com

BARRIO: Puente Grande

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR: ___

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud

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

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

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

HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa ___ PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa ___ RABIA: dd/mm/aaaa Mar 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: 142 l/m | F. RESPIRATORIA: 38 r/m | TEMPERATURA: 37.9 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	2.5 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	2.5 ml.	5-7mg/kg IV
		ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	2.5 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	1.0 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

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:
Mónica Nieva Nieva	52.901.243.

Yo,_____identificado con CC. No_____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

Nombre del responsable/Tenedor:	CC	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.901.243
NEIZA NEIZA
APELLIDOS
MONICA MARCELA
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 07-JUL-1961
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
10-MAY-2002 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 3922330765-4

enel Bogotá

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **1727469-0**

No. Medidor: **19312711**

28659

¡Hola!

OSCAR CAYCEDO
CL 17 C NO 134 70 MZ J CA 22
VILLA ANDREA MZ J CA 22
BOGOTA, D.C. - PUENTE GRANDE

Valor a pagar	**$1.360.520**
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 de energía se encuentra dentro de lo habitual!

Tipo de Lectura: Real **Ruta Reparto:** 1 3 16 362 9381 **Carga kW:** 2,00 **Estrato:** 2
Clase de servicio: Residencial **Subclase:** Básica

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.
- Registrate 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 dale! Ipago

Red distrital **RED CADE**

Centro de servicio enel

Corresponsales bancarios

CONRED efecti Reval 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 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 comercialización de gas combustible. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

LA TARJETA DE LA CIUDAD

TIENES 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 INTERÉS Y A UNA SOLA CUOTA.

20% de descuento
por 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 en los puntos Crédito Fácil CODENSA

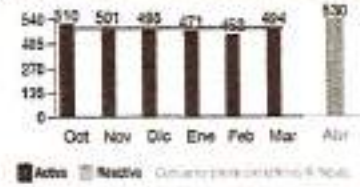
Conócelos escaneando el QR

No. Cuenta 1727469-0 28659 8.501 - Página 2 de 4

CUDE: ae3d5663a15e5f65fc0f8d6d5d0c6016e6f6fe1f63c7fd666e5c4fe1a8f4b5c5967f4207d1d8c6ce1758d3fe81ea5733d9e27e

$394.469	$845.881	$120.170	$1.360.520

Comportamiento consumo



Estado de cuenta

Consumo energía activa	530 kWh
Consumo energía reactiva	488 kWh
Valor kWh aplicado	$824,59
Consumo diario promedio	19,26 kWh
Valor diario promedio	$13.602

¿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	$67,65	$297,00	$63,85	$63,19
Restricciones +	**Costo Fijo +**	**Costo kWh Mes**		
$36,86	$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: 1727469-0

	Lectura actual -	Lectura anterior =	Diferencia de lectura x	Factor =	Energía consumida kWh	Energía facturada kWh	x Valor unitario	= Valor facturado
ENERGIA ACTIVA FP	11.957	11.457	500	1	530	530	$824,59	$437.030
ENERGÍA REACTIVA	0	0	0	0	0	0	$297,00	$0
Subsidio	Cons. a subsidiar 130,00 kWh	X	Valor kWh $824,5854	X	Beneficio -35,71 %			-$42.583
ESTIMADO CLIENTE: El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (0 - 130 kWh/mes) es de -35,71 %								$394.447

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$3
SUBTOTAL:	$3
1 TOTAL ENERGÍA	**$394.469**

Otros cobros de productos y servicios

Previsora Seguros Incl.	$588.666
Tarjeta Crédito Fácil Cli	$257.225
2 TOTAL OTROS	**$845.881**

Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $169.769

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

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

NIT 830048122-6

Número para cualquier consulta Ciudad Limpia

Cuenta contrato 11221674

Documento equivalente electrónico No. 392230785-4

Periodo de facturación 19.03.2026 a 18.04.2026

Ajuste no facturado 0%
Aporte solidario a Subsidios 0%
40%

Días liquidados 31

Datos usuario

Volumen	0,0000	Estrato:	2
Densidad		FREC. Recolección:	3
% Participación	0%	FREC. Barrido:	3

