FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC = Número de Historia clínica: 70

MICROCHIP: 900255003230339

FECHA: 20/05/26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA X COMUNIDAD CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Nacho

COLOR: Atigrado

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 6M PESO: 1,2 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Helena Bernal Veloza

DIRECCION: Kr 105 H 19-71

TELEFONO: 3166128146

CEDULA: 34.757.286

CORREO ELECTRÓNICO: helens342007@hotmail.com

BARRIO: Boston ESTRATO: 3 LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Tecnica

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NA

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: NP

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

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

FELINOS:

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 144 l/m F. RESPIRATORIA: 34 r/m TEMPERATURA 38.3 °c TLLC 2 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES:

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

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: 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:
Helena B. V.	39757886 Bta

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
39.757.286
NUMERO
BERNAL VELOZA
APELLIDOS
HELENA
NOMBRES





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: 71

MICROCHIP: 900255003230477

FECHA: 20/05/26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA X COMUNIDAD CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: NIÑO

COLOR: Amarillo - Blanco

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 9M PESO: 3,6 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Angie Vanessa Acero Barrera

DIRECCION: Calle 22I # 112A 03

TELEFONO: 3001651508

CEDULA: 1.016.105.159

CORREO ELECTRÓNICO: angieacero2125@gmail.com

BARRIO: Atahualpa ESTRATO: 2 LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Técnica

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NC

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: NC

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

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

FELINOS:

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 148 l/m F. RESPIRATORIA: 32 r/m TEMPERATURA: 38.4 °c TLLC 2 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: ———

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: ———

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	EILEEN NATHALY BEDOYA Medico Veterinaria T.P 27701	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	...ÑA FLÓREZ CASTAÑEDA ...ÉDICA 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, estando que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son: paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
Angie Acero	1016105159

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



NUIP 1.016.105.159

Apellidos
ACERO BARRERA

Nombres
ANGIE VANESSA

Nacionalidad: COL
Estatura: 1.46
Sexo: F

Fecha de nacimiento: 21 SEPT 1998
G.S.: A+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
26 SEPT 2016, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de vencimiento
18 DIC 2033

00
1036711994



ICCOL036711994815001<<<<<<<<<<
9809217F3312186COL1016105159<0
ACERO<BARRERA<<ANGIE<VANESSA<<

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC – Número de HISTORIA CLÍNICA: 72

900255003230472

NO Microchip:

FECHA: 200526

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA ✓ COMUNIDAD CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Negro. COLOR: Negro

ESPECIE: CANINO___ FELINO ✓ SEXO: HEMBRA___ MACHO ✓ RAZA: Mestizo EDAD: 1A PESO: 3,8 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI___ NO ✓

DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI___ NO ✓

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI___ NO ✓

TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO___ CONCENTRADO___ MIXTO ✓ OTRO

ORIGEN: NS/NR___ RESCATADO___ COMPRADO ✓ ADOPTADO___ REGALADO___ FERRO DE CUADRA___ OTRO

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ingrid Carolina Martinez Camacho

DIRECCIÓN: Cl 22 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 ✓ APTO___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NR

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: NR

ULT. VACUNACION: NS/NR: ✓

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

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

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI___ NO ✓ SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguna

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno.

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 142 l/m F. RESPIRATORIA: 36 r/m TEMPERATURA: 38,2 °c TLLC 2 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.4 mL	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.4 mL	5-7mg/kg IV
		/ mL	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ mL	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.4 mL	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,16 mL	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

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

FONTIBÓN

X. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que, al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como: paro respiratorio o cardiaco, 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 información en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
	1015999812

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 1.015.999.812
MARTINEZ CAMACHO
APELLIDOS
INGRID CAROLINA
NOMBRES
Ingrid Martinez.
FIRMA



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: 73

900255003227679

NO Historia:

FECHA: 20-05-2026

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Doom | COLOR: gris-blanco

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

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

ORIGEN: NS/NR__ RESCATADO__ COMPRADO___ ADOPTADO__ REGALADO__ PERRO DE CUADRA__ OTRO: nacido en casa

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Veronica Astrid Garzon Sanabria | DIRECCION: CL 19 N. 109-48 | TELEFONO: 3136513692

CEDULA: 1.016.014.947 | CORREO ELECTRÓNICO: Joustindanna3103@gmail.com

BARRIO: Belen | 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: 03-2026

ULT. VACUNACION: NS/NR: _____

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

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 140 l/m | F. RESPIRATORIA: 30 r/m | TEMPERATURA: 38,3 °c | TLLC: 2 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: ——

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,3 ml.	5-7mg/kg IV
		ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,12 ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	RAFAEL ENRIQUE PERILLA P. 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 esterilizada mi animal de compañía. Declaro que, al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son: paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que 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:
	1016014947

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.016.014.947



Apellidos
GARZON SANABRIA

Nombres
VERONICA ASTRID

Nacionalidad
COL

Estatura
1.60

Sexo
F

Fecha de nacimiento
07 ENE 1998

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
28 ABR 2016, CAREPA

Firma

Fecha de expiración
01 SEPT 2035

079857029

REGISTRADOR NACIONAL

ICCOL079857079801080<<<<<<<<<<
9801071F3509010COL1016014947<8
GARZON<SANABRIA<<VERONICA<ASTR

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 392358341-9

enel

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **7567437-7**

No. Medidor: 20352475 @

¡Hola!

VICTOR FERNEY MORENO BARENO
CL 19 NO 109 48 IN 1 PI 1
CL 19 NO 109 48 PISO 1 INTERIO
BOGOTA, D.C. - BELA.N FONTIBON

Valor a pagar
$107.990
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

Estimado usuario acceda a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO presenta una variación. Encuentra las posibles causas y tips de consumo en www.enel.com.co

Tipo de Lectura: Real | Ruta Reparto: 1 3 17 397 6712 | Carga kW: 3,00 | Estrato: 3
Clase de servicio: Residencial | Subclase: Media

Contáctanos | Puntos de atención Enel



- 318 890 8003 (Elena Bot o Asesor)
- 601 5115 115
- Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/radicaciones
- EnelColombia
- @EnelClientesCO
- Chat de servicio en enel.com.co/es/personas
- En 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/defenacr-cliente.html

Operador de aseo

CIUDAD LIMPIA BOGOTA S.A. E.S.P
Avenida Boyacá # 6 B - 20
Línea 130

Consejos para el uso eficiente de tu energía

Desconecta los aparatos que no estás 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!

Red distrital **RED CADE**

Centro de servicio enel

Corresponsales bancarios

CONRED Efecty 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 operador del servicio de comercialización, distribución y generación de energía eléctrica y comercializador de gas combustible. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC- Número de Historia clínica: 74

900255003230252

NO Microchip

FECHA: 20-05-2026

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X ___ CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Parcho

COLOR: Tabby blanco

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 2a PESO: 3,6 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Monica Yohana Jaque Niño

DIRECCION: CL 23B No. 113-31

TELEFONO: 3214677880

CEDULA: 1.016022026

CORREO ELECTRÓNICO: 3214677880@sin correo.com

BARRIO: Athualpa ESTRATO: 3 LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Tecnico.

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: ✓

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

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

FELINOS:

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno.

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 148 l/m F. RESPIRATORIA: 32 r/m TEMPERATURA: 38,2 °c TLLC 2 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: —

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICAOIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,4 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,4 ml.	5-7mg/kg IV
		ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,4 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,16 ml.	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: —

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	EILEEN NATHALY BEDOYA Medico Veterinaria T.P 27701	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	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 implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lesiones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
*	* 1016022026

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.016.022.026
APELLIDOS LUQUE NIÑO
NOMBRES MONICA YOHANA
Monica Luque


FECHA DE NACIMIENTO 26-SEP-1989
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
27-NOV-2007 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

51616

enel Bogotá

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 392078177-4

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **1869764-7**

No. Medidor: **63740**

¡Hola!

CONSTRUCCIONAR Y CIA LTDA
CL 23 B NO 113 31 BQ 13 AP 226
INT 13 APT 226
BOGOTA, D.C. - ATAHUALPA

¡Evita multas! Reporta a la LECTURA DE TU MEDIDOR y CONSUMO antes de la fecha de suspensión

Tipo de Lectura: Real **Ruta Reparto: 1 3 15 335 9040** **Carga kW: 6,00** **Estrato: 3**
Clase de servicio: Residencial | Subclase: Básica

Valor a pagar
$100.210
Pago oportuno
04 MAY /2026
Fecha suspensión
05 MAY/2026
Tu próxima lectura
19 MAY /2026
Periodo Facturado:
Del 19 MAR/2026 al 16 ABR/2026
28 días

51616

Contáctanos | Puntos de atención Enel



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

Emergencias 115
Operador Claro
Gratuito las 24 horas.

Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia
www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html

Operador de aseo

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

Consejos para el uso eficiente de tu energía

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

Inscríbete a factura virtual

Regístrate en este código y recibe tu factura por correo electrónico

Te lo cuenta Enel.

Qué hacer **en caso de una emergencia.**

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

¿Cómo pagar tu factura?

Medios virtuales de pago
APP
Código
Almacenes

51616

3.935 - Página 1 de 2



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:



PIDE YA

TU TARJETA DE LA CIUDAD CRÉDITO FÁCIL CODENSA

10% de descuento

Y CON TU

PRÉSTAMO DE LA CIUDAD CRÉDITO FÁCIL CODENSA

Solicita hasta

$12.000.000

Para lo que necesites.

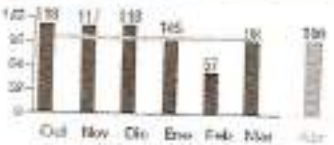
PÁGUELE EL DINERO EN TU CUENTA DE PROVEEDURÍA

¡NO NECESITAS EXPERIENCIA CREDITICIA!

Solicítalas en los puntos Crédito Fácil CODENSA

Total energía $65.890 + Total aseo $34.320 = Total a pagar $100.210

Comportamiento consumo | Estado de cuenta | ¿Sabías que...?



	100 kWh
	102 kWh
	$775,15
	3.45 kWh
	$2.272

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

Generación + $294,11 | Transmisión + $37,82 | Distribución + $349,51 | Costo Variable + $83,69 | Pérdidas + $63,19 | Restricciones + $53,94 | Costo Fijo + $0,00 | Costo Unitario $775,15

Vigencia/s: MAR/2026

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

Calcule consumo de energía

1862784-7

	Lectura actual	Lectura anterior	Diferencia en kilowatts	x Factor =	Energía consumida kWh	Energía facturada kWh	x Valor unitario	= Valor energía
ENERGIA ACTIVA DI	35.954	35.854	100	1	100	100	$775,15	$77.515
ENERGÍA REACTIVA	0	0	0	0	0	0	$340,61	$0
Subsidio	Cons. < subsidio 130,00 kWh	X	Valor kWh $775,1463	3	Semillas -15,00 %			-$11.627

ESTIMADO CLIENTE: El porcentaje de subsidio para el mercado [illegible] (0 - 130 kWh/mes) es de -15,00 %

$65.890

$0

Tenga en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con las tarifas publicadas en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $190.100

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 reporta reporte negativo a las bases de información Financiera y cobro por gastos de cobranza si la mora supera 10 días y se realiza gestión de cobro.

