NOMBRE DEL CONTRATISTA: FUNDACIÓN NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA	**NIT.** 900643661-2	**CORREO DEL CONTRATISTA:** Jljkp12@yahoo.com	
SUPERVISOR: JHONATTAN GUALDRON SALAZAR		**CORREO DEL SUPERVISOR:** Gobierno@latebaida-quindio.gov.co	
CLASE DE CONTRATO, NÚMERO Y FECHA: Convenio de asociación 013- 2021		**TELÉFONO DEL CONTRATISTA:** 3178558398	
OBJETO DEL CONTRATO: convenio de asociación entre el municipio de La Tebaida Quindío y la fundación naturaleza animal tebaida "Funat" con el fin de aunar esfuerzos para el desarrollo de las actividades que se realizan en el ALBERGUE MUNICIPAL PARA FAUNA, propiedad del municipio de La Tebaida Quindío, concerniente a la administración del mismo y al cuidado de los animales que se encuentran albergados en este lugar.			
VALOR PAGADO SISTEMA DE SEGURIDAD: Se anexa certificado de revisor fiscal del mes de noviembre de 2021.			
PERÍODO DEL INFORME: DEL 23 DE NOVIEMBRE AL 22 DE DICIEMBRE DE 2021.			
SITIO DE EJECUCIÓN: El lugar de ejecución del presente contrato será en el Municipio de La Tebaida Q.			

	COMPROMISOS CONTRACTUALES	**ACTIVIDADES REALIZADAS**	**PRODUCTOS**	**OBSE**
1	Recibir, realizar la administración y debida ejecución de los NUEVE MILLONES SEISCIENTOS NUEVE MIL SEISCIENTOS PESOS MCTE (9.609.600), entregados por el Municipio de La Tebaida, los cuales deberán ser destinados única y exclusivamente para los fines descritos en el convenio.	1, se realiza manejo de animales residentes en el Albergue Municipal y manejo de fauna En estado transitorio, por emergencias, atropellamientos y pequeñas cirugías, en total se recibieron en el periodo 23 de noviembre a 22 de diciembre, 11 ingresos de animales. 2. se garantiza la alimentación dos veces al día y cuidado integral de los animales residentes en el Albergue Municipal para Fauna, para la cual se realiza compra de insumos para elaborar comida para los animales residentes como harina, pollo, arroz y compra de concentrado canino y felino por valor de $ 2.021.838 para el periodo del 23 de noviembre a 22 de diciembre de 2021. 3. se compra medicina e insumos veterinarios por valor de $ 1.677.700, para atención médica veterinaria de los animales residentes en el Albergue Municipal para Fauna. 4.Se realiza los pagos correspondientes a honorarios médico veterinario del señor ANDRES LOMBANA TELLEZ, Tarjeta profesional no 2582, y servicios Generales de la señora GLORIA ELSY PALACIO Con C.C 25081240 Correspondientes al mes de noviembre de 2021.	1 se anexa registro de cada uno de los ingresos y evidencia fotográfica. 2.Se anexan facturas y evidencias fotográficas, de compra de concentrado e insumos para la alimentación de los mismos. 3.se anexa facturas de compra medicina veterinaria e insumos 4. Se anexa cuentas de cobro y evidencia fotografica.	
2	Aportar al convenio en dinero, en efectivo la suma de CUATRO MILLONES CIENTO DIECIOCHO MIL CUATROCIENTOS PESOS MONEDA LEGAL COLOMBIANA (4.118.400) de conformidad con la certificación expedida por la entidad y que hace parte integral del presente estudio previo.	Se realizan pagos por valor de $ 2.400.000 mensuales, correspondientes al valor pactado en el contrato, así: 1.Se realiza pago de servicios generales, protocolo de aseo, desinfección de todos los módulos y áreas comunes, alimentación y cuidado de los animales residentes en el Albergue Municipal para Fauna a la señora LORENA ROJAS BELTRÁN C.C.41.912 415. 2. Insumos de aseo, garantizar el suministro de todos los implementos para realizar el protocolo de limpieza y desinfección como hipoclorito, Amitraz, especifico, escobas y trapeadores etc, facturas por valor de $ 209.300.	1.Se anexa cuenta de cobro y registro fotográfico. 2. Se anexa facturas. 3. se anexa cuenta cobro y registro	

		3.Se realiza pago a la auxiliar veterinaria, la señora HALIMA SANCHEZ CC.1096.036.693, Apoyo médico en tratamientos, emergencias y pequeñas cirugías en el Albergue Municipal para Fauna.		fotográfico.	
3	Operar el ALBERGUE MUNICIPAL PARA FAUNA, como el sitio o lugar donde serán trasladados los animales que se encuentren deambulando en el espacio público o que penetren en predios ajenos y se desconozca quien es su propietario o encargado del mismo o aquellos cuya tenencia incumpla las normas establecidas en el Plan básico de ordenamiento territorial – PBOT-, animales transportados que sean detenidos en su camino o a su arribo al lugar de destino por complicaciones accidentales o fortuitas o administrativas tales como huelgas, decomiso por autoridades o falta de claridad en su tenencia o propiedad, aquellos animales peligrosos que se encuentren en sitios públicos sin las precauciones necesarias establecidas por la ley aquellos animales potencialmente transmisores de Rabia Animal, y que hayan mordido, arañado o causado un accidente rábico a una persona, con el fin de que sean observados por un periodo de 10 días por mordedura, para descartar de que sean transmisores de Rabia.	1.En el periodo 23 de noviembre a 22 de diciembre, se ingresaron 11 casos de Animales en vía pública, así: • Se recogen de la entrada del COSO MUNICIPAL dejados en estopas y cajas. 2. En el periodo 23 de noviembre a 22 de diciembre, NO se registraron casos de agresiones de perros potencialmente peligrosos. 3. En el periodo 23 de noviembre a 22 de diciembre, se les brindo todos los servicios requeridos a animales así: 10 felinos adultos 69 caninos adultos 07 caninos cachorros 86 animales en total residentes en el Albergue Municipal para Fauna de la tebaida. **4. EUTANASIAS:** se realiza proceso de eutanasias a 09 animales con el único medicamento aprobado llamado EUTANEX, a los animales enfermos por atropellamiento, virus como el parvo, moquillo, enfermedad terminal etc. y se realiza con el respectivo consentimiento del propietario.		

4	Solicitar al propietario de todo animal que haya sido llevado al ALBERGUE MUNICIPAL PARA FAUNA, como requisito para su devolución, el recibo de consignación en que conste la cancelación por los servicios del ALBERGUE MUNICIPAL PARA FAUNA y la multa, de acuerdo con las tarifas establecidas	Durante el periodo comprendido el periodo 23 de noviembre a 22 de diciembre,, a pesar de que se llevaron animales encontrados en condición de calle o abandonados, ninguno de ellos fue reclamado por dueño aparente, razón por la cual no hubo necesidad de solicitar recibos de cancelación de prestación de servicios.	N/A		
5	realizar el traslado de todo animal que, de acuerdo con las circunstancias, deba de ser llevado al ALBERGUE MUNICIPAL PARA FAUNA según el reporte que realice la Administración Municipal a través de sus diferentes dependencias, principalmente la Secretaria de Gobierno, Inspección de Policía, Dirección Administrativa de Salud, y Secretaria de Tránsito y Transporte.	1. En el periodo 23 de noviembre a 22 de diciembre, no se reportaron casos de animales abandonados por parte de los entes de control o la Alcaldía Municipal.	N/A		
6	Encargarse del cuidado y manutención de los animales que se encuentren alojados en el predio, así como de la atención Medico Veterinaria y suministros de los medicamentos y vacunas que se requieran, suministro diario de agua y comida de acuerdo con cada caso, los cuales serán cobrados al propietario, de los mismos en caso de que el animal tenga dueño.	1. Durante el periodo 23 de noviembre a 22 de diciembre, se le brindo atención, alojamiento, cuidado y manutención a los siguientes animales: 10 felinos adultos 69 caninos adultos 07 caninos cachorros 86 animales en total residentes en el Albergue Municipal para Fauna de la tebaida.	1. Se anexa registro fotográfico.		
7	Realizar la disposición final adecuada de los residuos peligrosos generados en el desarrollo de su actividad, de acuerdo con la normatividad vigente.	1. Actualmente se tiene contrato con la empresa EMDEPSA para recolección periódica de residuos biológicos, los cuales se recogen una vez por semana y están almacenados en la nevera disponible, donde se depositan todos los residuos del proceso diario de atención en el Albergue Municipal para Fauna, se anexa facturas: HOSP-234300- por valor de $131.681	1.se anexa factura y evidencia fotográfica.		

8	Cumplir con las normas mínimas desde el punto de vista sanitario exigidos por el plan territorial de salud, quien realizará la supervisión sanitaria periódica del predio y hará las recomendaciones a que haya lugar.	1. En el periodo 23 de noviembre a 22 de diciembre, se trabajó en mejoras de la última visita de la secretaria de Salud al Albergue Municipal.	N/A	
9	Adelantar las acciones correspondientes para dar cumplimiento a los hallazgos u observaciones que realice la secretaria de salud departamental e informar a la supervisora del convenio todas las visitas que realice el ente departamental.	1. En el periodo contractual No se adelantaron mejoras correspondientes a la visita del plan territorial de salud.	N/A	
10	En desarrollo de sus actividades y con el fin de generar recursos adicionales para el desarrollo de su objeto social podrá adelantar esterilizaciones y campañas de adopción y albergue de animales callejeros.	1.La fundación **FUNAT,** Lleva a cabo 2 programas de impacto a la comunidad de nuestro municipio que son: 1. **PROGRAMA DE ADOPCIÓN** se trabaja para que los animales no se queden en las instalaciones y se pueda ayudar a otros que lo requieran, este periodo fueron 21 adopciones. 2. **ATENCION MEDICA:** Consultas, emergencias, desparasitación, esterilizaciones a bajo costo y tratamientos a 51 animales de las personas más vulnerables pertenecientes a los estratos 1 y 2 del municipio.	1.Se anexa registro de convenio de adopción y registro fotográfico. 2.Se anexa registro de consultas y registro fotográfico.	
11	Expedir la orden de pago del número de días de permanencia de los animales en el ALBERGUE MUNICIPAL PARA FAUNA Municipal para qué la Secretaria de Hacienda realice el cálculo correspondiente, estos recursos se utilizaran exclusivamente en los	En periodo 23 de noviembre a 22 de diciembre, NO se expidieron paz y salvo ya que ningún animal es llevado por su propietario, y los animales quedos para darse en proceso de adopción.	N/A	

	gastos de funcionamiento del ALBERGUE MUNICIPAL PARA FAUNA, lo cual es indispensable para la entrega del animal que se encuentra albergado en el ALBERGUE MUNICIPAL PARA FAUNA					
12	Expedir el paz y salvo y orden de salida del animal del ALBERGUE MUNICIPAL PARA FAUNA de La Tebaida, una vez el propietario presente el recibo de pago expedido por la secretaria de hacienda municipal.	En el periodo 23 diciembre al 31 diciembre, NO se expidieron paz y salvo ya que ningún animal es llevado por su propietario, y los animales quedan para darse en proceso de adopción.		N/A		
13	Presentar informe mensual donde justifique el cumplimiento de las actividades ejecutadas el cual deberá contener como mínimo los siguientes datos: a, cantidad de animales que se encuentren albergados en el ALBERGUE MUNICIPAL PARA FAUNA, manifestando cuantos por especie. B, anexar evidencias fotográficas y físicas de la atención de los animales. C, anear todos los demás documentos que acrediten la ejecución del convenio que estime conveniente.	Se presenta informe mensual, registro fotográfico, certificado del revisor fiscal y toda la documentación requerida.				

LORENA ROJAS BELTRÁN
C.C.41.912. 415.
Contratista
FUNDACIÓN NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA

GASTOS FUNAT PERIODO DEL 23 DE NOVIEMBRE AL 22 DE DICIEMBRE DE 2021

6405400

HONORARIOS VETERINARIO		$ 1.500.000
SERVICIOS GENERALES	GLORIA ELSY PALACIO	$ 1.200.000

COMPRA CONCENTRADO ($2.000.000)				
29/11/2021	238	AGROTEBAIDA	CONCENTRADO	$ 240.000
29/11/2021	262	AGROTEBAIDA	CONCENTRADO	$ 1.328.900
2/12/2021	161902	AGROTEBAIDA	CONCENTRADO	$ 129.000
26/11/2021	161748	AGROTEBAIDA	CONCENTRADO	$ 12.000
8/10/2021	160663	AGROTEBAIDA	CONCENTRADO	$ 12.000
2/12/2021	161969	AGROTEBAIDA	CONCENTRADO	$ 12.000
6/12/2021	162109	AGROTEBAIDA	CONCENTRADO	$ 46.000
2/12/2021	161952	AGROTEBAIDA	CONCENTRADO	$ 28.000
30/11/2021	22532	MI POLLO SAS	POLLO	$ 49.980
10/12/2021	162318	AGROTEBAIDA	CONCENTRADO	$ 19.000
10/12/2021	364471	FAMA LA AMISTAD	POLLO	$ 60.748
22/11/2021	161618	AGROTEBAIDA	CONCENTRADO	$ 2.600
27/11/2021	161646	AGROTEBAIDA	CONCENTRADO	$ 13.000
13/12/2021	27204	MI POLLO SAS	POLLO	$ 34.510
21/12/2021	162418	AGROTEBAIDA	CONCENTRADO	$ 35.000
			TOTAL	$ 2.021.838

COMPROBANTES DE EGRESO MEDICINA ($1.600.000)				
FECHA	FACTURA	PROVEEDOR	CONCEPTO	VALOR
26/11/2021	244690	SAN ESTEBAN	MEDICINA	$ 24.000
6/12/2021	247181	SAN ESTEBAN	MEDICINA	$ 42.600
30/11/2021	245563	SAN ESTEBAN	MEDICINA	$ 21.000
22/11/2021	243932	SAN ESTEBAN	MEDICINA	$ 10.000
27/11/2021	243981	SAN ESTEBAN	MEDICINA	$ 80.900
30/11/2021	245593	SAN ESTEBAN	MEDICINA	$ 39.900
3/12/2021	246179	SAN ESTEBAN	MEDICINA	$ 30.000
7/12/2021	246962	SAN ESTEBAN	MEDICINA	$ 11.900
6/12/2021	246803	SAN ESTEBAN	MEDICINA	$ 20.500
7/12/2021	246944	SAN ESTEBAN	MEDICINA	$ 4.000
16/11/2021	279417	MACROVETERINARIA	MEDICINA	$ 100.000
29/11/2021	2179396	COMFENALCO	MEDICINA	$ 119.900
3/12/2021	246142	SAN ESTEBAN	MEDICINA	$ 20.000
29/11/2021	245357	SAN ESTEBAN	MEDICINA	$ 32.900
26/11/2021	244643	SAN ESTEBAN	MEDICINA	$ 16.500
2/12/2021	245948	AGROTEBAIDA	MEDICINA	$ 24.900
5/12/2021	246531	MACROVETERINARIA	MEDICINA	$ 44.260
9/11/2021	1018487	COMFENALCO	MEDICINA	$ 282.200
29/11/2021	281607	MACROVETERINARIA	MEDICINA	$ 66.000
2/12/2021	282451	MACROVETERINARIA	MEDICINA	$ 189.000
7/12/2021	162079	AGROTEBAIDA	MEDICINA	$ 19.500
25/11/2021	730	LA CASA DE LA MASCORA	MEDICINA	$ 14.400
	280552	MACROVETERINARIA	MEDICINA	$ 115.400
7/12/2021	282452	MACROVETERINARIA	MEDICINA	$ 83.600
15/12/2021	284730	MACROVETERINARIA	MEDICINA	$ 73.000
21/12/2021	285910	MACROVETERINARIA	MEDICINA	$ 150.000
21/12/2021	285913	MACROVETERINARIA	MEDICINA	$ 86.000
			TOTAL	$ 1.677.700

TOTAL		$ 6.499.538

AUXILIAR SERVICIOS GENERALES		$ 1.200.000
AUXILIAR VETERINAAIA		$ 1.000.000

ASEO			
10/12/2021	387402	ASEO	$ 36.970
14/12/2021	495110	ASEO	$ 34.310
11/12/2021	106169	ASEO	$ 54.110
27/11/2021	98224	ASEO	$ 19.800
2/12/2021	101783	ASEO	$ 17.700
30/11/2021	383031	ASEO	$ 29.800
24/11/2021	97935	ASEO	$ 16.410
			$ 209.300

12/12/2021	EMDEPSA	NOVIEMBRE	$ 181.661
TOTAL			$ 2.540.961

Elaboro: Maritza Silva MARITZA SILVA *Apoyo a la Gestion*

CE R T I F I C A DO:

Revisadas los soportes documentales que respaldan la operación de ***LA FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA*** *con* ***NIT 900.643.661-2*** *encuentro que el pago de los aportes al sistema de seguridad social* ***- Salud – Pensión - ARL,*** *se encuentran cancelados para el periodo noviembre de 2021, para cada uno de los contratistas que desarrollan actividades en el ALBERGUE MUNICIPAL PARA FAUNA.*

Se adjunta copia de las Planilla de pago.

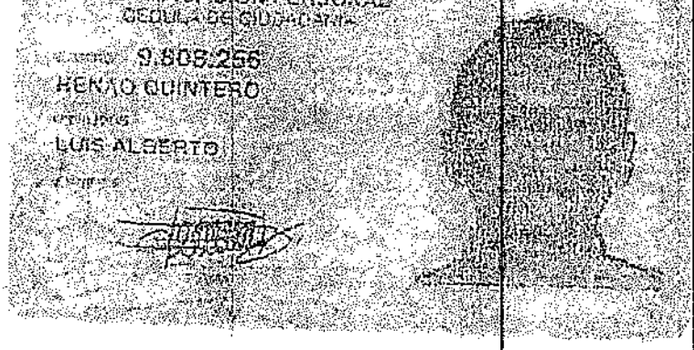
La presente certificación se expide en La Tebaida Quindío a los cinco días (05) días del mes de diciembre del 2021. Para tramite cuenta de cobro convenio Alcaldía.

LUIS ALBERTO HENAO QUINTERO
Contador
TP No 92404-T

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

9.508.256
HERÁO QUINTERO

LUIS ALBERTO

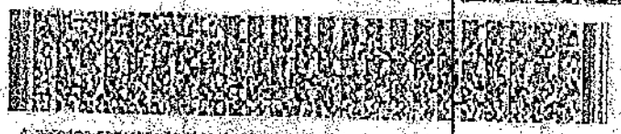


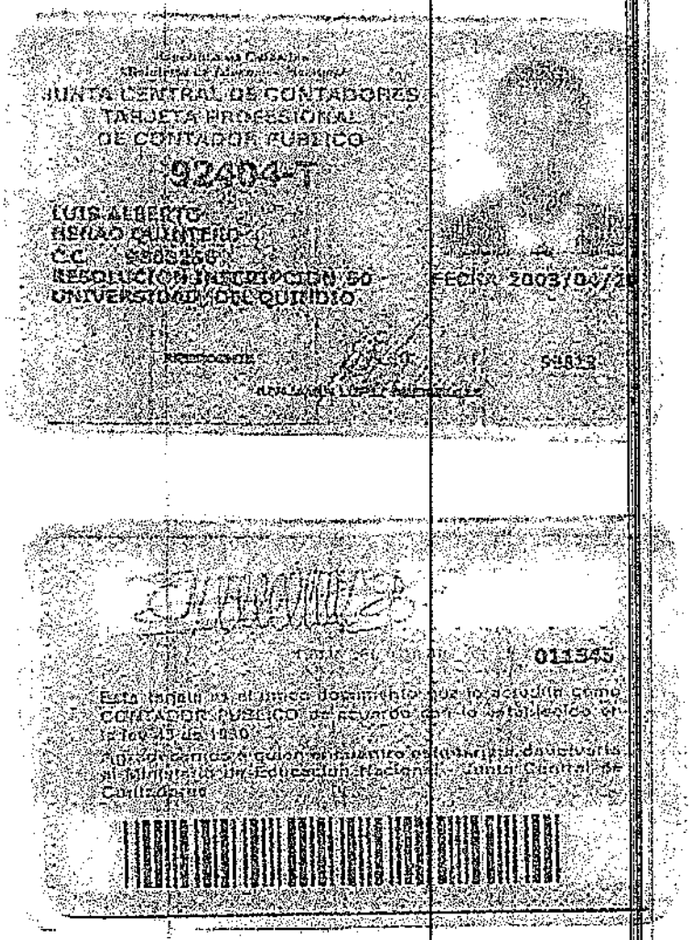


FECHA DE NACIMIENTO 20-MAR-1972
LA TEBAIDA
(QUINDIO)

1.61 O+ M

30-NOV-1990 LA TEBAIDA





JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO
92404-T

LUIS ALBERTO
HERAO QUINTERO
C.C. 9603456
RESOLUCION INSCRIPCION SO-
UNIVERSIDAD DEL QUINDIO

FECHA 2003/04/2

54813

011345

Esta tarjeta es el unico documento que lo acredita como
CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en
la ley 43 de 1990
Si encuentra a quien no tenemos autorizado favor avisar
al Ministerio de Educacion Nacional - Junta Central de
Contadores

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

1 9 8 8 9 9 5 5 9 6 4 1 0 8 6 7

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **LUIS ALBERTO HENAO QUINTERO** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 9808256 de LA TEBAIDA (QUINDIO) Y Tarjeta Profesional No 92404-T S tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **********

Dado en BOGOTA a los 10 días del mes de Septiembre de 2021 con vigencia de (3) meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

FOTOS MES DE NOV /DIC 2021

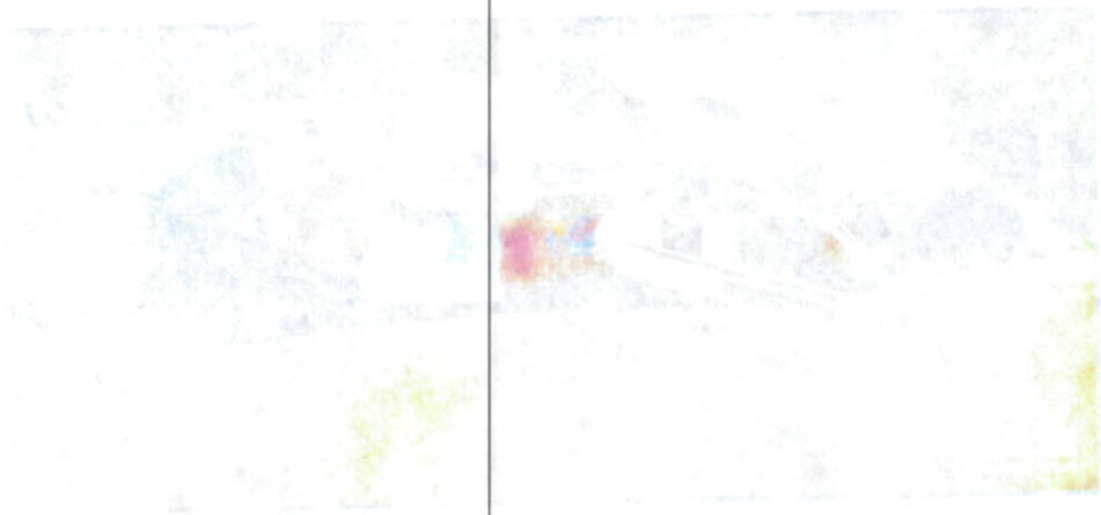
ALBERGUE MUNICIPAL.











FOTOS MES DE NOV /DIC 2021

ALBERGUE MUNICIPAL.







EMDEPSA

Empresa de Desechos Especiales S.A.S E.S.P

Documento No. : 234300
Fecha Expedición: 13/12/2021
Fecha de Vencimiento: 12/01/2022
Hora Expedición: 02:07:37 p.m.

CR 10 # 17 - 55 Piso1 Local 118
EDIFICIO TORRE CENTRAL
PBX 3470467
PEREIRA RISARALDA

Regimen Comun Nit : 816004244-9 Referencia pago: 5012990000192759

Cliente: FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA **NIT** 900643661-2
Direccion: CRA 5 CL 22 CONTIGUO A LA ANTIGUA CARCEL **Telefono** 7541345 - 3178558398
Ciudad: PEREIRA - RISARALDA
Sede Cliente FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA
Direccion Sede Cliente CRA 5 CL 22 CONTIGUO A LA ANTIGUA CARCEL MUNICIPAL E *Residuos Hospitalarios*
Periodo Prestacion de servicios: 01/11/2021 **Hasta** 30/11/2021 *Tipo de Impresión:* *ORIGINAL*

Descripcion	Tratamiento	Unidad	Cantidad	Total
Y1 - Desechos clinicos resultantes de la atencion medica prestada en hospitales.	Incineracion	Kilogramo	62.70	$ 131.681,00

Segun Manifiestos (RHPS)
TP377-0008315, TP377-0007783.

Observaciones.

CIENTO TREINTA Y UN MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y UN PESOS M/CTE ********

Iva	$ 0.00
Total	$ 131.681,00
Retención 4%	$ 0.00
Valor a Pagar	$ 131.681,00

Esta factura se asimila en todos sus efectos Juridicos a una letra de cambio, conforme al articulo 774 del codigo de comercio y causará intereses de mora a la tasa maxima legal permitida o proporcional a partir de la fecha de vencimiento.

Apreciado cliente al realizar su pago, favor enviar copia de la consignacion al correo electronico recaudo.copas@interaseo.com.co
A partir de la fecha de recepción de la factura se cuentan con diez dias habiles para cualquier reclamacion.

SOMOS AUTORRETENEDORES DE ICA Y CREE según Acuerdo 41 de 2012, Y Según el decreto 1828 de agosto 27 de 2013

Paguese en:
BANCO BOGOTA, CONVENIO 7599
CONVENIO BALOTO 9599957599
CARULLA - SUPER GIROS
MOVIRED - ALMACENES LA 14
SURTIMAX - PUNTOS VIA BALOTO
ÉXITO - COOPIDROGAS
SUPERMERCADOS Y DROGERIAS COLSUBSIDIO

Páguese únicamente en Banco de Bogotá cuenta de ahorros número 633084157

(415)0000000053564(8020)5012990000192759(3900)0000131681(96)20220112

Cliente: FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA
NIT: 900643661-2 **Documento No.:** 234300 VALOR A PAGAR
Direccion: CRA 5 CL 22 CONTIGUO A LA ANTIGUA CARCEL **Fecha de Vencimiento:** 12/01/2022 $ 131.681,00

Aprobado

ALEJANDRO TRUJILLO MEJIA
GERENTE REGIONAL

Firma y Sello Cliente

Aceptado

CONTRATO INTERISTTUCIONAL 2021

FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT/ ALCALDIA MPAL. LA TEBAIDA Q.

ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA
REGISTRO DE INGRESO DE ANIMALES

FECHA DE INGRESO 01/12/2021

HORA: \

FECHA DE SALIDA ____/____/2021

REGISTRO N° __/____/___

PACIENTE: EXTERNO __ ABANDONADO __ CALLEJERO __

DEVUELTO __ ESPECIE: CANINO __ FELINO __ OTRO __

ADULTO __ CACHORRO 3 Gato(s)

NOMBRE MASCOTA (Parches)	SEXO M / H	COLOR Tri	
RAZA Criolla	PESO	EDAD APROX.	
CARNET DE VACUNACION SI / NO	ESTADO DE SALUD B / R / M		

CARACTERISTICAS PARTICULARES

PROCEDENCIA (Con dueño) / Devuelto / abandonado / callejero

PERSONA RESPONSABLE QUE INGRESA/ENTREGA EL ANIMAL O PROPIETARIO

NOMBRE Y APELLIDOS Marleny Marin

C.C. 24497956 CELULAR 3043688506

ANIMAL INGRESADO PARA SER ATENDIDO PARA:

ESTERILIZACION:	OVH ( )	ORQ ( )	
CONSULTA: ( )	RETIRO PUNTOS ( )		
MEDICACION: ( )	URGENCIA ( )	EUTANACIA ( )	
OTROS: ( )	Cual? Ella Dice no puede		

Observaciones: Tiene los Gaticos se Dan en Adopcion

3 Gatos

CONTRATO INTERISTITUCIONAL 2021

FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT/ ALCALDIA MPAL. LA TEBAIDA Q.

ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA
REGISTRO DE INGRESO DE ANIMALES

FECHA DE INGRESO 26 / 11 /2021

HORA: __________

FECHA DE SALIDA _____ / ____ /2021

REGISTRO N°

____/____/____

PACIENTE: EXTERNO ___ ABANDONADO ___ CALLEJERO ___

DEVUELTO ___ ESPECIE: CANINO ___ FELINO ___ OTRO ___

ADULTO ___ CACHORRO ____

NOMBRE MASCOTA		SEXO	M	H	COLOR		
RAZA		PESO			EDAD APROX.		
CARNET DE VACUNACION	SI	NO	ESTADO DE SALUD		B	R	M

CARACTERISTICAS PARTICULARES

PROCEDENCIA	Con dueño		Devuelto		abandonado		callejero

PERSONA RESPONSABLE QUE INGRESA/ENTREGA EL ANIMAL O PROPIETARIO

NOMBRE Y APELLIDOS	
C.C.	CELULAR

ANIMAL INGRESADO PARA SER ATENDIDO PARA:

ESTERILIZACION:	OVH ( )	ORQ ( )	
CONSULTA: ( )	RETIRO PUNTOS ( )		
MEDICACION: ( )	URGENCIA ( )	EUTANACIA ( )	
OTROS: ( ) Cual?			

Observaciones:

CONTRATO INTERISTITUCIONAL 2021

FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT/ ALCALDIA MPAL. LA TEBAIDA Q.

ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA
REGISTRO DE INGRESO DE ANIMALES

FECHA DE INGRESO 24/11/2021

HORA: _____\

FECHA DE SALIDA _____/_____/2021

REGISTRO N°

___/____/____

PACIENTE: EXTERNO ___ ABANDONADO ___ CALLEJERO ___

DEVUELTO____ ESPECIE: CANINO ___ FELINO ___ OTRO___

ADULTO___ CACHORRO ___

NOMBRE MASCOTA			SEXO	M	H	COLOR		
RAZA			PESO			EDAD APROX.		
CARNET DE VACUNACION	SI	NO	ESTADO DE SALUD			B	R	M
CARACTERISTICAS PARTICULARES								
PROCEDENCIA	Con dueño		Devuelto		abandonado		callejero	
PERSONA RESPONSABLE QUE INGRESA/ENTREGA EL ANIMAL 0 PROPIETARIO								
NOMBRE Y APELLIDOS								
C.C.			CELULAR					

ANIMAL INGRESADO PARA SER ATENDIDO PARA:

ESTERILIZACION:	OVH ◯ ORQ ◯
CONSULTA: ◯	RETIRO PUNTOS ◯
MEDICACION: ◯	URGENCIA ◯ EUTANACIA ◯
OTROS: ◯ Cual?	
Observaciones:	

Igado

CONTRATO INTERISTITUCIONAL 2021

FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT/ ALCALDIA MPAL. LA TEBAIDA Q.

ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA
REGISTRO DE INGRESO DE ANIMALES

FECHA DE INGRESO 26 / 11 /2021

HORA: __________

FECHA DE SALIDA _____/____/2021

REGISTRO N°

__/____/____

PACIENTE: EXTERNO ___ ABANDONADO___ CALLEJERO ____

DEVUELTO___ ESPECIE: CANINO__/ FELINO___ OTRO___

ADULTO__/ CACHORRO ____ Pecas

NOMBRE MASCOTA		SEXO	M	H	COLOR	Blanca.	
RAZA		PESO			EDAD APROX.		
CARNET DE VACUNACION	SI	NO	ESTADO DE SALUD		B	R	M
CARACTERISTICAS PARTICULARES							
PROCEDENCIA	Con dueño		Devuelto		abandonado		callejero

PERSONA RESPONSABLE QUE INGRESA/ENTREGA EL ANIMAL O PROPIETARIO

NOMBRE Y APELLIDOS Luz Dary Castaño Lopez

C.C. 1096949936 CELULAR 3206208218

ANIMAL INGRESADO PARA SER ATENDIDO PARA:

ESTERILIZACION:	OVH ◯	ORQ ◯	
CONSULTA: ◯	RETIRO PUNTOS ◯		
MEDICACION: ◯	URGENCIA ◯	EUTANACIA ◯	
OTROS: ◯	Cual? Dejada en la fundacion para tratamiento de Quimioterapia		
Observaciones: Quien la trae			

X · Luz Dary Castaño Lopez

1 Perro

CONTRATO INTERISTITUCIONAL 2021

FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT/ ALCALDIA MPAL. LA TEBAIDA Q.

ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA
REGISTRO DE INGRESO DE ANIMALES

FECHA DE INGRESO 24 / Nov / 2021

HORA: 2:30 PM

FECHA DE SALIDA ____/____/2021

REGISTRO N° ____/____

PACIENTE: EXTERNO ___ ABANDONADO ___ CALLEJERO ___

DEVUELTO ___ ESPECIE: CANINO X FELINO ___ OTRO ___

ADULTO ___ CACHORRO X

NOMBRE MASCOTA		SEXO	M	H X	COLOR	CAFE	
RAZA		PESO			EDAD APROX.		
CARNET DE VACUNACION	SI	NO	ESTADO DE SALUD		B	R	M
CARACTERISTICAS PARTICULARES							
PROCEDENCIA	Con dueño		Devuelto		abandonado		callejero

PERSONA RESPONSABLE QUE INGRESA/ENTREGA EL ANIMAL O PROPIETARIO

NOMBRE Y APELLIDOS X Nic F. Lobon Arias Orozco

C.C. X 1096039193 CELULAR X 3012212586

ANIMAL INGRESADO PARA SER ATENDIDO PARA:

ESTERILIZACION:	OVH ( )	ORQ ( )	
CONSULTA: ( )	RETIRO PUNTOS ( )		
MEDICACION: ( )	URGENCIA ( )	EUTANACIA ( )	
OTROS: ( )	Cual? _____		

Observaciones: X Llego a una casa y estaba abandonada y no tengo como mantenerla

1 perro

CONTRATO INTERISTITUCIONAL 2021

FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT/ ALCALDIA MPAL. LA TEBAIDA Q.

ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA
REGISTRO DE INGRESO DE ANIMALES

FECHA DE INGRESO 29 / Nov /2021

HORA: 2:30 pm

FECHA DE SALIDA ____/____/2021

REGISTRO N°
____/____/____

PACIENTE: EXTERNO ___ ABANDONADO X CALLEJERO ___

DEVUELTO___ ESPECIE: CANINO X FELINO___ OTRO___

ADULTO___ CACHORRO X 2 perros

NOMBRE MASCOTA		SEXO	M X	H	COLOR Negro y el otro café
RAZA		PESO			EDAD APROX.
CARNET DE VACUNACION	SI	NO X	ESTADO DE SALUD	B X	R / M

CARACTERISTICAS PARTICULARES

PROCEDENCIA	Con dueño		Devuelto		abandonado	X	callejero	

PERSONA RESPONSABLE QUE INGRESA/ENTREGA EL ANIMAL O PROPIETARIO

NOMBRE Y APELLIDOS	Jhonny andres lozado		
C.C.	1096033340	CELULAR	3178130631

ANIMAL INGRESADO PARA SER ATENDIDO PARA:

ESTERILIZACION:	OVH ( )	ORQ ( )	
CONSULTA: ( )	RETIRO PUNTOS ( )		
MEDICACION: ( )	URGENCIA ( )	EUTANACIA ( )	
OTROS: ( )	Cual?		

Observaciones: Dejaron en la fundación se pasan en hogares

2 perros

CONTRATO INTERISTITUCIONAL 2021

FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT/ ALCALDIA MPAL. LA TEBAIDA Q.

ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA
REGISTRO DE INGRESO DE ANIMALES

FECHA DE INGRESO 28 / 11 /2021

HORA: 8 : AM.

FECHA DE SALIDA _____/_____/2021

REGISTRO N°

__/____/____

PACIENTE: EXTERNO ___ ABANDONADO___ CALLEJERO ___

DEVUELTO___ ESPECIE: CANINO___ FELINO___ OTRO___

ADULTO___ CACHORRO 2 (dos)

NOMBRE MASCOTA	HH	SEXO	M	H	COLOR	negro/pardo	
RAZA	criollo	PESO			EDAD APROX.		
CARNET DE VACUNACION	SI	NO	ESTADO DE SALUD		B	R	M

CARACTERISTICAS PARTICULARES

PROCEDENCIA	Con dueño	Devuelto	abandonado	callejero

PERSONA RESPONSABLE QUE INGRESA/ENTREGA EL ANIMAL 0 PROPIETARIO

NOMBRE Y APELLIDOS Monica Pajaro

C.C. 1097722066 CELULAR 3117762589

ANIMAL INGRESADO PARA SER ATENDIDO PARA:

ESTERILIZACION:	OVH ( )	ORQ ( )	
CONSULTA: ( )	RETIRO PUNTOS ( )		
MEDICACION: ( )	URGENCIA ( )	EUTANACIA ( )	
OTROS: (X)	Cual? Dejada en el Albergue		

Observaciones:

Se. Radica en Armenia

X Monica Andrea P.

2 folios

CONTRATO INTERISTITUCIONAL 2021

FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT/ ALCALDIA MPAL. LA TEBAIDA Q.

ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA
REGISTRO DE INGRESO DE ANIMALES

FECHA DE INGRESO 28 / Nov /2021

HORA: 4:00 PM

FECHA DE SALIDA ____/____/2021

REGISTRO N°

__/__/__

PACIENTE: EXTERNO ___ ABANDONADO___ CALLEJERO ____

DEVUELTO____ ESPECIE: CANINO___ FELINO 2 OTRO___

ADULTO___ CACHORRO 2 gatos

NOMBRE MASCOTA		SEXO	M	H	COLOR		
RAZA		PESO			EDAD APROX.		
CARNET DE VACUNACION	SI NO	ESTADO DE SALUD			B	R	M
CARACTERISTICAS PARTICULARES							
PROCEDENCIA	Con dueño	Devuelto		abandonado		callejero	

PERSONA RESPONSABLE QUE INGRESA/ENTREGA EL ANIMAL O PROPIETARIO

NOMBRE Y APELLIDOS Guillermo Correa

C.C. 87052 CELULAR 317 3000184

ANIMAL INGRESADO PARA SER ATENDIDO PARA:

ESTERILIZACION:	OVH ◯	ORQ ◯	
CONSULTA: ◯	RETIRO PUNTOS ◯		
MEDICACION: ◯	URGENCIA ◯	EUTANACIA ◯	
OTROS: ◯	Cual?_____		

Observaciones: 2 gatos Adultos Con cachorros

2 gatos

COMPRA CONCENTRADO (2,000.000)					
29/11/2021	238	AGROTEBAIDA	CONCENTRADO	$	240.000
29/11/2021	262	AGROTEBAIDA	CONCENTRADO	$	1.328.000
1/12/2021	161902	AGROTEBAIDA	CONCENTRADO	$	129.000
26/11/2021	161748	AGROTEBAIDA	CONCENTRADO	$	12.000
8/10/2021	160663	AGROTEBAIDA	CONCENTRADO	$	12.000
2/12/2021	161969	AGROTEBAIDA	CONCENTRADO	$	12.000
8/12/2021	162109	AGROTEBAIDA	CONCENTRADO	$	46.000
2/12/2021	161952	AGROTEBAIDA	CONCENTRADO	$	28.000
30/11/2021	22532	MI POLLO SAS	POLLO	$	49.980
19/12/2021	162318	AGROTEBAIDA	CONCENTRADO	$	19.000
10/12/2021	384471	FAMA LA AMISTAD	POLLO	$	60.748
22/11/2021	161618	AGROTEBAIDA	CONCENTRADO	$	2.600
22/11/2021	161646	AGROTEBAIDA	CONCENTRADO	$	13.000
13/12/2021	27204	MI POLLO SAS	POLLO	$	34.510
21/12/2021	162428	AGROTEBAIDA	CONCENTRADO	$	35.000
			TOTAL	$	2.021.838

Fotos del Albergue municipal.

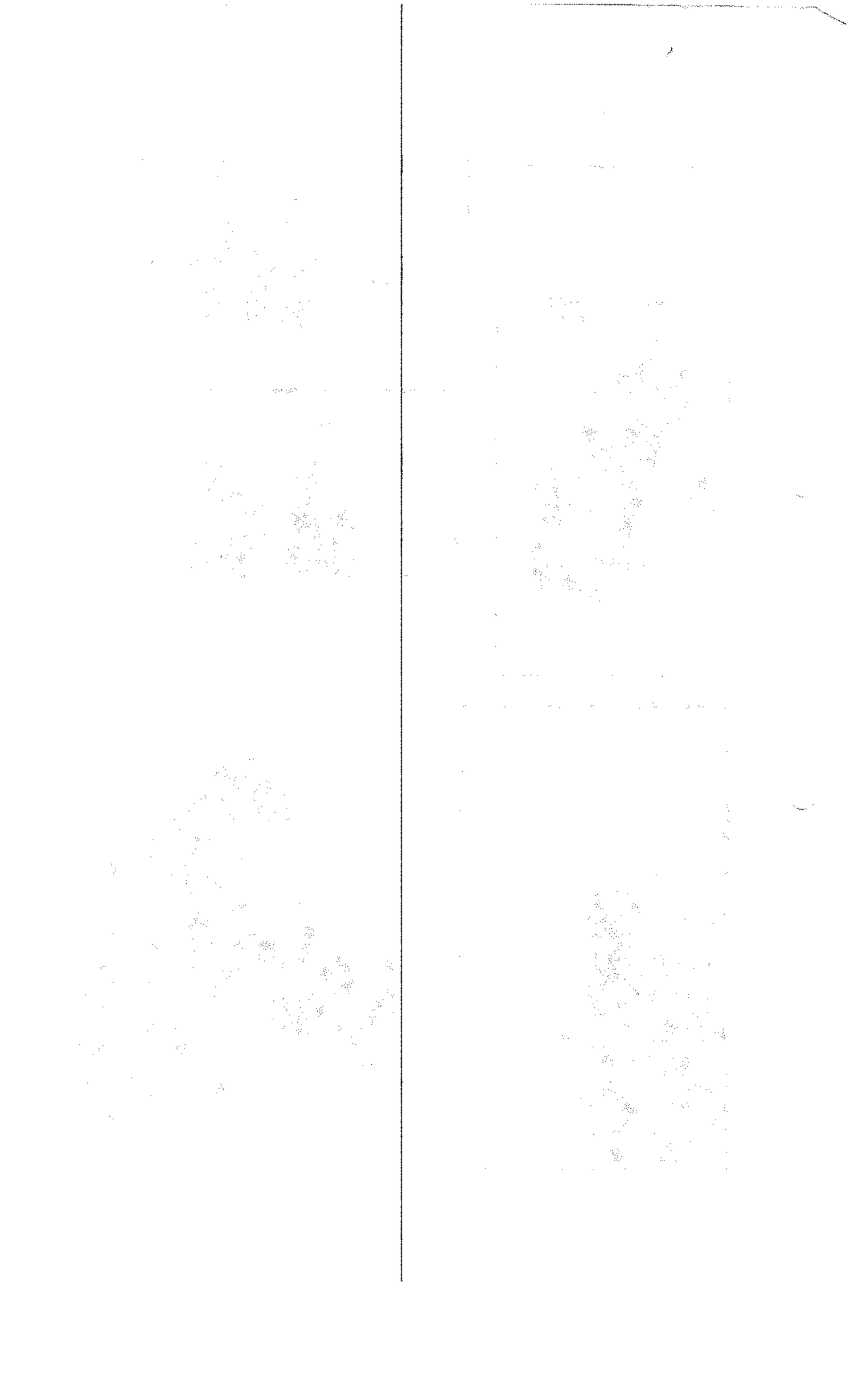












ARUS

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2021-12-14, 10:13:30 a. m. Tipo Planilla I Número Planilla 52584778

Periodo Cotización 202110 Periodo Servicio 202110

PAGADA 2021-11-19 10:25:46:0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANDRES MAURICIO LOMBANA TELLEZ				
Documento	CC 1094904653	**Dirección**	CR 5 #22 - 01 COSO MUNICIPAL		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	7553698		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	LA TEBAIDA	**Departamento**	QUINDIO		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1094904653		Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	57	00					LOMBANA TELLEZ ANDRES MAURICIO	63401000 - 63		QUINDIO

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																				Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos						Caja			Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARL	Días CCF				Código AFP	Código Tras AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	0			$ 908.526	25-14		16 %	$ 908.526	$ 145.400	$ 0	$ 0	EPS037		12.5 %	$ 908.526	$ 113.600	$ 0	14-11	3	2,436 %	$ 908.526	$ 22.200	[illegible]	[illegible]	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	NUEVA EPS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 145.400	$ 0	$ 0	$ 113.600	$ 22.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 281.200

ARUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

EXPERTOS en PILA

ARUS

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2021-12-14, 10:13:30 a. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 52584778

Periodo Cotización 202110 **Periodo Servicio** 202110

PAGADA 2021-11-19 10:25:46.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANDRES MAURICIO LOMBANA TELLEZ				
Documento	CC 1094904653	**Dirección**	CR 5 #22 - 01 COSO MUNICIPAL		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	7553698		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	LA TEBAIDA	**Departamento**	QUINDIO		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1094904653		Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	57	00					LOMBANA TELLEZ ANDRES MAURICIO	63401000 - 63		QUINDIO

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades (ING, RET, TDE, TAE, TDP, TAP, VSP, COR, VST, SLN, IGE, LMA, VAC, AVP, VCT, IRP, Días AFP, Días EPS, Días ARL, Días CCF)	Extranjero	Tipo salario	Salario	Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
[illegible]			[illegible]	25-14		16 %	$ 908.526	$ 145.400	$ 0	$ 0	EPS037		12,5 %	$ 908.526	$ 113.600	$ 0	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	NINGC...	[illegible]	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	NUEVA EPS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 145.400	$ 0	$ 0	$ 113.600	$ 22.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 281.200

ARUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

EXPERTOS en PILA

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900089104-5
Razón Social del Operador de Información	ARUS (antes Enlace Operativo)
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2021-12-14, 10:11:07 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	noviembre de 2021
Periodo de Cotización Para Salud	noviembre de 2021
Empresa	ANDRES MAURICIO LOMBANA TELLEZ
CEDULA CIUDADANIA	CC 1094904653
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	52669901
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1244216289
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	$ 281.200
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.suaporte.com.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 145.400	$ 0
N900156264	EPS037	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD NUEVA EPS S.A.	1	$ 113.600	$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	$ 22.200	$ 0
		SubTotales:		$ 281.200	$ 0
		Total a Pagar:			$ 281.200

ARUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

ARUS (antes Enlace Operativo) no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.094.904.653
LOMBANA TELLEZ
APELLIDOS
ANDRES MAURICIO
NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 26-ABR-1989
PIJAO
(QUINDIO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

08-MAY-2007 ARMENIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-2600100-00149152-M-1094904653-20061227 0000000000A 1 20080117

MVZ CONSEJO PROFESIONAL
DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

Matricula Profesional
22582



ANDRES MAURICIO LOMBANA TELLEZ
DI: 1094904553 Armenia
Médico Veterinario Zootecnista
Universidad del Tolima

Acuerdo 671 de 2012-01-27 Folio : Ramon Correa Nieto

G. MICROS LTDA. GRAFICAS

Esta tarjeta es documento Público y se expide de conformidad con la Ley 073 de 1985 y Ley 576 de 2000.

Habilita al titular para el ejercicio de la Medicina Veterinaria, de la Medicina Veterinaria y Zootecnia y de la Zootecnia en Colombia

www.consejoprofesionalmvz.gov.co
Tel: 643 41 35 - 228 67 41 Bogotá, D.C.

En caso de encontrar esta tarjeta, por favor enviarla al Consejo Profesional de Medicina Veterinaria y de Zootecnia de Colombia.

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900089104-5
Razón Social del Operador de Información	ARUS (antes Enlace Operativo)
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2021-12-14, 10:21:38 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	noviembre de 2021
Periodo de Cotización Para Salud	noviembre de 2021
Empresa	GLORIA ELSY PALACIO
CEDULA CIUDADANIA	CC 25081420
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	52670100
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1244237135
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	$ 268.500
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.suaporte.com.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N800229739	230201	PROTECCION FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS	1	$ 145.400	$ 0
N901097473	EPS045	MEDIMAS EPS SUBSIDIADO	1	$ 113.600	$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	$ 9.500	$ 0
		SubTotales:		$ 268.500	$ 0
		Total a Pagar:			$ 268.500

ARUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

ARUS (antes Enlace Operativo) no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medio para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

ARUS

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2021-12-14. 10:24:36 a. m. Tipo Planilla I Número Planilla 52870100

Periodo Cotización 202111 Periodo Servicio 202111

PAGADA 2021-12-14 10:25:25.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	GLORIA ELSY PALACIO				
Documento	CC 25081420	Dirección	CR 5 #22 - 01		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	75536978		
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	UNICO	Total Afiliados	1
Ciudad	LA TEBAIDA	Departamento	QUINDIO		
Representante Legal		Identificación			

II. DATOS DEL AFILIADO

							Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Documento	CC 25081420		Residente		Exonerado	N	PALACIO GIRALDO GLORIA ELSY	63401000 - 63		QUINDIO
Tipo Cotizante	59	00								

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades	Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión: Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Salud: Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Riesgos: Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Caja: Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Parafiscales: Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
[illegible]			[illegible]	230201		16 %	$ 908.526	$ 145.400	$ 0	$ 0	EPS045		12.5 %	$ 908.526	$ 113.600	$ 0	[illegible]	2	[illegible] %	$ 908.526	$ 9.500	[illegible]	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PROTECCION (ING + PROTECCION)	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MEDIMAS EPS SUBSIDIADO	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 145.400	$ 0	$ 0	$ 113.600	$ 9.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 268.500

ARUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

EXPERTOS EN PILA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 25.031.420
PALACIO GIRALDO

APELLIDOS
GLORIA PLAY

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 21-SEP-1977
RIOSARALDA
CALDAS
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA
84 G.S. RH
M SEXO

21-ENE-1997 RIOSARALDA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN







ARUS

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2021-12-14, 10:26:09 a. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 52670293

Periodo Cotización 202111 **Periodo Servicio** 202111

PAGADA 2021-12-14 10:10:10.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LORENA ROJAS BELTRAN				
Documento	CC 41912415	Dirección	CR 5 #22 - 01 COSO MUNICIPAL		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	7553647		
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	UNICO	Total Afiliados	1
Ciudad	LA TEBAIDA	Departamento	QUINDIO		
Representante Legal		Identificación			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 41912415		Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59	00					ROJAS BELTRAN LORENA	63401000 - 63		QUINDIO

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades: ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF
															[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión: Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS
		[illegible]	[illegible]		[illegible]	[illegible]	[illegible]	$ 0	$ 0

Salud: Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Riesgos: Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos
[illegible]		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	1	[illegible]	[illegible]	[illegible]

Caja: Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Parafiscales: Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	COOMEVA EPS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 145.400	$ 0	$ 0	$ 113.600	$ 4.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 263.800

ARUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77, Línea Ética: 018000 517806.

EXPERTOS en PILA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 41912415

ROJAS BELTRAN
APELLIDOS

LORENA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-SEP-1967
ARMENIA
(QUINDIO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

05-DIC-1985 ARMENIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-8830055-70097532-F-0041912415-20020205 0215202036A 01 080228001

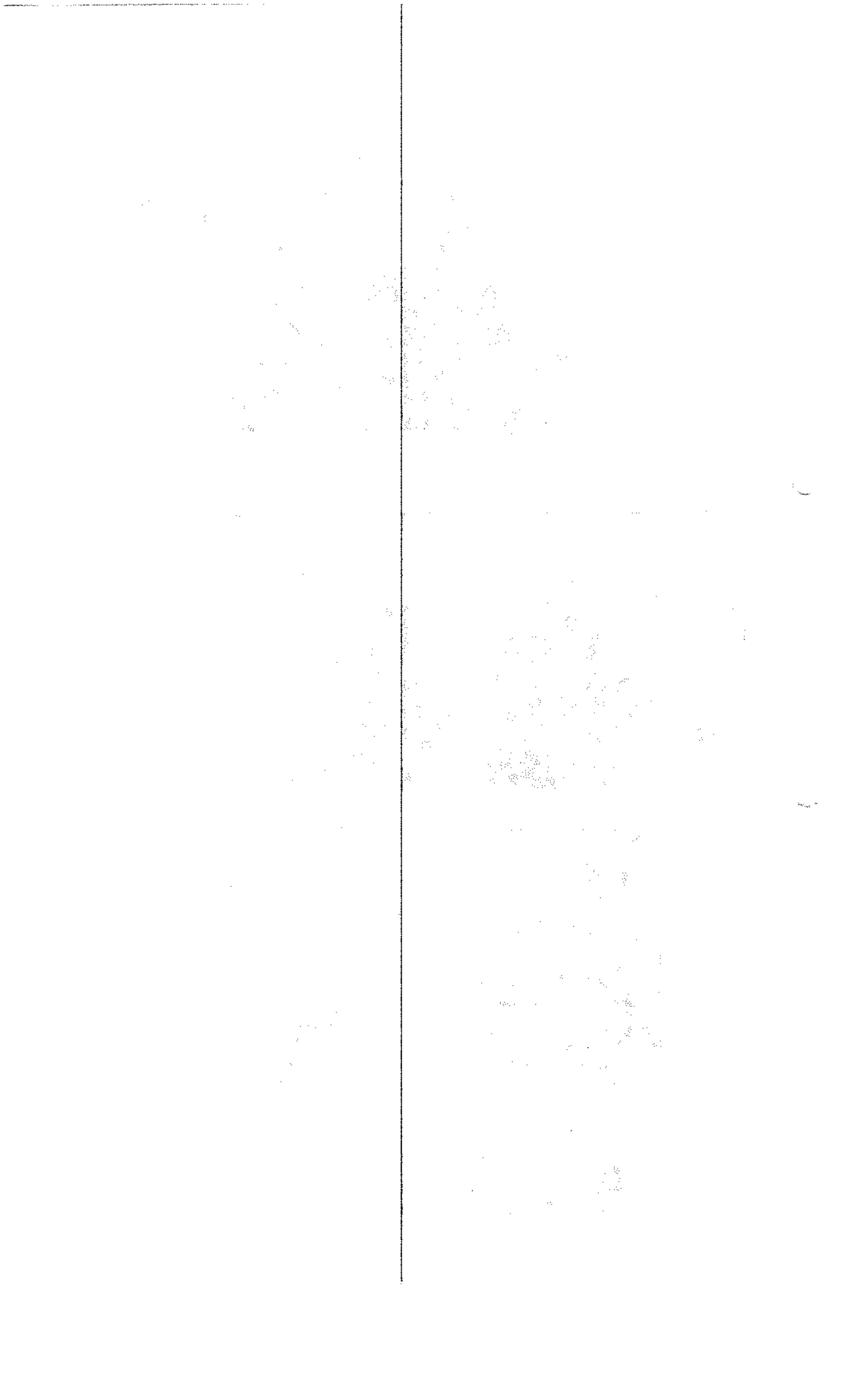
Fotos del Albergue municipal.











ARUS

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2021-12-14, 10:17:18 a. m. Tipo Planilla I Número Planilla 52669983

Periodo Cotización 202111 Periodo Servicio 202111

PAGADA 2021-12-14 10:18:45.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	HALIMA SANCHEZ SANTOS				
Documento	CC 1096036693	Dirección	CR 5 #22 - 01 COSO MUNICIPAL		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	75536989		
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados	1
Ciudad	LA TEBAIDA	Departamento	QUINDIO		
Representante Legal		Identificación			

II. DATOS DEL AFILIADO

							Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Documento	CC 1096036693		Residente		Exonerado	N	SANCHEZ SANTOS HALIMA	63401000 - 63		QUINDIO
Tipo Cotizante	59	00								

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades (ING, RET, TDE, TAE, TDP, TAP, VSP, COR, VST, SLN, IGE, LMA, VAC, AVP, VCT, IRP)	Días AFP	Días EPS	Días ARL	Días CCF	Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión: Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Salud: Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Riesgos: Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Parafiscales: Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
0	30	30	30	0			$ 908.526	230201		16%	$ 908.526	$ 145.400	$ 0	$ 0	EPS018		12.5%	$ 908.526	$ 113.600	$ 0	14-?	1	0.522%	$ 908.526	$ 4.800	MIN CC	0%	[illegible]	$ 0	0%	$ 0	0%	$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PROTECCION (ING + PROTECCION)	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	S.O.S EPS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 145.400	$ 0	$ 0	$ 113.600	$ 4.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 263.800

EXPERTOS en PILA

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.