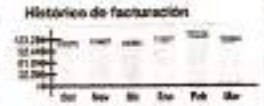
Tipo productor: Residencial

Unidades	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	5	0
No Residenciales	0	0

Costos para tarifas

$112.906,60	$58.262,69	$167.720,47

Histórico de facturación



Toneladas por suscriptor

Barrido	0,00058015
Limpieza urbana	0,00058011
Rechazo del aprovechamiento	0,00001113
Efectivamente aprovechado	0,00254200
Residuos no aprovechables	0,03
Materia no aprovechable	0,00

Estado de cuenta

Concepto	Valor
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$200.201
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-80.100
ASEO - AJUSTE A LA DECENA (DEC)	$-5

Meses en mora 0

3 TOTAL ASEO: $120.170

Mensajes de interés

INFORMATIVO DEUDA TOTAL: 120.170,00

GRUPO: 11 CIRCUITO: 8001-02 RUTA(S): - - NIVEL DE TENSIÓN: PRIMARIA Empresa

Calidad del Servicio

Duración interrupciones (minutos)		Frecuencia interrupciones (# veces)	
DMSI: 11,57	Límite: 11	FMSI: 13,00	IRT: 201,75
DMI: 4,33	MD: 0,00	FMI: 14,00	CP: 463,30000
DMAN: 0,00	VD: 0,00	FMAN: 0,00	MD: 0,00
TMI: 6,77	EMD: 4,04	TMO: 0,00	MP: 1,00
			%I: 0,00
CD: 2016/07/01		PERIODO: 202602	

Documento electrónico

Para pagos y consultas tu número de cliente es: 1727469-0

Pago Oportuno 05 MAY 2026

Total a pagar $1.360.520

(415)7707209014253(8020)011727469080203076642(3900)000001360520

FECHA GENERACIÓN

FECHA EXPEDICIÓN

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: 23

900255003230465 NO. DOCTO

FECHA: 20·05·26

ORIGEN: CES ____ PROTECCIONISTA X COMUNIDAD ____ CALLE ____

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Dinky | COLOR: Negro

ESPECIE: CANINO X FELINO ____ SEXO: HEMBRA ____ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 1A | PESO: 6,5 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ____ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

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

CEDULA: 1015999812. | CORREO ELECTRÓNICO: tachetesama6@gmail.com.

BARRIO: atanzalpa | ESTRATO: 0 | LOCALIDAD: FONTIBON

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

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NA

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: NR

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

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

FELINOS:

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA	F. RESPIRATORIA	TEMPERATURA	TLLC	MUCOSAS
138 l/m	24 r/m	37,8c	2 seg	Rosadas

OBSERVACIONES: ____

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: ____

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	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 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:
	10 1899812

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. RAZÓN:

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.015.999.812
MARTINEZ CAMACHO
APELLIDOS
INGRID CAROLINA
NOMBRES
Ingrid Martinez
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 18-JUL-1995
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62 A- F
ESTATURA G.S. RH SEXO
18-ENE-2013 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1500150-01047175-F-1015999812-20180129 0093203670A 1 8900401750

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: 24

M 900255003230325

FECHA: 20-05-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Docky. COLOR: Caramelo.

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA Pinscher EDAD 18m PESO: 2.5 kg RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Sandra Viviana Sarabia Gomez

DIRECCION: CL 22D BIS A No 118 A 26

TELEFONO: 3153444063.

CEDULA: 1.015.992.633

CORREO ELECTRÓNICO: sandi17o5@hotmail.com.

BARRIO: Brisas ESTRATO: 2 LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Universidad

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

En buen estado de salud

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

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: 12-2025.

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

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

HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/07/2025.

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

CLASIFICACIÓN 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 38.2 °c TLLC 2seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.3 ml.	5-7mg/kg IV
		ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.12 ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	RAFAEL ENRIQUE PERILLA A. MÉDICO VETERINARIO T.P. 16122	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	DIANA FLÓREZ CASTAÑEDA MÉDICA VETERINARIA T.P. 3194	FIRMA

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de 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:
	1015992633

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.015.992.633
SANABRIA GOMEZ
SANDRA VIVIANA


FECHA DE NACIMIENTO 25-FEB-1986
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.56
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
25-FEB-2004 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

enel Hogares

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 302075603-6

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **0410793-7**

No. Medidor: **25093102**

¡Hola!