89048122-9

Número para cualquier consulta

Cuenta contrato 11185189

Documento equivalente electrónico No 9020781 77-4

Periodo de facturación 19.03.2026 a 15.04.2026

0%
0%
15%

Días liquidados

Costos para tarifas

$22.401,50	$7.976,14	$162.722,57

Histórico de facturación

Estado de cuenta

Concepto	Valor
ABAO SOSTENIDO MES ANTICIPAL	$48.282
ASAC ASEO DOMICILIARIO	$3.687
ASCO AJUSTE A LA DECENA DASE	$0

Datos usuario

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

Toneladas por suscriptor

Materia	0,0625000 %
Longitud volumen	0,0638800 t
Reciclaje del aprovechamiento	0,0000113
Electrolumina aprovechados	0,0000400
Residuos no aprovechables	0,04
Aforo no aprovechable	0,00

Tipo productor: Residencial

Unidades	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	1	0
No Residenciales	0	0

Mensaje de interés

INFORMATIVO DEUDA TOTAL 24.203.00

Valor a pagar $34.320

CUDE: 4e39ad9d811ed75d5b67c0d3c0e7f8e6e9c0d3b2f2e5c5e38a7b0d1e8e0d0b547c (illegible) 8b53b0d0d2c5

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de Historia Clínica: 75

N° 900255003227671

FECHA: 20-05-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Chester

COLOR: Amarillo

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: mestizo EDAD: 14 m PESO: 4.3 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Kevin Alejandro Acosta Jimenez

DIRECCION: Kra 118 N. 22D 16

TELEFONO: 3118721867

CEDULA: 1.016.105 991

CORREO ELECTRÓNICO: Kevinacosta@gmail.com

BARRIO: Bonsas

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Tecnico

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 04-2026

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

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

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

FELINOS:

TRIPLE FELINA: 10-07-2025 LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: 10-07-2025

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 138 l/m F. RESPIRATORIA: 34 r/m TEMPERATURA: 38.4 °c TLLC 2 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES:

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

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

FONTIBÓN

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
· Kevin Acosta.	~ 1016105911

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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



CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Apellidos
ACOSTA JIMENEZ

NUIP 1.016.105.911

Nombres
KEVIN ALEJANDRO

Nacionalidad
COL

Estatura
1.69

Sexo
M

Fecha de nacimiento
26 OCT 1998

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
27 OCT 2016, BOGOTA D.C.

Firma
Kevin Acosta

Fecha de vencimiento
12 JUN 2034



ICCOL0481917624150O1<<<<<<<<<<
9810260M3406120COL1016105911<0
ACOSTA<JIMENEZ<<KEVIN<ALEJANDR

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 3920799197

enel | Bogotá

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **0423417-0**

No. Medidor: **860249**

¡Hola!

DOLLY SANCHEZ SANCHEZ
KR 118 NO 22 D 16
BOGOTA, D.C. - BRISAS ALDEA-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
Clase de servicio: Residencial

Ruta Reparto: 1 3 15 321 9269 Carga kW: 2,06 Estrato: 2
Subclase: Básica

Valor a pagar
$133.190
Pago oportuno
04 MAY /2026

Fecha suspensión
06 MAY/2026

Tu próxima lectura
19 MAY /2026

Periodo Facturado:
Del 19 MAR/2026 al 16 ABR/2026
29 días

Contáctanos | Puntos de atención Enel



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

Operador de aseo

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

Consejos para el uso eficiente de tu energía

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

Inscríbete a factura virtual

Regístrate en este código y recibe tu factura por correo electrónico

Te lo cuenta **Enel.**

Qué hacer **en caso de una emergencia.**

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

¿Cómo pagar tu factura?

Medios virtuales de pago

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

Código QR para pagar por PSE

Almacenes de cadena

Billetera virtual

Nequi · MOVII · dale! · tpaga

Red distrital **RED CADE**

Centro de servicio enel
Universidad Chía, Girardot y Fusagasugá

Corresponsales bancarios

CONRED · efecty · 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 860 063 875-8 hace parte del Grupo Enel y actúa como el prestador del servicio de comercialización, distribución y generación de energía eléctrica y comercializador de gas combustible. Estas vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.



PIDE YA

TU TARJETA DE LA CIUDAD
CRÉDITO FÁCIL CODENSA
al instante

EL PAGO DE TUS
PASAJES DE TRANSMILENIO,
SITP Y TRANSMICABLE
SE HARÁN EN LA MISMA TARJETA

20% de descuento
con amigazos en restaurantes,
cines y estaciones de servicio

DESCUENTOS EN CONCIERTOS
FUNDEN 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

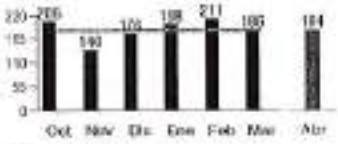
¡NO NECESITAS
EXPERIENCIA CREDITICIA!

Solicítalos en los puntos
Crédito Fácil CODENSA

Conócelos
escaneando el QR

Total energía $109.160 + Total aseo $24.030 = Total a pagar $133.190

Comportamiento consumo



Estado de cuenta

Consumo mes actual	184 kWh
Consumo promedio	186 kWh
Valor kWh aplicado	$824,59
Consumo diario	6,34 kWh
Valor diario	$3.764

¿Sabías qué...?

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

Generación +	Transmisión +	Distribución +	Costo Variable +	Pérdid
$254,11	$57,63	$267,55	$83,05	$63,1
Restricciones +	Costo Flp +	Costo kWh Mes		
$20,06	$5,00	$824,59		

Vigencia: MAR/20

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

Cálculo consumo de energía

Número de cliente: 0423417-0

	Lectura actual	−	Lectura anterior	=	Diferencia de lecturas	x	Factor =	Energía consumida kWh	Energía facturada kWh	x	Valor unitario	=
ENERGIA ACTIVA FP	63.760		63.661		184		1	184	184		$824,59	
ENERGIA REACTIVA	0		0		0		0	0	0		$247,95	

Subsidio — Cons. a subsidiar 130,00 kWh x Valor kWh $824,5959 x Beneficio -39,71 %

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

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena

SUBTOTAL: $1

1 TOTAL ENERGÍA $109.160

Otros cobros de productos y servicios

2 TOTAL OTROS $0

Ten en cuenta la fecha de P OPORTUNO para no generar intereс mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a de la cual se suspenderá el servicio en de no pago. Por lo anterior y de acuerd los cobros publicados en el pliego tar el costo por concepto de reconexió Hasta de $109.160

Informamos que de no realizar el pa sus obligaciones Crédito Fácil COD en la fecha de PAGO OPORTUNO antes en mora, ante lo cual se r reporte negativo a las bases de datos financiera y demás y cobro por gestión de cob a la mora superior 15 días y se r gestión de cobro.

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

Número para cualquier consulta

Cuenta contrato 105845669

Documento equivalente electrónico No. 392079919-7

Periodo de facturación 19.03.2026 a 18.04.2026

Ciudad Limpia

Aseo no residencial	0%
Aseo residencial	0%
Subsidio	40%

Días liquidados 31

Datos usuario

Volumen	0.0000	Estrato	2
Densidad		FREC. Recolección	3
% Participación	0%	FREC. Barrido	2

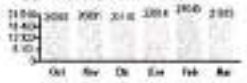
Tipo predicción: Residencial

Unidades	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	1	0
No Residenciales	0	0

Costos para tarifas

Aprovech. no r...	Aprovechables Recolección	Aprovech. comerciales
$22.461,20	$7.853,00	$157.723,97

Histórico de facturación



Toneladas por suscriptor

Barrido	0.0025515
Limpieza urbana	0.0005811
Residuos del aprovechamiento	0.0003113
Residuos no aprovechables	0.0004305
Residuos no aprovechables	0.03
Aforo no aprovechable	0.08

Meses en mora 0

Estado de cuenta

Concepto	Valor
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$19.955
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$ 14.955
ASEO - AJUSTE A LA DECENA CREG	$ 5

3 TOTAL ASEO $24.030

Mensajes de interés

INFORMATIVO DEUDA TOTAL: 24.030,00

Calidad del Servicio

Duración interrupciones (Horas)		Frecuencia interrupciones (Fuentes)	
DESO: 11,57	Grupo: 11	FESO: 13,00	DP: 29
DESI: 5,43	MD: 0,00	FESI: 8,00	MD: 0
DESM: 4,01	VD: 0,00	FESM: 8,00	MD: 0
TMO: 0,00	GESO: 1,24	TVO: 0,00	MP: 1

CC: 39881991

Documento electrónico

Para pagos y consultas tu número de cliente es: 0423417-0 | Pago Oportuno 04 MAY /2026 | Total a pag $133.190

FECHA Y HORA GENERACIÓN 22/04/2026 02:45:03

FECHA EXPEDICIÓN 22/04/2026 11:56:12

(415)7707209914253(8020)0193233173302079(91)73906000000133190

Use este código para pagos en canales presenciales

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de Historia clínica: 76

900255003230259

NO: # Microchip

FECHA: 200526

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Yogu | COLOR: Gris

ESPECIE: CANINO___ FELINO X | SEXO: HEMBRA___ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 1A | PESO: 4,7 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI___ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI___ NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X

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

ORIGEN: NS/NR___ RESCATADO___ COMPRADO___ ADOPTADO___ REGALADO___ PERRO DE CUADRA___ OTRO Nacido en casa.

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Paula Andrea Samboni Gutierrez | DIRECCIÓN: C/ 15B #134A-52 | TELEFONO: 3043992627

CEDULA: 1016015611 | CORREO ELECTRONICO: Andreasambon1561@gmail.com

BARRIO: Kasandra | 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: NE

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno.

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 148 l/m | F. RESPIRATORIA: 36 r/m | TEMPERATURA: 38,7 °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 del procedimiento sin existir ningún impedimento.

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:
Paola S.	1010075611

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP **1.016.015.611**



Apellidos
SAMBONI GUTIERREZ

Nombres
PAULA ANDREA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.63	F

Fecha de nacimiento	G.S.
16 ENE 2007	B+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
10 FEB 2025, BOGOTA D.C.

Fecha de expiración
11 FEB 2035

Firma
Paula S.

.CO

074043026

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

```
ICCOL074043026215001<<<<<<<<<<<
0701167F3502114COL1016015611<5
SAMBONI<GUTIERREZ<<PAULA<ANDRE
```

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 392199326-0

enel Bogotá

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **2462506-2**

No. Medidor: **895373**

42733

¡Hola!

MANUEL JOSE CRUZ HERMIDA
CL 15 B NO 134 A 52
0
BOGOTA, D.C. - KASANDRA

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

Tipo de Lectura: Real **Ruta Reparto: 1 3 16 309 9514** **Carga kW: 3,00** **Estrato: 2**
Clase de servicio: Residencial | Subclase: Básico

Valor a pagar
$56.350
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 28 días

Contáctanos | Puntos de atención Enel



316 890 6003 (Elena Bot o Asesor) | 601 5115 115 | Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/radicaciones
Enel Colombia | @EnelClientesCO | Chat de servicio en enel.com.co/es/personas
Emergencias 115 Operador Claro Gratuito las 24 horas. | 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.

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

CONEXRED | efecty | 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 860.063.875-8 hace parte del Grupo Enel y actúa como el prestador del servicio de comercialización, distribución y generación de energía eléctrica y comercializador de gas combustible, entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

LA TARJETA DE LA CIUDAD



PIDE YA

TU TARJETA DE LA CIUDAD CRÉDITO FÁCIL CODENSA

EL PASO DE TUS PASAJES DE TRANSMILENIO, SITP Y TRANSMICABLE

20% de descuento

Y CON TU

PRÉSTAMO DE LA CIUDAD CRÉDITO FÁCIL CODENSA

Solicítalo hasta

$12.000.000

Para lo que necesites

¡NO NECESITAS EXPERIENCIA CREDITICIA!