ARUS

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900089104-5
Razón Social del Operador de Información	ARUS (antes Enlace Operativo)
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2021-12-14, 10:17:18 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	noviembre de 2021
Periodo de Cotización Para Salud	noviembre de 2021
Empresa	HALIMA SANCHEZ SANTOS
CEDULA CIUDADANIA	CC 1096036693
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	52669983
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1244228381
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	$ 263.800
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.suaporte.com.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N800229739	230201	PROTECCION FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS	1	$ 145.400	$ 0
N805001157	EPS018	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S.	1	$ 113.600	$ 0
N860903790	14-11	ARL SURA	1	$ 4.800	$ 0
		SubTotales:		$ 263.800	$ 0
		Total a Pagar:			$ 263.800

ARUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 22 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

ARUS (antes Enlace Operativo) no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

EXPERTOS en PILA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.096.036.693
SANCHEZ SANTOS

APELLIDOS
HALIMA

NOMBRES
Halima Sánchez S.

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 04-ABR-1993
LA TEBAIDA
(QUINDIO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53
ESTATURA

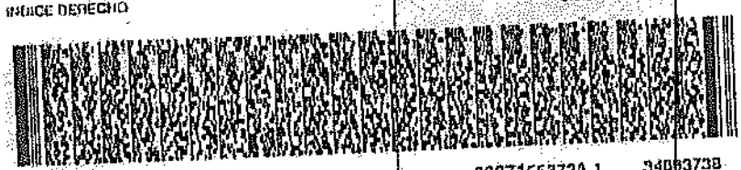
O+
G.S. RH

F
SEXO

14-ABR-2011 LA TEBAIDA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



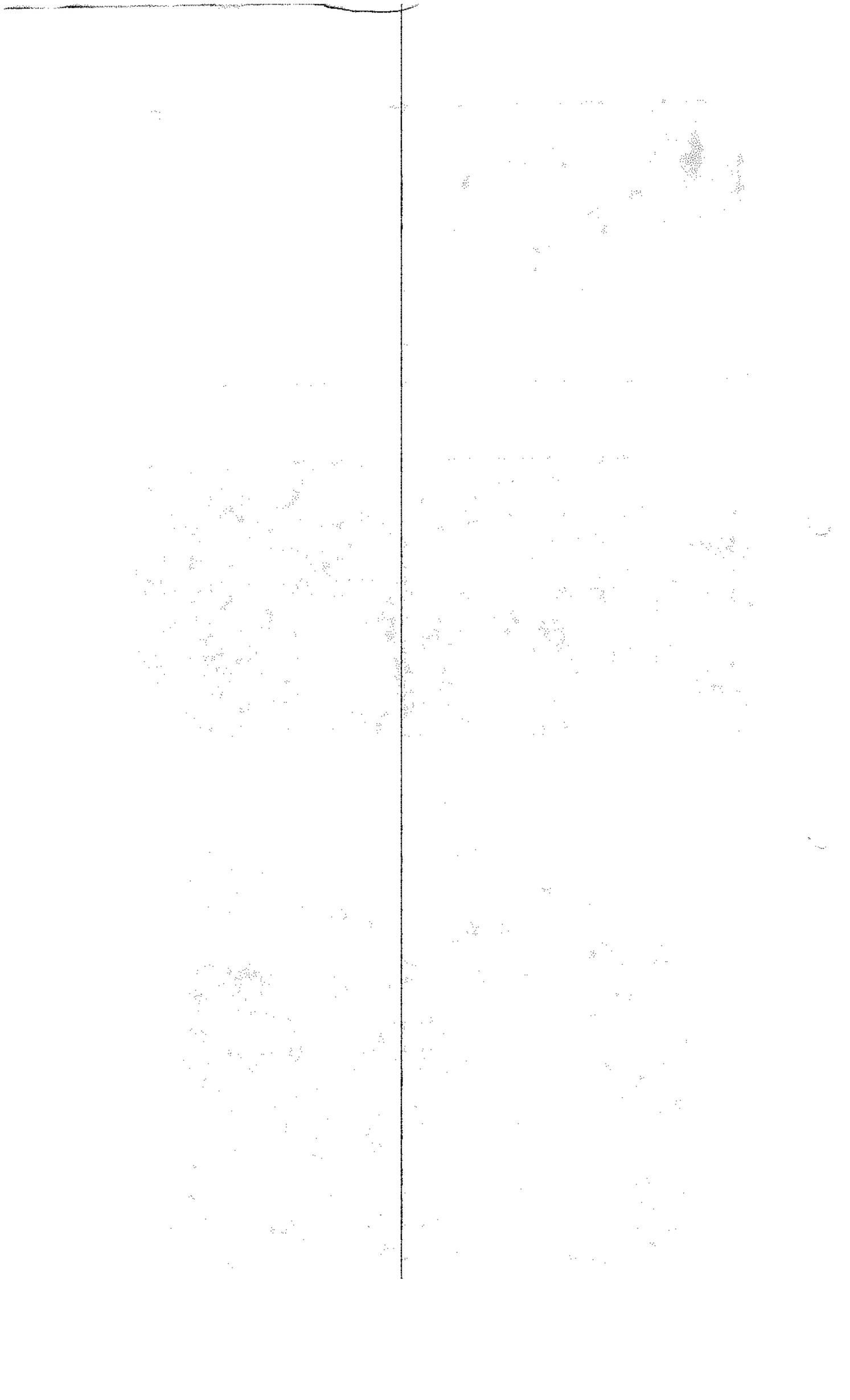
P-2605000-00306415-F-1096036693-20110507 0027155373A 1 34093738

10/12/2021	387402	**ASEO**	**$**	**36.970**
14/12/2021	495110	**ASEO**	**$**	**34.510**
11/12/2021	106169	**ASEO**	**$**	**54.110**
27/11/2021	99224	**ASEO**	**$**	**19.800**
2/12/2021	101783	**ASEO**	**$**	**17.700**
30/11/2021	383031	**ASEO**	**$**	**29.800**
24/11/2021	97935	**ASEO**	**$**	**16.410**
			$	**209.300**


Rendy
REDMI NOTE 10 PRO
FUNAT TEBAIDA


EXTRA CONTENIDO*
Fuerte en el LAVADO
AJAX
LAVALOZA LIQUID
REDMI NOTE 10 PRO
FUNAT TEBAIDA


Fuerte
grasa



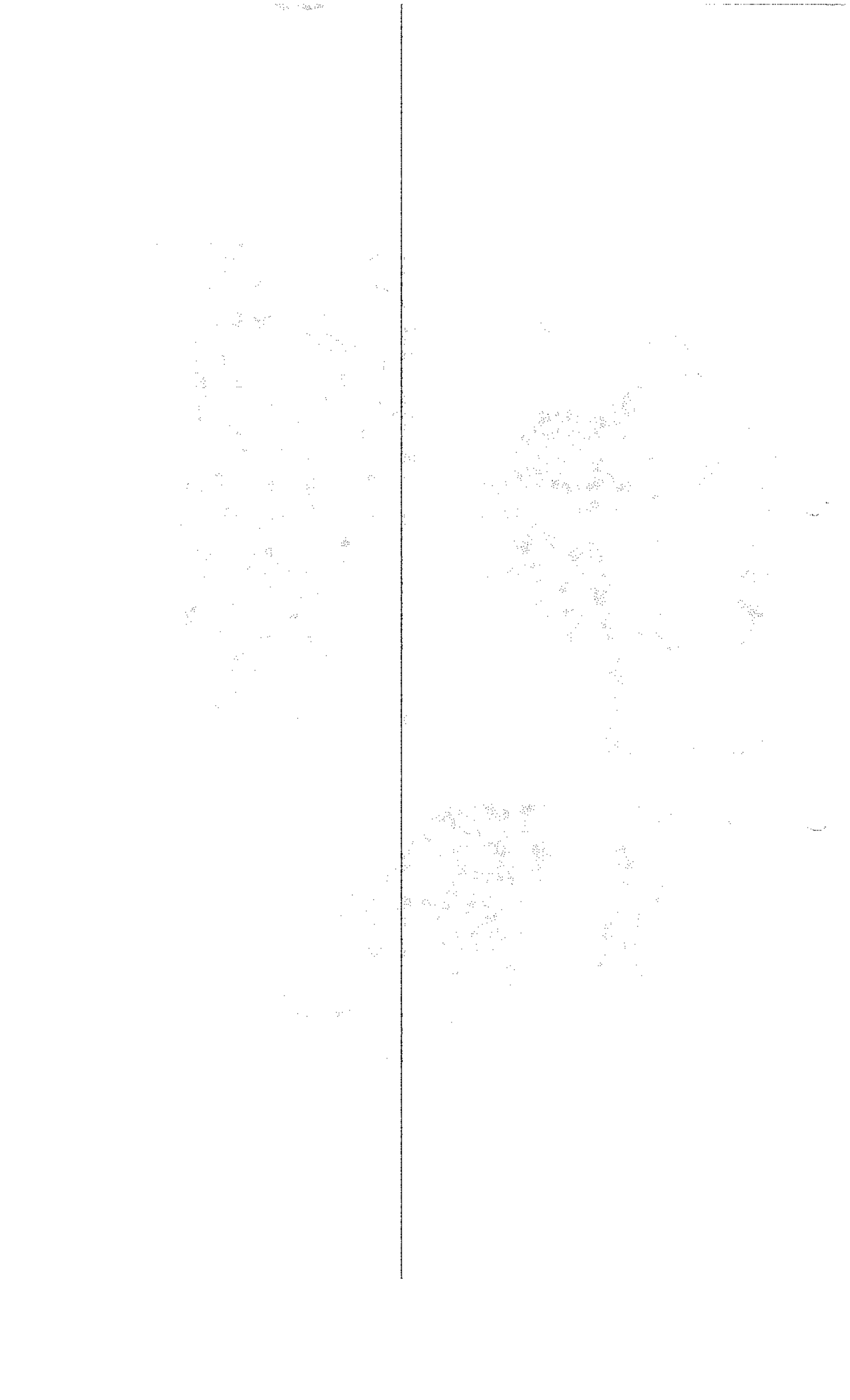
FOTOS MES DE NOV /DIC 2021

ALBERGUE MUNICIPAL.









CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ COSO MUNICIPAL

LA TEBAIDA 2021

CONVENIO DE ADOPCION No FECHA 27 Nov 202

DATOS DEL ADOPTANTE Nov / 27 / 2021			
Nombres y apellidos: Paula Cortés		C.C. 41951620	
carrera 70 15 Acción Comunal			
DATOS DE LA MASCOTA A ADOPTAR:		Adulto ( )	Cachorro ( )
Nombre de la mascota entregada en adopción:		Cel. 3146422286	
Cr 10 calle # 14A 27 Acción Comunal.			
Especie: Canino ( )	Felino ( )	Sexo: H (X)	M ( )
Raza: Criollo	Color: bays	Edad: 2 mes y medio	
Características particulares		Carnet de vacunación SI ( ) NO ( )	
Estado de salud: bien		Peso: bien	
Estado corporal	Normal (X)	Desnutrido ( )	Sobrepeso ( )
Procedencia de la mascota	Callejera ( )	abandonada ( )	Con dueño ( )

Yo, Paula Cortés, **identificado(a) con C.C.** 41951620, **me comprometo fielmente a cuidar, amar, alimentar, bañar, cepillar, pasear, vacunar, brindarle servicios medico veterinarios a mi mascota, que será un miembro más de mi familia a partir del dia de hoy y me comprometo que nunca la abandonare, ni la maltrataré, ni la venderé**

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, EL ADOPTANTE ACEPTA QUE:

1. El adoptado será un miembro más de su familia
2. El adoptado tendrá en todo momento agua limpia y libre acceso
3. El adoptado tendrá una alimentación balanceada a base de concentrado mínimo dos porciones diarias de acuerdo a su tamaño, raza
4. En el caso de que el adoptado sea canino, siempre se le sacará a pasear con correa, nunca suelto y se responsabilizara de recoger las heces cuando este lo haga en vía publica
5. El adoptado no será en ningún caso golpeado, maltratado, humillado, abandonado ni regalado
6. El adoptado debe contar con un área para dormir y comer
7. El adoptado recibirá los cuidados médicos necesarios para su bienestar (desparasitación cada tres meses y vacunación anual)

Acepto las condiciones:

Paula Cortés
Firma y C.C. del informe

Paula Moreno
Responsable

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ COSO MUNICIPAL

LA TEBAIDA 2021

CONVENIO DE ADOPCION No FECHA 29-NOV-21

DATOS DEL ADOPTANTE			
Nombres y apellidos:	Angie guzman	C.C.	1096041185
DATOS DE LA MASCOTA A ADOPTAR:		Adulto ( )	Cachorro (X)
Nombre de la mascota entregada en adopción		Cel.	3122457730
Especie:	Canino (X)	Felino ( )	Sexo: H ( ) M (X)
Raza: Criollo	Color: beis	Edad: 1 mes	
Características particulares: Pera		Carnet de vacunación SI (X) NO ( )	
Estado de salud: bien		Peso: bien	
Estado corporal	Normal (X)	Desnutrido ( )	Sobrepeso ( )
Procedencia de la mascota	Callejera ( )	abandonada ( )	Con dueño ( )

Yo, Y Paola guzman **, identificado(a) con C.C.** X1096041185 **, me compromeo fielmente a cuidar, amar, alimentar, bañar, cepillar, pasear, vacunar, brindarle servicios medico veterinarios a mi mascota, que será un miembro más de mi familia a partir del dia de hoy y me comprometo que nunca la abandonare, ni la maltrataré, ni la venderé**

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, EL ADOPTANTE ACEPTA QUE:

1. El adoptado será un miembro más de su familia
2. El adoptado tendrá en todo momento agua limpia y libre acceso
3. El adoptado tendrá una alimentación balanceada a base de concentrado minimo dos porciones diarias de acuerdo a su tamaño, raza
4. En el caso de que el adoptado sea canino, siempre se le sacará a pasear con correa, nunca suelto y se responsabilizara de recoger las heces cuando este lo haga en via publica
5. El adoptado no será en ningún caso golpeado, maltratado, humillado, abandonado ni regalado
6. El adoptado debe contar con un área para dormir y comer
7. El adoptado recibirá los cuidados médicos necesarios para su bienestar (desparasitación cada tres meses y vacunación anual)

Acepto las condiciones:

X Paola guzmán
Firma y C.C. 1096041185
del informe

paola muñoz
Responsable

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ COSO MUNICIPAL

LA TEBAIDA 2021

CONVENIO DE ADOPCION No FECHA 20/12/2021

DATOS DEL ADOPTANTE					
Nombres y apellidos:	Nicole Anaí Falcón Herrera		C.C	1755124623	
49	La nueva Tebaida 2da etapa casa 22			3166803846	
DATOS DE LA MASCOTA A ADOPTAR:			Adulto ( )	Cachorro (X)	
Nombre de la mascota entregada en adopción:		Haru			
Especie:	Canino (X)	Felino ( )	Sexo:	H ( )	M (X)
Raza:		Color: Beis		Edad: 7 meses	
Características particulares				Carnet de vacunación SI ( ) NO ( )	
Estado de salud:				Peso:	
Estado corporal	Normal (X)	Desnutrido ( )		Sobrepeso ( )	
Procedencia de la mascota	Callejera ( )	abandonada ( )		Con dueño ( )	

Yo, Nicole Anaí Herrera Falcón, **identificado(a) con C.C.** 1755124623, **me comprometo ficlmente a cuidar, amar, alimentar, bañar, cepillar, pasear, vacunar, brindarle servicios medico veterinarios a mi mascota, que será un miembro más de mi familia a partir del dia de hoy y me comprometo que nunca la abandonare, ni la maltrataré, ni la venderé**

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, EL ADOPTANTE ACEPTA QUE:

1. El adoptado será un miembro más de su familia
2. El adoptado tendrá en todo momento agua limpia y libre acceso
3. El adoptado tendrá una alimentación balanceada a base de concentrado mínimo dos porciones diarias de acuerdo a su tamaño. raza
4. En el caso de que el adoptado sea canino, siempre se le sacará a pascar con correa, nunca suelto y se responsabilizara de recoger las heces cuando este lo haga en vía publica
5. El adoptado no será en ningún caso golpeado. maltratado, humillado, abandonado ni regalado
6. El adoptado debe contar con un área para dormir y comer
7. El adoptado recibirá los cuidados médicos necesarios para su bienestar (desparasitación cada tres meses y vacunación anual)

Acepto las condiciones:

Firma y C.C. del informe

Gloria Palacio
Responsable

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ COSO MUNICIPAL

LA TEBAIDA 2021

CONVENIO DE ADOPCION No FECHA 29/11/2021

DATOS DEL ADOPTANTE	Leidi Viviana	
Nombres y apellidos	Cinco x 10 Arabia vereda el cinco 323	C.C. 1007960340 3135164391

DATOS DE LA MASCOTA A ADOPTAR:		Adulto ( )	Cachorro (X)
Nombre de la mascota entregada en adopción			
Especie:	Canino ( )	Felino (X)	Sexo: H ( ) M (X)
Raza:		Color: Negro	Edad: 2 Meses
Características particulares			Carnet de vacunación SI ( ) NO ( )
Estado de salud:			Peso:
Estado corporal	Normal (X)	Desnutrido ( )	Sobrepeso ( )
Procedencia de la mascota	Callejera ( )	abandonada ( )	Con dueño ( )

Yo, Xleidi viviana Q c, identificado(a) con C.C. X1007960340 me comprometo fielmente a cuidar, amar, alimentar, bañar, cepillar, pasear, vacunar, brindarle servicios medico veterinarios a mi mascota, que será un miembro más de mi familia a partir del día de hoy y me comprometo que nunca la abandonare, ni la maltrataré, ni la venderé

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, EL ADOPTANTE ACEPTA QUE:

1. El adoptado será un miembro más de su familia
2. El adoptado tendrá en todo momento agua limpia y libre acceso
3. El adoptado tendrá una alimentación balanceada a base de concentrado mínimo dos porciones diarias de acuerdo a su tamaño, raza
4. En el caso de que el adoptado sea canino, siempre se le sacará a pasear con correa, nunca suelto y se responsabilizara de recoger las heces cuando este lo haga en vía publica
5. El adoptado no será en ningún caso golpeado, maltratado, humillado, abandonado ni regalado
6. El adoptado debe contar con un área para dormir y comer
7. El adoptado recibirá los cuidados médicos necesarios para su bienestar (desparasitación cada tres meses y vacunación anual)

Acepto las condiciones:

Xleidi viviana Q c
Firma y C.C. del informe

Gloria Pulido
Responsable

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ COSO MUNICIPAL

LA TEBAIDA 2021

CONVENIO DE ADOPCION No FECHA 16 MAY 2021

DATOS DEL ADOPTANTE					
Nombres y apellidos:	Nancy Lopez			CC	1.094.924.083
DIRECCION	M7W4 #7 Nuevo Tebaida			TELEFONO	3146387665
DATOS DE LA MASCOTA A ADOPTAR:			Adulto ( )	Cachorro ( )	
Nombre de la mascota entregada en adopción:					
Especie:	Canino ( )	Felino ( )	Sexo:	H ( )	M ( )
Raza:		Color: tigrilla		Edad: 2 meses	
Características particulares				Carnet de vacunacion SI ( ) NO ( )	
Estado de salud:	Bien			Peso: 2 kilos	
Estado corporal	Normal ( )	Desnutrido ( )		Sobrepeso ( )	
Procedencia de la mascota	Callejera ( )	abandonada ( )		Con dueño ( )	

Yo, Nancy Yuliana Lopez, identificado(a) con C.C. 1.094.924.083, me comprometo fielmente a cuidar, amar, alimentar, bañar, cepillar, pasear, vacunar, brindarle servicios medico veterinarios a mi mascota, que será un miembro más de mi familia a partir del día de hoy y me comprometo que nunca la abandonare, ni la maltrataré, ni la venderé

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, EL ADOPTANTE ACEPTA QUE:

1. El adoptado será un miembro más de su familia
2. El adoptado tendrá en todo momento agua limpia y libre acceso
3. El adoprado tendrá una alimentación balanceada a base de concentrado mínimo dos porciones diarias de acuerdo a su tamaño, raza
4. En el caso de que el adoptado sea canino, siempre se le sacará a pasear con correa, nunca suelto y se responsabilizara de recoger las heces cuando este lo haga en vía publica
5. El adoptado no será en ningún caso golpeado, maltratado, humillado, abandonado ni regalado
6. El adoptado debe contar con un área para dormir y comer
7. El adoptado recibirá los cuidados médicos necesarios para su bienestar (desparasitación cada tres meses y vacunación anual)

Acepto las condiciones.

Nancy Yuliana Lopez Paz
Firma y C.C. del informe
1.094.924.083

Gloria Palacio
Responsable

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL / COSO MUNICIPAL

LA TEBAIDA 2021

CONVENIO DE ADOPCION No FECHA 28/12/2021

DATOS DEL ADOPTANTE

Nombres y apellidos:	Ximena Rios Ramirez Barrio las Palmas 21-24 Alameda casa-3	CC:	1005098255
3189245748			1005098255

DATOS DE LA MASCOTA A ADOPTAR:			Adulto ( )	Cachorro ( )	
Nombre de la mascota entregada en adopción:					
Especie:	Canino ( )	Felino (✓)	Sexo:	H (✓)	M ( )
Raza:		Color: Blanco Negro	Edad: 2 MESES		
Caracteristicas particulares			Carnet de vacunación SI ( ) NO ( )		
Estado de salud:			Peso:		
Estado corporal		Normal (✓)	Desnutrido ( )	Sobrepeso ( )	
Procedencia de la mascota		Callejera ( )	abandonada ( )	Con dueño ( )	

Yo, Ximena Rios **, identificado(a) con C.C.** 1005098255 **, me comprometo fielmente a cuidar, amar, alimentar, bañar, cepillar, pasear, vacunar, brindarle servicios medico veterinarios a mi mascota, que será un miembro más de mi familia a partir del dia de hoy y me comprometo que nunca la abandonare, ni la maltrataré, ni la venderé**

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, EL ADOPTANTE ACEPTA QUE:

1. El adoptado será un miembro más de su familia
2. El adoptado tendrá en todo momento agua limpia y libre acceso
3. El adoptado tendrá una alimentación balanceada a base de concentrado mínimo dos porciones diarias de acuerdo a su tamaño, raza
4. En el caso de que el adoptado sea canino, siempre se le sacará a pasear con correa, nunca suelto y se responsabilizara de recoger las heces cuando este lo haga en vía publica
5. El adoptado no será en ningún caso golpeado, maltratado, humillado, abandonado ni regalado
6. El adoptado debe contar con un área para dormir y comer
7. El adoptado recibirá los cuidados médicos necesarios para su bienestar (desparasitación cada tres meses y vacunación anual)

Acepto las condiciones:

Ximena Rios Ramirez
Firma y C.C. del Informe 1005098255

Gloria Palacio
Responsable

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ COSO MUNICIPAL

LA TEBAIDA 2021

CONVENIO DE ADOPCION No FECHA 01/20/2021

DATOS DEL ADOPTANTE			
Nombres y apellidos.	Diana C Brito Arboleda	C.C	1144020[illegible] 3116148538
DATOS DE LA MASCOTA A ADOPTAR:		Adulto ( )	Cachorro (X)
Nombre de la mascota entregada en adopción			
Especie:	Canino (X)	Felino ( )	Sexo: H (X) M ( )
Raza: Criollo	Color: Beige	Edad: 4 meS	
Caracteristicas particulares: Perra		Carnet de vacunacion SI ( ) NO (X)	
Estado de salud:		Peso:	
Estado corporal	Normal (X)	Desnutrido ( )	Sobrepeso ( )
Procedencia de la mascota	Callejera ( )	abandonada ( )	Con dueno ( )

Yo, Diana C Brito, identificado(a) con C.C. 1144020[illegible], me comprometo fielmente a cuidar, amar, alimentar, bañar, cepillar, pasear, vacunar, brindarle servicios medico veterinarios a mi mascota, que será un miembro más de mi familia a partir del dia de hoy y me comprometo que nunca la abandonare, ni la maltrataré, ni la venderé

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, EL ADOPTANTE ACEPTA QUE:

Ringo CDAC Perrito

1. El adoptado será un miembro más de su familia.
2. El adoptado tendrá en todo momento agua limpia y libre acceso.
3. El adoptado tendrá una alimentación balanceada a base de concentrado mínimo dos porciones diarias de acuerdo a su tamaño, raza.
4. En el caso de que el adoptado sea canino, siempre se le sacara a pasear con correa, nunca suelto y se responsabilizara de recoger las heces cuando este la haga en vía publica.
5. El adoptado no será en ningún caso golpeado, maltratado, humillado, abandonado ni regalado.
6. El adoptado debe contar con un área para dormir y comer.
7. El adoptado recibirá los cuidados médicos necesarios para su bienestar (desparasitación cada tres meses y vacunación anual).

Acepto las condiciones.

Diana Angelina Brito Luna.