MARCOS SANABRIA G
CL 22 D BIS A NO 116 A 26
LA ALDEA
BOGOTA, D.C. - BRISAS ALDEA-FONTIBON

Valor a pagar	**$284.330**
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** 28 días

¡Ahora puedes acceder a la LECTURA DE TU MEDIDOR y CONSUMO de energía en nuestra página web!

Tipo de Lectura: Real Clase de servicio: Residencial **Ruta Reparto: 1 3 15 321 9346** Subclase: Bajos **Carga kW: 9,00 Estrato: 2**

Contáctanos | Puntos de atención Enel



316 890 6003 (Elena Bot o Asesor)
Enel Colombia
601 5115 115
@EnelClientesCO
Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/radicaciones
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

Recomendaciones 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 física: RED CADE

Centro de servicio enel

Corresponsales bancarios

CONRED · efecty · Reval · efecty · MOVIRED

49925

49925

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: 25

900255003227664

NO: ____

FECHA: 20/05/26

ORIGEN: CES ____ PROTECCIONISTA ____ COMUNIDAD X CALLE ____

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Rocky

COLOR: Negro Fuego.

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

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ____ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Liz Marina Renteria Yanes

DIRECCION: Cl 22H 114 A 61.

TELEFONO: 3123019666.

CEDULA: 30.648.005

CORREO ELECTRÓNICO: 3123019666@sincorreo.com

BARRIO: Versalles ESTRATO: 3 LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller.

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ____ RURAL ____

3. ANAMNESIS

Buena Salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NA

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: ____

CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa ____ TRIPLE: dd/mm/aaaa ____ PENTAVALENTE: 29/10/25

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

FELINOS:

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

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 142 l/m F. RESPIRATORIA: 32 r/m TEMPERATURA: 38,2°c TLLC 2 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES:

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

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. 11994	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: tos; paros respiratorios o cardíacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como: inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de: cremas, 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:
+ Jurmanivo Renteria Yanes	+ 30.608.005 Sincé

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 30.648.005
RENTERIA YANES
APELLIDOS
LUZ MARINA
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 05-ABR-1960
LORICA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO
31-MAR-1981 LORICA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
0013611588 1

Pagado 2 Mayo 26

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 3020720811-8

enel

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **4573283-0**

No. Medidor: **166803**

¡Hola!

SILVESTRE CAMACHO OLARTE
CL 22 H NO 114 A 61 PI 2
PISO 2
BOGOTA, D.C. - VERSALLES FONTIBON

Valor a pagar	$198.000
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

Tipo de Lectura: Real
Clase de servicio: Residencial

Ruta Reparto: 1 3 15 334 7397 Carga kW: 3,00 Estrato: 3
Subclase: Básica

Contáctanos | Puntos de atención Enel



316 890 6003 (Elena Bot o Asesor)
Enel Colombia

601 5115 115
@EnelClientesCO

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

Emergencias 125
Operador Claro
Gratuito las 24 horas

Registro en la
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.

Recibe tu 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.

¿Como pagar tu factura?

Medios virtuales de pago

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

Código QR para pagar por PSE

Almacenes de cadena

Billetera virtual: Nequi, Movii, dale, Tpaga

Red física: RED CADE

Centro de recaudo: enel

Corresponsales bancarios: Corresponsal, Efecty, Reval



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 800.063.179-0 hace parte del Grupo Enel y actúa como comercializador de servicio de comercialización, distribución y generación de energía eléctrica, comercializador de gas combustible (virtual) vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.



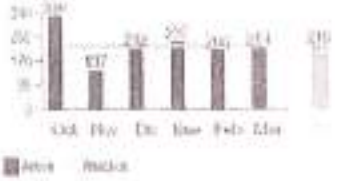
PIDE YA

Y CON YU

$12.000.000

¿NO NECESITAS EXPERIENCIA CREDITICIA?