Solicítalos en los puntos Crédito Fácil CODENSA

Conócelos escaneando el QR

Total energía $32.320 + Total otros $21.830 = Total a pagar $54.050

Comportamiento consumos



	65 kWh
	74 kWh
	$624,59
	2,24 kWh
	$1.114

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	$57,83	$397,95	$68,69	$63,19

Restricciones +	Costo Fijo +	Costo kWh Mes
$28,80	$0,00	$624,59

Vigencia: MAR2026

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

Cálculo consumo de energía

Número de cliente: 2462506-2

	Lectura actual	Lectura anterior	Diferencia de lecturas	x Factor =	Energía consumida kWh	Energía facturada kWh	x Valor unitario	= Valor facturado
ENERGÍA ACTIVA PP	23.792	23.727	65	1	65	65	$624,59	$52.595
ENERGÍA REACTIVA	0	0	0	0	0	0	$297,95	$0
Subsidio	Cons. subsidiable 130,83 kWh	X	Valor kWh $624,5954	=	Beneficio -39,71 %			-$21.381

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

$32.317

Otros cobros asociados a energía

SUBTOTAL:	$0

1 Valor factura $32.320

Otros cobros de productos y servicios

2 Valor factura $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 suspendería el servicio en caso de no pago. Por tu interior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de **$108.189**

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

8300481226

Número para cualquier consulta Ciudad Limpia

Cuenta contrato 117928475

Documento equivalente electrónico No. 302199526-6

Periodo de facturación 10.03.2026 a 10.04.2026

0%
0%
48%

Días liquidados

Datos usuario

Volumen:	6.0000	Estrato	2
Densidad		FREC. Residuos In:	3
% Participación	0%	FREC. Barrido	3

Tipo prestación: Residencial

Unidades	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	1	0
No Residenciales	0	0

Costos para tarifas

Histórico de facturación

Toneladas por concepto

Barrido	0.000000515
Limpieza e Corte	0.000000811
Residuos del aprovechamiento	0.000001113
Residuos no aprovechables	0.000004009
Residuos aprovechables	0.01
	0.00

Estado de cuenta

Concepto	Valor
ASEO: SERVICIO RESIDENCIAL	$20.000
ASEO: SUBSIDIO RESIDENCIAL	$ 19.023
ASEO: AJUSTE A LA DECENA CREAD	$ 5

Ultimo pago 0 — Saldo anterior $24.030

Mensajes de interés

INFORMATIVO DC/204 TOTAL: 24.030,00

Cálculo del Servicio

Duración Interrupciones (Horas)	Porcentaje de lotes suspensos (Porcentaje)
BVQ: 11,67 Grupo: 11	PBR: 11,00 CR: 233,79
BVI: 1,79 HD: 0,00	PBS: 0,00 CP: 65,00000
BVMR: 0,00 VD: 0,00	PMR: 0,00 MC: 5,00
TME: 0,00 CED: 0,00	TVC: 0,00 MP: 1,50
	TC: 0,00
CS: 0,9243781	FEB2020: 202643

Documento electrónico

Para pagos y consultas tu número de cuenta es: 2462506-2 — Pago Oportuno 05 MAY 2026 — Total a pagar $54.050

(415)7707200814253(8020)0124625062021965266(3900)00000000054050

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): 77

900255003227670

NO de Microchip:

FECHA: 20/05/26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Berlyn

COLOR: Blanco

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 6M. PESO: 2,9 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Claudia Gonzalez Rubiano

DIRECCION: Cl 16H Bis #99-68

TELEFONO: 3114949547

CEDULA: 39761989

CORREO ELECTRÓNICO: Claudiagonzalezrubiano@gmail.com.

BARRIO: La laguna

ESTRATO: 3

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller.

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NA

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

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

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 142 l/m F. RESPIRATORIA: 36 r/m TEMPERATURA: 38,4 °c TLLC 2 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,3 ml.	5-7mg/kg IV
		___ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,12 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. 31994	FIRMA

FONTIBON

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de 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:
A [signature]	A 39761959

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/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 39.761.989
GONZALEZ RUBIANO
APELLIDOS
CLAUDIA
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 01-MAR-1972
CHAGUANI
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.52
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
16-AGO-1991 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

FACTURA EN LÍNEA



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

La Revisión Periódica Obligatoria de gas

Llevo el FÚTBOL en CASA

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

Agenda tu revisión aquí:

Mundo digital Vanti

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

Pagos electrónicos en otros entidades

Recuerda que puedes pagar las facturas de tuvi a varios cuentas contrato en una sola transacción

Cuentas para pagar tu factura

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Unión (red)

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies
Almacenes Éxito

*Servicio con costo, este debe ser de propiedad y/o operado por Vanti S.A. ESP.

Eficiencia energética

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

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

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

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

¡Hola!

CLAUDIA GONZALEZ
CL 16H BIS 99 66 - LA LAGUNA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5092197-173804

Lote: P09GN **Ruta:** 001102028816000S000 **Código del Sector:** 323

Cuenta o referencia de pago **60930746**

vanti

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

vanti



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

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

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

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

Línea gratuita 01 8000 942 796
Bogotá (60 1) 307 8171
Bucaramanga (607) 685 4755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones en solo de clic

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

Recuerda que puedes elegir la forma de presentación para tu factura de acuerdo a la Ley 2300 de 2023.

Abril 2026

Cuenta o referencia de pago 60930745

vanti

Fechas importantes

Fecha de expedición	Periodo de facturación	Periodo facturado	Suspensión de su servicio
27 Abr. 2026	28 Abr. 2026	Mar. - Abr. 2026	15 Abr. 2026

Conceptos facturados

Descripción	Cantidad (Unidad)	Valor unitario ($)	Iva (%)	Subtotal ($)
CONSUMO GAS	m3(C)	3.481,43	0,00	30.847,51
FIJO	UN	4.771,00	0,00	4.210,00
AJUSTE DECENA	UN	2,83	0,00	2,83
Valor Mes Ant.	UN	34.145,26	0,00	34.490,00

2 - Total $69.670,00

Tus Transacciones

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

2 - Total $0,00

2 - Valor facturas vencidas $0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3 $69.670,0

Paga por

Escanear el código QR

Tus últimos consumos

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

30 Abr. 2027

Tarifas

Ene. 52544 Feb. 52551 Mar. 52557

Datos de medición

Fecha	Lectura	Tipo
10 Mar. 2026	8817	REAL
11 Abr. 2026	8842	REAL

Tu próximo lectura será Entre 08 y el 13 de Mayo

Novedades de tu factura

Indicadores de calidad

Después de su fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de su reconexión $82.000

(415)7709990602905(8020)80930745(3900)0000000069570

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

900255003227667

HISTORIA CLINICA HC - Número de HISTORIA CLINICA: 78 | NO Número de ficha | FECHA: 20 / 05 / 26

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Pantera | COLOR: Negro

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 8M. | PESO: 4 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Carmen Rosa Cardenas Pabon | DIRECCION: Dg 16H 108-80. | TELEFONO: 3505601793

CEDULA: 52.982.543. | CORREO ELECTRÓNICO: 3505601793@SIMCORREO.COM.

BARRIO: El Carmen. | ESTRATO: 3. | LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Tecnico | TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X 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: 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: Feb/26

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 142 l/m | F. RESPIRATORIA: 30 r/m | TEMPERATURA: 39.3°c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES:

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

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

FONTIBON

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En 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 esterilizada 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 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:
† Carmen Cardenas	† 52.982.543

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.982.543
CARDENAS PABON
APELLIDOS
CARMEN ROSA
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 26-AGO-1983
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
23-OCT-2001 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL



DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: S3 RUTA: S33696

BIMESTRAL

10655791	42156291611
Cuenta contrato Núm. de identificación de este predio	**Número para pagos** Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

¡Hola!

Factura a nombre de

ELVIA TULIA ROBLES

Dirección del predio

DG 18H 108 80 BQ G IN 6 AP 501

Barrio: **EL CARMEN** Localidad: **FONTIBON**

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Datos de tu medidor

Marca LAOS Tipo VELOCIDAD
Serie L13297810 Diámetro pulgadas ½

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

Pago oportuno ABR/24/2026 Suspensión ABR/29/2026

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
JUN/19/2026	ABR/08/2026 06:55:46	ABR/08/2026 11:42:43

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

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

Llámanos 116 Acueducto

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

cadena.

12456 102549 50644

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: 79

900255003227662

NO: ___ Microchip

FECHA: 20 05 /26

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X ___ CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Ares

COLOR: Tabby Amarillo.

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 7M PESO: 3,3 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jenny Stefania Angulo Sanabria

DIRECCION: CL 19 109 - 48.

TELEFONO: 3045952970

CEDULA: 1012376545

CORREO ELECTRÓNICO: 3045952970@sincorreo.com

BARRIO: Belen ESTRATO: 3 LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: NS/NR: Tecnico

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL ___

3. ANAMNESIS

Buena Salud,

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NA

ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa: 18 Mar 2026

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

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

FELINOS:

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 140 l/m | F. RESPIRATORIA: 30 r/m | TEMPERATURA: 38,7 °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 descrito anteriormente.

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

FONTIBÓN

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
	*1012376545.

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.012.376.545

ANGULO SANABRIA

APELLIDOS

JENNY STEFANIA

NOMBRES

FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA



FECHA DE NACIMIENTO 06-NOV-1990

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

12-MAY-2009 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00464404-F-1012376545-20130906 0034728181A 1 1102528719

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 382355341-9

enel

Para pagos y consultas tu numero de cliente es: **7567437-7**

No. Medidor: 20352475

¡Hola!

VICTOR FERNEY MORENO BARENO
CL 19 110 109 48 IN 1 PI 1
CL 19 NO 109 48 PISO 1 INTERIO
BOGOTA, D.C. - BELAN FONTIBON

Valor a pagar
$107.990
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

Tipo de Lectura: Real
Clase de servicio: Residencial

Ruta Reparto: 1 3 17 367 6712 Carga kW: 3,00 Estrato: 3
Subclase: Basica

Contáctanos | Puntos de atención Enal

316 590 0003 (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
Gratuitas las 24 horas.

Registro de factura 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 - 29
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 bancos | Cajero electrónico | Internet | APP Enel Clientes Colombia | Teléfono bancos | Botón de pago online | Débito automático | Botón de pago

Código QR para pagar por PSE

Almacenes de cadena

Billetera virtual

Nequi | MOVII | dale!

Red distrital RED CADE

Centro de servicio enel

Corresponsales bancarios

CENRED | efecty | 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 860 063 875-8 hace parte del Grupo Enel y actúa como el prestador del servicio de comercialización, distribución y generación de energía eléctrica y comercializador de gas combustible. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

ALCALDÍA FONTIBÓN BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - (Número de Historia clínica): 80

900255003230258

NO ____ de Microchip

FECHA: 20/05/26

ORIGEN: CES ____ PROTECCIONISTA ____ COMUNIDAD X ____ CALLE ____

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Fercho

COLOR: Tabby Amarillo

ESPECIE: CANINO ____ FELINO X SEXO: HEMBRA ____ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 6M PESO: 3,6 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ____ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ____ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Aleyda Chacon Franco

DIRECCION: cl 22 D Bis #115-27

TELEFONO: 3213672469

CEDULA: 39 763 246

CORREO ELECTRÓNICO: mayito-dic7@hotmail.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: No

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

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

FELINOS:

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno.

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 142 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	0.4 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.4 ml.	5-7mg/kg IV
		ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.4 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.16 ml.	1mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y 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 [illegible] quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	RAFAEL ENRIQUE PERALTA MÉDICO VETERINARIO T.P. 16122	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	DIANA FLÓREZ CASTAÑEDA MÉDICA VETERINARIA T.P. [illegible]	FIRMA

FONTIBÓN

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

Además, soy consciente y **ACEPTO** __X___ o **RECHAZO** _____ la **declinación de la 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:
Redacción Franco	39763246

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
39.763.246
CHACON FRANCO
ALEYDA


27-OCT-1973
GUAVATA
(SANTANDER)
1.57
B+
F
09-MAR-1992 BOGOTA D.C

Por favor doblar y rasgar para abrir la factura

Línea gratuita desde celular
#523 OPCIÓN 1
Línea gratuita nacional
01 8000 11 52 33
Bogotá
(601) 317 5670
Línea gratuita 24 horas, Bogotá
(601) 345 0188

MÁS INFORMACIÓN >

CAPILLAS DE LA FE

CORSERPARK
Con usted en los momentos difíciles

Consulte términos y condiciones en: www.corserpark.com - www.capilladelafe.com

FACTURA EN LÍNEA

Escanee el código QR, escríbanos al formulario y respetaremos su confianza, así como cuidar el poblamiento.

La Revisión Periódica Obligatoria de gas
Lleva el FÚTBOL a tu CASA

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

Agendá tu revisión aquí.

Primera mensualidad desde $16.590 IVA incluido

Mundo digital Vanti

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

Pagos PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Bancolombia · BBVA · Banco AV Villas · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Bancolombia Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies:
Metro, Jumbo, Éxito

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

Eficiencia energética

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

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

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

Por favor doblar y rasgar para abrir la factura

¡Hola!

MARIA JOSEFINA FRANCO
CL 22D BIS 115 27 - VERSALLES
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 6097197-190053

Lote: P13GN **Ruta:** 0011020185690005000 **Código del Sector:** 305

Cuenta o referencia de pago **60667467**

vanti Listo

Compra televisor, calentador a gas, nevera y hasta moto, y paga a cuotas a través de tu factura de gas.