Firma y C.C del informe

Responsable

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ COSO MUNICIPAL

LA TEBAIDA 2021

Dic/20/2021

DATOS DEL ADOPTANTE

Nombres y apellidos:	Mariana Garcia 3879070
Dirección: *Barrio*	
Tel. fijo	Cel 3042212508

DATOS ~~DE LA MASCOTA~~ ADOPTADA. Adulto ( ) Cachorro

Nombre de la mascota entregada en adopción: 3042212508

Especie:	Canino ( )	Felino (X)	Sexo:	H (X)	M ( )
Raza:		Color: Gris Cebra	Edad:	3 m	
Características particulares	Gata.		Carnet de vacunación	SI ( ) NO ( )	
Estado de salud:			Peso:		
Estado corporal	Normal (X)	Desnutrido ( )	Sobrepeso ( )		
Procedencia de la mascota	Callejera (X)	abandonada ( )	Con dueño ( )		

Al recibir mi mascota será un miembro mas de mi familia a partir del día de hoy me he comprometido fielmente a cuidarla, amarla, alimentarla mínimo dos veces al día, bañarla, cepillarla, pesearla, vacunarla, brindarle servicios medico veterinarios Y A QUE NUNCA LA ABANDONARE NI LA **MALTRATARÉ, NI LA VENDERÉ**

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, COMO ADOPTANTE ACEPTO QUE:

1. El adoptado será un miembro más de su familia
2. El adoptado tendrá en todo momento agua limpia y libre acceso
3. El adoptado tendrá una alimentación balanceada a base de concentrado mínimo dos porciones diarias de acuerdo a su tamaño, raza
4. En el caso de que el adoptado sea canino, siempre se le sacará a pasear con correa, nunca suelto y se responsabilizara de recoger las heces cuando este lo haga en vía pública
5. El adoptado no será en ningún caso golpeado, maltratado, humillado, abandonado ni regalado
6. El adoptado debe contar con un área para dormir y comer
7. El adoptado recibirá los cuidados médicos necesarios para su bienestar (desparasitación cada tres meses y vacunación anual)

ortar por esta línea

Favor presentar este certificado Nº ___ con el fin de programarle la esterilización para el mes de Feb del año 2022 el día se le asignara de acuerdo a la disponibilidad presupuestal y de programacion

LOS ANIMALES NO SE MALTRATAN NO SE ABANDONAN SE PROTEGEN

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL COSO MUNICIPAL

LA TEBAIDA 2021

CONVENIO DE ADOPCION No FECHA Dic 7/21

DATOS DEL ADOPTANTE			
Nombres y apellidos	Jessica Garcia	C.C. 1005063297 3137259413	
DATOS DE LA MASCOTA A ADOPTAR:		Adulto ( )	Cachorro (X)
Nombre de la mascota entregada en adopción:			
Especie: Canino (X)	Felino ( )	Sexo: H (X)	M ( )
Raza:	Color: Beige	Edad: 11/12 m.	
Caracteristicas particulares		Carnet de vacunación SI ( ) NO ( )	
Estado de salud:		Peso:	
Estado corporal	Normal (X)	Desnutrido ( )	Sobrepeso ( )
Procedencia de la mascota	Callejera ( )	abandonada ( )	Con dueño ( )

Yo, Jessica Garcia, identificado(a) con C.C. 1005063297 me comprometo fielmente a cuidar, amar, alimentar, bañar, cepillar, pasear, vacunar, brindarle servicios medico veterinarios a mi mascota, que será un miembro más de mi familia a partir del día de hoy y me comprometo que nunca la abandonare, ni la maltrataré, ni la venderé

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, EL ADOPTANTE ACEPTA QUE:

1. El adoptado será un miembro más de su familia
2. El adoptado tendrá en todo momento agua limpia y libre acceso
3. El adoptado tendrá una alimentación balanceada a base de concentrado mínimo dos porciones diarias de acuerdo a su tamaño, raza
4. En el caso de que el adoptado sea canino, siempre se le sacará a pasear con correa, nunca suelto y se responsabilizara de recoger las heces cuando este las haga en vía pública
5. El adoptado no será en ningún caso golpeado, maltratado, humillado, abandonado ni regalado
6. El adoptado debe contar con un área para dormir y comer
7. El adoptado recibirá los cuidados médicos necesarios para su bienestar (desparasitación cada tres meses y vacunación anual)

Acepto las condiciones:

Jessica C. Garcia

Firma y C.C. del informe

Responsable

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ COSO MUNICIPAL

LA TERAIDA 2021

CONVENIO DE ADOPCION No FECHA 10/ 12/2021

DATOS DEL ADOPTANTE			
Nombres y apellidos: Gina Magdalena Herrera Medina		C.C. 1723716401	
DATOS DE LA MASCOTA A ADOPTAR:		Adulto ( )	Cachorro ( )
Nombre de la mascota entregada en adopción:			
Especie:	Canino ( )	Felino ( )	Sexo: H ( ) M ( )
Raza:		Color: Beis	Edad: 7 Mes Aprox
Caracteristicas particulares			Carnet de vacunacion SI ( ) NO ( )
Estado de salud:			Peso:
Estado corporal	Normal ( )	Desnutrido ( )	Sobrepeso ( )
Procedencia de la mascota	Callejera ( )	abandonada ( )	Con dueño ( )

Yo, Gina Magdalena Herrera Medina **, identificado(a) con C.C.** 1723716401 **, me comprometo fielmente a cuidar, amar, alimentar, bañar, cepillar, pasear, vacunar, brindarle servicios medico veterinarios a mi mascota, que será un miembro más de mi familia a partir del dia de hoy y me comprometo que nunca la abandonare, ni la maltrataré, ni la venderé**

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, EL ADOPTANTE ACEPTA QUE:

1. El adoptado será un miembro más de su familia
2. El adoptado tendrá en todo momento agua limpia y libre acceso
3. El adoptado tendrá una alimentación balanceada a base de concentrado mínimo dos porciones diarias de acuerdo a su tamaño, raza
4. En el caso de que el adoptado sea canino, siempre se le sacará a pasear con correa, nunca suelto y se responsabilizara de recoger las heces cuando este lo haga en vía publica
5. El adoptado no será en ningún caso golpeado, maltratado, humillado, abandonado ni regalado
6. El adoptado debe contar con un area para dormir y comer
7. El adoptado recibirá los cuidados médicos necesarios para su bienestar (desparasitacion cada tres meses y vacunación anual)

Acepto las condiciones:

Firma y C.C. del informe 1723716401

Gloria Palacio
Responsable

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/COSO MUNICIPAL

LA TEBAIDA 2021

CONVENIO DE ADOPCION No FECHA 26-Nov-2021

DATOS DEL ADOPTANTE 26 - 11 - 2021			
Nombres y apellidos:	Amparo Gomez	c.c.	24479602

DATOS DE LA MASCOTA A ADOPTAR:		Adulto ( )	Cachorro (X)
Nombre de la mascota entregada en adopción		Cel 3137557594	

Especie:	Canino ( )	Felino (X)	Sexo:	H (X)	M ( )
Raza: Criollo		Color: Parda		Edad: 2 meses	
Características particulares				Carnet de vacunación SI ( ) NO ( )	
Estado de salud: bien				Peso: bien	
Estado corporal	Normal (X)	Desnutrido ( )	Sobrepeso ( )		
Procedencia de la mascota	Callejera ( )	abandonada ( )	Con dueño ( )		

Yo, X Amparo Gomez, **identificado(a) con C.C.** X 24479602, **me comprometo fielmente a cuidar, amar, alimentar, bañar, cepillar, pasear, vacunar, brindarle servicios medico veterinarios a mi mascota, que será un miembro más de mi familia a partir del dia de hoy y me comprometo que nunca la abandonare, ni la maltrataré, ni la venderé**

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, EL ADOPTANTE ACEPTA QUE:

1. El adoptado será un miembro más de su familia
2. El adoptado tendrá en todo momento agua limpia y libre acceso
3. El adoptado tendrá una alimentación balanceada a base de concentrado mínimo dos porciones diarias de acuerdo a su tamaño, raza
4. En el caso de que el adoptado sea canino, siempre se le sacará a pasear con correa, nunca suelto y se responsabilizara de recoger las heces cuando este lo haga en vía publica
5. El adoptado no será en ningún caso golpeado, maltratado, humillado, abandonado ni regalado
6. El adoptado debe contar con un área para dormir y comer
7. El adoptado recibirá los cuidados médicos necesarios para su bienestar (desparasitación cada tres meses y vacunación anual)

Acepto las condiciones;

X Amparo Gomez
Firma y C.C del infirme 24479602

Responsable

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ COSO MUNICIPAL

LA TEBAIDA 2021

CONVENIO DE ADOPCION No FECHA 25/1/2021

DATOS DEL ADOPTANTE			
Nombres y apellidos: Dora Lucia Londoño Arcila		CC X 24674582	
	Villa Contreras Coso #5	X 3146661725	
DATOS DE LA MASCOTA A ADOPTAR:		Adulto ( )	Cachorro (X)
Nombre de la mascota entregada en adopción: Gato			
Especie: Canino ( )	Felino (X)	Sexo.	H ( ) M (X)
Raza:	Color: Amarilla	Edad:	
Características particulares		Carnet de vacunación SI ( ) NO ( )	
Estado de salud: Bien		Peso:	
Estado corporal	Normal (X)	Desnutrido ( )	Sobrepeso ( )
Procedencia de la mascota	Callejera ( )	abandonada ( )	Con dueño ( )

Yo, Dora Lucia Londoño Arcila, **Identificado(a) con C.C.** 24674582, **me comprometo fielmente a cuidar, amar, alimentar, bañar, cepillar, pasear, vacunar, brindarle servicios medico veterinarios a mi mascota, que será un miembro más de mi familia a partir del día de hoy y me comprometo que nunca la abandonare, ni la maltrataré, ni la venderé**

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, EL ADOPTANTE ACEPTA QUE:

1. El adoptado será un miembro más de su familia
2. El adoptado tendrá en todo momento agua limpia y libre acceso
3. El adoptado tendrá una alimentación balanceada a base de concentrado mínimo dos porciones diarias de acuerdo a su tamaño, raza
4. En el caso de que el adoptado sea canino, siempre se le sacará a pasear con correa, nunca suelto y se responsabilizara de recoger las heces cuando este lo haga en vía publica.
5. El adoptado no será en ningún caso golpeado, maltratado, humillado, abandonado ni regalado
6. El adoptado debe contar con un área para dormir y comer
7. El adoptado recibirá los cuidados médicos necesarios para su bienestar (desparasitación cada tres meses y vacunación anual)

Acepto las condiciones:

Dora Lucia Londoño
Firma y C.C. del informante 24674582

Gloria Patricia
Responsable

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ COSO MUNICIPAL

LA TEBAIDA 2021

CONVENIO DE ADOPCION No FECHA 24/11/2021

DATOS DEL ADOPTANTE

Nombres y apellidos:	Yo Jairo Enrique 7.096.032.524
	Finca: Palo Negro 323 380 19 40

DATOS DE LA MASCOTA A ADOPTAR: Adulto ( ) Cachorro (✓)

Nombre de la mascota entregada en adopción: Gal.

Especie:	Canino ( )	Felino (✓)	Sexo:	H ( )	M (✓)
Raza:		Color: Tigrillo	Edad: 4 Meses		
Caracteristicas particulares			Carnet de vacunación SI ( ) NO ( )		
Estado de salud:			Peso:		
Estado corporal	Normal (✓)	Desnutrido ( )	Sobrepeso ( )		
Procedencia de la mascota	Callejera ( )	abandonada ( )	Con dueño ( )		

Yo, Jairo Sanchez identificado(a) con C.C. 1096032524 me comprometo fielmente a cuidar, amar, alimentar, bañar, cepillar, pasear, vacunar, brindarle servicios medico veterinarios a mi mascota, que será un miembro más de mi familia a partir del dia de hoy y me comprometo que nunca la abandonare, ni la maltrataré, ni la venderé

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, EL ADOPTANTE ACEPTA QUE:

1. El adoptado será un miembro más de su familia
2. El adoptado tendrá en todo momento agua limpia y libre acceso
3. El adoptado tendrá una alimentación balanceada a base de concentrado mínimo dos porciones diarias de acuerdo a su tamaño, raza
4. En el caso de que el adoptado sea canino, siempre se le sacará a pasear con correa, nunca suelto y se responsabilizara de recoger las heces cuando este lo haga en vía pública
5. El adoptado no será en ningún caso golpeado, maltratado, humillado, abandonado ni regalado
6. El adoptado debe contar con un área para dormir y comer
7. El adoptado recibirá los cuidados médicos necesarios para su bienestar (desparasitación cada tres meses y vacunación anual)

Accepto las condiciones

Jairo Sanchez
Firma y C.C. del informe 1096032524

Gloria Palacio
Responsable

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL / COSO MUNICIPAL

LA TEBAIDA 2021

CONVENIO DE ADOPCION No FECHA 25-11-2021

DATOS DEL ADOPTANTE			
Nombres y apellidos:	[illegible]	CC:	[illegible]
Dirección	[illegible]	Teléfono	[illegible]

DATOS DE LA MASCOTA A ADOPTAR:		Adulto ( )	Cachorro ( )
Nombre de la mascota entregada en adopción:			
Especie:	Canino ( )	Felino (✓)	Sexo: H ( ) M (✓)
Raza:		Color: Negro	Edad: 2 años
Caracteristicas particulares	Gato		Carnet de vacunación SI ( ) NO ( )
Estado de salud:			Peso:
Estado corporal	Normal ( )	Desnutrido ( )	Sobrepeso ( )
Procedencia de la mascota	Callejera ( )	abandonada ( )	Con dueño ( )

Yo, [illegible], identificado(a) con C.C. [illegible], me comprometo fielmente a cuidar, amar, alimentar, bañar, cepillar, pasear, vacunar, brindarle servicios medico veterinarios a mi mascota, que será un miembro más de mi familia a partir del dia de hoy y me comprometo que nunca la abandonare, ni la maltrataré, ni la venderé

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, EL ADOPTANTE ACEPTA QUE:

1. El adoptado será un miembro más de su familia
2. El adoptado tendrá en todo momento agua limpia y libre acceso
3. El adoptado tendrá una alimentación balanceada a base de concentrado mínimo dos porciones diarias de acuerdo a su tamaño, raza
4. En el caso de que el adoptado sea canino, siempre se le sacará a pasear con correa, nunca suelto y se responsabilizara de recoger las heces cuando este lo haga en vía pública
5. El adoptado no será en ningún caso golpeado, maltratado, humillado, abandonado ni regalado
6. El adoptado debe contar con un área para dormir y comer
7. El adoptado recibirá los cuidados médicos necesarios para su bienestar (desparasitación cada tres meses y vacunación anual)

Acepto las condiciones:

[illegible]
Firma y CC del Informe

[illegible]
Responsable

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ COSO MUNICIPAL

LA TEBAIDA 2021

CONVENIO DE ADOPCION No FECHA 29-Nov 2021

DATOS DEL ADOPTANTE

Nombres y apellidos.	Dana Gisela Lopez	C.C. 1094954430

DATOS DE LA MASCOTA A ADOPTAR:		Adulto ( )	Cachorro (X)
Nombre de la mascota entregada en adopción		Cel. 3216708895	

Especie:	Canino ( )	Felino (X)	Sexo:	H (X)	M ( )
Raza: Criolla		Color: ~~Amarillo~~ Tigrado		Edad. 1 mes	
Caracteristicas particulares				Carnet de vacunacion SI ( ) NO ( )	
Estado de salud:				Peso	
Estado corporal		Normal (X)	Desnutrido ( )	Sobrepeso ( )	
Procedencia de la mascota		Callejera ( )	abandonada ( )	Con dueño ( )	

Yo, Dana Gisela Lopez, identificado(a) con C.C. 1094954430, me comprometo fielmente a cuidar, amar, alimentar, bañar, cepillar, pasear, vacunar, brindarle servicios medico veterinarios a mi mascota, que será un miembro más de mi familia a partir del dia de hoy y me comprometo que nunca la abandonare, ni la maltrataré, ni la venderé

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, EL ADOPTANTE ACEPTA QUE:

1. El adoptado será un miembro más de su familia
2. El adoptado tendrá en todo momento agua limpia y libre acceso
3. El adoptado tendrá una alimentación balanceada a base de concentrado mínimo dos porciones diarias de acuerdo a su tamaño, raza
4. En el caso de que el adoptado sea canino, siempre se le sacará a pasear con correa, nunca suelto y se responsabilizara de recoger las heces cuando este lo haga en vía publica
5. El adoptado no será en ningún caso golpeado, maltratado, humillado, abandonado ni regalado
6. El adoptado debe contar con un area para dormir y comer
7. El adoptado recibirá los cuidados médicos necesarios para su bienestar (desparasitación cada tres meses y vacunación anual)

Acepto las condiciones

Dana Gisela Lopez
Firma y C.C del informe 1094954430

Paula Muñoz
Responsable

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ COSO MUNICIPAL

LA TEBAIDA 2021

CONVENIO DE ADOPCION No FECHA 23-NOV-2021

DATOS DEL ADOPTANTE					
Nombres y apellidos:	Dama - moreno			C.C. 1010836891	
DATOS DE LA MASCOTA A ADOPTAR:			Adulto ( )	Cachorro (X)	
Nombre de la mascota entregada en adopción:			3123463179		
Especie:	Canino (X)	Felino ( )	Sexo:	H ( )	M (X)
Raza: Criollo		Color: blanco con negro		Edad: 3A meses	
Características particulares				Carnet de vacunación SI (X) NO ( )	
Estado de salud: bien				Peso: bien	
Estado corporal	Normal (X)	Desnutrido ( )		Sobrepeso ( )	
Procedencia de la mascota	Callejera ( )	abandonada ( )		Con dueño ( )	

Yo, _____, identificado(a) con C.C. _____, me comprometo fielmente a cuidar, amar, alimentar, bañar, cepillar, pasear, vacunar, brindarle servicios medico veterinarios a mi mascota, que será un miembro más de mi familia a partir del dia de hoy y me comprometo que nunca la abandonare, ni la maltrataré, ni la venderé

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, EL ADOPTANTE ACEPTA QUE:

1. El adoptado será un miembro más de su familia
2. El adoptado tendrá en todo momento agua limpia y libre acceso
3. El adoptado tendrá una alimentación balanceada a base de concentrado mínimo dos porciones diarias de acuerdo a su tamaño, raza
4. En el caso de que el adoptado sea canino, siempre se le sacará a pasear con correa, nunca suelto y se responsabilizara de recoger las heces cuando este lo haga en vía pública
5. El adoptado no será en ningún caso golpeado, maltratado, humillado, abandonado ni regalado
6. El adoptado debe contar con un área para dormir y comer
7. El adoptado recibirá los cuidados médicos necesarios para su bienestar (desparasitación cada tres meses y vacunación anual)

Acepto las condiciones:

1010836891

Firma y C.C del informe

paola muñoz

Responsable

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL / COSO MUNICIPAL

LA TEBAIDA 2021

27-NOV-2021

DATOS DEL ADOPTANTE

Nombres y apellidos: Donna moreno C.C 1010185684

Dirección: *Barrio* Vn galeones

Tel. fijo *Cel.* 3123463199

~~DATOS DE LA MASCOTA~~ ADOPTADA: ~~Adulto ( )~~ ~~Cachorro~~ (X)

Nombre de la mascota entregada en adopción: Pilaf o

Especie:	Canino (X)	Felino ( )	Sexo:	H ( )	M (X)
Raza: Criollo		Color: blanco con negro		Edad: 3 meses	
Características particulares				Carnet de vacunación SI (X) NO ( )	
Estado de salud: bien				Peso: bien	
Estado corporal		Normal (X)	Desnutrido ( )	Sobrepeso ( )	
Procedencia de la mascota		Callejera ( )	abandonada ( )	Con dueño ( )	

Al recibir mi mascota será un miembro más de mi familia a partir del día de hoy me he comprometido fielmente a cuidarla, amarla, alimentarla mínimo dos veces al día, bañarla, cepillarla, pasearla, vacunarla, brindarle servicios medico veterinarios Y A QUE NUNCA LA ABANDONARE, NI LA MALTRATARÉ, NI LA VENDERÉ

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, COMO ADOPTANTE ACEPTO QUE:

1. El adoptado será un miembro mas de su familia
2. El adoptado tendrá en todo momento agua limpia y libre acceso
3. El adoptado tendrá una alimentación balanceada a base de concentrado mínimo dos porciones diarias de acuerdo a su tamaño, raza
4. En el caso de que el adoptado sea canino, siempre se le sacará a pasear con correa, nunca suelto y se responsabilizara de recoger las heces cuando este lo haga en vía publica
5. El adoptado no será en ningún caso golpeado, maltratado, humillado, abandonado ni regalado
6. El adoptado debe contar con un área para dormir y comer
7. El adoptado recibirá los cuidados médicos necesarios para su bienestar (desparasitación cada tres meses y vacunación anual)

ortar por esta línea

Favor presentar este certificado N° con el fin de programarle la esterilización para el mes de marzo del año 2022, el día se le asignará de acuerdo a la disponibilidad presupuestal y de programación

LOS ANIMALES NO SE MALTRATAN SE ABANDONAN SE PROTEGEN

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ COSO MUNICIPAL

LA TEBAIDA 2021

CONVENIO DE ADOPCION No FECHA 27 Nov 2021

DATOS DEL ADOPTANTE	Yolanda Sabogal				
Nombres y apellidos.			52035367		
DATOS DE LA MASCOTA A ADOPTAR:		Adulto ( )	Cachorro (X)		
Nombre de la mascota entregada en adopción			3134861095		
Especie:	Canino ( )	Felino (X)	Sexo:	H ( )	M (X)
Raza:		Color: gris		Edad: 1 mes	
Caracteristicas particulares				Carnet de vacunación SI ( ) NO ( )	
Estado de salud:	bien			Peso: bien	
Estado corporal		Normal (X)	Desnutrido ( )	Sobrepeso (X)	
Procedencia de la mascota		Callejera ( )	abandonada ( )	Con dueno ( )	

Yo, Yolanda Sabogal Ecky. **identificado(a) con C.C.** 52035367 **, me comprometo fielmente a cuidar, amar, alimentar, banar, cepillar, pasear, vacunar, brindarle servicios medico veterinarios a mi mascota, que será un miembro más de mi familia a partir del dia de hoy y me comprometo que nunca la abandonare, ni la maltratare, ni la venderé**

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, EL ADOPTANTE ACEPTA QUE:

1. El adoptado será un miembro mas de su familia
2. El adoptado tendrá en todo momento agua limpia y libre acceso
3. El adoptado tendrá una alimentación balanceada a base de concentrado mínimo dos porciones diarias de acuerdo a su tamaño, raza
4. En el caso de que el adoptado sea canino, siempre se le sacará a pasear con correa, nunca suelto y se responsabilizara de recoger los heces cuando este lo haga en vía publica
5. El adoptado no será en ningun caso golpeado, maltratado, humillado, abandonado ni regalado
6. El adoptado debe contar con un área para dormir y comer
7. El adoptado recibirá los cuidados médicos necesarios para su bienestar (desparasitación cada tres meses y vacunación anual)

Accepto las condiciones

Yolanda
Firma y C.C. 52035368
del informe

Paola Mejia
Responsable

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ COSO MUNICIPAL

LA TEBAIDA 2021

CONVENIO DE ADOPCION No FECHA 23-ENE-2021

DATOS DEL ADOPTANTE

Nombres y apellidos:	aurelina echaverria	C.C.	24492414
	mirador	MZ #9	

DATOS DE LA MASCOTA A ADOPTAR:		Adulto ( )	Cachorro (X)		
Nombre de la mascota entregada en adopción:			Cel. 3135999440		
Especie:	Canino (X)	Felino ( )	Sexo	H ( )	M (X)
Raza: criollo	Color: beis		Edad: 1 mes		
Características particulares			Carnet de vacunación SI (X) NO ( )		
Estado de salud: bien			Peso: bien		
Estado corporal	Normal (X)	Desnutrido ( )	Sobrepeso ( )		
Procedencia de la mascota	Callejera ( )	abandonada ( )	Con dueño ( )		

Yo, Aurelina Echaverria, **identificado(a) con C.C.** 24492414, **me comprometo fielmente a cuidar, amar, alimentar, bañar, cepillar, pasear, vacunar, brindarle servicios medico veterinarios a mi mascota, que será un miembro más de mi familia a partir del dia de hoy y me comprometo que nunca la abandonare, ni la maltrataré, ni la venderé**

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, EL ADOPTANTE ACEPTA QUE:

1. El adoptado será un miembro más de su familia
2. El adoptado tendrá en todo momento agua limpia y libre acceso
3. El adoptado tendrá una alimentación balanceada a base de concentrado minimo dos porciones diarias de acuerdo a su tamaño, raza
4. En el caso de que el adoptado sea canino, siempre se le sacará a pasear con correa, nunca suelto y se responsabilizara de recoger las heces cuando este lo haga en vía publica
5. El adoptado no será en ningún caso golpeado, maltratado, humillado, abandonado ni regalado
6. El adoptado debe contar con un área para dormir y comer
7. El adoptado recibirá los cuidados médicos necesarios para su bienestar (desparasitación cada tres meses y vacunacion anual)

Acepto las condiciones:

Aurelina Echaverria
Firma y C.C. 24492414
del informe

Paula Muñoz
Responsable

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ COSO MUNICIPAL

LA TEBAIDA 2021

CONVENIO DE ADOPCION No FECHA 27/NOV/2021

DATOS DEL ADOPTANTE

Nombres y apellidos:	Elizabeth gralda 32197 1 8 9 10	C.C.	1004879160
DATOS DE LA MASCOTA A ADOPTAR:		Adulto ( )	Cachorro (X)
Nombre de la mascota entregada en adopción:		Amenia conejito bravo del campo Apt. 102	
Especie: Canino ( )	Felino (X)	Sexo: H (X)	M ( )
Raza:	Color: negro con mono	Edad: 1 mes	
Características particulares		Carnet de vacunación SI (X) NO ( )	
Estado de salud: Bien		Peso: 2 kilos	
Estado corporal	Normal (X)	Desnutrido ( )	Sobrepeso ( )
Procedencia de la mascota	Callejera ( )	abandonada ( )	Con dueño ( )

Yo, Elizabeth Gralda López, identificado(a) con C.C. 1004879160, me comprometo fielmente a cuidar, amar, alimentar, bañar, cepillar, pasear, vacunar, brindarle servicios medico veterinarios a mi mascota, que será un miembro más de mi familia a partir del dia de hoy y me comprometo que nunca la abandonare, ni la maltrataré, ni la venderé

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, EL ADOPTANTE ACEPTA QUE:

1. El adoptado será un miembro más de su familia
2. El adoptado tendrá en todo momento agua limpia y libre acceso
3. El adoptado tendrá una alimentación balanceada a base de concentrado mínimo dos porciones diarias de acuerdo a su tamaño, raza
4. En el caso de que el adoptado sea canino, siempre se le sacará a pasear con correa, nunca suelto y se responsabilizara de recoger las heces cuando este lo haga en vía pública
5. El adoptado no será en ningún caso golpeado, maltratado, humillado, abandonado ni regalado
6. El adoptado debe contar con un área para dormir y comer
7. El adoptado recibirá los cuidados medicos necesarios para su bienestar (desparasitación cada tres meses y vacunación anual)

Acepto las condiciones:

Firma y C.C del informa

Paulo Muñoz
Responsable

FUNAT

REGISTRO Y AUTORIZACION DE EUTANASIA 2021

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD PROCEDIMIENTO VETERINARIO
Ley 566/2000 Art. 26

"El médico veterinario o el médico veterinario zootecnista están en la obligación de comunicar al usuario de sus servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso"

*"Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinaria

Dic/20/21

Propietario: [ ] **Responsable** [X]

Nombre: Neby **Apellidos:** Montoya

Documento de identificación: **Tipo:** CC **Número:** 41872501

Dirección de residencia: Ibagué Cra. 84

Teléfono fijo: **Teléfono celular:**

Correo electrónico: **SISBEN:** **Nivel:**

Nombre paciente: **Especie:**

Raza: Pitbull **Sexo:** Macho.

Fecha de nacimiento: 2013 **Peso (gr.):**

Color y tipo de pelaje: **Chip #**

Otra identificación/ señales particulares:

Condición corporal: 1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5

T (°C): **FC (L/min):**

FR (R/min): **TLLC (seg):**

TRPC (seg): **Pulso:**

Mucosas: **Porcentaje deshidratación:**

Otros:

Motivo de la Realización de la Eutanasia:

Yo Neby Montoya con Cedula de Ciudadanía Número 41872501 identificado (a) como aparece al pie de la firma, propietario (a) y/o responsable de la mascota anteriormente especificada **DECLARO, SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO** al Médico Veterinario Zootecnista (M.V.Z) Andres Mauricio Lombana Téllez, con MP:22582 Fundación Universitaria San Martin convenio Universidad del Tolima Contratado por la **FUNDACIÓN NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT**, para que realice la **EUTANASIA** bajo anestesia general en las condiciones que me han sido propuestas, observando todas las normativas vigentes para el procedimiento. He leído, comprendido y aceptado la información que me ha sido proporcionada, he realizado las preguntas pertinentes y he sido informado. De manera civil y penalmente a la **FUNDACIÓN NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT** y al MVZ Andres Mauricio Lombana Téllez por el deceso de mi mascota, ya que voluntariamente y sin ningún tipo de presiones y de igual forma conocen el diagnostico por parte del médico veterinario, ha tomado la decisión libre y voluntaria de eutanasia mi mascota con el fin de librarla del sufrimiento que la aqueja. Autorizo a que se tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas o educativas, bajo la reserva del nombre. Yo exonero a la **FUNDACIÓN NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT** y al MVZ Andrés Mauricio Lombana Téllez de toda reclamación responsabilidad civil o penal por el procedimiento que se va a llevar a cabo, y cualquier reclamación de reembolso de costos relacionados con el animal ya sea que el dueño o responsable crea que estos costos están relacionados con el procedimiento. Mi firma y huella abajo indica que he leído y entendido este formulario de consentimiento.

Nombres y Apellidos: Neby Lizbeth MT	Andrés Mauricio Lombana Téllez
CC. No. 41872501	Médico Veterinario Zootecnista
Firma de la persona que Autoriza la Intervención	FUSM-UT-TP 22582

En calidad de médico veterinario zootecnista, certifico que al aplicársele la eutanasia al animal antes descrito se cumplieron todos los protocolos establecidos y vigentes para este tipo de procedimientos veterinarios; después de verificar su deceso se informa para su disposición final, según el decreto 2676/2000 y res. 1164/2002

Se aplicaron los siguientes medicamentos: 0.3 Xilacina 3. Cm Ketamina

FUNAT

REGISTRO Y AUTORIZACIÓN DE EUTANASIA

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD PROCEDIMIENTO VETERINARIO
Ley 566 2000 Art. 26

"El médico veterinario o el médico veterinario zootecnista están en la obligación de comunicar al usuario de sus servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso"

Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinaria

12/12/21

Propietario: ☑ **Responsable** ☐

Nombre: Ana J **Apellidos:** Flores

Documento de identificación: Tipo: C.C **Número:**

Dirección de residencia:

Teléfono fijo: **Teléfono celular:** 3155790382

Correo electrónico: **SISBEN:** **Nivel:**

Nombre paciente: **Especie:**

Raza: **Sexo:** Felino macho

Fecha de nacimiento: **Peso (gr.):**

Color y tipo de pelaje: **Chip #**

Otra identificación/ señales particulares:

Condición corporal: 1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5

T (°C): **FC (L/min):**

|a>89980FR (R/min): **TLLC (seg):**

TRPC (seg): **Pulso:**

Mucosas: **Porcentaje deshidratación:**

Otros:

Motivo de la Realización de la Eutanasia:

Yo, Ana J Flores con Cedula de Ciudadanía Número de identificado (a) como aparece al pie de la firma propietario (a) y/o responsable de la mascota anteriormente especificada **MANIFIESTO, SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO** al Médico Veterinario Zootecnista (M.V.Z) Andres Mauricio Lombana Téllez con MP.22582 Fundación Universitaria San Martín convenio Universidad del Tolima Contratado por la **FUNDACIÓN NATURALEZA ANIMAL TERAIDA FUNAT,** para que realice la EUTANASIA bajo anestesia general en las condiciones que me han sido propuestas observando todas las normativas vigentes para el procedimiento. He leído, comprendido y aceptado la información que me ha sido proporcionada, he realizado las preguntas oportunas y he sido informado. Exonero civil y penalmente a la **FUNDACIÓN NATURALEZA ANIMAL TERAIDA FUNAT** y al MVZ **Andres Mauricio Lombana Téllez** por el deceso de mi mascota, ya que voluntariamente y sin ningún tipo de presiones y después de escuchar el diagnóstico por parte del médico veterinario he tomado la decisión libre y voluntaria de eutanasiar mi mascota con el fin de librarla del sufrimiento que la aqueja. Autorizo a que se tomen fotografías y videos para proveer el caso como parte de investigaciones científicas o educativas, bajo la reserva del nombre. Yo exonero a la **FUNDACIÓN NATURALEZA ANIMAL TERAIDA FUNAT** y al **MVZ Andres Mauricio Lombana Téllez** de toda reclamación, responsabilidad civil o penal por el procedimiento que se va a llevar a cabo y cualquier reclamación de reembolso de costos relacionados con el animal ya sea que el dueño o responsable crea que tales costos están relacionados con el procedimiento. Mi firma y huella abajo indica que he leído y entendido este formulario de consentimiento.