216 kWh

223 kWh

$824.59

7.52 kWh

55.844

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 +
$394,11	$87,83	$307,85	$83,83	$65,15
Restricciones +	Costo Fijo +	Costo kWh filter		
$23,00	$0,00	$824,59		

Vigencia: 03/2026

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

40/3283-0

ENERGÍA ACTIVA PP	55.287	48.199	216	1	216	216	$824,59	$178.783
ENERGÍA REACTIVA	0	0	0	0	0	0	$787,65	$0

Subsidio: Cons. ≤ subsidio: 130 kWh-Mes x $ 103.000,2824 x Subsidio = 0,00 = $ 0

ESTRATO CLIENTE: El porcentaje de subsidio para el estrato de subsistencia (0 – 130 kWh-Mes) es de 15,00 %.

$163.680

SUBTOTAL

$0

Tan sin 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 casos publicados en el pliego tarifario, el valor por concepto de reconexión es hasta de $109.160.

Informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones dentro del DOCUMENTO en la fecha de PAGO OPORTUNO, estas generan un valor por concepto de mora y cobro por gastos de cobranza de 1,5 veces sobre 15 días y el interés máximo de cobro.

$34.320

Número para cualquier consulta

Cuenta contrato: 70227181

Documento equivalente electrónico No.: 202078511-8

Periodo de facturación: 10.03.2026 a 18.04.2026

Días liquidados

Datos usuario

Volumen		Estrato	3
Deuda $		FREC. Reconexión	5
% Participación	%	FREC. Barrido	5

Tipo predio(s): Residencial

Unidades	Ocupados	Desocupados
Residenciales	1	0
No Residenciales	0	0

Costos para tarifas

Histórico de facturación

Estado de cuenta

Concepto	Valor
ABO. SALDO A FAVOR	$0
AJU. AJUSTE A LA DECENA	$0

Servicios por suscripción

Cargo	$ 0,0000000
Compensación	$ 0,0000000
Factor de aprovechamiento	$ 0,0000000
Restricción aplicada	$ 0,0000000
Aforo aplicado	0,00
Aforo aplicado	0,00

Mensajes de interés

INFORMATIVO DEUDA TOTAL 34.320,00

Documento electrónico

$20048123 0

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLINICA HC - Número de historia clínica: 26

MICRO: 900255003230479

FECHA: 20-05-2026

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Apolo | COLOR: Cafe - blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | RAZA: Pitbull | EDAD: 18m | PESO: 28.1 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 ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Martha Isabel Juez Salazar | DIRECCION: Kra 114 No 22 I 22 | TELEFONO: 3059101908

CEDULA: 39.752.515. | CORREO ELECTRÓNICO: marthajuezg9@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.A

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 BORDETELA: 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: 136 l/m | F. RESPIRATORIA: 28 r/m | TEMPERATURA: 37,6 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	2.8 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	2.8 ml	5-7mg/kg IV
		ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	2.8 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	1.12 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

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

FONTIBÓN

II. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
Martha Isabel Ipz S	39752575

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
NUM. 39752515

APELLIDOS
JUEZ SALAZAR

NOMBRES
MARTHA ISABEL





FECHA DE NACIMIENTO 17-MAR-1969
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.53 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
18-JUL-1987 FONTIBON
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
VAN DUQUE ESCOBAR
INDICE DERECHO

A-15001094508498B3-F-00397525 15-20010420 00509 01 06 0A 02 - 0034784 56

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 385094823-0

enel | Bogotá

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: 03 MAR/2026

Fecha de suspensión: 05 MAR/2026

Tu próxima lectura: 11 MAR/2026

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

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

Tipo de Lectura: Real | Ruta Lectura: 1 3 15 310 0350 | Carga kW: 3,00 | Estrato: 3

Clase de servicio: Residencial | Subclase: Básica

1 3 15 336 8420

5036

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

1 DE 2 - Página 1 de 2

Contáctenos | Puntos de atención Enel

318 890 0303 (Línea Bot o Asesor)
601 5616 199
Enel Colombia
@EnelClientesCO
www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
Energuardias 115 Operador Chec 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 de atención
CAMACOL FERIA BOGOTÁ S.A. E.S.P.
Avenida Boyacá # 6B - 20
Línea 110

Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

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

Repórtalo de forma anónima al 601 514 0000, opción 2 o a través de nuestra página web enel.com.co



¿Cómo pagar tu factura?