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$5.200.000**

vanti

EL CRÉDITO DE TODOS

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

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

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

Mr. Moto · Homecenter

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

Línea gratuita 01 8000 942 794
Bogotá (601) 307 9111
Bucaramanga (607) 685 4755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones las 24hr del día

Línea de WhatsApp 315 416 4164
Mi Vanti en línea
https://mi.grupovanti.com/

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

Por favor doblar y rasgar para abrir la factura

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.063.814-8

C1

Factura de gas Abril 2026

Cuenta o referencia de pago 60667467 BOGOTA

NIT: 800.007.833-5
Vanti S.A. ESP
www.grupovanti.com

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1 Pago oportuno: 07 May. 2026

2 Fecha de suspensión: 08 May. 2026

3 Periodo facturado: Mar. - Abr. 2026

4 Emisión de tu factura: 22 Abr. 2026

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	75832	7.681,43	0,00	211.602,57
FIJO	1UN	4.270,00	0,00	4.270,00
AJUSTE DECENA	1UN	0,37	0,00	0,37
RECAUDO TERCEROS Cooexpark Proteg	1	24.329,00	0,00	24.329,00
Vanti Mas Amigos	1UN	13.184,87	2.505,13	15.690,00

1 – Total **$256,120,00**

Tus financiaciones

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

2 Total **$0,00**

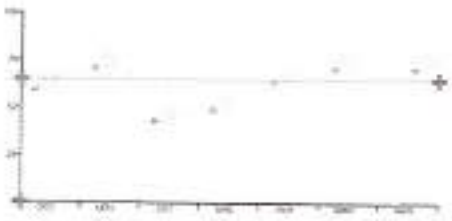
3 – Valor facturas vencidas **$0,00**

Total a pagar 1 + 2 + 3 **$256.120,0**

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
17 Mar. 2026	9360	REAL
19 Abr. 2026	9462	REAL

m³ corregidos= 9462 - 9360 * Factor de corrección = 79

Tu próxima lectura será: **Entre 13 y el 18 de Mayo**

Novedades de tu factura

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $62.580

(415)7709998026026(8020)606074677(3900)000000000256120

Revisión Periódico Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria: **28 Feb. 2030**

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas usado hasta el día $2681,

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

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

Componentes tarifarios

Factor de corrección

Indicadores de calidad





AFÍLIATE

Compensar LA FE

COOEXPARK

Soluciones diseñadas con vanti

La tranquilidad también tiene su receta

- 2 tazas de anticipación
- 1 pizca de unión
- 1 cucharada de cuidado
- 1 tarrito de confianza
- Amor al gusto



PREVISIÓN EXEQUIAL

Síguenos

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de Historia Clínica: 81

900255003230826 NO microchip

FECHA: 20-05 2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Orión

COLOR: Tabby Amarillo

ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA___ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 14M. PESO: 3,9 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI___ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI___ NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Laura Sofia Castro Duarte

DIRECCION: CL 22K No 121-46

TELEFONO: 3028102838.

CEDULA: 1000.326.774

CORREO ELECTRÓNICO: 3028102838@sincorreo.com

BARRIO: El refugio 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: Mar 2026

ULT. VACUNACION: NS/NR: _____

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

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

FELINOS:

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI___ NO___ X SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 140 l/m F. RESPIRATORIA: 36 r/m TEMPERATURA: 38.7°c TLLC 2 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y 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 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:
x [signature]	x 1000 326 774

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.000.326.774
CASTRO DUARTE
APELLIDOS
LAURA SOFIA
NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 03-SEP-2002
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.67 B+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
21-DIC-2020 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01360995-F-1000326774-20030921 01363 47106A 2 8000511079

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 392150945-3

enel Bogotá

Para pagos y consultas tu número de cuenta es: 1827830-8

No. Medidor: 8373997

43692

¡Hola!

JOSE ALBERTO DUARTE GONZALEZ
CL 22 K NO 121 46
BOGOTA, D.C. - EL REFUGIO

Valor a pagar	$110.930
Pago oportuno	05 MAY /2026
Fecha suspensión	07 MAY/2026
Tu próxima factura	20 MAY /2026
Periodo Facturado	Del 20 MAR/2026 al 17 ABR/2026
	28 días

¡Estamos trabajando para leer la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO real en tu próxima factura!

Tipo de Lectura: Real
Clase de servicio: Residencial

Ruta Reparto: 1 3 16 315 9522 Carga kW: 2,00 Estrato: 2
Ubicación: Rural

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/radicaelena
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 distribuidora: RED CADE

Centro de atención enel

Corresponsales bancarios

CONVIRED · efecty · Red Multicolor · Servicios Postales Nacionales · Baloto · Gana · Supergiros



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 800.063.6 hace parte del Grupo Enel y actúa con prestador del servicio de comercia de distribución y comercialización energía eléctr conexión 2000 de gas combustible. Su vigilada por la Superintendencia de Ser Públicos Domiciliarios.

ALCALDÍA DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLINICA HC - Número de Historia Clínica		ID	FECHA
82	900255003230251		20-05-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Napo			COLOR:	blanco-naranja.	
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA: mestizo	EDAD: 2A	PESO: 9.1 KG	RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X	
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X	TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO ___ MIXTO X OTRO				
ORIGEN: NS/NR ___ RESCATADO X COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO						

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Manuel Fernando Mercado Gutierrez	DIRECCION: CL 22 Dbis N. 115-27	TELEFONO: 3015014311	
CEDULA: 1.016.029.775	CORREO ELECTRÓNICO: manufobgo@gmail.com		
BARRIO: Versalles.	ESTRATO: 3.	LOCALIDAD: FONTIBON	
ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL		

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACION: NS/NR: ___
N.A	12-2025.	CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/02/2026 LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/10/2025

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

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

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES:

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

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

FONTIBÓN

3. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
	1016029775

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.016.029.775



Apellidos
MERCADO GUTIERREZ

Nombres
MANUEL FERNANDO

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.72	M

Fecha de nacimiento — G.S.
08 OCT 1990 — B+

Lugar de nacimiento
PONEDERA (ATLANTICO)

Fecha y lugar de expedición
15 OCT 2008, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expiración
24 SEPT 2034

(ID)
0550096850

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0550096850150O1<<<<<<<<<<<
9010082M3409246COL1016029775<5
MERCADO<GUTIERREZ<<MANUEL<FERN

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

Línea gratuita desde celular
#523 opción 1
Línea nacional gratuita fija
01 8000 11 52 33 opción 1
Cali Corredor Bogotá
(601) 317 5670 opción 1
Línea de atención Corredor Bogotá
(601) 345 0188

MÁS INFORMACIÓN >

CORSERPARK
Con salud en los momentos difíciles

CAFE LAS DE LA FE

Consulta tarifas y condiciones en: www.corserpark.com - www.capillasdelafe.com



FACTURA EN LÍNEA

Escanea el código QR, inscríbete, envía el formulario y en pocos segundos recibirás por correo electrónico el primero muy.

La Revisión Periódica Obligatoria de gas
Llevo el FÚTBOL a tu CASA

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

Agenda tu revisión aquí:

Primera mensualidad desde $16.590 IVA incluido

Mundo digital Vanti

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

Pagos PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Itaú · Bancolombia · BBVA · Bancolombia · Nequi · daviplata

*Prevalle adicionalmente inscripción a débito automático

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco Itaú Subsidiario

Grandes Superficies:
Metro, Jumbo, Éxito

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

Eficiencia energética

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

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

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

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

¡Hola!

MARIA JOSEFINA FRANCO
CL 22D BIS 115 27 - VERSALLES
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP
Medidor Gas No. S3S7197-190653

Lote: P13GN **Ruta:** 0011000188880005300 **Código del Sector:** 326

Cuenta o referencia de pago **60667467**

vanti Listo

Compra televisores, calentadores a gas, horno y mucho más y págalo a cuotas a través de tu factura de gas.

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$5.200.000**



vanti

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

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

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

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

Línea gratuita 01 8000 942 794
Bogotá (601) 307 6521
Sutamerchán (607) 685 4755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 418 4164

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

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

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

Factura de gas Abril 2026

Cuenta o referencia de pago **60667467** BOGOTA

NIT 800.007.803-3
Vanti S.A. ESP
www.grupovanti.com

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1 Pago oportuno **07 May. 2026**

2 Fecha de suspensión **08 May. 2026**

3 Periodo facturado **Mar. - Abr. 2026**

4 Emisión de tu factura **22 Abr. 2026**

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario ($)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	TMO	2.681,43	0,00	211.807,97
FIJO	1UN	4.270,00	0,00	4.270,00
AJUSTE DECENA	1UN	0,97	0,00	0,97
RECALCO TERPEROS Cocolpark Protect	3	24.329,00	0,00	39.978,00
Vanti Max Amigos	1UN	13.164,07	0.609,13	15.990,00

1 – Total **$256.120,00**

Tus financiaciones

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

2 – Total **$0,00**

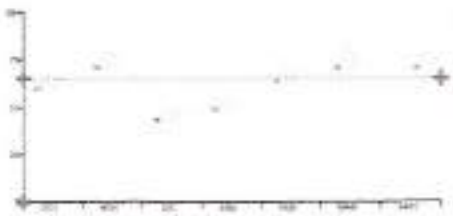
3 – Valor facturas vencidos **$0,00**

Total a pagar 1 + 2 + 3 **$256.120,0**

Pago por

Escanee el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial | Estrato/Cat.Tres | Tipo de consumo 3d

Fecha	Lectura	Tipo
17 Mar. 2026	9360	REAL
19 Abr. 2026	9462	REAL

m³ corregidos: 9462 - 9360 * Factor de corrección = 79

Tu próxima lectura será Entre 13 y el 18 de Mayo

Novedades de tu factura

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

(415)7709998020025(8020)60667467(3900)000000000256120

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

28 Feb. 2030

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas estimado es de: $2681.

Ene. $2644 Feb. $2651 Mar. $2667

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

Componentes tarifarios

Factor de corrección

Indicadores de calidad



AFÍLIATE

LA FE

COOSERPARK

vanti

La tranquilidad también tiene su receta

- 2 tazas de anticipación.
- 1 pizca de unión.
- 1 cucharada de cuidado.
- 1 ramita de confianza.
- Amar al ginko.

PREVISIÓN EXEQUIAL

Síguenos

1639

G1

ALCALDÍA DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLINICA HC - Número de Historia clínica: 89	900255003230334	FECHA: 20-05-2026

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: C.J				COLOR: blanco-negro		
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA mestizo	EDAD 1 A	PESO: 3.1 KG	RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X	
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X		TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___		

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Tamara Jaudice Guzman Garzon		DIRECCION: CL 22H No 118B 51	TELEFONO 3012721606.
CEDULA: 1.016.019.221		CORREO ELECTRÓNICO: 3012721606@sin correo.com	
BARRIO: Brisas	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: FONTIBON	
ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL		

3. ANAMNESIS

En buen estado de Salud

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 136 l/m	F. RESPIRATORIA: 30 r/m	TEMPERATURA: 38.7 °c	TLLC: 2 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: ———

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.3 ml.	5-7mg/kg IV
		___ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.1 ml.	1mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ———

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

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

FONTIBÓN

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
Tamara	1016019221

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.016.019.221
GUZMAN GARZON
APELLIDOS
TAMARA LAUDICE
NOMBRES
REPUBLICA DE COLOMBIA


FECHA DE NACIMIENTO 29-MAY-1989
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
24-JUL-2007 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL

FACTURA EN LÍNEA



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

La Revisión Periódica Obligatoria de gas

Lleva el FÚTBOL a tu CASA

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

Agenda tu revisión aquí

$16.590

Términos y condiciones en vanti.com.co. Vanti S.A. ESP. Con NIT 900.226.715-3 y Gas Natural del Oriente S.A. ESP. Con NIT 900.134.459-7, Comercializadores de Energía y Gas Natural. Oferta válida del 1 de abril de 2026 hasta el 30 de abril de 2026. Recibe un mes gratis de DirecTV GO, que incluye canales en Prime Video, con vigencia de un mes para clientes nuevos de DirecTV GO. Aplica solo en la adquisición de Vanti Max y no incluye contenidos premium ni el plan mensual de temporadas. Para más información visita vanti.com.co/legal/terminos-y-condiciones-de-la-campana/

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban, Baloto, Bancolombia, BBVA, Davivienda, Bancolombia, Banco Falabella, Banco Pichincha, Banco Caja Social, Nequi, Daviplata, Dale

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies: Makro, Jumbo, Éxito

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

Eficiencia energética

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

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

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

CARNAVAL SOMOS TODOS LAS NET. MEDIANTE #139

¡Hola!