Nombres y Apellidos C.C No	Andres Mauricio Lombana Téllez Médico Veterinario Zootecnista
Firma de la persona que Autoriza la Intervención	FUNAT-TP 22582

En calidad de médico veterinario zootecnista, certifico que al aplicar/le la eutanasia al animal antes descrito se cumplieron todos los protocolos establecidos y vigentes para este tipo de procedimientos veterinarios, después de certificar su deceso se autoriza para su disposición final, según el decreto 2676/2000 y res. 1164/2002

Se aplicaron los siguientes medicamentos

FUNAT

REGISTRO Y AUTORIZACION DE EUTANASIA 2021

ACTA DE AUTORIZACION Y RESPONSABILIDAD PROCEDIMIENTO VETERINARIO
Ley 566/2000 Art. 26

"El médico veterinario o el médico veterinario zootecnista están en la obligación de comunicar al usuario de sus servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso"

Formato sugerido por el Consejo profesional de Medicina Veterinaria

Oct 3 2021

Propietario: ☒ **Responsable** ☐

Nombre: Pablo C **Apellidos:** Castellanos

Documento de identificación: Tipo: CC **Número:** 1

Dirección de residencia:

Teléfono fijo: **Teléfono celular:**

Correo electrónico: **SISBEN:** **Nivel**

Nombre paciente: Stella Honey **Especie:** Canino

Raza: **Sexo:** Hembra

Fecha de nacimiento: **Peso (gr.):**

Color y tipo de pelaje: Gris **Chip #**

Otra identificación/ señales particulares:

Condición corporal: 1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5

T (°C): **FC (L/min):**

FR (R/min): **TLLC (seg):**

TRPC (seg): **Pulso:**

Mucosas: **Porcentaje deshidratación:**

Otros:

Motivo de la Realización de la Eutanasia:

Yo Pablo C Castellanos identificado con Cédula de Ciudadanía Número _____ de _____ plenamente identificado (a) como aparece al pie de la firma, propietario (a). y/o responsable de la mascota anteriormente especificada **DECLARO, SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO** al Medico Veterinario Zootecnista (M.V.Z) Andrés Mauricio Lombana Téllez con MP.22582 Fundación Universitaria San Martin convenio Universidad del Tolima. Contratado por la **FUNDACIÓN NATURALEZA ANIMAL TERAIDA FUNAT**, para que realice la EUTANASIA bajo anestesia general en las condiciones que me han sido propuestas observando todas las protocolos vigentes para el procedimiento. He leído, comprendido y aceptado la información que me ha sido proporcionada, he realizado las preguntas oportunas y he sido informado. Exonero civil y penalmente a la **FUNDACIÓN NATURALEZA ANIMAL TERAIDA FUNAT** y al MVZ Andrés Mauricio Lombana Téllez por el deceso de mi mascota, ya que voluntariamente y sin ningún tipo de presiones y después de recibir el diagnostico por parte del médico veterinario, he tomado la decisión libre y voluntaria de eutanasia mi mascota con el fin de aliviar el sufrimiento que la aqueja. Autorizo a que se tomen fotografías y videos para posterior el uso como parte de investigaciones científicas o educativas, bajo la reserva del nombre. Yo exonero a la **FUNDACIÓN NATURALEZA ANIMAL TERAIDA FUNAT** y al MVZ **Andrés Mauricio Lombana Téllez** de toda reclamación responsabilidad civil o penal por el procedimiento que se va a llevar a cabo, y cualquier reclamación de reembolso de costos relacionados con el animal ya sea que el dueño o responsable crea que todos costos están relacionados con el procedimiento. Mi firma y huella abajo indica que he leído y entendido este formulario de consentimiento

Nombres y Apellidos: Pablo Cristian Castellanos CC. No. 6576236	Andrés Mauricio Lombana Téllez Médico Veterinario Zootecnista
Firma de la persona que Autoriza la Intervención	FUSM-UT-IT 22582

En calidad de médico veterinario zootecnista, certifico que al aplicársele la eutanasia al animal antes descrito se cumplieron todos los protocolos establecidos y vigentes para este tipo de procedimientos veterinarios, después de verificar su deceso se autoriza para su disposición final, según el decreto 2676/2000 y res. 1164/2002

Se aplicaron los siguientes medicamentos: 0.4 Xilacina 5.cm eutanex

FUNAT

REGISTRO Y AUTORIZACION DE EUTANASIA 2021

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

"El médico veterinario o el médico veterinario zootecnista están en la obligación de comunicar al usuario de sus servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso"

*Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinaria

26/11/2021

Propietario: [1] **Responsable** [ ]

Nombre: JOAN. S **Apellidos:** ZAPATA

Documento de identificación: **Tipo:** C.C. **Número** 1007447333

Dirección de residencia:

Teléfono fijo: **Teléfono celular:** 3108316057

Correo electrónico: **SISBEN:** **Nivel:**

Nombre paciente: Mechte **Especie:** Felina

Raza: Criollo **Sexo:** Macho

Fecha de nacimiento: **Peso (gr.):** 2 K.

Color y tipo de pelaje: Blanco **Chip #**

Otra identificación/ señales particulares:

Condición corporal: 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5

T (°C): **FC (L/min):**

FR (R/min): **TLLC (seg):**

TRPC (seg): **Pulso:**

Mucosas: **Porcentaje deshidratación:**

Otros:

Motivo de la Realización de la Eutanasia:

Yo, JOAN S ZAPATA con Cedula de Ciudadanía Número 1007447333 de La Tebaida identificado (a) como aparece al pie de la firma, propietario (a). y/o responsable de la mascota anteriormente especificada. **DECLARO, SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO** al Médico Veterinario Zootecnista (M V Z) Andrés Mauricio Lombana Téllez con MP:22582 Fundación Universitaria San Martin convenio Universidad del Tolima. Contratado por la **FUNDACIÓN NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT**, para que realice la EUTANASIA bajo anestesia general en las condiciones que me han sido propuestas observando todos los protocolos vigentes para el procedimiento. He leído, comprendido y aceptado la información que me ha sido proporcionada, he realizado las preguntas oportunas y he sido informado. Exonero civil y penalmente a la **FUNDACIÓN NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT** y al MVZ Andrés Mauricio Lombana Téllez por el deceso de mi mascota, ya que voluntariamente y sin ningún tipo de presiones y después de escuchar el diagnostico por parte del médico veterinario, he tomado la decisión libre y voluntaria de eutanasia mi mascota con el fin de librarla del sufrimiento que la aqueja. Autorizo a que se tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas o educativas, bajo la reserva del nombre. Yo exonero a la **FUNDACIÓN NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT** y al MVZ **Andrés Mauricio Lombana Téllez** de toda reclamación, responsabilidad civil o penal por el procedimiento que se va a llevar a cabo, y cualquier reclamación de reembolso de costos relacionados con el animal ya sea que el dueño o responsable crea que tales costos están relacionados con el procedimiento. Mi firma y huella abajo indica que he leído y entendido este formulario de consentimiento.

Nombres y Apellidos: Joan Sebastian Zapata	Andrés Mauricio Lombana Téllez
CC No. 1007447333	Médico Veterinario Zootecnista
Firma de la persona que Autoriza la Intervención	FUSM-UT TP 22582

En calidad de medico veterinario zootecnista, certifico que al aplicársele la eutanasia al animal antes descrito se cumplieron todos los protocolos establecidos y vigentes para este tipo de procedimientos veterinarios' después de verificar su deceso se autoriza para su disposición final, según el decreto 2676/2000 y res. 1164/2002

Se aplicaron los siguientes medicamentos: 0.2 Xilacin 2 cc Ketex

FUNAT

REGISTRO Y AUTORIZACION DE EUTANASIA 2021

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD PROCEDIMIENTO VETERINARIO
Ley 566/2000 Art 2b

"El médico veterinario o el médico veterinario zootecnista están en la obligación de comunicar al usuario de sus servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso"

"Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinaria

Hoy 10/21

Propietario: ☐ **Responsable** ☐

Nombre: Cesar Mauricio **Apellidos:** (Rosario)

Documento de identificación: **Tipo:** **Número:**

Dirección de residencia: Casa calle 2 La Tebaida 900643666-2

Teléfono fijo: **Teléfono celular:** 3178553393

Correo electrónico: **SISBEN:** **Nivel:**

Nombre paciente: **Especie:** Canino

Raza: Criollo **Sexo:** Macho

Fecha de nacimiento: **Peso (gr.):**

Color y tipo de pelaje: Atigrado **Chip #**

Otra identificación/ señales particulares:

Condición corporal: 1☐ 2☐ 3☐ 4☐ (5)

T (°C): **FC (L/min):**

FR (R/min): **TLLC (seg):**

TRPC (seg): **Pulso:**

Mucosas: **Porcentaje deshidratación:**

Otros: Peso del paciente. Con problemas de pelo debido a mal cuidado

Motivo de la Realización de la Eutanasia

Yo, Cesar Mauricio con Cedula de Ciudadanía Número 900643666-2 identificado (a) como aparece al pie de la firma, propietario (a). y/o responsable de la mascota anteriormente especificada **DECLARO, SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO** al Médico Veterinario Zootecnista (M.V.Z) Andrés Mauricio Lombana Téllez con MP 22582 Fundación Universitaria San Martin convenio Universidad del Tolima. Contratado por la **FUNDACIÓN NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT**, para que realice la **EUTANASIA** bajo anestesia general en las condiciones que me han sido propuestas observando todos los protocolos vigentes para el procedimiento. He leído, comprendido y aceptado la información que me ha sido proporcionada, he realizado las preguntas oportunas y he sido informado. Exonero civil y penalmente a la **FUNDACIÓN NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT** y al MVZ Andrés Mauricio Lombana Téllez por el deceso de mi mascota, ya que voluntariamente y sin ningún tipo de presiones y después de escuchar el diagnostico por parte del medico veterinario, he tomado la decisión libre y voluntaria de eutanasia mi mascota con el fin de librarla del sufrimiento que la aqueja. Autorizo a que se tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas o educativas, bajo la reserva del nombre. Yo exonero a la **FUNDACIÓN NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT** y al MVZ. **Andrés Mauricio Lombana Téllez** de toda reclamación, responsabilidad civil o penal por el procedimiento que se va a llevar a cabo, y cualquier reclamación de reembolso de costos relacionados con el animal ya sea que el dueño o responsable crea que tales costos están relacionados con el procedimiento. Mi firma y huella abajo indican que he leído y entendido este documento de consentimiento

Nombres y Apellidos: Cesar Mauricio C.C. No. 900643666 Firma de la persona que Autoriza la Intervención	Andrés Mauricio Lombana Téllez Médico Veterinario Zootecnista FUSM-MV-TP 22582

En calidad de médico veterinario zootecnista, certifico que al aplicársele la eutanasia al animal antes descrito se cumplieron todos los protocolos establecidos y vigentes para este tipo de procedimientos veterinarios; después de verificar su deceso se autorizo para su disposición final según el decreto 2676/2000 y res 1164/2002

Se aplicaron los siguientes medicamentos: 6 cm de Eutanol + 0.2 de Atro

FUNAT

REGISTRO Y AUTORIZACION DE EUTANASIA 2021

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD PROCEDIMIENTO VETERINARIO
Ley 566/2000 Art. 26

"El médico veterinario o el médico veterinario zootecnista están en la obligación de comunicar al usuario de sus servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso"

"Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinaria"

29/11/21

Propietario: ☐ **Responsable** ☐

Nombre: Melany **Apellidos:** Gomez

Documento de identificación: Tipo: C.C. **Número** 1808215

Dirección de residencia:

Teléfono fijo: **Teléfono celular:** 3207089236

Correo electrónico: **SISBEN:** **Nivel:**

Nombre paciente: Simon **Especie:** Felino

Raza: Criollo **Sexo:** Macho

Fecha de nacimiento: **Peso (gr.):**

Color y tipo de pelaje: **Chip #**

Otra identificación/ señales particulares:

Condición corporal: 1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5

T (°C): **FC (L/min):**

FR (R/min): **TLLC (seg):**

TRPC (seg): **Pulso:**

Mucosas: **Porcentaje deshidratación:**

Otros:

Motivo de la Realización de la Eutanasia:

Yo Melany Gomez con Cedula de Ciudadanía Numero _____ de _____ identificado (a) como aparece al pie de la firma, propietario (a), y/o responsable de la mascota anteriormente descrita, **DECLARO, SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO** al Médico Veterinario Zootecnista (M.V.Z) Andrés Mauricio Lombana Téllez con MP.22582 Fundación Universitaria San Martin Convenio Universidad del Tolima. Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT**, para que realice la EUTANASIA bajo anestesia general en las condiciones que me han sido propuestas observando todos los protocolos vigentes para el procedimiento. He leído, comprendido y aceptado la información que me ha sido proporcionada, he realizado las preguntas oportunas y he sido informado. Asimismo civil y penalmente a la **FUNDACIÓN NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT** y al MVZ Andrés Mauricio Lombana Téllez por el deceso de mi mascota, ya que voluntariamente y sin ningún tipo de presiones y después de escuchar el diagnostico por parte del médico veterinario, he tomado la decisión libre y voluntaria de eutanasiar mi mascota con el fin de librarla del sufrimiento que la aqueja. Autorizo a que se tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas o educativas, bajo la reserva del nombre. Yo exonero a la **FUNDACIÓN NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT** y al MVZ Andrés **Mauricio Lombana** Téllez de toda reclamación, responsabilidad civil o penal por el procedimiento que se va a llevar a cabo, y cualquier reclamación de reembolso de costos relacionados con el animal ya sea que el dueño o responsable crea que tales costos están relacionados con el procedimiento. Mi firma y huella abajo indica que he leído y entendido este formulario de consentimiento.

Nombres y Apellidos: Melany Gomez	Andrés Mauricio Lombana Téllez
CC. No. 1808215	Médico Veterinario Zootecnista
Firma de la persona que Autoriza la Intervención	FUSM/UT/TP 22582

En calidad de médico veterinario zootecnista, certifico que al aplicársele la eutanasia al animal antes descrito se cumplieron todos los protocolos establecidos y vigentes para este tipo de procedimientos veterinarios; después de verificar su deceso se autoriza para su disposición final, según el decreto 2676/2000 y res. 1164/2002.

Se aplicaron los siguientes medicamentos

FUNAT

REGISTRO Y AUTORIZACION DE EUTANASIA 2021

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 16

"El médico veterinario o el médico veterinario zootecnista están en la obligación de comunicar al usuario de sus servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso"

"Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinaria

Nov 21/2021

Propietario: ☑ **Responsable** ☐

Nombre: Coso **Apellidos:** Municipal

Documento de identificación: **Tipo:** **Número:** 900643661

Dirección de residencia:

Teléfono fijo: **Teléfono celular:** 3172552398

Correo electrónico: **SISBEN:** **Nivel:**

Nombre paciente: **Especie:** Canino

Raza: **Sexo:** Hembra

Fecha de nacimiento: **Peso (gr):** 6 Kilos

Color y tipo de pelaje: **Chip #**

Otra identificación/ señales particulares:

Condición corporal: 1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5

T (°C): **FC (L/min):**

a>89980FR (R/min): **TLLC (seg):**

TRPC (seg): **Pulso:**

Mucosas: **Porcentaje deshidratación:**

Otros: Perro atropellado en la VIA. Sin dueño

Motivo de la Realización de la Eutanasia:

Yo Coso Municipal con Cedula de Ciudadanía Número 900643661-2 de identificado (a) como aparece al pie de la firma, propietario (a), y/o responsable de la mascota anteriormente especificada **DECLARO, SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO** al Médico Veterinario Zootecnista (M.V.Z) Andrés Mauricio Londoño Téllez con MP:22582 Fundación Universitaria San Martin convenio Universidad del Tolima Contratado por la **FUNDACIÓN NATURALEZA ANIMAL TERAIDA FUNAT**, para que realice la **EUTANASIA** bajo anestesia general en las condiciones que me han sido propuestas observando todos los protocolos vigentes para el procedimiento. He leído, comprendido y aceptado la información que me ha sido proporcionada, he realizado las preguntas oportunas y he sido informado. Exonero civil y penalmente a la **FUNDACIÓN NATURALEZA ANIMAL TERAIDA FUNAT** y al MVZ Andrés Mauricio Londoño Téllez por el deceso de mi mascota, ya que voluntariamente y sin ningún tipo de presiones y después de escuchar el diagnostico por parte del médico veterinario, he tomado la decisión libre y voluntaria de eutanasia mi mascota con el fin de librarla del sufrimiento que la aqueja. Autorizo a que se tomen fotografías y videos para procesar el caso como parte de investigaciones científicas o educativas, bajo la reserva del nombre. Yo exonero a la **FUNDACIÓN NATURALEZA ANIMAL TERAIDA FUNAT** y al MVZ Andrés Mauricio Londoño Téllez de toda reclamación, responsabilidad civil o penal por el procedimiento que se va a llevar a cabo, y cualquier reclamación de reembolso de costos relacionados con el animal ya sea que el dueño o responsable crea que tales costos están relacionados con el procedimiento. Mi firma y huella abajo indica que he leído y entendido este formulario de consentimiento.

Nombres y Apellidos: Coso Municipal	Andrés Mauricio Londoño Téllez
CC No.	Médico Veterinario Zootecnista
Firma de la persona que Autoriza la Intervención	FUSM-UT/TP 22582

En calidad de médico veterinario zootecnista, certifico que al aplicarsele la eutanasia al animal antes descrito se cumplieron todos los protocolos establecidos y vigentes, para este tipo de procedimientos veterinarios, después de verificar su deceso se autoriza para su disposición final, según el decreto 2676/2000 y res. 1164/2002

Se aplicaron los siguientes medicamentos: Eutanex 5 cm Xilacin 0.5

FUNAT

REGISTRO Y AUTORIZACION DE EUTANASIA 2021

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

"El médico veterinario o el médico veterinario zootecnista están en la obligación de comunicar al usuario de sus servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso"

*"Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinaria

Mayo 23/21

Propietario: ☑ **Responsable** ☐

Nombre: Luz M **Apellidos:** Toro

Documento de identificación: Tipo: **Número:** 28740115

Dirección de residencia: Mz 16-24

Teléfono fijo: **Teléfono celular:** 3206427210

Correo electrónico: **SISBEN:** **Nivel:**

Nombre paciente: Zafa **Especie:** Canino

Raza: Criollo / mix **Sexo:** Hembra

Fecha de nacimiento: **Peso (gr.):** 10.Kilos

Color y tipo de pelaje: Gris **Chip #**

Otra identificación/ señales particulares:

Condición corporal: 1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☑

T (°C): **FC (L/min):**

|a>89980FR (R/min): **TLLC (seg):**

TRPC (seg): **Pulso:**

Mucosas: **Porcentaje deshidratación:**

Otros:

Motivo de la Realización de la Eutanasia:

Yo Luz Mila Toro con Cédula de Ciudadanía Número 28740115 identificado (a) como aparece al pie de la firma, propietario (a), y/o responsable de la mascota anteriormente especificada **DECLARO, SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO** al Médico Veterinario Zootecnista (M.V.Z) Andrés Mauricio Lombana Téllez con MP 22587 Fundación Universitaria San Martín convenio Universidad del Tolima Contratado por la **FUNDACIÓN NATURALEZA ANIMAL TERAIDA FUNAT,** para que realice la **EUTANASIA** bajo anestesia general en las condiciones que me han sido propuestas observando todos los protocolos vigentes para el procedimiento. He leído, comprendido y aceptado la información que me ha sido proporcionada, he realizado las preguntas oportunas y he sido informado. Libremente y posteriormente a la **FUNDACIÓN NATURALEZA ANIMAL TERAIDA FUNAT** y al MVZ Andrés Mauricio Lombana Téllez por el deceso de mi mascota, ya que voluntariamente y sin ningún tipo de presiones y después de escuchar el diagnostico por parte del médico veterinario, he tomado la decisión libre y voluntaria de eutanasia mi mascota con el fin de librarlo del sufrimiento que la aqueja. Autorizo a que se tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas o educativas, bajo la reserva del nombre. Yo exonero a la **FUNDACIÓN NATURALEZA ANIMAL TERAIDA FUNAT** y al MVZ Andrés Mauricio Lombana Téllez de toda reclamación, responsabilidad civil o penal por el procedimiento que se va a llevar a cabo y cualquier reclamación de reembolso de costos relacionados con el animal ya que el dueño o responsable cree que todos estos están relacionados con el procedimiento. Mi firma y huella abajo indica que he leído y entendido este formulario de consentimiento

Nombres y Apellidos: Luz Mila Toro CC No. 28740115 Firma de la persona que Autoriza la Intervención	Andrés Mauricio Lombana Téllez Médico Veterinario Zootecnista FUSM-UT TP 22587

En calidad de médico veterinario zootecnista, certifico que al aplicársele la eutanasia al animal antes descrito se cumplieron todos los protocolos establecidos y vigentes para este tipo de procedimiento veterinarios después de verificar su deceso se autoriza para su disposición final, según el decreto 1676/2000 y res. 1164/2002

Se aplicaron los siguientes medicamentos:

FUNAT

REGISTRO Y AUTORIZACION DE EUTANASIA 2021

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

"El médico veterinario o el médico veterinario zootecnista están en la obligación de comunicar al usuario de sus servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso"

*Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinaria

12/12/2021

Propietario: ☐ **Responsable** ☐

Nombre: Sirlon **Apellidos:** Gonzalez

Documento de identificación: Tipo: C.C. **Número:** 1093222782

Dirección de residencia:

Teléfono fijo: 3148293857 **Teléfono celular:**

Correo electrónico: **SISBEN:** **Nivel:**

Nombre paciente: Cindy M. **Especie:** Felino

Raza: **Sexo:** Macho

Fecha de nacimiento: **Peso (gr.):**

Color y tipo de pelaje: **Chip #**

Otra identificación/ señales particulares:

Condición corporal: 1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5

T (°C): **FC (L/min):**

FR (R/min): **TLLC (seg):**

TRPC (seg): **Pulso:**

Mucosas: **Porcentaje deshidratación:**

Otros:

Motivo de la Realización de la Eutanasia:

Yo, Sirlon Gonzalez con Cedula de Ciudadanía Numero 1093222782 identificado (a) como aparece al pie de la firma, propietario (a), y/o responsable de la mascota anteriormente especificada **DECLARO, SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO** al Medico Veterinario Zootecnista (M.V.Z) Andrés Mauricio Lombana Téllez, con MP:22582 Fundación Universitaria San Martin convenio Universidad del Tolima. Contratado por la **FUNDACIÓN NATURALEZA ANIMAL TERAIDA FUNAT**, para que realice la EUTANASIA bajo anestesia general en las condiciones que me han sido propuestas observando todos los protocolos vigentes para el procedimiento. He leído, comprendido y aceptado la información que me ha sido proporcionada, he realizado las preguntas apropiadas y he sido informado. Yo propietario y responsable de la mascota, ya que voluntariamente y sin ningún tipo de presiones y después de escuchar el diagnostico por parte del médico veterinario, he tomado la decisión libre y voluntaria de entregar mi mascota con el fin de librarla del sufrimiento que la agobia. Autorizo a que se tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas o educativas, bajo la reserva del nombre. Yo exonero a la **FUNDACIÓN NATURALEZA ANIMAL TERAIDA FUNAT** y al MVZ. **Andrés Mauricio Lombana Téllez** de toda responsabilidad civil o penal por el procedimiento que se va a llevar a cabo, y cualquier reclamación de reembolso de costos relacionados con el animal ya sea que el dueño o responsable crea que tales costos estan relacionados con el procedimiento. Mi firma y huella abajo indica que he leído y entendido este formulario de consentimiento

Nombres y Apellidos: Sirlon Gonzalez	Andres Mauricio Lombana Téllez
CC No.	Médico Veterinario Zootecnista
Firma de la persona que Autoriza la Intervención	FUSM-UPT-TP 2358

En calidad de médico veterinario zootecnista, verifique que al aplicársele la eutanasia al animal antes descrito se cumplieron todos los protocolos establecidos y vigentes para este tipo de procedimientos veterinarios, después de verificar su deceso se autoriza para su disposición final, según el decreto 2676/2000 y res. 1164/2002

Se aplicaron los siguientes medicamentos:

Paciente: malikita
Sexo, Mujer
Especie: Perro
Apellido propi
ID interes 1
ID pac:
Modo: WB
Tiempo de analisis 11-27-2021 09:25
Veterinario: all
Operador: Administrator
Hora de trazado:
Hora entrega:
Hora de impresión: 11-27-2021 09:27

Edad: 8 Años

		Módulos		Result	Unid	Grupo de ref.
	A	WBC		24.84	10^9/L	6.00- 17.00
	A	Neu#		18.28	10^9/L	3.20- [illegible]
		Lym#		2.36	10^9/L	0.90- 5.30
	A	Mon#		2.43	10^9/L	0.00- 1.50
		Eos#		0.77	10^9/L	0.00- 1.50
		Neu%		0.770		0.430- 0.850
		Lym%		0.095		0.060- 0.400
		Mon%		0.060		0.060- 0.110
		Eos%		0.031		0.000- 0.100
	B	RBC		2.56	10^12/L	5.10- 8.50
	B	HGB		62	g/L	110- 195
	B	HCT		0.175		0.325- 0.580
	B	MCV		68.6	fL	60.0- 78.0

		Módulos	Result	Unid	Grupo de ref.
		MCH	24.1	pg	20.0- 27.0
		MCHC	351	g/L	300- 380
		RDW-CV	0.134		0.108- 0.172
		RDW-SD	35.9	fL	28.1- 46.3
		PLT	543	10^9/L	117- 460
	A	MPV	7.5	fL	7.6- 14.1
	B	PDW	15.1		12.0- 17.5
		PCT	4.05	mL/L	0.99- 3.20
		PLLC	65	10^9/L	25- 146
		P-LCR	0.121		0.115- 0.550

[Este informe sólo se aplica a la muestra analizada correspondiente]

FUNAT
Fundación Naturaleza Animal Tebaida

REGISTRO Y AUTORIZACION DE EUTANASIA 2021

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD PROCEDIMIENTO VETERINARIO
Ley 566/2000 Art. 26

erinario o el médico veterinario zootecnista están en la obligación de comunicar al usuario de sus de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso"

*Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinaria

24/10/2021

Responsable ☐

Roselba

Apellidos: Pescador

de

Tipo:

Número: C.C. 25055297

n:

e residencia:

o: Teléfono celular: 3128869825

trónico: SISBEN: Nivel:

iente: Especie: Canino

Sexo: Hembra

Peso (gr.):

de Chip #

ación/ señales particulares:

orporal: 1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5

FC (L/min):

(R/min): TLLC (seg):

Pulso:

Porcentaje deshidratación:

ización de la Eutanasia:

Roselba Pescador 25055297 de

parece al pie de la firma, propietario (a). y/o responsable de la mascota anteriormente especificada **DECLARO, SOLICITO, EL CONSENTIMIENTO** al Médico Veterinario Zootecnista (M.V.Z) Andrés Mauricio Lombana Téllez con MP:22582 Fundación convenio Universidad del Tolima, Contratado por la **FUNDACIÓN NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT**, para que realice stesia general en las condiciones que me han sido propuestas observando todos los protocolos vigentes para el procedimiento. He leído, a información que me ha sido proporcionada, he realizado las preguntas oportunas y he sido informado. Exonero civil y penalmente a **URALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT** y al MVZ Andrés Mauricio Lombana Téllez por el deceso de mi mascota, ya que gún tipo de presiones y después de escuchar el diagnostico por parte del médico veterinario, he tomado la decisión libre y voluntaria de el fin de librarla del sufrimiento que la aqueja. Autorizo a que se tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de o educativas, bajo la reserva del nombre. Yo exonero a la **FUNDACIÓN NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT** y al MVZ una Téllez de toda reclamación, responsabilidad civil o penal por el procedimiento que se va a llevar a cabo, y cualquier reclamación lacionados con el animal ya sea que el dueño o responsable crea que tales costos están relacionados con el procedimiento. Mi firma y leído y entendido este formulario de consentimiento.