Medios virtuales de pago

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

Código QR para pagar por PSE

Almacenes de cadena

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

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



Con
LA TARJETA DE LA CIUDAD
Crédito Fácil CODENSA

RECIBE UN 20% DE DESCUENTO EN TU PRIMERA COMPRA

Es muy fácil, solo debes:

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

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

Plazo mínimo de compra 6 meses.

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

Benefíciate ya en los principales almacenes de cadena!

Escanea este QR para más información.

Total energía $152.120 + Total aseo $105.580 =

Comportamiento consumo

	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb

Estado de cuenta

Consumo mes actual: 225 kWh

Valor kWh aplicado: $740,25

Consumo diario: 7,26 kWh

Valor diario: $5.046

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:

Cálculo consumo de energía Este mes la energía que disfrutaste, te costó $5.046 diarios

ENERGIA ACTIVA				1			$740,25	
ENERGIA REACTIVA	0	0		0				$0

$152.131

Otros cobros asociados a energía

Ajuste a la decena

SUBTOTAL

TOTAL ENERGÍA $152.120

Otros cobros de productos y servicios

$0

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

830048122-9

Número para cualquier consulta

Ciudad Limpia

Cuenta contrato: 10321280

Documento equivalente electrónico No. 385094823-9

Periodo de facturación: 19.01.2026 a 18.02.2026

Días liquidados

Costos para tarifas

Histórico de facturación

	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene

Toneladas por suscriptor

Barrido:

Limpieza urbana:

Residuos del aprovechamiento:

Efectivamente aprovechados:

Residuos no aprovechables: 0.08

Datos usuario

Volumen:		Estrato:	3
Densidad:		FREC. Recolección:	3
% Participación	0%	FREC. Barrido	3

Tipo productor: Residencial

Unidades	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	3	0
No Residenciales	0	0

Estado de cuenta

Concepto	Valor
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	
ASEO - AJUSTE A LA DECENA	
ASEO - INTERESES POR MORA	

Meses en mora: 0

$105.580

Mensajes de interés

INFORMATIVO DEUDA TOTAL: 105,580.00

Calidad del Servicio

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLINICA HC - Número de Historia Clínica: 27

MICROCHIP: 900255003230255

FECHA: 20/05/26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: ÑOÑO

COLOR: Dorado

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 2A PESO: 21. KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Angel Augusto Moreno Leon

DIRECCION: C12OB #110A55

TELEFONO: 3208705437

CEDULA: 79119024

CORREO ELECTRÓNICO: 3208705437@sinoreo.com

BARRIO: Belen

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa NA

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa NOV 2025

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 146 l/m F. RESPIRATORIA: 34 r/m TEMPERATURA: 39.2 °c TLLC 2 seg MUCOSAS: Rosado S

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	2.1 mL	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	2.1 mL	5-7mg/kg IV
		mL	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	mL	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	2.1 mL	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.84 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 de anestesia 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

II. 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: 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:
Angel A. Moreno León	79119024

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 **79.119.024**

MORENO LEON

APELLIDOS

ANGEL AUGUSTO

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **09-OCT-1961**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

15-NOV-1979 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-1500150-00295191-M-0079119024-20110420 0025760002A 1 1111294579

DOCUMENTO EQUIVALENT

enel

No. Medidor:

¡Hola!

ANGEL AUGUSTO MORENO LEON
CL 20 B NO 110 A 55
FONTIBON SATURNO
BOGOTA, D.C. - BELA.N 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 17 316 0639 **Carga kW:** 3,26 **Estrato:** 3
Clase de servicio: Residencial | Subclase: Básica

Contáctenos | Puntos de atención Enel



- 316 890 6003 (Elena Bot o Asesor)
- 601 5115 115
- Trámites y s enel.com.co
- Enel Colombia
- @EnelClientesCO
- Chat de ser
- Emergencias 115 Operador Claro Gratuito las 24 horas.
- Regístrate gratis Zona privada de la página Web
- App Enel Clientes Colombia