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

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 0067199-137282

Lote: P05GN Ruta: 0011010028880005100 Código del Sector: 329

Cuenta o referencia de pago **61004736**

vanti Listo

Cumple

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: 3'000.000



vanti Listo

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

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

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

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

Factura de gas

Abril 2026

Cuenta o referencia de pago: 61004736

BOGOTÁ

Fechas importantes

1 — Pago oportuno: 23 Abr. 2026

2 — Fecha de suspensión: 24 Abr. 2026

3 — Periodo facturado: Mar. - Abr. 2026

4 — Emisión de tu factura: 13 Abr. 2026

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. SIN SUBSIDIO	13M3	2.881,43	0,00	34.568,59
CONS. CON SUBSIDIO	20M3	3.066,46	0,00	61.329,20
MENOS SUBSIDIO (34%)	1UN	-21.103,38	0,00	-21.103,38
AJUSTE DECENA	1UN	-4,41	0,00	-4,41

1 — Total $75.080,00

Tus financiaciones

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

2 — Total $0,00

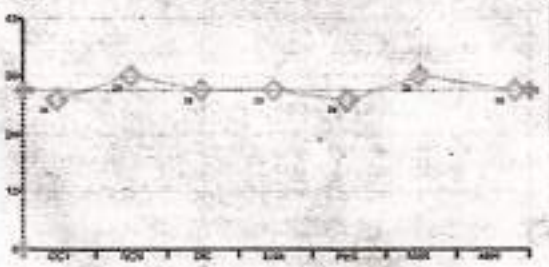
3 — Valor facturas vencidos: $0,00

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

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

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

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

Tu próxima lectura será: Entre 04 y el 09 de Mayo

Novedades de tu factura

Corte $ 2551,43

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $82.500

Revisión Peri

Vencimiento Revis... Periódica Obligato...

31 Mar. 20...

Tarifas

El valor del m³ de gas...

Ene. $2544 Feb. $...

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

Componen...

Cm: 1420,13 Tm: 577,65

Pr: 68,48 Com: 0,0

Com: 0,0 Fcom: 42,47

Factor d...

Vm: 43 Fp: 0,76857

Vc: 33 Tm: 14,15

Pc: 0,751 Fm: 0,8034

Factor de corrección: 0,7704

Indicador...

IPGT: 100,0 DES: 0,0



(415)7709998025025(8020)61004736(3900)00000000075080

#523

01 8000 11 52 33

CORSERPARK

CAPILLAS DE LA FE

MAS INFORMACIÓN >

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: 34	MIP: 900255003230837	FECHA: 20-05-2026

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X ___ CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Oreo.				COLOR: gris.	
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA: mestizo	EDAD: 5A	PESO: 3.5 KG	RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X		TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR ___ CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria Rosalba Rodriguez Ibañez		DIRECCION: CL 19 No 109-20	TELEFONO: 3133796526
CEDULA: 39.699.471		CORREO ELECTRÓNICO: Cubidessandra7@gmail.com.	
BARRIO: Belen	ESTRATO: 3.	LOCALIDAD: FONTIBON	
ESCOLARIDAD: NS/NR: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL		

3. ANAMNESIS

En buen estado de salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACION: NS/NR: ___
N.A	02-2026	CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa ___ TRIPLE: dd/mm/aaaa ___ PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa ___ HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa ___ PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa ___ RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa ___ LEUCEMIA: dd/mm/aaaa ___ RABIA: dd/mm/aaaa 01-2026

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 142 l/m	F. RESPIRATORIA: 32 r/m	TEMPERATURA: 38.7°c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: ROSADAS

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: ___

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribe 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

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: 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:
[signature]	39'699.471

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 39.899.471
RODRIGUEZ IBAÑEZ
APELLIDOS
MARIA ROSALBA
NOMBRES


FECHA DE NACIMIENTO 12-SEP-1963
ANAPOIMA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.53
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
30-OCT-1981 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 922382336-2

enel Bogotá

Para pagos y consultas tu número de cliente es: 0409107-7

No. Medidor: 16123317

¡Hola!

ANTONIO GALINDO G
CL 19 NO 109 20
FONTIBON
BOGOTA, D.C. - BELAN FONTIBON

Valor a pagar
$258.720
Pago oportuno
06 MAY /2026

Fecha suspensión
08 MAY/2026

Tu próxima lectura
21 MAY /2026

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

¡Estas son tus datos acerca de la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía

Tipo de Lectura: Real **Ruta Reparto: 1 3 17 367 6702** **Carga kW: 8,00** **Estrato: 3**
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.
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 9 6 8 - 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 virtuales de pago

APP Enel Clientes | Código QR Bara | Almacenes de cadena

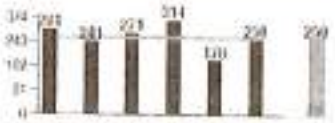
46079

46079

1 de 2 - Página 1 de 2

Total energía $190.070 + Total $68.650 = Total a pagar $258.720

Comportamiento consumo | Estado de cuenta | ¿Sabías que...?



250 kWh
256 kWh
$824,59
8,05 kWh
$5.131

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

Generación +	Transmisión +	Distribución +	Costo Variable +	Pérdidas +
$294,11	$57,63	$297,95	$83,65	$63,18
Restricciones +	Costo Fijo =	Costo $/Bln Mes		
$30,06	$0,00	$824,59		

Vigencia: MAR/2026

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

Calculo consumo de energía | Información del medidor 0400107-7

	Lectura actual	Lectura anterior	Diferencia de lecturas	Factor	Energía consumida kWh	Energía facturada kWh	$ Valor unitario	= Valor facturado
ENERGIA ACTIVA FP	22.055	21.819	236	1	250	250	$824,59	$206.148
ENERGIA REACTIVA	5	0	5	0	0	0	$487,55	$3
Subsidios	Cons. a subsidiar 130,00 kWh	X	Valor kWh $824,5864	X	Subsidio -15,00 %			-$16.073
								$190.087

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

SUBTOTAL: $0 / $0

$190.070

Tenga en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $109.980

Recibido con fecha 03 ABR 2026

Informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones, Celsia Faro Colombia, en la fecha de PAGO OPORTUNO aquí estipulada en mora, ante lo cual se reporta(n) negativo a las bases de información financiera y cobro por costos de cobranza si la mora supera 15 días y se realiza gestión de cobro.

8300481229

Número para cualquier consulta Ciudad Limpia

Cuenta contrato 102231205

Documento equivalente electrónico No. 382382388-2

Periodo de facturación 19.03.2026 a 18.04.2026

6%
6%
15%
Días liquidados

Datos usuario

Volumen	a 8000	Estrato	3
Densidad		FREC. Residencial	3
% Participación	6%	FREC. Suvido	3

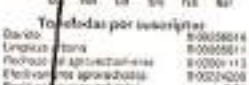
Tipo productor: Residencial

Unidades	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	2	0
No Residenciales	0	0

Costos para tarifas

$ 0,00	$ 0,00	$ 257.720,67

Histórico de facturación



Toneladas por suscriptor

Barrido	0,00056614
Limpieza urbana	0,00056614
Recolección aprovechables	0,00001113
Efectivamente aprovechados	0,00224208
Residuos aprovechables	0,04
Ahorro no aprovechable	0,00

Estado de cuenta

Concepto	Valor
AGUC SERVICIO RESIDENCIAL	$68.650
AGUC SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-16.073
AGUC MORA A LA FACTURA U.B.R	$0

Mora 0

$68.650

Mensajes de interés

INFORMATIVO DEUDA TOTAL: 68.650,00

Calidad del Servicio

Duración Interrupciones (Horas)	Frecuencia Interrupciones (Eventos)
IRAD: 11,67 Grupo: 3	FREC: 13,56 SAIFI: 220,79
IRAD: 0,51 NO: 0,00	FREC: 2,03 CP: 115,00000
IRAD: 3,32 VC: 0,00	Redes: 0,00 SAIDI: 6,00
TRD: 0,00 CSID: 0,00	TRD: 0,00 IRF: 1,50
CD: 24001191	%: 0,00

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de Historia Clínica: 85

N° 900255003230829

FECHA: 20-05-2026

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Suchi | COLOR: Negro

ESPECIE: CANINO___ FELINO X | SEXO: HEMBRA___ MACHO X | RAZA: mestizo | EDAD: 2 A | PESO: 4.2 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Artubel Ricardo Rojas Granados | DIRECCION: CL 16H N° 100-73 | TELEFONO: 3232902699

CEDULA: 1.015.001.506 | CORREO ELECTRÓNICO: ricardorojasgranados@gmail.com

BARRIO: la laguna | 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: 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/mm/aaaa

FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa | LEUCEMIA: dd/mm/aaaa | RABIA: 25/11/2025

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 142 l/m | F. RESPIRATORIA: 32 r/m | TEMPERATURA: 38.2°c | TLLC: 2seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.4 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.4 ml	5-7mg/kg IV
		ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	ml	0.5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.4 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.16 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	EILEEN NATHALY BEDOYA Medico Veterinaria T.P 27701	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	DIANA FLOREZ CASTANEDA 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 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:
	1016001506

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:


REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo
ICCOL0770087212150O1<<<<<<<<<<<
8611024M3503144COL10160013O6<9
ROJAS<GRANADOS<<ARTUBEL<RICARD


REPÚBLICA DE COLOMBIA
ROJAS GRANADOS
ARTUBEL RICARDO
14 MAR 2035

FACTURA EN LÍNEA

vanti

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



DISFRUTAR LOS GOLES EN
ESTAMPA LA ENERGÍA QUE LO HACE POSIBLE

Compra en

Consulta y activa tu cupo en grupovanti.com

Mundo digital Vanti

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

Pagos electrónicos en otros entidades

Bancolombia

Nequi

dale

Escanea para pagar tu factura

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco Davivienda
RED CADE
Banco Caja Social Colpatria

Grandes Superficies
Makro, Jumbo, Éxito

Eficiencia energética

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

Fijo - Movil: 164 ó 01 8020 915 052
01 8000 181 164

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

CAMBIOS, ADICIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT: 830.054.612-8

¡Hola!

NÚBIA BETY GRANADOS
CL 16H TO 71 104 01 - LA LAGUNA
BOGOTÁ

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP
Medidor Gas No. 5007112-787381

Lote: P06GV Ruta: 001104039516A005000 Codigo del Sector: 324

Cuenta o referencia de pago 62489483

vanti listo

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:

vanti
Más Formas de avanzar



Que millones de estufas se enciendan en el medio tiempo.

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

vanti vanti vanti MAX

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

Atención telefónica
Cobertura a nivel nacional
Lunes a viernes 7 a.m. - 6 p.m.
Sábados 7 a.m. - 1 p.m.