Roselba Pescador 25055297	Andrés Mauricio Lombana Téllez
ersona que Autoriza la Intervención	Médico Veterinario Zootecnista
	FUSM-UT-TP 22582

erinario zootecnista, **certifico** que al aplicársele la eutanasia al animal antes descrito se cumplieron todos los protocolos establecidos de procedimientos veterinarios; después de verificar su deceso se autoriza para su disposición final, según el decreto 2676/2000 y

s medicamentos:

FOTOS MES DE NOV /DIC 2021

ANIMALES RESIDENTES ALBERGUE MUNICIPAL.







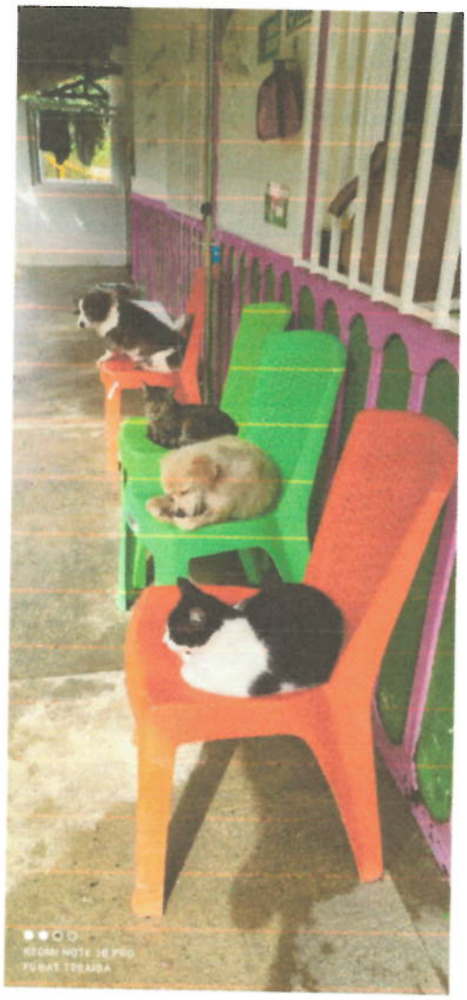

Compartir
Editar
Lens
Borrar





FOTOS MES DE NOV /DIC 2021

ANIMALES RESIDENTES ALBERGUE MUNICIPAL.





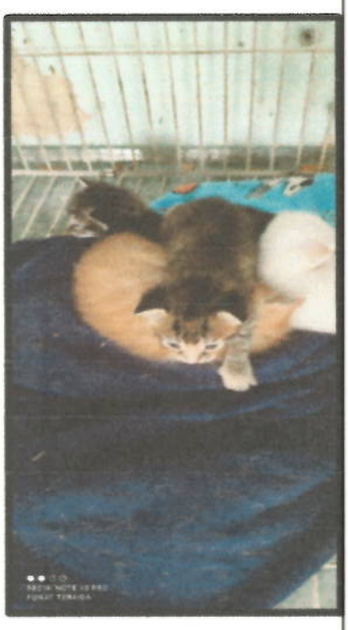





REDMI NOTE 10 PRO
FUNAT-TERAIDA

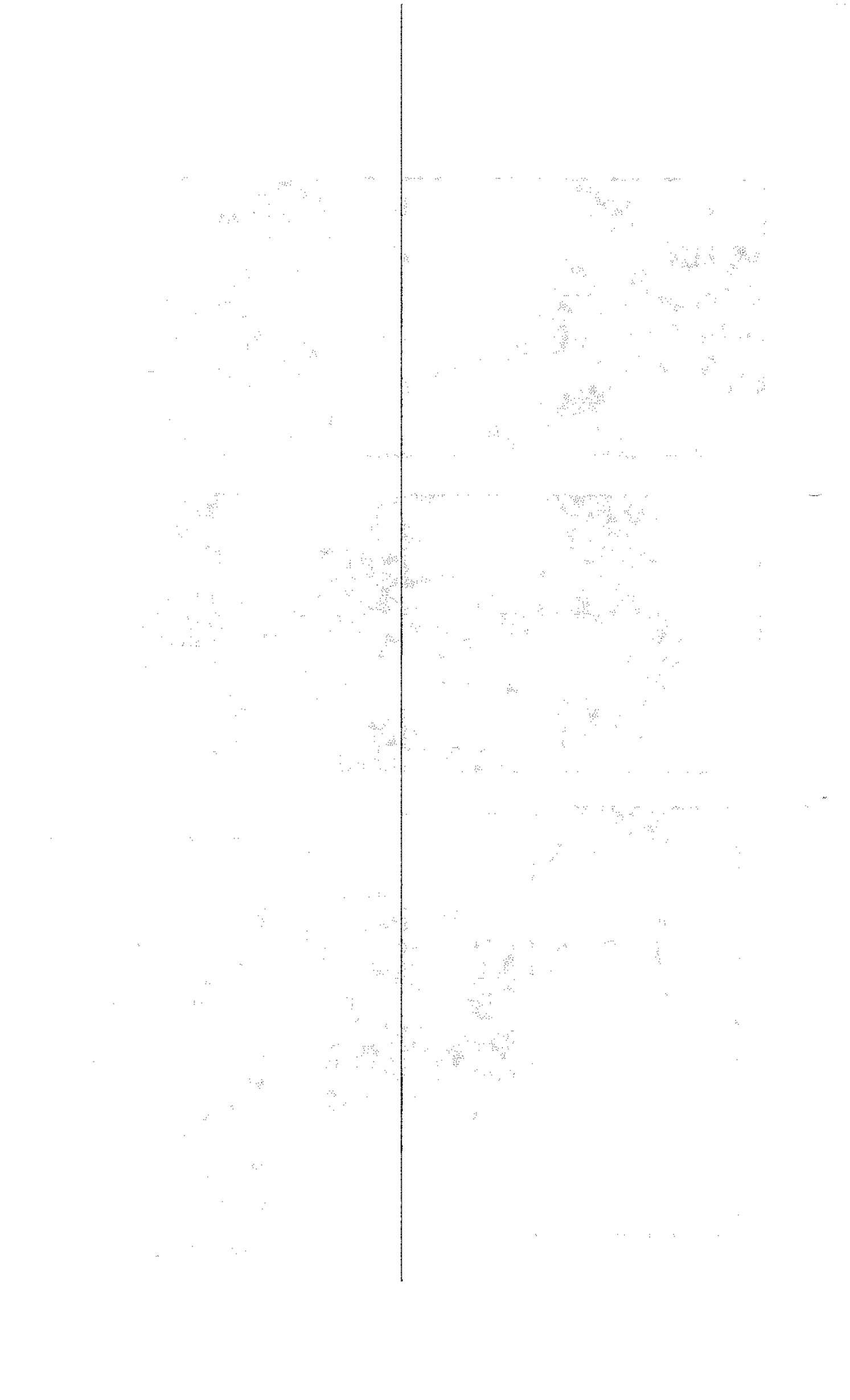












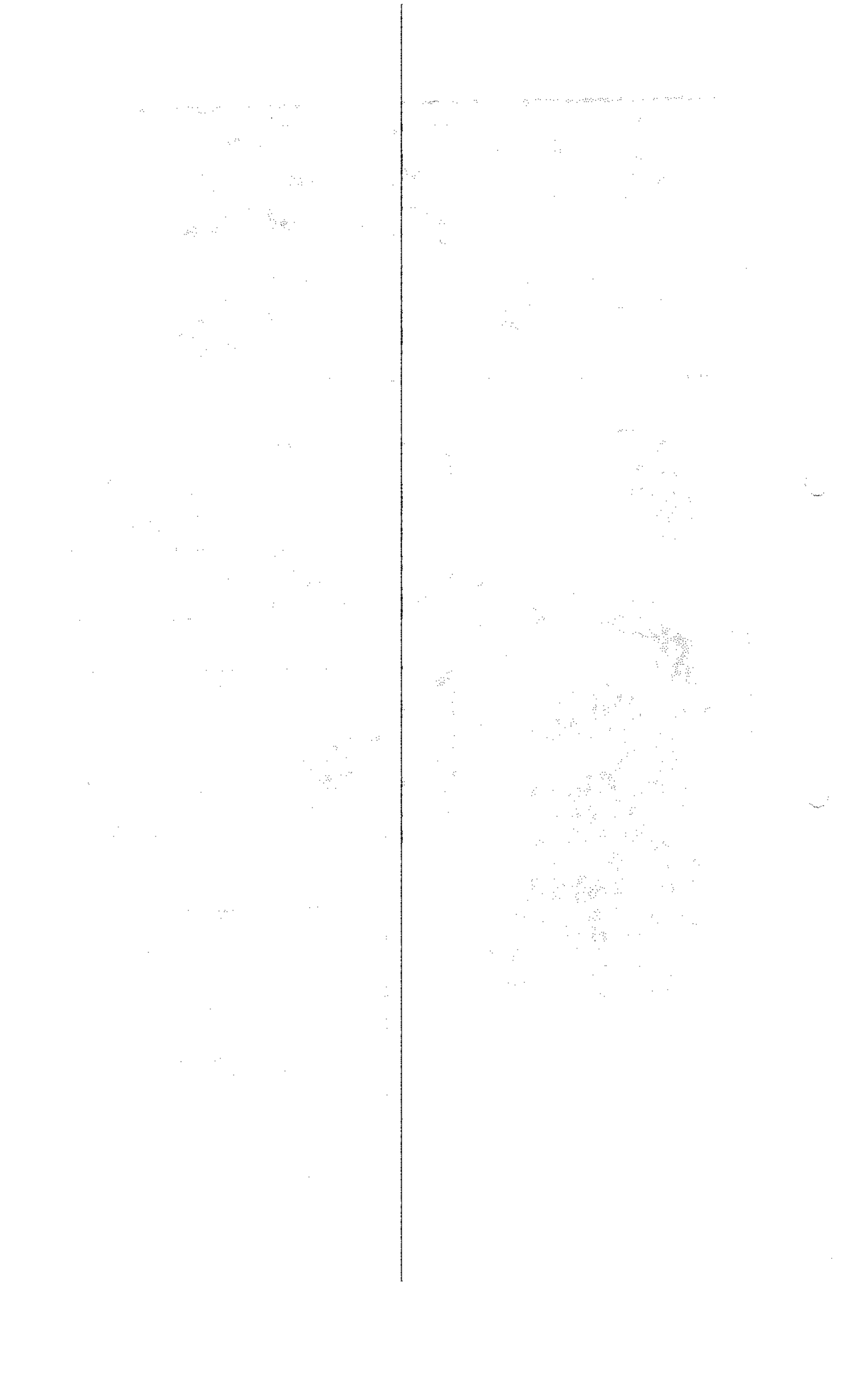



REDMI NOTE 10 PRO
FUNAT TESAIDA









CONSULTAS DIARIAS COSO MUNICIPAL

COSO MUNICIPAL

MES Noviembre AÑO 2024

Nº	NOMBRE	CEDULA	DIRECCION	TELEFONO	FELINO	CANINO	FIRMA	OBSERVACIONES
	Elizabeth Hendl	1004820514	Mz 37 Lt 10	3167960211			Elizabeth H	TRO
	Yuliet Elena	1096040944	Mz 30 Lt	3186187229			Yuliet Lenis	c/o 2
	Liliana Ramirez	1094053008	Mz 30 - 19	3155529599		X	Liliana Ramirez	Bencite
	Diego Lozano	15956367	Mz Cr 10 Lt 2	3212558931				Toby y Cocky
	Jessica Garcia	1005093294	Barbuya Cra 4	3134209134				Rocky
	Leyda V Lopez	31331706	Alta Mora	3007566718				Toby
	Yina Valencia	41872308	Mz 16 Lt 11	3008107371		X	Yuliana Hernandez	Luna
	Sujhan Lamont	1007355356	Mz E casa 9	3234607632		X	Cristian Ramirez	Kira
	Lady Castro	1005040936	Mz 6 Lt 16 Sup	3206208218		X	Lady Castro	Rocky

CONSULTAS DIARIAS COSO MUNICIPAL

COSO MUNICIPAL

MES Octubre-Noviembre AÑO 2023

#	NOMBRE	CEDULA	DIRECCION	TELEFONO	FELINO	CANINO	FIRMA	OBSERVACIONES
1	Gloria Helena Alzate	41929040	Bloques	3136391968		X	Gloria Elena Alzate	
	Lina Arredo			3104137441				
	Luis Morales		CV # 1	3206047214	X	X		
	Yesenia Hurtado	1004220540	MZ 5 # 40 Mz	3139602811	X			tec
	Marcela Lopez	1.006033428	MZ(1) 40/28	310-909 3621				
	Patricia Arbeláez	21431322	Primavera	3128926939				
	Elvia Garcia	25519422	Mz 13-10-32	320 332 3053			Luis Guerra	
	Cristina Neto	41944704	[illegible]	34 609 782			Ma Cristina Neto	
	Jairo Alberto Flores	19.137230	Mz 15-6/33	34 614 4357				Lolo
	Ilva Jaramillo	42837223	Cra 85	3137222390				
	Ana Lucinda Toro	28740515	Nueva Urbanización Mz 16 #24	3206042210		X	Maria Lucinda Toro	
	Claudia V. Henao	41948602	Nueva Urba Mz 34 casa 12 #24	3117988816	X		Claudia Henao	
	Angela Montoya	41872148	Barrio Sinaloa Mz 8	3135709571		X	Consuelo Montoya	
	Hermelinda Jaramillo	1117537143	Mz 18 # 19 Nva	3105137913	X		Hermelinda Jaramillo	
	Yaneth Lopera	41943984	Barrio Cabral Mz 63 casa 43	3224306432		X	Yaneth Lopera	
	Edad Pava	1091603929	Barrio Pablo Neruda	3104428065		X	Edad Pava	
	Elisabet Jaramillo	1004870544	Mz 63 Casa 19 Nueva Urbanización	3117960811	X		Elisabeth J.	tec
	Jorge Cano Reyes	24491084	C/ La Cruz 24	3108373537	X	Vienes		Cano
	Yuliana Cano J.	1091604231	Mz 5C casa 10	3176264135	X			Kaicy Kathy
	Beatriz Salazar	24491506	La Estación #7	No tiene		X	No firma	Soy hija
	Yanella Mancilla	3003343330	Mz 34 #15 1ª	3206288648		X		
	Ramiro Penilla	1091603776	Cra 3ª #9-65	3137724935		X	Ramiro A. M. Vela	primera

956 574

CONSULTAS DIARIAS COSO MUNICIPAL

COSO MUNICIPAL

MES Nov / 202 AÑO 2020

NOMBRE	CEDULA	DIRECCION	TELEFONO	FELINO	CANINO	FIRMA	OBSERVACIONES
Luz B. Garcia	22191295	Los Palmeras	3213236532	X			esterilizar
Teresa Castillo	28935176	Ht	3105703734		X		Canela
OSCAR Cardenas	7507463	Pedregal	3135581644		X	Pendiente	Jovita
Liliana Palma	28566609	Ht/el Palmar	3175234892		X	Liliana Palma	Max
Ana Isabel	25912755	Ht/el mz	3215572118		X	Libertad Castillo	Max
Carlos Castro	92.xxx.xxx	Ht 4-16-14	3[illegible]82.9[illegible]			Carlos Castro	Canela
Silvia C Castellon	65723886	El Laurel y Palmas	3107833836		—	Silvia Castro Castellon	Hembra
Luz Dary Gomez	66 [illegible]	Ht 2 511	3172013737	X		La Dary G	Poco
Diana Pinzon	1096076[illegible]	La Palma	3136321410	X		Silvia	Mestiza
Adriana Ramos	20[illegible]599	Ht 1 mz 15 lte	3157829437	X			Pequeña
Victoria Ochoa	Yo John	Mz 66-14 Ht	3213667251	X			Rocky
Elizabeth Alvarez	1096037394	Ht mz 16	3137979161	X		Elizabet	leo
Julio Cesar Diaz	1096 000 [illegible]	Ht 47 #7	321558 3792	—		Julio Cesar D.	NN
Cristina Ramos	1096 [illegible]	Barrio Ht	3135247790	—		Cristian ramirez	Kira
Nestor Hoyos	18 466 156	Cl 12 [illegible]	3172166[illegible]	—		[illegible]	Molly
Cristina Favio	1.096039 [illegible]	Cl 12 24 [illegible]	3[illegible]	—		[illegible]	Nano
Diana Cartagena	41910 850	Ht # mz 4 [illegible]	3117428307	X		[illegible]	Molly
Felipe Urrutia	94315982	mz 52 Ht	3107125067		Cruce	[illegible]	mato
Edwin Plaza	1096033[illegible]	Buena esperanza	3184640123		X	[illegible]	Sasa
[illegible]	[illegible]	[illegible]	3108269276			[illegible]	Zeus
Gabriel Tejo	76.248.312	Mz 2 46/16	312 654 2418			[illegible]	Bella

FACTURA DE VENTA No P - 284730
ESNEDA CASTAÑO VERA Y/O MACROVETERINARIA
DEL QUIND
NIT 41940759 -3 Fecha: 2021/12/15
CR 18 14 56
ARMENIA 7459840
Responsables de Iva
Nombre: CLIENTES VARIOS
Cedula: 9,999
Dir : CR 18 14 56
Ciudad: ARMENIA QUINDIO
Tel : 7459840 5106469479

Descripción	Cantidad	Subtotal
VACUNA HIPRAVO	5.00	75,000.00

PAGO : 75,000.00 EFECTIVO

VALOR TOTAL A PAGAR 75,000.00
IVA 0.00

TOTAL ITEMS COMPRADOS 1.00
TOTAL ARTICULOS COMPRADOS 5.00

GRACIAS POR SU COMPRA
Caja : 02 Hora : 07:33:15

NÚmero Autorización : 18764021397922
aprobado en : 2021/11/27
pref:P de 281360 a1 350000
vigencia : 6 Meses

Elaborado e Impreso por Siigo SAS
Nit: 830.046.145-8

TIENDAS ARA
Jeronimo Martins Colombia S.A.S.
NIT: 900.480.569-1
GRAN CONTRIBUYENTE Res. 9061/20
REGIMEN COMUN
Somos Agentes de Retención de IVA
Tienda No. 0065
CARRERA 6 # 11 - 69
Tebaida

Art. Cód	Descripción	Valor
07707291397750	BLANQ AROM A	2.990 B
07707291397767	BLANQ AROM A	2.990 B
07707291397750	BLANQ AROM A	5.980 B
2 UN X	2.990	
07704269112049	DET EDEN/SPR	15.960 B
2 UN X	7.990	
07704269102484	JABON ROPA E	2.990 B
07704269115491	LIMPIA AGENT	1.790 B
07704269112063	LIMPIA AGENT	1.790 B
Total	:	34.510
	Adquirencia	34.510

RESUMEN DE IVA

Tipo	Compra	Imp	IVA
B= 0%	34.510	34.510	0

AUT FISCAL 18763005930491 20 mayo 2020
RANGO 1 - 999999
FACTURA DE VENTA NRO 0652 495110
Articulos Vendidos: 9
ATENDIDO POR : Victor Forero
801153 2021-12-14 08:06 1801 0002 0065
Consulta los requisitos de nuestra política de satisfacción, cambios y garantías en www.aratiendas.com. Por tu seguridad bebidas alcohólicas, medicamentos, cosméticos, productos refrigerados no tienen cambios ni política de satisfacción. Contáctenos 01 8000 521 888 - servicioalcliente@tiendas
Bienes exentos decreto 417 del 17 marzo 2020

FUNAT

Fundación Naturaleza Animal Tebaida
NIT. 900.643.661-2

COMPROBANTE DE EGRESO

Nº 1029

CIUDAD Y FECHA: 15 diciembre 2021 — POR $ 109510

PAGADO A: Varios

POR CONCEPTO DE: compra productos Aseo

LA SUMA DE (EN LETRAS) Ciento nueve mil quinientos diez Pesos

CHEQUE No.

BANCO

SUCURSAL — EFECTIVO ☐

FIRMA Y SELLO DEL BENEFICIARIO

C.C. / NIT.

ELABORADO	APROBADO	CONTABILIZADO

Escaneado con CamScanner

KOBA COLOMBIA S.A.S. NIT: 900276962-1
Somos Grandes Contribuyentes
Somos Retenedores de IVA de acuerdo a la resolucion No. 9061 de Dic. 10 de 2020
DOMICILIO PRINCIPAL. CRA 7 CL 155C - 30
ED NORTH POINT TORRE E PISO 37 Y 38
BOGOTA -- TEL: 018000120201
TIENDAS D1
CALIDAD ALTA A PRECIOS MUY BAJOS

CODIGO	DESCRIPCION	VALOR
07700304037377	BOLSA VERDE TID	2,190 A
07700304386215	REPUESTO RECOGE	2,190 A
2 X $3,190		
01001008024240	SUAVIZANTE BONA	6,380 A
01001008024233	SUAVIZANTE BONA	3,190 A
3 X $3,590		
07700304047116	REPUESTO TRAPER	10,770 8
01001013033947	LIMPIADOR MANZA	1,850 8
3 X $2,290		
01001001009503	BLANQUEADOR BRI	6,870 8
07700304167081	LIMPIADOR BICAR	2,090 8
2 X $1,790		
01001006015806	LIQUIDO LAVALOZ	3,580 8
12 X $1,250		
07700304644988	TOALLA DE COCIN	15,000 A
SUBTOTAL		54,110
VALOR PAGADO		54,110
TARJ CRE/DEB $		54,110

AUTORI=092135 TARJ=2830 RRN=416981
CAMBIO 0

RESUMEN DE IMPUESTOS

ID	TOTAL	BASE	IVA
A	28,950	24,327	4,623
8	25,160	25,160	0
		49,487	4,623

6=EXCLU, 5=EXENTO, C=5%, A=19%, 8=EXE417
0=NO GRAVADOS
CONSUMIDOR FINAL
BIENES EXENTOS DECRETO 417
DEL 17 DE MARZO DE 2020

Necesitas factura electronica
PRE-REGISTRATE en WWW.D1.COM.CO
opcion Factura Electronica

ATENDIDO POR: Beatriz Valencia
NUMERO DE ARTICULOS ENTREGADOS 27
11/12/21 09:13 05 0164 02 7918 0011
AUTORIZACION NUMERACION DE FACTURACION
18764012097592 20210406 AUTORIZA K255
DESDE 1 HASTA 999999
FACTURA DE VENTA K255 106169

KOBA COLOMBIA S.A.S. NIT: 900276962-1
Somos Grandes Contribuyentes
Somos Retenedores de IVA de acuerdo a la resolucion No. 9061 de Dic. 10 de 2020
DOMICILIO PRINCIPAL. CRA 7 CL 155C - 30
ED NORTH POINT TORRE E PISO 37 Y 38
BOGOTA -- TEL: 018000120201
TIENDAS D1
CALIDAD ALTA A PRECIOS MUY BAJOS

CODIGO	DESCRIPCION	VALOR
12 X $1,650		
07700304610372	TOALLA COCINA P	19,800 A
SUBTOTAL		19,800
VALOR PAGADO		19,800
EFECTIVO $		20,000
CAMBIO		200

RESUMEN DE IMPUESTOS

ID	TOTAL	BASE	IVA
A	19,800	16,639	3,161
		16,639	3,161

6=EXCLU, 5=EXENTO, C=5%, A=19%, 8=EXE417
0=NO GRAVADOS
CEDULA DE CIUDADANIA
1096035232
BIENES EXENTOS DECRETO 417
DEL 17 DE MARZO DE 2020

Necesitas factura electronica
PRE-REGISTRATE en WWW.D1.COM.CO
opcion Factura Electronica

ATENDIDO POR: Paola Ortega
NUMERO DE ARTICULOS ENTREGADOS 12
27/11/21 10:38 05 0164 02 9308 0009
AUTORIZACION NUMERACION DE FACTURACION
18764012097592 20210406 AUTORIZA K255
DESDE 1 HASTA 999999
FACTURA DE VENTA K255 99224

FUNAT
Fundación Naturaleza Animal Tebaida
NIT. 900.643.661-2

COMPROBANTE DE EGRESO

Nº 1019

CIUDAD Y FECHA: Dic 11 - 2021 POR $ 91.800
PAGADO A: Koba Colombia S.A.S Bbeyre
POR CONCEPTO DE: insumos de aseo para la tebaida
municipal de la tebaida
FAC. 99224 y 106163
LA SUMA DE (EN LETRAS) noventa y un mil ochocientos
pesos m/l Legal

CHEQUE No.
BANCO
SUCURSAL
EFECTIVO
ELABORADO
APROBADO
CONTABILIZADO
FIRMA Y SELLO DEL BENEFICIARIO
C.C. / NIT.

Escaneado con CamScanner

FUNAT

Fundación Naturaleza Animal Tebaida
NIT. 900.643.661-2

COMPROBANTE DE EGRESO

Nº 1026

CIUDAD Y FECHA: Nov/30/2021	**POR $** 29.800
PAGADO A: tiendas D.1 D	
POR CONCEPTO DE: Impuesto Municipal Aseo, Alberque	
LA SUMA DE (EN LETRAS) veintinueve mil ochocientos pesos m/legal	
CHEQUE No.	**FIRMA Y SELLO DEL BENEFICIARIO**
BANCO	
SUCURSAL / **EFECTIVO** ☐	
ELABORADO / **APROBADO** / **CONTABILIZADO**	**C.C. / NIT.**

: NDAS ARA
Martins Colombia S.A.S.
NIT: 900.480.569-1
GRAN CONTRIBUYENTE Res. 9061/20
REGIMEN COMUN
Somos Agentes de Retención de IVA
Tienda No. 0065
CARRERA 6 # 11 - 69
La Tebaida

Articulo	Descripción	Valor
07704269111318	BOLSA REUTIL	1.000 G
07704269230200	JBN TERAPI D	5.990 B
07707291397750	BLANQ AROM A	5.980 B
2 UN X	2.990	
07707291397767	BLANQ AROM A	5.980 B
2 UN X	2.990	
07704269115651	CABEZAL ESCO	1.890 B
07704269112124	ESPONJ DOB A	990 B
07704269113152	LAVLOZA LIQ	6.980 B
2 UN X	3.490	
07704269106413	PAÑO AG X AB	990 B

Total : 29.800

Adquirencia 29.800
RESUMEN DE IVA

Tipo	Compra	Base/Imp	IVA
B= 0%	28.800	28.800	0
G=19%	1.000	840	160

AUT FISCAL 18763005930491 20 mayo 2020
RANGO 1 - 999999
FACTURA DE VENTA NRO 0653 383031
Articulos Vendidos: 11
ATENDIDO POR : Diana Marcela Moreno
527535 2021-11-30 12:57 0001 0003 0065
Consulta los requisitos de nuestra política de satisfacción, cambios y garantías en www.aratiendas.com. Por tu seguridad bebidas alcohólicas, medicamentos, cosméticos, productos refrigerados no tienen cambios ni política de satisfacción. Contáctenos 01 8000 521 888 - servicioalcliente@tiendas ara.co. Bienes exentos decreto 417 del 17 2020.