Operador de aseo

Avenida Boyacá # 6 B - 20

Línea 310

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 habituales de pago

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

Otros medios de pago

Neque · dale · Red Cable

Con aplicación beneficio

efácil · Red

CORRESPONSAL BANCARIO
DAVIBANK

Puntored no te cobra por esta transaccion

Pago de Facturas Davibank

TRANSACCIÓN EXITOSA

Fecha	2026-05-12
Hora	13:22.06
Punto de Venta	235196
Numero de aprobacion UNC	142705
Tipo de transaccion	Recaudo
ID Transaccion Puntored	1439582159
Codigo del Convenio	12311
Nombre del Convenio	RECAUDO EAAY VENCIDO Y SO VENCIDO - 0211
Referencia del Pago	04097663
Valor Pago	$252.960

Linea de atencion

Redeban.

09 Estado de cuenta

¿Sabías qué...?

243	Consumo mes actual	243 kWh
	Consumo promedio	211 kWh
	Valor kWh aplicado	$824,59
Alto	Consumo (kWh)	7,84 kWh
	Valor diario	$5.945

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 +
$204,11	$57,63	$297,95	$63,65	$63,69
Restricciones +	Costo Fijo +	Costo kWh Mes		
$36,00	$0,00	$824,59		

Vigencia: MAR2026

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

Tipo | Identificador factura | 0409766-3

Inicial +	Diferencia de lecturas	x Factor =	Energía consumida kWh	Energía facturada kWh	x Valor unitario	= Valor facturado
M	243	1	243	243	$824,59	$200.374
	0	0	0	0	$297,95	$0
Valor kWh $824,5894	X	Recibos: 15,00 %				$14.070
Consumo de subsistencia (0 - 130 kWh mes) a de -15,00 %						$184.265

Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN después de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los cortes publicados en el pliego tarifario el costo por corrección de lecturas en ruta es **$109.160**

Informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones, Codensa S.A. E.S.P. CODENSA en la factura de PAGO OPORTUNO, estará enfocada en Perla, 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.

$0

L300

8300491229

Ciudad Limpia

Número para cualquier consulta

Cuenta contrato 10154363

Documento equivalente electrónico No. 382300003-8

Periodo de facturación 19.03.2026 a 18.04.2026

Aporte normal (tarifa) 0%
Aporte especial 0%
Subsidio 15%

Días liquidados 30

Datos usuario

Volumen	0.0000	Estrato	3
Densidad		FREC. Recolección	3
% Participación	0%	FREC. Barrido	3

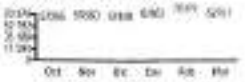
Tipo productor: Residencial

Unidades	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	3	0
No Residenciales	0	0

Costos para tarifas

Costo Unitario $/kWh	Costo Unitario $/kWh	Costo Unitario $/kWh
$ 824,59	$ 824,59	$ 824,59

Histórico de facturación



Sanciones por suscriptor

Barrido	0.0025516
Limpieza urbana	0.0036511
Recibidos del aprovechamiento	0.0061113
Distribuidos de aprovechados	0.0023200
Residuos no aprovechables	0.00
Aforo no aprovechable	0.00

Estado de cuenta

Concepto	Valor
ASEO - SERVICIO ORDINARIO	$68.160
ASEO - SUBSIDIO/CONTRIBUCIÓN	$ 12.110
ASEO - INTERES POR MORA	$ 0

Meses en mora 0

$68.660

Mensajes de interés

INFORMATIVO DE UDA TOTAL: 65.600.00

GRUPO 11 CARGOS FIJOS CONSTANTES - PERIODO DE FACTURACIÓN PROPUESTO (promedio)
Cantidad del Servicio
Duración de suspensiones (Horas)
Frecuencia interrupciones (Cuenta)

Documento electrónico

Pago Oportuno

(415)7707208814253(8020)010409766303923803003(3900)000000252960

ESTADO OPERACIÓN
FECHA APROBACIÓN

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de Historia Clínica: 28

900255003227666

NO: No.No

FECHA: 20/05/26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Coquito

COLOR: Blanco, negro y cafe

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X

RAZA: Pinsher

EDAD: 9M

PESO: 1,8 KG

RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Nelly Perdomo Fernandez

DIRECCION: CL 20 112-33.