Línea gratuita 01 8000 342 784
Bogotá (601) 307 41 71
Bucaramanga (607) 680 4333

Atención virtual
Contáctanos a través de nuestros canales digitales

Línea de WhatsApp 321 410 4194
Mi Vanti en línea

Factura de gas

Mayo 2026

Cuenta o referencia de pago 62489483

SOSTA

vanti

Fechas importantes

1 Pago oportuno 26 May. 2026

2 Fecha de suspensión 27 May. 2026

3 Periodo facturado Abr. - May. 2026

4 Emisión de tu factura 12 May. 2026

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	18M3	2.575,48	0,00	46.376,64
FIJO	1UN	4.298,00	0,00	4.298,00
AJUSTE DECENA	1UN	1,71	0,00	1,71
Intereses Moratorios Base Recargo	1UN	85,37	0,00	85,37
Intereses Moratorios Base Recargo	1UN	109,28	0,00	109,28
Tarifa Mes Anterior	1UN	13.184,80	2.506,13	15.690,93

1 – Total $66.540,00

Tus financiaciones

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

2 – Total $0,00

3 – Valor facturas vencidas $0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3 $66.540,0

Pago por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos

Datos de medición

Uso Residencial Estrato/Cat. Tarif. Días de consumo 31

Fecha	Lectura	Tipo
09 Abr. 2026	3289	REAL
09 May. 2026	3302	REAL

m³ consumo: 3302 - 3289 = Factor de corrección x 13

Tu próxima lectura será Entre 03 y el 09 de Junio

Novedades de tu factura

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

Revisión Periódica Obligatoria

Agenda ya tu RPO aquí

31 Mar. 2027

Tarifas

Componentes tarifarios

Factor de conversión

Indicadores de calidad





(415)7709998026026(8020)62489483(3900)0000000056540

FONTIBÓN

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - (Número de historia clínica): 86

MICROCHIP: 900255003230245

FECHA: 20/05/26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: ODY

COLOR: Blanco - Amarillo

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD: 8 M PESO: 3,7 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Hector Alejandro Castañeda Rincón

DIRECCION: DG 16A BIS 100-16

TELEFONO: 3214883330

CEDULA: 1096088123

CORREO ELECTRÓNICO: hacr.alejo@gmail.com

BARRIO: La Laguna

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: N4

ULT. VACUNACIÓN NS/NR: X

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

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

FELINOS:

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

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

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,4 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,4 ml	5-7mg/kg IV
		/ ml	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	/ ml	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,4 ml	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,16 ml	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: /

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	RAFAEL ENRIQUE PERILLA A. MÉDICO VETERINARIO TP 16122	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL	DIANA FLOREZ 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 Anfasis 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 Veterinaria 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:
	1016088173

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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



CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.016.088.123

Apellidos
CASTAÑEDA RINCON

Nombres
HECTOR ALEJANDRO

Nacionalidad: COL
Estatura: 1.74
Sexo: M
Fecha de nacimiento: 22 AGO 1996
G.S.: O+
Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
25 AGO 2014, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expiración
18 OCT 2032



CO

0065720 20

REGISTRADOR NACIONAL
Asunto registrado

ICCOL0065720200150O1<<<<<<<<<<
9608225M3210189COL1016088123<7
CASTANEDA<RINCON<<HECTOR<ALEJA

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

FACTURA EN LÍNEA



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

vanti Listo



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

DISFRUTAR LOS GOLES EN PANTALLA GRANDE

ES VIVIR LA ENERGÍA QUE LO HACE POSIBLE.

Compra en

Consulta y activa tu cupo en **grupovanti.com**

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

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

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies:
Metro, Jumbo, Éxito

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

Eficiencia energética

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

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

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

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

Se le suspenderá el servicio por falta de pago o convenio no vigente, en caso de que se agote el ciclo de facturación sin haber realizado el pago o de incumplir un acuerdo de financiación. Si el predio se encuentra en estrato 1 o 2 y el consumo básico de subsistencia es de 13 m3 diarios totales, durante los dos (2) ciclos de facturación siguientes, el consumo básico de subsistencia no se le cobrará. Si usted es pensionado, madre cabeza de familia, persona en situación de discapacidad o adulto mayor, tiene derecho a un descuento del 50% en el consumo básico de subsistencia hasta 20 m3 diarios totales. Para acceder a este beneficio debe estar al día en el pago de su factura. Si no paga oportunamente su factura el servicio se suspenderá y deberá cancelar el reconexión. Si usted es pensionado, madre cabeza de familia, persona en situación de discapacidad o adulto mayor, tiene derecho a un descuento del 50% en el consumo básico de subsistencia hasta 20 m3 diarios totales. Para acceder a este beneficio debe estar al día en el pago de su factura. Si no paga oportunamente su factura el servicio se suspenderá y deberá cancelar el reconexión. Si usted es pensionado, madre cabeza de familia, persona en situación de discapacidad o adulto mayor, tiene derecho a un descuento del 50% en el consumo básico de subsistencia hasta 20 m3 diarios totales. Para acceder a este beneficio debe estar al día en el pago de su factura. Si no paga oportunamente su factura el servicio se suspenderá y deberá cancelar el reconexión.

CARNAVAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.006.812-8 TV49207802020 VANTI

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

¡Hola!

ANTONIO RINCON
DG 16A BIS 100 16 I01 00001 - LA LAGUNA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5187101-266475

Lote: P06GN **Ruta:** 0011020290670005000 **Código del Sector:** 323

Cuenta o referencia de pago **61347897**

vanti Listo

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

TU CUPO VANTI LISTO **APROBADO ES:**

vanti
Más formas de avanzar



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

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

vanti · vanti · vanti max

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gas Natural del Cesar S.A. ESP

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

323 0011020290670005000 P06GN 1366 A C1

Factura de gas

Mayo 2026

Cuenta o referencia de pago **61347897**

BOGOTA

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

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1	2	3	4
Pago oportuno	Fecha de suspensión	Periodo facturado	Emisión de tu factura
26 May. 2026	27 May. 2026	Abr. - May. 2026	12 May. 2026

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	38M3	2.575,48	0,00	97.906,24
FIJO	1UN	4.298,00	0,00	4.298,00
AJUSTE DECENA	1UN	4,16	0,00	4,16
RECAUDO TERCEROS Cosepark Protecc	0	36.436,00	0,00	36.436,00
RECAUDO TERCEROS Seguro Vida Deudo	0	345,00	0,00	345,00
INTERESES FINANCIAMIENTO - NO GRA	1UN	2.325,12	0,00	2.325,12
Intereses Moratorios Base Recargo	1UN	69,61	0,00	69,61
Intereses Moratorios Base Recargo	1UN	17,36	0,00	17,36
Vanti Mas Antiguo	1UN	13.184,87	2.505,13	15.690,00

1 – Total **$157.090,49**

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota N°	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A
2,0897 % Tecnologia Vanti	6/9	26.959,51	2.325,12	26.959,51

2 – Total **$26.959,51**

3 – Valor facturas vencidas

$0,12

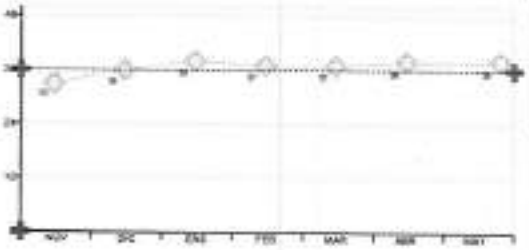
Total a pagar 1 + 2 + 3

$184.050,12

Pago por PSE

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
09 Abr. 2026	18690	REAL
09 May. 2026	18739	REAL

m³ corregidos= 18739 - 18690 * Factor de corrección = 38

Tu próxima lectura será

Entre 03 y el 08 de Junio

Novedades de tu factura

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Ago. 2029

La revisión de la instalación interna es su responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente* *Resoluciones 059 de 2013 y 41385 de 2017.

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $2576.

Feb. $2551 Mar. $2567 Abr. $2681

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

Componentes tarifarios

Gm: 1307.55 Tm: 590.66 Dm: 619.22 Cm: 2576.48
PI: 94.79 Cam: 0.0 Cuftm: 4298.0 Cuaim: 2576.48
Cim: 0.0 Pcom: 48.678 DAUN: 0.0 DAUNR: 0.0

Mjtm³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 449
kWh y el precio unitario del kWh es: $228,134

Factor de corrección

Vm: 49 Kp: 0.76766 Kt: 1.00435 Pt: 0.771
Vc: 38 Tm: 14.31 Te: 15.56 Pc: 1.01508
Pz: 0.752 Fm: 0.0234 P pv: 1.0
Factor de corrección: 0.771

Indicadores de calidad

PIST: 100.0 DES: 0.0 Ri: 100.0 IPS: 100.0



(415)7709998026025(8020)61347897(3900)00000000184050

C1 1306 A

Buena energía contribuyendo #yoquieroVanti Resolución No. 4954 del 11-JUL-1996 Autorización de Numeración de Facturación No. Formulario 18764005050 del 31/12/2025. Factura no electrónica desde N° 1000000001 hasta N° 1000000000 con vigencia de 24 meses

Usted vigilado por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NIT 800.007.813-5 VANTI S.A. ESP. Nº1 SAC 001 2019 - Horario Red Exprés + Vuelta a la luz. Esta factura presta mérito ejecutivo, Art 130 de la ley 142 de 1994 Consulte factura y Servicios S.A.S. BIC 10.000.000.000 0

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de Historia Clínica: 87 | MICROCHIP: 900255003230248 | FECHA: 20/05/26

ORIGEN: CES | PROTECCIONISTA | COMUNIDAD X | CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Bruno | COLOR: Gris Atigrado

ESPECIE: CANINO___ FELINO X | SEXO: HEMBRA___ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 9 m | PESO: 3,6 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL: SI___ NO X

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

ORIGEN: NS/NR___ RESCATADO___ COMPRADO X ADOPTADO___ REGALADO___ PERRO DE CUADRA___ OTRO: ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Hector Alejandro Castañeda Rincon | DIRECCION: DG 16A BIS 100-16 | TELEFONO: 3214883338

CEDULA: 1016088123 | CORREO ELECTRÓNICO: hacr.alejo@gmail.com

BARRIO: La Laguna | 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: 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: 136 l/m | F. RESPIRATORIA: 28 r/m | TEMPERATURA: 38,2°c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIN		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,4 mL	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,4 mL	5-7mg/kg IV
		___ mL	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	___ mL	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,4 mL	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,76 mL	2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ___

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	RAFAEL ENRIQUE PERILLA P. MÉDICO VETERINARIO T.P. 16127	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	DIANA FLÓREZ CASTAÑEDA MÉDICA VETERINARIA T.P 31994	FIRMA

FONTIBÓN

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
	1016088173

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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


CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.016.088.123

Apellidos
CASTAÑEDA RINCON

Nombres
HECTOR ALEJANDRO

Nacionalidad
COL

Estatura
1.74

Sexo
M

Fecha de nacimiento
22 AGO 1996

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
25 AGO 2014, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expiración
18 OCT 2032


00

8043720

REGISTRADOR NACIONAL

ICCOL0065720200150O1<<<<<<<<<<
9608225M3210189COL1016088123<7
CASTANEDA<RINCON<<HECTOR<ALEJA

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

FACTURA EN LÍNEA



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

vanti



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

DISFRUTAR LOS GOLES EN PANTALLA GRANDE ES VIVIR LA ENERGÍA QUE LO HACE POSIBLE.

Compra en Éxito Exito.com Alkosto

Consulta y activa tu cupo en **grupovanti.com**

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

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

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

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

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

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

Si te suspenden el servicio por falta de pago y crees que se trata de un error, o no estás de acuerdo con el monto o con la aplicación tarifaria o los artículos de consumo, como consumidor puedes presentar un recurso de reposición ante la empresa y apelar ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al conocimiento o notificación del suspensión. Sobre el consumo de energía eléctrica facturado, puedes acudir ante el Centro de Conciliación de la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha cuando con los mecanismos establecidos en la ley 142 de 1994 y para tal efecto se suspenda el servicio por falta de pago oportuno.

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT: 800.096.812-8 7249278020325 VANTI

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

¡Hola!