Escaneado con CamScanner

26.000

og Y Perf Otros San Esteban
SUCURSAL 1
MURIEL MORA LUZ DARY
Calle 13 # 5-20
NIT 41904421-7
Tel 7542339
Régimen Común

Cliente: 8-0
Nombre: . PRECIO ESPECIAL
Dirección: CALLE13 5-20
Tel: 7543570
Barrio: CENTRO

FACTURA DE VENTA No.: 244690

Habilitación numeración según resolucion No 18764010453791 del 2021 feb. 09 al 2022 ago. 09 Rango 2001 al 500000 Vigencia 17 Meses

MOSTRADOR PERSONALIZADA

Puntos Factura: 0 Puntos Cliente: 0

Fecha	Hora	Cajero	Vendedor
26/11/2021	11:13	11 CAJER 8 6.JUL	

ESP TELA BLANCO FASTCARE 2X6 UNIDAD ICOM			
100026226	1 C	$ 14.000	*
CATETER DISPOWAY 22G			
7707228412044	5 C	$ 10.000	*

Sub Total	$ 24.000
Descuento	$ 0
Total Factura	$ 24.000
Valor Recibido	$ 24.000
Cambio	$ 0
Exento	$ 14.000
Excluido	$ 10.000
No Gravado	$ 0
Gravado	$ 0

Tipo de Pago efectivo: $ 24.000

Bienes Exentos - Decreto 417 del 17 de marzo de 2020

Caja: AUXSANESTEBAN

Drog Y Perf Otros San Esteban
SUCURSAL 1
MURIEL MORA LUZ DARY
Calle 13 # 5-20
NIT 41904421-7
Tel. 7542339
Régimen Común

FACTURA DE VENTA No.: 247181

Habilitación numeración según resolución No 18764010453791 del 2021 feb. 09 al 2022 ago. 09 Rango 2001 al 500000 Vigencia 17 Meses

MOSTRADOR

Fecha	Hora	Cajero	Vendedor
08/12/2021	10:2[illegible]	11 CAJER 07 3.EDW	

EQUIPO MACROGOTEO SIN AGUJA ALFA			
200032331	6 C	$ 8.000	*
FRASCO DE VIDRIO FASTCARE 60 ML ICOM			
200033413	3 U	$ 900	*
OMEPRAZOL 40MG/5 1 VIAL			
100026700	9 C	$ 14.700	*
DEXAMETASONA 8MG/2ML FARMIONNI			
7707184160476	3 U	$ 3.000	*
SUERO FISIOLOGICO QUIBI BOLSA 500 ML			
100014043	5 C	$ 16.000	*

Sub Total	$ 42.600
Descuento	$ 0
Total Factura	$ 42.600
Valor Recibido	$ 44.600
Cambio	$ 2.000
Exento	$ 27.600
Excluido	$ 15.000
No Gravado	$ 0
Gravado	$ 0

Tipo de Pago efectivo: $ 42.600

Bienes Exentos - Decreto 417 del 17 de marzo de 2020

Caja: AUXSANESTEBAN

23.000 Damaris

Drog Y Perf Otros San Esteban
SUCURSAL 1
MURIEL MORA LUZ DARY
Calle 13 # 5-20
NIT 41904421-7
Tel. 7542339
Régimen Común

Cliente: 8-0
Nombre: . PRECIO ESPECIAL
Dirección: CALLE13 5-20
Tel: 7543570
Barrio: CENTRO

FACTURA DE VENTA No.: 245563

Habilitación numeración según resolución No 18764010453791 del 2021 feb. 09 al 2022 ago. 09 Rango 2001 al 500000 Vigencia 17 Meses

MOSTRADOR PERSONALIZADA

Puntos Factura: 0 Puntos Cliente: 0

Fecha	Hora	Cajero	Vendedor
30/11/2021	10:28	11 CAJER 8 6.JUL	

SUERO FISIOLOGICO 500ML ICOM			
100026204	6 C	$ 15.000	*
AGUA DESTILADA QUIBI BOLSA 500 ML			
100019183	2 C	$ 6.000	*

Sub Total	$ 21.000
Descuento	$ 0
Total Factura	$ 21.000
Valor Recibido	$ 50.000
Cambio	$ 29.000
Exento	$ 6.000
Excluido	$ 15.000
No Gravado	$ 0
Gravado	$ 0

Tipo de Pago efectivo: $ 21.000

Bienes Exentos - Decreto 417 del 17 de marzo de 2020

Caja: AUXSANESTEBAN

Escaneado con CamScanner

Drog Y Perf Otros San Esteban
SUCURSAL 1
MURIEL MORA LUZ DARY
Calle 13 # 5-20
NIT 41904421-7
Tel. 7542339
Régimen Común

FACTURA DE VENTA No.: 243932

Habilitación numeración según resolución No 18764010453791 del 2021 feb. 09 al 2022 ago. 09 Rango 2001 al 500000 Vigencia 17 Meses

MOSTRADOR

Fecha	Hora	Cajero	Vendedor
22/11/2021	08:03	11 CAJER 07 3.EDW	

CUCHILLA MINORA 20 CJ 6 UDS
200037392 6 B $ 10.000 A

Sub Total	$ 10.000
Descuento	$ 0
Total Factura	$ 10.000
Valor Recibido	$ 10.000
Cambio	$ 0
Exento	$ 0
Excluido	$ 0
No Gravado	$ 0
Gravado	$ 8.403

A:Base 19% $ 8.403 Iva: $ 1.597

Tipo de Pago efectivo: $ 10.000

Bienes Exentos - Decreto 417 del 17 de marzo de 2020

Caja: SERVSANESTEBAN

Drog Y Perf Otros San Esteban
SUCURSAL 1
MURIEL MORA LUZ DARY
Calle 13 # 5-20
NIT 41904421-7
Tel. 7542339
Régimen Común

FACTURA DE VENTA No.: 243931

Habilitación numeración según resolución No 18764010453791 del 2021 feb. 09 al 2022 ago. 09 Rango 2001 al 500000 Vigencia 17 Meses

MOSTRADOR

Fecha	Hora	Cajero	Vendedor
22/11/2021	08:02	11 CAJER 07 3.EDW	

JERINGA FAST CARE 3P 3ML 21X1.1/2 100UDS
200040449 1 C $ 24.900
JERINGA FAST CARE 3P 5ML 21X1.1/2 100UDS
200040448 1 C $ 26.000

Sub Total	$ 50.90
Descuento	$
Total Factura	$ 50.90
Valor Recibido	$ 51.00
Cambio	$ 10
Exento	$ 50.90
Excluido	$
No Gravado	$
Gravado	$

Tipo de Pago efectivo: $ 50.900

Bienes Exentos - Decreto 417 del 17 de marzo de 2020

Caja: SERVSANESTEBAN

Drog Y Perf Otros San Esteban
SUCURSAL 1
MURIEL MORA LUZ DARY
Calle 13 # 5-20
NIT 41904421-7
Tel. 7542339
Régimen Común

Cliente: 8-0
Nombre: . PRECIO ESPECIAL
Dirección: CALLE13 5-20
Tel: 7543570
Barrio: CENTRO

FACTURA DE VENTA No.: 245593

Habilitación numeración según resolución No 18764010453791 del 2021 feb. 09 al 2022 ago. 09 Rango 2001 al 500000 Vigencia 17 Meses

MOSTRADOR PERSONALIZADA

Puntos Factura: 0 Puntos Cliente: 0

Fecha	Hora	Cajero	Vendedor
30/11/2021	12:06	11 CAJER 04 5.YES	

CEFALEXINA 500 MG 250 TABLETAS RC
100018743 3 B $ 16.000
PREDNISOLNA 6 MG COASPHARMA
7703712035365 3 B $ 4.500
OCUTRIX GOTAS OFT X 5 ML
77052797 1 C $ 12.900
LEVOTIROXINA 100 MG 100 TABLETAS PC
100022283 3 U $ 7.500

Sub Total	$ 39.900
Descuento	$ 0
Total Factura	$ 39.900
Valor Recibido	$ 39.900
Cambio	$ 0
Exento	$ 39.900
Excluido	$ 0
No Gravado	$ 0
Gravado	$ 0

Drog Y Perf Otros San Esteban
SUCURSAL 1
MURIEL MORA LUZ DARY
Calle 13 # 5-20
NIT 41904421-7
Tel. 7542339
Régimen Común

FACTURA DE VENTA No.: 246179

Habilitación numeración según resolución No 18764010453791 del 2021 feb. 09 al 2022 ago. 09 Rango 2001 al 500000 Vigencia 17 Meses

MOSTRADOR

Fecha	Hora	Cajero	Vendedor
03/12/2021	11:08	11 CAJER 07 3.EDW	

SUERO FISIOLOGICO 500ML ICOM
100026204 10 C $ 30.000

Sub Total	$ 30.000
Descuento	$ 0
Total Factura	$ 30.000
Valor Recibido	$ 32.000
Cambio	$ 2.000
Exento	$ 0
Excluido	$ 30.000
No Gravado	$ 0
Gravado	$ 0

Tipo de Pago efectivo: $ 30.000

Bienes Exentos - Decreto 417 del 17 de marzo de 2020

Caja: SERVSANESTEBAN

Escaneado con CamScanner

FACTURA DE VENTA No F - 279417
ESMEDA CASTAÑO VEGA CLI MASCOTVETERINARIA
DEL QUIND
NIT 41940759 3 Fecha: 2021/11/16
CR 16 14 56
ARMENIA 7459840
Responsables de Iva
Nombre: CLIENTES VARIOS
Cedula: 9,999
Dir : CR 18 14 56
Ciudad: ARMENIA-QUINDIO
Tel : 7459840 3108469479

Descripción	Cantidad	Subtotal
SUTURA 2/0	10.00	55,000.00
TUBO TAPA LILA	50.00	45,000.00 B

PAGO : 100,000.00 EFECTIVO

VALOR TOTAL A PAGAR 100,000.00
IVA 7,185.00

*** RESUMEN DE IVA ***

TARIFA	VR.BASE	VR.IVA
B-19	37,815.00	7,185.00

TOTAL ITEMS COMPRADOS 2.00

TOTAL ARTICULOS COMPRADOS 60.00

GRACIAS POR SU COMPRA
Caja : 02 Hora : 16:38:09

Numero Autorización : 18764010904308
aprobado en : 2021/06/02
prefijo de 250001 al 350000
Vigencia : 6 Meses

Elaborado e Impreso por Siigo SAS
NIT: 830.048.145-8

Drog Y Perf Otros San Esteban
SUCURSAL 1
MURIEL MORA LUZ DARY
Calle 13 # 5-20
NIT 41904421-7
Tel. 7542339
Régimen Común

13.900 Devuelto

FACTURA DE VENTA No.: 246962

Habilitación numeración según resolución No 18764010453791 del 2021 feb. 09 al 2022 ago. 09 Rango 2001 al 500000 Vigencia 17 Meses

MOSTRADOR

Fecha	Hora	Cajero	Vendedor
07/12/2021	09:17	11 CAJER 07 3.EDW	

DEXAMETASONA 8MG/2ML FARMIONNI
7707184160478 5 U $ 5.000 *
CUCHILLA MINORA 20 CJ 5 UDS
200037392 3 B $ 6.000 A
FRASCO DE ORINA FAST CARE 50 UDS ICOM
200036419 3 U $ 900 *

Sub Total	$ 11.900
Descuento	$ 0
Total Factura	$ 11.900
Valor Recibido	$ 11.900
Cambio	$ 0
Exento	$ 5.900
Excluido	$ 0
No Gravado	$ 0
Gravado	$ 5.042

A:Base 19% $ 5.042 Iva: $ 958

Tipo de Pago efectivo: $ 11.900

Bienes Exentos - Decreto 417 del 17 de marzo de 2020

Caja: AUXSANESTEBAN

Drog Y Perf Otros San Esteban
SUCURSAL 1
MURIEL MORA LUZ DARY
Calle 13 # 5-20
NIT 41904421-7
Tel. 7542339
Régimen Común

22500

Cliente: 8-0
Nombre: . PRECIO ESPECIAL
Dirección: CALLE13 5-20
Tel: 7543570
Barrio: CENTRO

FACTURA DE VENTA No.: 246800

Habilitación numeración según resolución No 18764010453791 del 2021 feb. 09 al 2022 ago. 09 Rango 2001 al 500000 Vigencia 17 Meses

MOSTRADOR PERSONALIZADA

Puntos Factura: 0 Puntos Cliente: 0

Fecha	Hora	Cajero	Vendedor
06/12/2021	12:12	11 CAJER 07 3.EDW	

JERINGA ALFA 3P 10 CC 21 X 1 1/2
200020661 10 C $ 5.000 *
JERINGA FAST CARE 3P 5ML 21X1.1/2 100UDS
200040448 5 U $ 1.500 *
ESP TELA BLANCO FASTCARE 2X5 UNIDAD ICOM
100026226 1 C $ 14.000 *

Sub Total	$ 20.500
Descuento	$ 0
Total Factura	$ 20.500
Valor Recibido	$ 20.500
Cambio	$ 0
Exento	$ 20.500
Excluido	$ 0
No Gravado	$ 0
Gravado	$ 0

Tipo de Pago efectivo: $ 20.500

Bienes Exentos - Decreto 417 del 17 de marzo de 2020

Caja: AUXSANESTEBAN

Drog Y Perf Otros San Esteban
SUCURSAL 1
MURIEL MORA LUZ DARY
Calle 13 # 5-20
NIT 41904421-7
Tel. 7542339
Régimen Común

FACTURA DE VENTA No.: 246844

Habilitación numeración según resolución No 18764010453791 del 2021 feb. 09 al 2022 ago. 09 Rango 2001 al 500000 Vigencia 17 Meses

MOSTRADOR

Fecha	Hora	Cajero	Vendedor
07/12/2021	08:06	11 CAJER 07 3.EDW	

JERINGA INS.3P 1ML 27GX1/2 PRE ETER
200012689 10 C $ 4.000 *

Sub Total	$ 4.000
Descuento	$ 0
Total Factura	$ 4.000
Valor Recibido	$ 5.000
Cambio	$ 1.000
Exento	$ 4.000
Excluido	$ 0
No Gravado	$ 0
Gravado	$ 0

Tipo de Pago efectivo: $ 4.000

Bienes Exentos - Decreto 417 del 17 de marzo de 2020

Caja: AUXSANESTEBAN

Escaneado con CamScanner

...ON FAMILIAR DE FENALC
...QUINDIO NIT 890000381-0
...ctura de Venta Numero..: 16 -2179396
:0211129 Caja 16 Droqueria Droqueria unc
AJERO(A): 35 DANIELA MENDEZ PRIETO
:ODIGO PRODUCTOS CANT. Valor
'ROPOFOL LIPURO 1% *20ML VIAL
:8102255 10C X 6600 66000
'APON IN/AMARILLO*100UDS.
:8109010 15U 900 13500 *
:ATETER N-22 INTR/SAFET*50UDS
:8104511 15U 2250 33750
:MPO BOLS-
:0003000 1C 50 50

TOTAL FACTURA 113.300
EFECTIVO -> 120.000
DEVUELTA -> 6.700

I M P U E S T O S

ORC.	BASE	IVA.
19%	11.345	2.155
* IVA FACTURADO		2.155

...espachado: 032 DANIELA MENDEZ PRIETO

...ora:08:09:15:AM GRACIAS POR SU COMPRA
...lum. HABILITADA 16 -2137940 a 4000000
:ESolucion 18763005561358 de 2020/04/20
...igencia: 24 MESES
...odigo de actividad 214 VENTA DE
MEDICAMENTOS.
...e retencion: 50% de la tarifa.

...OMICILIOS EN ARMENIA CENTRO Y SUR A LOS
'ELEFONOS 4767878 3207252137 3155949820
...OMICILIOS EN ARMENIA CENTRO-NORTE A LOS
'ELEFONOS 7495096 7494240 Y EN CALARCA
ELEFONO 7435559
...roq. Virtual: droguerias comfenalco.com

AUTORRETENEDORES RES. 0014 FEB 11/1994
RESPONSABLES DE IVA
NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES

La presente factura puede incluir.
Bienes Exentos - Decreto 417
del 17 de Marzo de 2020

...ATOS DEL CLIENTE

...d.:1096036693
...ALIMA SANCHEZ
...el:3116583710

FUNAT

Fundación Naturaleza Animal Tebaida
NIT. 900.643.661-2

COMPROBANTE DE EGRESO

Nº 1011

CIUDAD Y FECHA: Hoy 29. 2021 POR $ 113.500

PAGADO A: Droguería Comfenalco

POR CONCEPTO DE: Medicina para el albergue municipal de Pasto el tesoro

LA SUMA DE (EN LETRAS) Ciento trece mil quinientos pesos m/l

CHEQUE No.

BANCO

SUCURSAL EFECTIVO ☐

ELABORADO APROBADO CONTABILIZADO

FIRMA Y SELLO DEL BENEFICIARIO

C.C. / NIT.

Escaneado con CamScanner

Drog Y Perf Otros San Esteban
SUCURSAL 1
MURIEL MORA LUZ DARY
Calle 13 # 5-20
NIT 41904421-7
Tel. 7542339
Régimen Común

FACTURA DE VENTA No.: 246142

Habilitación numeración según resolución No 18764010453791 del 2021 feb. 09 al 2022 ago. 09 Rango 2001 al 500000 Vigencia 17 Meses

MOSTRADOR

Fecha	Hora	Cajero	Vendedor
03/12/2021	09:13	11 CAJER 07 3.EDW	

ESP.TELA BLANCO FASTCARE 2X5 UNIDAD ICOM
100026226 1 C $ 14.000 *
CUCHILLA MINORA 20 CJ 5 UDS
200037392 3 B $ 6.000 A

Sub Total	$ 20.000
Descuento	$ 0
Total Factura	$ 20.000
Valor Recibido	$ 20.000
Cambio	$ 0
Exento	$ 14.000
Excluido	$ 0
No Gravado	$ 0
Gravado	$ 5.042

A:Base 19% $ 5.042 Iva: $ 958

Tipo de Pago efectivo: $ 20.000

Bienes Exentos - Decreto 417 del 17 de marzo de 2020

Caja: SERVSANESTEBAN

Drog Y Perf Otros San Esteban
SUCURSAL 1
MURIEL MORA LUZ DARY
Calle 13 # 5-20
NIT 41904421-7
Tel. 7542339
Régimen Común

FACTURA DE VENTA No.: 245352

Habilitación numeración según resolución No 18764010453791 del 2021 feb. 09 al 2022 ago. 09 Rango 2001 al 500000 Vigencia 17 Meses

MOSTRADOR

Fecha	Hora	Cajero	Vendedor
29/11/2021	09:19	11 CAJER 07 3.EDW	

JERINGA ALFA 3P 3 ML 23 X 1 100 UDS
200018817 1 C $ 26.900 *
CUCHILLA MINORA 20 CJ 5 UDS
200037392 3 B $ 6.000 A

Sub Total	$ 32.900
Descuento	$ 0
Total Factura	$ 32.900
Valor Recibido	$ 32.900
Cambio	$ 0
Exento	$ 26.900
Excluido	$ 0
No Gravado	$ 0
Gravado	$ 5.042

A:Base 19% $ 5.042 Iva: $ 958

Tipo de Pago efectivo: $ 32.900

Bienes Exentos - Decreto 417 del 17 de marzo de 2020

Caja: AUXSANESTEBAN

Drog Y Perf Otros San Esteban
SUCURSAL 1
MURIEL MORA LUZ DARY
Calle 13 # 5-20
NIT 41904421-7
Tel. 7542339
Régimen Común

FACTURA DE VENTA No.: 244643

Habilitación numeración según resolución No 18764010453791 del 2021 feb. 09 al 2022 ago. 09 Rango 2001 al 500000 Vigencia 17 Meses

MOSTRADOR

Fecha	Hora	Cajero	Vendedor
26/11/2021	08:56	11 CAJER 8 6.JUL	

JERINGA ALFA INS.1 ML. 27GX1/2 100 UDS
200026161 10 U $ 3.000 *
EQ.MACROGOTEO SIN AGUJA
7707270363999 5 C $ 6.000 *
EQ MICROGOTEO SIN AGUJA
7707270363906 5 C $ 7.500 *

Sub Total	$ 16.500
Descuento	$ 0
Total Factura	$ 16.500
Valor Recibido	$ 16.500
Cambio	$ 0
Exento	$ 16.500
Excluido	$ 0
No Gravado	$ 0
Gravado	$ 0

Tipo de Pago efectivo: $ 16.500

Bienes Exentos - Decreto 417 del 17 de marzo de 2020

Caja: AUXSANESTEBAN

Escaneado con CamScanner

Drog Y Perf Otros San Esteban
SUCURSAL 1
MURIEL MORA LUZ DARY
Calle 13 # 5-20
NIT 41904421-7
Tel. 7542339
Régimen Común

FACTURA DE VENTA No.: 245948

Habilitación numeración según resolución No 18764010453791 del 2021 feb. 09 al 2022 ago. 09 Rango 2001 al 500000 Vigencia 17 Meses

MOSTRADOR

Fecha	Hora	Cajero	Vendedor
02/12/2021	09:32	11 CAJER 07 3 EDW	

JERINGA FAST CARE 3P 3ML 21X1.1/2 100UDS
200040449 1 C $ 24.900 *

Sub Total	$ 24.900
Descuento	$ 0
Total Factura	$ 24.900
Valor Recibido	$ 24.900
Cambio	$ 0
Exento	$ 24.900
Excluido	$ 0
No Gravado	$ 0
Gravado	$ 0

Tipo de Pago efectivo: $ 24.900

Bienes Exentos - Decreto 417 del 17 de marzo de 2020

Caja: AUXSANESTEBAN

Drog Y Perf Otros San Esteban
SUCURSAL 1
MURIEL MORA LUZ DARY
Calle 13 # 5-20
NIT 41904421-7
Tel. 7542339
Régimen Común

46.200

FACTURA DE VENTA No.: 246531

Habilitación numeración según resolución No 18764010453791 del 2021 feb. 09 al 2022 ago. 09 Rango 2001 al 500000 Vigencia 17 Meses

MOSTRADOR

Fecha	Hora	Cajero	Vendedor
05/12/2021	09:26	11 CAJER 07 3 EDW	

OMEPRAZOL 40MG/1.6 1 VIAL
100026700 3 C $ 14.700 *
DEXAMETASONA 8MG/2ML FARMIONNI
7707184160478 4 U $ 4.000 *
EQUIPO MACROGOTEO SIN AGUJA ALFA
200032362 7 C $ 10.500 *
SUERO FISIOLOGICO 500ML ICOM
100026204 5 C $ 15.000 *

Sub Total	$ 44.200
Descuento	$ 0
Total Factura	$ 44.200
Valor Recibido	$ 46.200
Cambio	$ 2.000
Exento	$ 29.200
Excluido	$ 15.000
No Gravado	$ 0
Gravado	$ 0

Tipo de Pago efectivo: $ 44.200

Bienes Exentos - Decreto 417 del 17 de marzo de 2020

Caja: SERVSANESTEBAN

Fundación Naturaleza Animal Tebaida
NIT. 900.643.661-2

FUNAT

COMPROBANTE DE EGRESO

No 1012

POR $ 1'170.500

CIUDAD Y FECHA: Dic 12 2021

PAGADO A: Drogueria San Esteban la Tebaida

POR CONCEPTO DE: Pago de facturas # 246531 y 245948

246942 $ 24.900 246531 $ 44.200 246943 $ 1'101.400

LA SUMA DE (EN LETRAS): Ciento Quince mil Quinientos pesos m/cte

CHEQUE No.

BANCO

SUCURSAL

EFECTIVO

ELABORADO

APROBADO

CONTABILIZADO

FIRMA Y SELLO DEL BENEFICIARIO

C.C. / NIT.

Escaneado con CamScanner

FUNAT

Fundación Naturaleza Animal Tebaida

NIT. 900.643.661-2

COMPROBANTE DE EGRESO

Nº 1009

CIUDAD Y FECHA: Octubre 2021 POR $ 282,200

PAGADO A: Droguería Comfenalco

POR CONCEPTO DE: Insumos médicos veterinarios

LA SUMA DE (EN LETRAS) Doscientos ochenta y dos mil doscientos pesos m/cte

CHEQUE No.

BANCO

SUCURSAL EFECTIVO ☐

ELABORADO APROBADO CONTABILIZADO

FIRMA Y SELLO DEL BENEFICIARIO

C.C.

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE FENALCO
COMFENALCO QUINDIO NIT 890000381-0

Factura de Venta Numero.....:61 -1018487
20211209 Caja 61 Drogueria Numero 6
CAJERO(A): 61 MILTON CESAR HERNANDEZ

CODIGO	PRODUCTOS	CANT.	$.Unit	Dp
8760807	ALCOHOL DSA	1	18500	1
2500682	OMEPRAZOL 40	5 x	2200	1
2646611	METRONIDAZOL	10 x	3300	1
2221029	DEXAMETASONA	20 x	550	1
8105209	CATETER N-22	10 x	1400	1
8102255	PROPOFOL LIP	10 x	6600	1
0883223	TAPON HEPARI	2 x	7800	7
0320011	CLORURO DE S	10 x	2050	1
9350003	JERINGA MEDI	2 x	17100	7
0830549	HOJAS BISTUR	1	31600	6 *
9350110	JERINGA MEDI	100 x	260	7

TOTAL FACTURA 282,200
EFECTIVO -> 282,200
DEVUELTA -> 0

IMPUESTOS

PORC.	BASE	IVA.
19%	26,555	5,045
* IVA FACTURADO		5,045

Despachado: 087 MILTON CESAR HERNANDEZ
Hora: 4:30:08:PM GRACIAS POR SU COMPRA
Numer. HABILITADA 61 -1010740 a 2000000
Facturacion POS.
Resolucion 18763005561358 de 2020/04/24
Vigencia: 24 MESES
Cod. actividad 214 VENTA DE MEDICAMENTOS
Tarifa: Cinco (5) por mil. Porcentaje de
retencion: 50% de la tarifa.
AUTORRETENEDORES RES. 0014 FEB 11/1994
RESPONSABLES DE IVA
NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES

DATOS DEL CLIENTE

N.I.:900643661
FUNDACION NATURALEZA ANIMAL
Tel:3178558398
BOSQUES DE PINARES MZ 3 # 65

Escaneado con CamScanner

FACTURA DE VENTA No P - 281607
ESNEDA CASTAÑO VEGA Y/O DROGUERIA VETERINARIA
DEL QUINDO
NIT 41940759 -3 Fecha: 2021/11/29
CR 18 14 56
ARMENIA 7459840
Responsables de Iva
Nombre: CLIENTES VARIOS
Cedula: 9,999
Dir : CR 18 14 56
Ciudad: ARMENIA-QUINDIO
Tel : 7459840 3108469479

Descripción	Cantidad	Subtotal
SUTURA 0	12.00	66,000.00

PAGO : 66,000.00 EFECTIVO

VALOR TOTAL A PAGAR	66,000.00
IVA	0.00
TOTAL ITEMS COMPRADOS	1.00
TOTAL ARTICULOS COMPRADOS	12.00

GRACIAS POR SU COMPRA
Caja : 02 Hora : 07:34:25

NÚmero Autorización : 18764013904308
aprobado en : 2021/06/02
pref:P de 250001 al 350000
vigencia : 6 Meses

Elaborado e Impreso por Siigo SAS
Nit: 830.048.145-8

1

Escaneado con CamScanner

FUNAT

Fundación Naturaleza Animal Tebaida
NIT. 900.643.661-2

COMPROBANTE DE EGRESO

Nº 1014

CIUDAD Y FECHA:

POR $ 98.500

PAGADO A: Drogueria San Esteban

POR CONCEPTO DE: Pago Factura # 242120, 244690, 245563, 247181

LA SUMA DE (EN LETRAS) Noventa y ocho mil Quinientos pesos M/Legal

CHEQUE No.

BANCO

SUCURSAL **EFECTIVO** ☐

ELABORADO	APROBADO	CONTABILIZADO

FIRMA Y SELLO DEL BENEFICIARIO

C.C. / NIT.