TELEFONO: 3132393888.

CEDULA: 36.163.795

CORREO ELECTRÓNICO: heidy.pastrana@cun.edu.com.

BARRIO: Belen

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NA

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: 10 Feb 2026

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

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

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

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

4. 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: 38.4 °c

TLLC 2 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.2 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.2 ml	5-7mg/kg IV
		___ ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.2 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.08 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	EILEEN NATHALY BEDOYA Medico Veterinaria T.P 27701	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	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 eximen 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:
Nelly Rodriguez	35163795

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACIÓN/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 36.163.795



Apellidos
PERDOMO FERNANDEZ

Nombres
NELLY

Nacionalidad
COL

Estatura
1.55

Sexo
F

Fecha de nacimiento
10 FEB 1960

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
CAMPOALEGRE (HUILA)

Fecha y lugar de expedición
13 SEPT 1978, NEIVA

Firma

Fecha de expiración
12 AGO 2035

0676378251

REGISTRADOR NACIONAL

ICCOL0676378250190O1<<<<<<<<<<
6002109F3508127COL36163795<<<7
PERDOMO<FERNANDEZ<<NELLY<<<<<<

16

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 382345148-4

enel

Para pagos y consultas tu número de cliente es: 6180903-7

No. Medidor: 286140

¡Hola!

NELLY PERDOMO FERNANDEZ
CL 20 NO 112 33
EXTERNO
BOGOTA, D.C. - BELA.N FONTIBON

Valor a pagar
$166.360
Pago oportuno
06 MAY /2026

Fecha suspensión
08 MAY/2026

Tu próxima lectura
21 MAY /2026

Periodo Facturado:
Del 21 MAR/2026 al 20 ABR/2026
31 días

¡Este mes tuvimos acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO

Tipo de Lectura: Real **Ruta Reparto: 1 3 17 316 $100** **Carga kW: 3,00** **Estrato: 3**
Clase de servicio: Residencial | Solicitud: Básica

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 116

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 ordinario · Débito automático · Botón de pago

Código QR para pagar por PSE

Almacenes de cadena

Billeteras virtuales

Nequi · MOVii · daviplata · Red digital RED CADE · Centro de servicio enel

Corresponsales bancarios

CONRED · efecty · Reval · Efecty · MOVii



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 hace parte del Grupo Enel y actúa como prestador del servicio de comercialización, distribución y generación de energía eléctrica, comercializador de gas combustible. Está vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

365648
365648

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLINICA HC - Número de HISTORIA CLÍNICA: 29

MICROCHIP: 900255003230324

FECHA: 20/05/26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: GUFFY

COLOR: cafe

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 10M PESO: 2,4 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Sandra Patricia Laiton Villamil

DIRECCION: Kr 119A 23B 41

TELEFONO: 3125322677

CEDULA: 52.781.321

CORREO ELECTRÓNICO: Sandralaiton12@gmail.com

BARRIO: Brisas Aldea ESTRATO: 2 LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: primaria

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NA

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno.

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 146 l/m F. RESPIRATORIA: 34 r/m TEMPERATURA: 38,2 °c TLLC 2 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: /

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.3 ml.	5-7mg/kg IV
		/ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,12 ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: /

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

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

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 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:
	52 781 521 Bta

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

CO

837452231

ICCOL0837452236150O1<<<<<<<<<<
8102276F3511129COL52781321<<<8
LAITON<VILLAMIL<<SANDRA<PATRIC

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 52.781.321



Apellidos
LAITON VILLAMIL

Nombres
SANDRA PATRICIA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.61

Sexo
F

Fecha de nacimiento
27 FEB 1981

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
CHIQUINQUIRA (BOYACA)

Fecha y lugar de expedición
15 ABR 1999, BOGOTA D.C.

Fecha de expiración
12 NOV 2035

FACTURA EN LÍNEA



Escanea el código QR, escríbelo en el formulario y contáctate con nosotros. En cerca rápida a nuestra mail



Mundo digital Vanti

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

Pagos electrónicos en otras entidades

Recuerda que puedes pagar tus facturas en una o varias cuentas corrientes, en una sola transacción

Accesos rápido pagar su factura

*Permite solicitar/modificar inscripción o débito automático.