ANTONIO RINCON
DG 16A BIS 100 16 I01 00001 - LA LAGUNA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5187101-266475

Lote: P06GN **Ruta:** 0011020290670005000 **Código del Sector:** 323

Cuenta o referencia de pago 61347897

vanti Listo

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

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:

vanti
Más formas de avanzar



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

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

vanti · vanti · vanti max · vanti

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

0011020290670005000 1998 A C1

Factura de gas — Mayo 2026

Cuenta o referencia de pago **61347897** BOGOTA

NIT: 800.007.813-5
Vanti S.A. ESP
www.grupovanti.com
vanti — Más formas de avanzar

Fechas importantes

1	2	3	4
Pago oportuno 26 May. 2026	Fecha de suspensión 27 May. 2026	Periodo facturado Abr. - May. 2026	Emisión de tu factura 12 May. 2026

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	38M3	2.576,48	0,00	97.906,24
FIJO	1UN	4.298,00	0,00	4.298,00
AJUSTE DECENA	1UN	4,16	0,00	4,16
RECAUDO TERCEROS Coosepark Protecc	0	36.435,00	0,00	36.435,00
RECAUDO TERCEROS Seguro Vida Deudo	0	345,00	0,00	345,00
INTERESES FINANCIAMIENTO - NO GRA	1UN	2.325,12	0,00	2.325,12
Intereses Moratorios Base Recargo	1UN	69,61	0,00	69,61
Intereses Moratorios Base Recargo	1UN	17,36	0,00	17,36
Vanti Mac Amigo	1UN	13.184,87	2.505,13	15.690,00

1 – Total **$157.090,49**

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota N°	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A
2.0897 % Tecnología Vanti	6/9	26.959,51	2.325,12	26.959,51

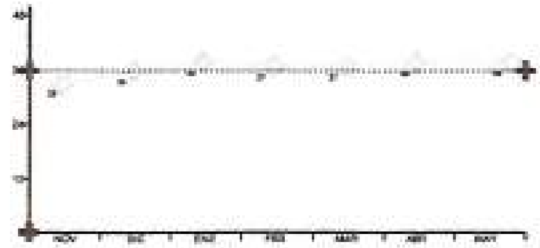
2 – Total **$26.959,51**

3 – Valor facturas vencidas **$0,12**

Total a pagar 1 + 2 + 3 **$184.050,12**

Paga por PSE — Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial — Estrato/Cat. Tras — Días de consumo 31

Fecha	Lectura	Tipo
09 Abr. 2026	18690	REAL
09 May. 2026	18739	REAL

m³ corregido= 18739 - 18690 * Factor de corrección = 38

Tu próxima lectura será: Entre 03 y el 08 de Junio

Novedades de tu factura

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $82.980

(415)7709998026025(8020)61347897(3900)00000000184050

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Ago. 2029

La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente. *Resoluciones 059 de 2012 y 1336 de 2017

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $2576.

Feb. $2551 Mar. $2567 Abr. $2681

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

Componentes tarifarios

Gm: 1307.55 Tm: 990.92 Dm: 613.32 Cm: 2576.48
JP: 64.79 Cum: 0.0 CvPm: 4098.0 Cvm: 2576.48
Com: 0.0 Fpcm: 42.473 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

kg/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 448
kWh y el precio unitario del kWh es: $226.134

Factor de corrección

Vm: 49 Ra: 0.76766 Ic: 1.00435 Fc: 0.771
Vc: 38 Tm: 14.21 Tc: 15.56 Fe: 1.01826
Pa: 0.752 Pm: 0.0284 F pv: 1.0

Factor de corrección: 0.771

Indicadores de calidad

IPLI: 100.0 DES: 0.0 IO: 100.0 IPE: 100.0





FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de Historia Clínica: 88

MICROCHIP: 900255003230323

FECHA: 20/05/26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD Y CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Jagger

COLOR: Gris

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA: Mestizo EDAD PESO: 4,6 KG RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Diana Giselle Perez Perdomo

DIRECCION: AK 116 18A 61

TELEFONO: 3042583974

CEDULA: 1016058999

CORREO ELECTRÓNICO: gisellepp1527@gmail.com

BARRIO: San Pablo

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: NA

ULT. VACUNACION: NS/NR: X

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

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

FELINOS:

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

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

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES:

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	EILEEN NATHALY REDOYA 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 paro respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

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

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

Además, soy consciente y ACEPTO __X___ o RECHAZO_____ la declinación de la 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:
Jenny Perez	1016.058.999.

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA
NUMERO 1.016.058.999
PEREZ PERDOMO
APELLIDOS
DIANA GISELLE
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 27-AGO-1993
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
01-SEP-2011 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTA

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

Natasha Avendaño Cierra
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: 53 RUTA: 533TDCA BIMESTRAL

10342482	15921660310
Cuenta contrato Núm. de identificación de este predio	**Número para pagos** Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

Periodo facturado ENE/18/2026 - MAR/16/2026

Pago oportuno ABR/24/2026

Suspensión ABR/29/2026

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
JUN/19/2026	ABR/08/2026 06:55:04	ABR/08/2026 11:29:17

¡Hola!

Factura a nombre de
GABRIEL ERNESTO CRUZ

Dirección del predio
AK 116 18A 61

Barrio: SAN PABLO Localidad: FONTIBON

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso: Residencial
Estrato: 3
Unidades Habitacionales: 5
Unidades No Habitacionales: 0

Datos de tu medidor

Marca IBERCONTA **Tipo** VELOCIMC
Serie 0801B0037186 **Diámetro pulgadas** ¾

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

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

Llámanos 116 Acueducto

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

cadena

111367 550

17231

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de Historia Clínica: 89

BROCHER: 900255003230831

FECHA: 20/05/26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: TOM

COLOR: pardo

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

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Hector julio Martin Piñeros

DIRECCION: CL 22L 123A 55

TELEFONO: 3166823827

CEDULA: 1.132.892.

CORREO ELECTRÓNICO: hectormartin322@gmail.com

BARRIO: Brisas Aldea

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: NA

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

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

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

FELINOS:

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 148 l/m

F. RESPIRATORIA: 28 r/m

TEMPERATURA 38.2 °c

TLLC 2 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: ———

7. MEDICACION

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

HALLAZGOS ANORMALES: ———

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

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	EILEEN NATHALY BEDOYA Medico Veterinaria T.P 27701	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	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:
	1032892

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 **4.132.892**

MARTIN PIÑEROS

APELLIDOS

HECTOR JULIO

NOMBRES

FIRMA



Powered by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-JUL-1975**

GUAYATA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

13-DIC-1993 GUAYATA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00193037-M-0004132892-20091101 0017624627A 1 1110536998

Powered by CamScanner

¿Quieres tu FACTURA EN LÍNEA y recibirla a través de...



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

La Revisión Periódica Obligatoria de gas Lleva el FÚTBOL a tu CASA

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

Agenda tu revisión aquí:

Por solo $16.590 mensuales

Aplicación a cargo de Vanti S.A. ESP, Elm Network Comunicaciones S.A. ESP, Red Humanidad Chile S.A. SCP y Cox Networks Chile S.A. ESP, Consulta Términos y Condiciones en www.directvcolombia.com/tyc. Actividad válida desde el 20 de marzo al 20 de abril de 2026. Se entregará un total de 1.000 cupones de Plus TV de DirecTV GO, que incluye acceso a Prime Video, con vigencia de un mes para cada cupón. Únicamente en la provincia de Directv.es de DirecTV La relación pendiente adicionalmente el plan mensual de televisión Vanti Max, en este caso el usuario podrá elegir libremente el esquema de inspección con el cual desea contratar dicho servicio y dentro no permitirse un La Compañía.

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban, tuya, Bancolombia, BBVA, Scotiabank Colpatria, Banco AV Villas, GNB Sudameris, Bancolombia, Banco Falabella, Banco Pichincha, Banco Caja Social, Nequi, Davivienda, Daviplata, Davipuntos, daleI

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

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

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

Se suspenderá el servicio por falta de pago y cuando se sospeche, en caso de que no ingrese el acceso al medidor o la instalación interna y de artefactos conexos. Conozca cómo evitar una reconexión de suspensión ante la empresa y ejercer ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los 15 días hábiles siguientes al conocimiento de la presente factura el derecho a controvertir con los mecanismos de defensa en la ley 142 de 1994 y puede hacer uso de los folios telefónicos para el pago oportuno.

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT: 805008018-8 TOKEN 8000 VANTI

¡Hola!

Ref #M:1015725

HECTOR JULIO MARTIN
CL 22L 123A 55 - BRISAS ALDEA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5007188-368327

Lote: P17GN **Ruta:** 0011010077315005000 **Código del Sector:** 329

Cuenta o referencia de pago **62263490**

vanti Listo

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



vanti Listo

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

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

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

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Elm Network Comunicaciones S.A. ESP, Caja Social del Chevrolet S.A. ESP y Comcel en S.A. ESP. Vanti Listo es la marca que identifica el crédito de financiación de bienes otorgado por el Grupo Vanti. Aplican restricciones y condiciones. Consulta términos y condiciones en grupovanti.com/vanti-listo/terminos-y-condiciones/

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4184

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

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

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

ESC 0011010077315005000 FACT

Factura de gas

Abril 2025

Cuenta o referencia de pago **62263490**

vanti

Fechas importantes

1 — 2 — 3 — 4

1	2	3	4
Pago oportuno	Fecha de suspensión	Periodo facturado	Emisión de tu factura
13 May. 2025	14 May. 2026	Mar. - Abr. 2026	27 Abr. 2026

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. SIN SUBSIDIO	6M3	2.681,43	0,00	16.088,58
CONS. CON SUBSIDIO	20M3	3.066,46	0,00	61.329,20
MENOS SUBSIDIO (34%)	1 UN	-21.103,38	0,00	-21.103,38
AJUSTE DECENA	1 UN	-4,40	0,00	-4,40

1 — Total **$56.310,00**

Tus financiaciones

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

2 — Total **$0,00**

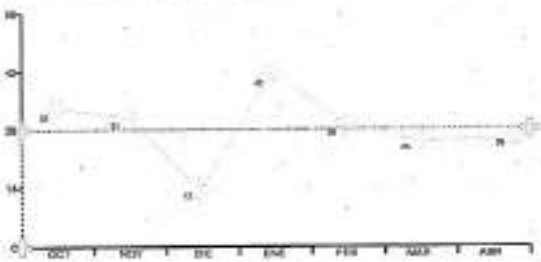
3 — Valor facturas vencidas **$0,00**

Total a pagar 1 + 2 + 3 **$56.310,0**

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
21 Mar. 2026	4755	REAL
23 Abr. 2026	4789	REAL

m³ consumo= 4789 - 4755 * Factor de corrección = 26

Tu próxima lectura será

Entre 19 y el 24 de Mayo

Novedades de tu factura

CuVo $ 2681.43

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódico Obligatoria

31 Dic. 2027

La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente* *Resoluciones 067 de 2012 y 41 666 de 2017

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

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

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

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

Componentes tarifarios

Gm: 1428.13 Tm: 597.68 Dm: 606.12 Cm: 0.0
Pf: 68.48 Dvm: 0.0 Cvfm: 0.0 Cvvm: 0.0
Cdm: 0.0 Fpcm: 42.475 DALR: 0.0 DALNR: 0.0

kWh* Tu consumo en m³ de gas equivale: 307 kWh y el precio unitario del kWh es: $183.435

Factor de corrección

Vm: 34 Ed: 0.76667 Et: 1.00483 Pc: 0.77022
Vc: 26 Tm: 14.23 Tc: 15.56 Pz: 1.01908
Pz: 0.751 Pm: 0.9224 P pv: 1.0

Factor de corrección: 0.77022

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IC: 100.0 IPE: 100.0



(415)7709998026025(8020)62263490(3900)000000000056310

Factura No. F1SB8376334

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de Historia Clínica: 90

NUIP: 900255003230332

FECHA: 20/05/26

ORIGEN: CES PROTECCIONISTA COMUNIDAD X CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Simba | COLOR: Amarillo

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 5M | PESO: 2,9 KG | RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Sandra Viviana Pinzon Jimenez | DIRECCION: CL 22K N° 120-48 | TELEFONO: 3137474139

CEDULA: 1.104.695.596 | CORREO ELECTRÓNICO: Vivianapinzon2020@gmail.com

BARRIO: | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR: | TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X 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: 148 l/m | F. RESPIRATORIA: 32 r/m | TEMPERATURA: °c | TLLC seg | MUCOSAS:

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 [illegible] quirúrgicos.

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

FONTIBÓN

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que, al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como: 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:
Sandra Viviana Garzón	1104695396

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

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

AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.104.895.596
PINZON JIMENEZ
APELLIDOS
SANDRA VIVIANA
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 13-SEP-1986
LIBANO
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.48 ESTATURA
B+ G.S. RH
F SEXO
09-NOV-2004 LIBANO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

enel Bogotá

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 3021980944-5

Para pagos y consultar tu número de cliente es: **1549371-7**

No. Medidor: **25380977**

¡Hola!

MARIA DEL PILAR GOMEZ LOPEZ
CL 22 K NO 120 46
BOGOTA, D.C. - EL REFUGIO

Valor a pagar: **$64.600**

Fecha oportuna: **05 MAY /2026**

Fecha suspensión: **07 MAY/2026**

Tu próxima lectura: **20 MAY /2026**

Período Facturado: **Del 20 MAR/2026 al 17 ABR/2026**

Tipo de Lectura: Real
Clase de servicio: Residencial

Ruta Reparto: 1 3 16 2 5 9543 Carga kW: 2,07 Cantidad: 2
Subestación: Bayoa

Contáctanos | Puntos de atención Enel



316 890 6000 (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

CEDRO LIMPIO 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.

¿Cómo pagar tu factura?

Medios virtuales de pago

APP banco
Cajero electrónico
Internet
APP Enel Clientes Colombia
Código QR para pagar por PSE
Ventanillas de cadena
Teléfono banco
Botón de pago online
Débito automático
Botón de pago
Billetera virtual
Nequi
dale!
Red distrital RED CADE
Canales de autogestión enel
Corresponsales bancarios



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 860.063.875-8 bajo vigilancia de la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.



PIDE YA

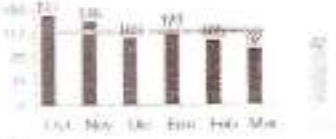
20% de descuento

Y CON TU

$12.000.000

¡NO ABSOLUTAS





82 kWh

119 kWh

$80.4,59

2,80 kWh

$1.406

1546371-7

$0.779

$0

Número para cualquier consulta

Cuenta contrato: 10603059

Suministro equivalente electrónico No. 280 108044 6

Periodo de facturación: 19.03.2026 a 19.0-.2026

Días liquidados

Datos usuario

Costos para tu tarifa

Historico de facturación

Estado de cuenta

Concepto	Valor

$24.030

Documento electrónico

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de Historia Clínica: 91

MICROCHIP: 900255003230246

FECHA: 20/05/26

ORIGEN: CES ___ PROTECCIONISTA ___ COMUNIDAD X ___ CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Bello

COLOR: Gris pardo.

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

RAZA: Mestizo

EDAD: 7M

PESO: 4,5 KG

RAZA DE MANEJO ESPECIAL SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria del Amparo cubides Cortes

DIRECCION: CL 22K Nº 120-74

TELEFONO: 3203026027

CEDULA: 28.177.169.

CORREO ELECTRÓNICO: 3203026027@sincorreo.com

BARRIO: El refugio

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: Dic 25

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

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

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

FELINOS:

TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa ___ LEUCEMIA: dd/mm/aaaa ___ RABIA: dd/mm/aaaa Marzo 26

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno.

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

CONDICION CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 142 l/m

F. RESPIRATORIA: 32 r/m

TEMPERATURA: 39,3 °C

TLLC 2 seg

MUCOSAS: no sad

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 específicamente los riesgos relacionados con la Ooriohisterectomia/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 complicaciones respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anestésicas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de 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, ha comprendido y aceptado.

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

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

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

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
María Amparo Cubides	28177169

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 28.177.169
CUBIDES CORTES

APELLIDOS
MARIA DEL AMPARO

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 16-ABR-1958
GUAVATA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

13-JUN-1977 GUAVATA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 352180350-6

enel

Para página y consultas tu número de cliente es: **4630619-9**

No. Medidor: 156656

¡Hola!

TILCIA CORTES DE CUBIDES
CL 22 K NO 120 74 PI 2
PISO 2
BOGOTA, D.C. - EL REFUGIO

Valor a pagar
$214.630
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

¿Cómo tomamos nuestra LECTURA DE TU MEDIDOR en CONSUMO

Tipo de Lectura: Real
Clase de servicio: Residencial

Ruta Reparto: 1 3 16 315 9338 Carga kW: 3,00 Estrato: 2
Tarifas: Plana

4360-1

Contáctanos | Puntos de atención Enel



318 890 6003 (Elena Bot o Asesor)
601 5115 115
Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/radicaciones
Enel Colombia
@EnelClientesCO
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas
Emergencias 119 Operador Claro Gratuito las 24 horas
Registrate gratis Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia
www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html

Operador de aseo

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

Consejos para ufiaca eficiente de tu energía

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

Inscribete a factura virtual

Registrate 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 priorize tu seguridad y comuníquese 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 Ezeepay

Red física
RED CADE

Centro de servicio enel

Corresponsales bancarios
CONEXRED efecty Revii velocity 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 800.063.671-1 hace parte del Grupo Enel y actúa como operador del servicio de comercialización, distribución y generación de energía eléctrica y comercialización de gas combustible, todos ellos por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

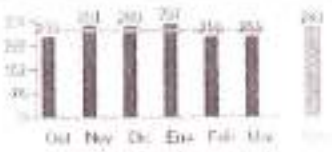


PIDE YA

Y CON TU

$12.000.000

¡NO NECESITAS EXPERIENCIA CREDITICIA!



283 kWh

274 kWh

$824.59

9.76 kWh

66.579

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	$247,95	$62,68	$83,19

Restricciones	Cargo Fijo	Costo kWh Mes
$20,50	$0,00	$806,99

Vigencia: MAR 2026

4630615-9

	Lectura actual	Lectura anterior	Diferencia de lecturas	Factor	Energía consumida kWh	Energía facturada kWh	Valor unitario	Valor facturado
ENERGIA ACTIVA FP	28787	28774	283	1	283	283	$824,59	$233.359
ENERGIA REACTIVA	0	0	0	1	0	0	$397,98	$0
Subsidio								-$82.581
ESTIMADO CLIENTE: El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (0 - 130 kWh mes) es de: 35,4 %								$150.800

SUBTOTAL $150.800

$0

Tenga en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspendería el servicio en caso de no pago. Por lo tanto y de acuerdo con las cuotas pactadas en el pago anterior, el valor por concepto de intereses es hasta de $105.559

Si presenta una falla en su servicio y usted se encuentra a PAZ Y SALVO en la fecha de PAGO OPORTUNO, debe acudir al CAV, ante el cual se radica nuestra solicitud, y el pago de indemnización financiera será por valor de cuarenta (40) horas de consumo promedio diario y en ningún caso superior al valor de una factura mensual.

Número para cualquier consulta

Cuenta contrato 703110972

Documento equivalente electrónico 397108390-6

Periodo de facturación 19.03.2026 a 15.04.2026

Días facturados

Datos usuario

Estrato 4 Uso RESIDENCIAL

Servicios FINES Residencial

% Participación 100% FINES Normal

Costos para tarifas

Histórico de facturación

Totalizadas por suscriptor

Estado de cuenta

Concepto	Valor

Ultima $24.030

Mensajes de interés

Tipo producto: Residencial

Unidades	Cuando	Cuando antes
Resultados	1	0
No Residenciales	0	0

Documento electrónico

FONTIBÓN | BOGOTÁ

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

HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS

HISTORIA CLÍNICA HC - Número de Historia Clínica: 92

900255003230833

ID:

FECHA: 20-05-2026

ORIGEN: CES ____ PROTECCIONISTA ____ COMUNIDAD X ____ CALLE ____

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Leon

COLOR: Tabby

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

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Giovanni Fonseca Rubiano

DIRECCION: CL 22D bis A No 119A29

TELEFONO: 3203907715.

CEDULA: 80.804.110

CORREO ELECTRÓNICO: giovanni.fonseca10@gmail.com.

BARRIO: El refugio

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: FONTIBON

ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR: ___

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL ___

3. ANAMNESIS

En buen estado de salud.

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

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

ULT. VACUNACION: NS/NR: ___

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

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno.

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 142 l/m | F. RESPIRATORIA: 38 r/m | TEMPERATURA: 39,1 °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 específicamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomía/Orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO ___, para la realización del procedimiento y exámenes preoperatorios.

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

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

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

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

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

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

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

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

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

Firma del responsable/Tutor:	Nro. de Identificación:
Diana Londoño	80801110

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

Nombre del responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

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

AUTORIZACIÓN/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

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

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



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 80.804.110
FONSECA RUBIANO

APELLIDOS
GIOVANNI

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 20-MAY-1985
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

27-NOV-2003 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 3 CICLO: S3 RUTA: 533684

BIMESTRAL

11344677
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

41490074212
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

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

¡Hola!

Factura a nombre de
EMETERIO FONSECA F

Dirección del predio
CL 22D BIS A 119A 29

Barrio: EL REFUGIO Localidad: FONTIBON

Dirección de correspondencia

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

Datos de tu medidor
Marca IBERCONTA Tipo VELOCISC
Serie 03019802746 Diámetro pulgadas ½

Pago oportuno ABR/24/2026 Suspensión ABR/29/2026

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición factura
JUN/19/2026	ABR/08/2026 06:56:58	ABR/08/2026 11:22:23

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

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

Llámanos 116 Acueducto

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

cadena.

3697

86871 42872

695

13m³

Te ex

En este período

13.000

Promedio

217

En este periodo consumiste la misma cantidad de agua que en el anterior.

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este periodo	2141	Facturado con	Consumo Normal
Lectura anterior	2128	Base promedio	
Tu consumo este periodo	13	Descargue fuente alterna	0
		Consumo solalcadora	

Datos de tu medidor

Marca	GERCONTA	Tipo	VELOCIM
Serie	03010B0027460	Diámetro pulgadas	½

Para reducir tu consumo, recuerda:

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

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

Utiliza con moderación el agua en las labores de aseo del hogar.

Tu cobro en este período

Acueducto	+	Alcantarillado	+	Otros cobros
$40.336,83		$35.897,84		$26.380-
A		B		C D E F

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

Escanea y paga virtual

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

Total ingresos del período

Ingresos que la CAR ESP reporta a la DIAN en el periodo actual

= **Total a pagar** $49.856

CUDC (Código Único de Documento Electrónico): 837595975ecd6d22dccc5e06c69e4ef8f59ade33ce2fa2cf12ccd0327e8620704a8f3103a0650459ec63a63e0644fd0

Detalle de tu consumo este bimestre

	A Acueducto					B Alcantarillado				
	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Valor	Tarifa***	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$8.796,52	-40	$7.037-	$5.877,32	$11.754,64	2,00	$4.856,05	-40	$3.725-	$2.793,63	$5.587,10
Consumo residencial básico (m³)	13,00	$3.664,43	-40	$19.055-	$3.196,66	$28.582,59	13,00	$3.845,98	-40	$20.207-	$2.881,59	$30.310,74
Consumo residencial superior básico (m³)												
Cargo fijo no residencial (mes)												
Consumo no residencial (m³)												
Subtotal				$26.892-		$40.336,83				$23.932-		$35.897,84

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

*** La tarifa se determina a partir del valor unitario del cargo fijo o del consumo. Si aplica un subsidio, se descuenta un %; si hay un aporte, se agrega un %.

Tasas ambientales

Estos valores ya están incluidos en el consumo residencial básico y superior a básico, de m³ de agua

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m³)	$10,93	$64,34
Tarifa consumo superior a básico ($/m³)	$0,00	$0,00
Total por consumo facturado	$240	$830

El Ministro Virtual es un beneficio donde el Distrito de Bogotá subsidia un cargo económico de hasta 6 m³ mensuales, 12 m³ por cada periodo facturado a los usuarios residenciales de los estratos 1 y 2. (Nuevo: 60 m³ o 5 kW)

C Otros conceptos

Concepto	Valor
I-ajuste a la decena	$4
D-ben. mln. vlor total	$26.384-
Subtotal	26.380-

D Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	

E Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

F Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

Deudas en estudio

Concepto	Valor
Subtotal	

Pagos por la página web, app y billeteras

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

Red CADE: Consulta horarios y terminos de atención en: www.bogota.gov.co/red-cade

LA LEAL ESP tiene convenios con los siguientes bancos: Popular, Occidente, Davivienda, Bancolombia, Itaú, Occidente, Avvillas, Bogotá, Sudameris y Citi

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS NRO. ÚNICO DE REGISTRO 8-1100/1000-18 EAB-ESP

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$49.856

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No
Señor cajero: En el desprendible de acá aparece solo y chicos de evaluación, recibe solo Acueducto. Todo pago solo podrá efectuarse en Bancos y Red CADE, no podrá efectuarse en ningún corresponsal bancario.