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Bancolombia Colombia
Corresponsales Efecty

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco Gnb Sudameris

Grandes Superficies:
Metro, Jumbo, Éxito

Línea telefónica para notificar emergencias

¡Hola!

JAVIER ANTONIO DURAN
KR 119A 23B 41 - BRISAS ALDEA
BOGOTA

Vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 6007107-319454

Lote: Pr17GN Ruta: 0011010066870005000 Código del Sector: 329

Cuenta o referencia de pago 61570986

vanti

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: $ 6.200.000



vanti

Continúa construyendo la casa que soñaste

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

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

Cuent

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.995-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9837660879
Cliente: 112044 VANTI GAS NATU
Fecha: 06/04/2021
Ref:
REFERENCIA
Referencia: 6151000 Valor: $5

Periodo facturado
Feb. - Mar. 2026

Emisión de la factura
26 Mar. 2026

Tus últimos consumos

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria
31 Ene. 2030

Agenda tu RPO aquí

Detalle

CONS. CC	2.857,53	0,00	$1.400,43
MENOS S	-13.547,55	0,00	-13.547,55
AJUSTE D	0,43	0,00	0,43
RECALDO	63.940,00	0,00	63.940,00

Dic. 82671 Ene. 82544 Feb. 82551

Datos de medición

Factor	Lectura	Tipo
21 Feb. 2026	5535	REAL
21 Mar. 2026	5543	REAL

Componentes tarifarios

Factores de corrección

Indicadores de calidad

Tu próxima lectura será: Entre 19 y el 24 de Abril

Novedades de tu factura

Tus financiaciones

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

1 – Total $0,00

1 – Total $51.200,00

Valor facturas vencidas
$0,00

Total a pagar
$51.200,0

Pago por

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $91.591

(415)7709998020025(8020)81570596(3900)0000000051200

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLINICA HC - Número de historia clínica: 30

MICROCHIP: 900255003230328

FECHA: 20/05/26.

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: TOBO

COLOR: Blanco - Negro

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: Husky Siberiano EDAD: 10M PESO: 21. 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: Hector Andres Riaño Rodriguez

DIRECCION: Cl 20B N° 110-21

TELEFONO: 3133219181.

CEDULA: 79.855.090.

CORREO ELECTRONICO: muebles5amirod@gmail.com

BARRIO: Belen

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR:

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

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

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno.

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 146 l/m F. RESPIRATORIA: 32 r/m TEMPERATURA: 38.1 °c TLLC 2seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	2.4 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	2.4 ml.	5-2mg/kg IV
		ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	2,4 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.96 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 con estándares 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

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 cardíacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de 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:
Hector Andres Nuñez O.	79855090

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 79.855.090
RIAÑO RODRIGUEZ

APELLIDOS
HECTOR ANDRES

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 03-SEP-1977
FACATATIVA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

25-SEP-1998 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 392350000-0

enel Bogotá

Para pagos y consultas tu número de cliente es: 0409762-5

No. Medidor: 6014877

¡Hola!

DERLY RODRIGUEZ
CL 20 B NO 110 21
FONTIBON
BOGOTA, D.C. - BELA.N FONTIBON

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

3

Tipo de Lectura: Real | Ruta Reporte: 1 3 17 316 6029 | Carga kW: 3,20
Clase de servicio: Industrial | Estrato: Bloque

Valor a pagar
$243.620
Pago oportuno
06 MAY /2026

Fecha suspensión
08 MAY/2026

Tu próxima lectura
21 MAY /2026

Periodo Facturado:
Del 21 MAR/2026
al 20 ABR/2026
31 días

36933

Contáctanos | Puntos de atención Enel

316 600 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

Corresponsales bancarios: CONRED, efecty, Reval, Su Red

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... hace parte del Grupo Enel y actúa como prestador del servicio de comercialización, distribución y generación de energía eléctrica, comercializador de gas combustible. Es vigilado por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

No. Cuenta 0409762-5 36933