Drog Y Perf Otros San Esteban
SUCURSAL 1
MURIEL MORA LUZ DARY
Calle 13 # 5-20
NIT 41904421-7
Tel 7542339
Régimen Comun

Cliente 8-0
Nombre . PRECIO ESPECIAL
Direccion CALLE13 5-20
Tel: 7543570
Barrio: CENTRO

FACTURA DE VENTA No.: 242120

Habilitacion numeracion segun resolución No 18764010453791 del 2021 feb 09 al 2022 ago 09 Rango 2001 al 500000 Vigencia 17 Meses

MOSTRADOR PERSONALIZADA

Puntos Factura 0 Puntos Cliente: 0
Fecha Hora Cajero Vendedor
12/11/2021 18:37 12 CAJER 8 6 JUL

10002661	3 U	$ 4.500
GASLID PLUS SUSP CAJA X 12 SACHET X 10		
7707236128976	2 U	$ 5.800
METOCLOPRAMIDA AMPOLLA 10 MG		
20004049	2 U	$ 600
JERINGA FAST CARE 3P 3ML 21X1.1/2 100UDS		

Sub Total	$ 10.900
Descuento	$ 0
Total Factura	$ 10.900
Valor Recibido	$ 11.000
Cambio	$ 100
Exento	$ 10.900
Excluido	$ 0
No Gravado	$ 0
Gravado	$ 0

Tipo de Pago efectivo $ 10.900

Bienes Exentos - Decreto 417 del 17 de marzo de 2020

Caja: SERVSANESTEBAN

12 NOV

Escaneado con CamScanner

FACTURA DE VENTA No P - 282451
ESNEDA CASTAÑO VEGA Y/O MACROVETERINARIA DEL QUIND
NIT 41940759 -3 Fecha: 2021/12/02
CR 18 14 56
ARMENIA 7459840
Responsables de iva
Nombre: CLIENTES VARIOS
Cedula: 9,999
Dir : CR 18 14 56
Ciudad: ARMENIA-QUINDIO
Tel : 7459840 3108469479

Descripción	Cantidad	Subtotal
VACUNA HIPRADO	10.00	150,000.00
NEXGARD 25-50	1.00	39,000.00

PAGO : 189,000.00 EFECTIVO

VALOR TOTAL A PAGAR 189,000.00
IVA 0.00

*** RESUMEN DE IVA ***

TARIFA	VR.BASE	VR.IVA
B=05	.00	.00

TOTAL ITEMS COMPRADOS 2.00
TOTAL ARTICULOS COMPRADOS 11.00

GRACIAS POR SU COMPRA
Caja : 03 Hora : 16:45:56

N£mero Autorizaci¢n : 18764021897922
aprobado en : 2021/11/27
pref:P de 281300 al 350000
vigencia : 6 Meses

Elaborado e Impreso por Siigo SAS
Nit: 830.048.145-8

FUNAT

Fundación Naturaleza Animal Tebaida
NIT. 900.643.661-2

COMPROBANTE DE EGRESO
Nº 1015

CIUDAD Y FECHA: Dic 02/21 — POR $ 189.000
PAGADO A: macroveterinaria Armenia
POR CONCEPTO DE: insumos medicos veterinarios
Fact # 282451
LA SUMA DE (EN LETRAS) Ciento ochenta y nueve m.l pesos m/Legal

CHEQUE No.
BANCO
SUCURSAL
EFECTIVO ☐

ELABORADO	APROBADO	CONTABILIZADO

FIRMA Y SELLO DEL BENEFICIARIO
C.C. / NIT.

Escaneado con CamScanner

ALMACEN
AGROTEBAIDA
JOSE FERINED QUINTERO Q
NIT: 4.374.495-1

REGIMEN COMUN
FACTURA DE VENTA
TL:7542817#SERIAL5204513
CRA 5TA #12-76 TEBAIDA

REG 07-12-2021 07:52 AM
162079

15 @1/ 1.300
EXETO $19.500
TL $19.500
EFECTIVO $19.500

RES/DIAN18764018166598FE
CHA EXPEDICION2021/09/16
AUTORIZA 200.501-204.000
GRACIAS POR SU COMPRA

DESCENSOR

FUNAT

Fundación Naturaleza Animal Tebaida
NIT. 900.643.661-2

COMPROBANTE DE EGRESO
Nº 1018

CIUDAD Y FECHA: Dic 7 2021
POR $ 19.500
PAGADO A: Almacen Agrotebaida
POR CONCEPTO DE: medicina veterinaria albergue municipal
LA SUMA DE (EN LETRAS) Diecinueve mil quinientos pesos m/legal

CHEQUE No.
BANCO
SUCURSAL
EFECTIVO ☐

FIRMA Y SELLO DEL BENEFICIARIO

ELABORADO	APROBADO	CONTABILIZADO

C.C. / NIT.

Escaneado con CamScanner

LA CASA DE LA MASCOTA
PET SHOP LA TEBAIDA

Distribuidora de productos contegral
aves, equinos, bovinos, cerdos, alevinos
todo lo relacionado para mascotas

Calle 11 6-16 La Tebaida, Quindío - 311 604 6354
Luisa Fernanda Cardona P. NIT. 1.007.686.631-8

FECHA FACTURA
DÍA 25 MES 11 AÑO 21

NO RESPONSABLE DE IVA

FACTURA DE VENTA Nº 230

Señor(es): Funat

Nit:

Dirección:

Tel:

Cant.	DETALLE	V/R UNIT.	V/R TOTAL
12	Decensor vet	1200	14.400

TOTAL $ 14.400

Firma Entregado:

C.C.

Firma Recibido:

C.C.

Para todos los efectos legales, el presente documento de conformidad con la ley 1231 de 2008 tiene el carácter de título valor negociable y presta mérito ejecutivo.

JAIME ARTURO CARDONA G. NIT. 9.805.791 - 3 TEL. 744 19 24

FUNAT

Fundación Naturaleza Animal Tebaida
NIT. 900.643.661-2

COMPROBANTE DE EGRESO
Nº 1017

CIUDAD Y FECHA: Nov 25-2021

PAGADO A: La casa de la mascota

POR $ 14.400

POR CONCEPTO DE: Medicina veterinaria alberque municipal

LA SUMA DE (EN LETRAS) Catorce mil cuatrocientos pesos m/Legal

CHEQUE No.

BANCO

SUCURSAL

EFECTIVO ☐

ELABORADO

APROBADO

CONTABILIZADO

FIRMA Y SELLO DEL BENEFICIARIO

C.C. / NIT

Escaneado con CamScanner

Funat - Tebaida
3178558398

FACTURA DE VENTA No P 280552
ESNEDA CASTAÑO VEGA Y/O MACROVETERINARIA
DEL QUIND
NIT 41940759 3 Fecha: 27/11/21
CR 18 14 56
ARMENIA 7459840
Responsables de iva
Nombre: CLIENTES VARIOS
Cedula: 9,999
Dir : CR 18 14 56
Ciudad: ARMENIA QUINDIO
Tel : 7459840 3108469479

Descripcion	Cantidad	Subtotal
SUTURA 0	12.00	66,000.00
CREDELIO 22.45	1.00	25,500.00
TUBO TAPA LILA	35.00	13,500.00 B
OXI-VICAR 50 M	2.00	10,400.00
PAGO :	115,400.00	EFECTIVO

VALOR TOTAL A PAGAR 115,400.00
IVA 2,155.00

*** RESUMEN DE IVA ***

TARIFA	VR.BASE	VR.IVA
B=19	11,345.00	2,155.00

TOTAL ITEMS COMPRADOS 4.00
TOTAL ARTICULOS COMPRADOS 30.00

GRACIAS POR SU COMPRA
Caja : 01 Hora : 08:42:01

Número Autorización : 18764013904308
aprobado en : 2021/06/02
pref:P de 250001 al 350000
vigencia : 6 Meses

Elaborado e Impreso por Siigo SAS
Nit: 830.048.145-8

$ 130.400

FACTURA DE VENTA No P - 282452
ESNEDA CASTAÑO VEGA Y/O MACROVETERINARIA
DEL QUIND
NIT 41940759 -3 Fecha: 2021/12/02
CR 18 14 56
ARMENIA 7459840
Responsables de iva
Nombre: CLIENTES VARIOS
Cedula: 9,999
Dir : CR 18 14 56
Ciudad: ARMENIA-QUINDIO
Tel : 7459840 3108469479

Descripcion	Cantidad	Subtotal
NUTRION 30k AD	1.00	93,600.00 B
PAGO :	93,600.00	EFECTIVO

VALOR TOTAL A PAGAR 93,600.00
IVA 4,457.00

*** RESUMEN DE IVA ***

TARIFA	VR.BASE	VR.IVA
B=05	89,143.00	4,457.00

TOTAL ITEMS COMPRADOS 1.00
TOTAL ARTICULOS COMPRADOS 1.00

GRACIAS POR SU COMPRA
Caja : 03 Hora : 16:46:33

Número Autorización : 18764021897922
aprobado en : 2021/11/27
pref:P de 281300 al 350000
vigencia : 6 Meses

Elaborado e Impreso por Siigo SAS
Nit: 830.048.145-8

FUNAT
Fundación Naturaleza Animal Tebaida
NIT. 900.643.661-2

COMPROBANTE DE EGRESO
Nº 1016

CIUDAD Y FECHA: Dic 12 - 2021
PAGADO A: Macroveterinaria Esneda
POR CONCEPTO DE: Asumos medicos veterinarios Pago fact # 282452 / 280552
LA SUMA DE (EN LETRAS) Doscientos Nueve mil pesos m/l
POR $ 209.000
CHEQUE No.
BANCO
SUCURSAL
EFECTIVO
ELABORADO
APROBADO
CONTABILIZADO
FIRMA Y SELLO DEL BENEFICIARIO
C.C. / NIT.

Escaneado con CamScanner

LA CASA DE LA MASCOTA
PET SHOP LA TEBAIDA

Distribuidora de productos contegral
aves, equinos, bovinos, cerdos, alevinos
todo lo relacionado para mascotas

Calle 11 6-16 La Tebaida, Quindío - 311 604 6354

Luisa Fernanda Cardona P. NIT. 1.007.686.631-8

NO RESPONSABLE DE IVA

FECHA FACTURA: DÍA 29 MES 11 AÑO 21

FACTURA DE VENTA Nº 238

Señor(es): Funat tebaida — Nit: 900643661

Dirección: — Tel: 3179553398

Cant.	DETALLE	V/R UNIT.	V/R TOTAL
2	Ladrina X2 kg	72000	24000
3	Rango x20 Kg	72000	216.000

TOTAL $ 240000

Firma Entregado: — C.C.

Firma Recibido: — C.C.

Para todos los efectos legales, el presente documento de conformidad con la ley 1231 de 2008 tiene el carácter de título valor negociable y presta mérito ejecutivo.

Impta. JAIME ARTURO CARDONA G. NIT. 9.805.701 - 3 TEL. 744 19 34

FUNAT

Fundación Naturaleza Animal Tebaida
NIT. 900.643.661-2

COMPROBANTE DE EGRESO

Nº 1024

CIUDAD Y FECHA: 29-11-2021 — POR $ 240.000

PAGADO A:

POR CONCEPTO DE: La casa de la mascota Concentrado PAC # 238.

LA SUMA DE (EN LETRAS): Doscientos Cuarenta Mil pesos m/Legal

CHEQUE No.

BANCO

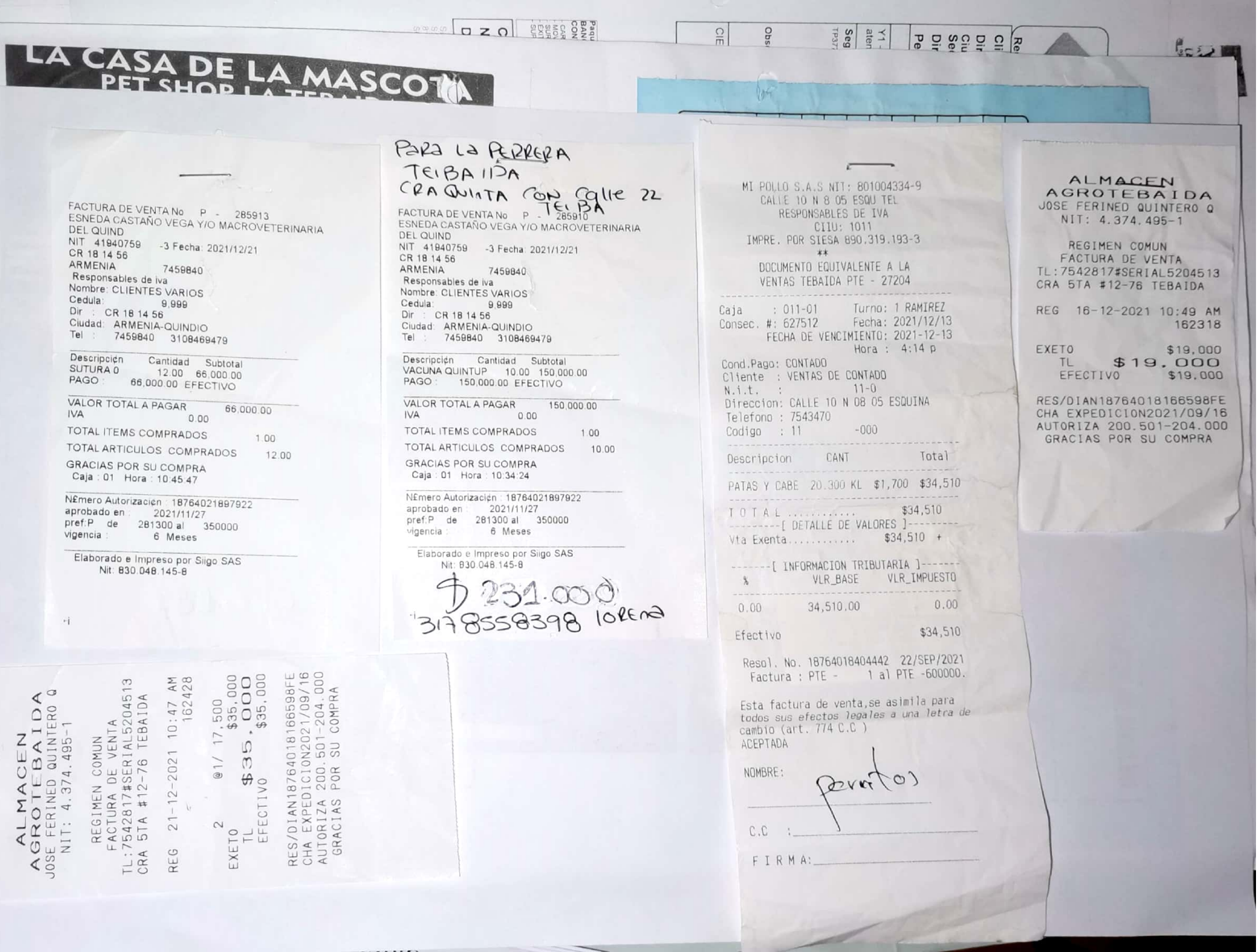
SUCURSAL — EFECTIVO ☐

ELABORADO — APROBADO — CONTABILIZADO

FIRMA Y SELLO DEL BENEFICIARIO

C.C. / NIT.

Escaneado con CamScanner



LA CASA DE LA MASCOTA
PET SHOP LA TEBAI

FACTURA DE VENTA No P - 285913
ESNEDA CASTAÑO VEGA Y/O MACROVETERINARIA
DEL QUIND
NIT 41940759 -3 Fecha: 2021/12/21
CR 18 14 56
ARMENIA 7459840
Responsables de iva
Nombre: CLIENTES VARIOS
Cedula: 9.999
Dir : CR 18 14 56
Ciudad: ARMENIA-QUINDIO
Tel : 7459840 3108469479

Descripción	Cantidad	Subtotal
SUTURA 0	12.00	66,000.00

PAGO : 66,000.00 EFECTIVO

VALOR TOTAL A PAGAR 66,000.00
IVA 0.00
TOTAL ITEMS COMPRADOS 1.00
TOTAL ARTICULOS COMPRADOS 12.00
GRACIAS POR SU COMPRA
Caja : 01 Hora : 10:45:47

N£mero Autorizaci¢n : 18764021897922
aprobado en : 2021/11/27
pref:P de 281300 al 350000
vigencia : 6 Meses

Elaborado e Impreso por Siigo SAS
Nit: 830.048.145-8

Para la Perrera
Teiba IDA
Cra Quinta con Calle 22
Teiba

FACTURA DE VENTA No P - 285910
ESNEDA CASTAÑO VEGA Y/O MACROVETERINARIA
DEL QUIND
NIT 41940759 -3 Fecha: 2021/12/21
CR 18 14 56
ARMENIA 7459840
Responsables de iva
Nombre: CLIENTES VARIOS
Cedula: 9.999
Dir : CR 18 14 56
Ciudad: ARMENIA-QUINDIO
Tel : 7459840 3108469479

Descripción	Cantidad	Subtotal
VACUNA QUINTUP	10.00	150,000.00

PAGO : 150,000.00 EFECTIVO

VALOR TOTAL A PAGAR 150,000.00
IVA 0.00
TOTAL ITEMS COMPRADOS 1.00
TOTAL ARTICULOS COMPRADOS 10.00
GRACIAS POR SU COMPRA
Caja : 01 Hora : 10:34:24

N£mero Autorizaci¢n : 18764021897922
aprobado en : 2021/11/27
pref:P de 281300 al 350000
vigencia : 6 Meses

Elaborado e Impreso por Siigo SAS
Nit: 830.048.145-8

$ 231.000
3178558398 Lorena

MI POLLO S.A.S NIT: 801004334-9
CALLE 10 N 8 05 ESQU TEL
RESPONSABLES DE IVA
CIIU: 1011
IMPRE. POR SIESA 890.319.193-3
**
DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA
VENTAS TEBAIDA PTE - 27204

Caja : 011-01 Turno: 1 RAMIREZ
Consec. #: 627512 Fecha: 2021/12/13
FECHA DE VENCIMIENTO: 2021-12-13
Hora : 4:14 p
Cond.Pago: CONTADO
Cliente : VENTAS DE CONTADO
N.i.t. : 11-0
Direccion: CALLE 10 N 08 05 ESQUINA
Telefono : 7543470
Codigo : 11 -000

Descripcion	CANT	Total
PATAS Y CABE	20.300 KL $1,700	$34,510

T O T A L $34,510
---------[DETALLE DE VALORES]---------
Vta Exenta..... $34,510 +

-------[INFORMACION TRIBUTARIA]-------

%	VLR_BASE	VLR_IMPUESTO
0.00	34,510.00	0.00

Efectivo $34,510

Resol. No. 18764018404442 22/SEP/2021
Factura : PTE - 1 al PTE -600000.

Esta factura de venta,se asimila para todos sus efectos legales a una letra de cambio (art. 774 C.C)
ACEPTADA

NOMBRE: Perrato

C.C :

F I R M A:

ALMACEN
AGROTEBAIDA
JOSE FERINED QUINTERO Q
NIT: 4.374.495-1

REGIMEN COMUN
FACTURA DE VENTA
TL:7542817#SERIAL5204513
CRA 5TA #12-76 TEBAIDA

REG 16-12-2021 10:49 AM
162318

EXETO $19,000
TL $19.000
EFECTIVO $19,000

RES/DIAN18764018166598FE
CHA EXPEDICION2021/09/16
AUTORIZA 200.501-204.000
GRACIAS POR SU COMPRA

ALMACEN
AGROTEBAIDA
JOSE FERINED QUINTERO Q
NIT: 4.374.495-1

REGIMEN COMUN
FACTURA DE VENTA
TL:7542817#SERIAL5204513
CRA 5TA #12-76 TEBAIDA

REG 21-12-2021 10:47 AM
162428

2 @1/ 17,500 $35,000
EXETO $35.000
TL $35,000
EFECTIVO

RES/DIAN18764018166598FE
CHA EXPEDICION2021/09/16
AUTORIZA 200.501-204.000
GRACIAS POR SU COMPRA

Escaneado con CamScanner

FUNAT

Fundación Naturaleza Animal Tebaida
NIT. 900.643.661-2

COMPROBANTE DE EGRESO

Nº 1025

CIUDAD Y FECHA:	Nov/29/21
POR $	1328.000
PAGADO A:	La Casa de la mascota
POR CONCEPTO DE:	Concentrado, pago Fra #262
LA SUMA DE (EN LETRAS)	Un millon trecientos veinti ocho mil pesos m/Legal
CHEQUE No.	
BANCO	
SUCURSAL	EFECTIVO ☐
FIRMA Y SELLO DEL BENEFICIARIO	
ELABORADO / APROBADO / CONTABILIZADO	
C.C. / NIT.	

LA CASA DE LA MASCOTA
PET SHOP LA TEBAIDA
Distribuidora de productos contegral aves, equinos, bovinos, cerdos, alevinos todo lo relacionado para mascotas
Calle 11 6-16 La Tebaida, Quindío - 311 604 6364
Luisa Fernanda Cardona P. NIT. 1.007.686.631-8

NO RESPONSABLE DE IVA

FACTURA DE VENTA Nº 262

FECHA FACTURA: DIA 29 MES 11 AÑO 21

Señor(es): Funat

Dirección:

Nit: 900643366

Tel:

Cant.	DETALLE	V/R UNIT.	V/R TOTAL
10	Bultos Equi x 33kl		1328000

TOTAL $/1328000

Firma Entregado: C.C.

Firma Recibido: C.C.

Para todos los efectos legales, el presente documento de conformidad con la ley 1231 de 2008 tiene el carácter de título valor negociable y presta mérito ejecutivo.

CRA. JAIME ARTURO CARDONA G. NIT. 9.805.701 - 3 TEL. 744 19 34

Escaneado con CamScanner

FUNAT

Fundación Naturaleza Animal Tebaida
NIT. 900.643.661-2

COMPROBANTE DE EGRESO

Nº 1022

CIUDAD Y FECHA:	Nov 30/2021
POR $	49,980
PAGADO A:	Mi pollo
POR CONCEPTO DE:	Insumos (comida animales) Residentes albergue Municipal
LA SUMA DE (EN LETRAS)	(cuarenta y nueve mil novecientos ochenta pesos) m/Legal
CHEQUE No.	
BANCO	
SUCURSAL	EFECTIVO ☐
ELABORADO	APROBADO / CONTABILIZADO
FIRMA Y SELLO DEL BENEFICIARIO	C.C. / NIT.

MI POLLO S.A.S NIT: 8010004334-9
CALLE 10 N 8 05 ESQUÍEL
RESPONSABLES DE IVA
CIIU: 1011
IMPRE. POR SIESA 890.319.193-3
**
DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA
VENTAS TEBAIDA PTE - 22532

Caja : 011-01 Turno: 1 RAMIREZ
Consec. #: 622838 Fecha: 2021/11/30
FECHA DE VENCIMIENTO: 2021-11-30
Hora : 10:10 a

Cond.Pago: CONTADO
Cliente : VENTAS DE CONTADO
N.i.t. : 11-0
Direccion: CALLE 10 N 08 05 ESQUINA
Telefono : 7543470
Codigo : 11 -000

Descripcion	CANT	Total
PATAS Y CABE	29.400 KL $1,700	$49,980

TOTAL .....: $49,980
[DETALLE DE VALORES]
Vta Exenta. ..... $49,980 +

[INFORMACION TRIBUTARIA]

%	VLR_BASE	VLR_IMPUESTO
0.00	49,980.00	0.00

Efectivo $49,980

Resol. No. 18764018404442 22/SEP/2021
Factura : PTE - 1 al PTE -600000.

Esta factura de venta,se asimila para todos sus efectos legales a una letra de cambio (art. 774 C.C)
ACEPTADA

NOMBRE:

C.C :

F I R M A:

Escaneado con CamScanner

FUNAT

Fundación Naturaleza Animal Tebaida
NIT. 900.643.661-2

COMPROBANTE DE EGRESO

Nº 1021

CIUDAD Y FECHA: Dic 12-2021	POR $ 239.200
PAGADO A: Almacen Agrotebaida	
POR CONCEPTO DE: Pago Concentrado Alberque fac # 161902, 161948, 162109, 160663, 161952, 162159, 161969	
LA SUMA DE (EN LETRAS) Doscientos treinta y nueve mil pesos m/cte	
CHEQUE No.	FIRMA Y SELLO DEL BENEFICIARIO
BANCO	
SUCURSAL / EFECTIVO ☐	
ELABORADO / APROBADO / CONTABILIZADO	C.C. / NIT.

ALMACEN
AGROTEBAIDA
JOSE FERINED QUINTERO Q
NIT: 4.374.495-1

REGIMEN COMUN
FACTURA DE VENTA
TL:7542817#SERIAL5204513
CRA 5TA #12-76 TEBAIDA

REG 01-12-2021 10:07 AM
161902

GRAV. 5%	T2	$80,000
GRAV. 5%	T2	$40,000
EXETO		$9,000
BASE2		$114,286
IVA 5%		$5,714
TL		$129.000
EFECTIVO		$129,000

RES/DIAN18764018166598FE
CHA EXPEDICION2021/09/16
AUTORIZA 200.501-204.000
GRACIAS POR SU COMPRA

Cancelado

ALMACEN
AGROTEBAIDA
JOSE FERINED QUINTERO Q
NIT: 4.374.495-1

REGIMEN COMUN
FACTURA DE VENTA
TL:7542817#SERIAL5204513
CRA 5TA #12-76 TEBAIDA

REG 26-11-2021 09:16 AM
161748

20 @1/ 600
GRAV. 19% T1 $12,000
BASE1 $10,084
IVA 19% $1,916
TL $12.000
EFECTIVO $12,000

RES/DIAN18764018166598FE
CHA EXPEDICION2021/09/16
AUTORIZA 200.501-204.000
GRACIAS POR SU COMPRA

ALMACEN
AGROTEBAIDA
JOSE FERINED QUINTERO Q
NIT: 4.374.495-1

REGIMEN COMUN
FACTURA DE VENTA
TL:7542817#SERIAL5204513
CRA 5TA #12-76 TEBAIDA

REG 08-12-2021 07:45 AM
162109

2 @1/ 23,000
EXETO $46,000
TL $46.000
EFECTIVO $46,000

RES/DIAN18764018166598FE
CHA EXPEDICION2021/09/16
AUTORIZA 200.501-204.000
GRACIAS POR SU COMPRA

ALMACEN
AGROTEBAIDA
JOSE FERINED QUINTERO Q
NIT: 4.374.495-1

REGIMEN COMUN
FACTURA DE VENTA
TL:7542817#SERIAL5204513
CRA 5TA #12-76 TEBAIDA

REG 08-10-2021 10:28 AM
160663

20 @1/ 600
GRAV. 19% T1 $12,000
BASE1 $10,084
IVA 19% $1,916
TL $12.000
EFECTIVO $12,000

RES/DIAN18764018166598FE
CHA EXPEDICION2021/09/16
AUTORIZA 200.501-204.000
GRACIAS POR SU COMPRA

ALMACEN
AGROTEBAIDA
JOSE FERINED QUINTERO Q
NIT: 4.374.495-1

REGIMEN COMUN
FACTURA DE VENTA
TL:7542817#SERIAL5204513
CRA 5TA #12-76 TEBAIDA

REG 02-12-2021 10:30 AM
161969

2 @1/ 14,000
EXETO $28,000
TL $28.000
EFECTIVO $28,000

RES/DIAN18764018166598FE
CHA EXPEDICION2021/09/16
AUTORIZA 200.501-204.000
GRACIAS POR SU COMPRA

Escaneado con CamScanner

EMDEPSA

Empresa de Desechos Especiales S.A. E.S.P

Documento No. : 234300
Fecha Expedición: 13/12/2021
Fecha de Vencimiento: 12/01/2022
Hora Expedición: 02:07:37 p.:m.

CR 10 # 17 - 55 Piso1 Local 118
EDIFICIO TORRE CENTRAL
PBX 3470467
PEREIRA RISARALDA

Regimen Comun **Nit : 816004244-9** **Referencia pago:** 5012990000192759

Cliente: FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA
NIT 900643661-2
Direccion: CRA 5 CL 22 CONTIGUO A LA ANTIGUA CARCEL
Telefono 7541345 - 3178558398
Ciudad: PEREIRA - RISARALDA
Sede Cliente FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA
Direccion Sede Cliente CRA 5 CL 22 CONTIGUO A LA ANTIGUA CARCEL MUNICIPAL E
Residuos Hospitalarios
Tipo de Impresión: ORIGINAL
Periodo Prestacion de servicios: 01/11/2021 **Hasta** 30/11/2021

Descripcion	Tratamiento	Unidad	Cantidad	Total
Y1 - Desechos clinicos resultantes de la atencion medica prestada en hospitales,	Incineracion	Kilogramo	62,70	$ 131.681,00

Segun Manifiestos (RHPS)
TP377-0008315, TP377-0007783,

Observaciones

CIENTO TREINTA Y UN MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y UN PESOS M/CTE ********

Iva	$ 0.00
Total	$ 131.681,00
Retención 4%	$ 0.00
Valor a Pagar	**$ 131.681,00**

Esta factura se asimila en todos sus efectos juridicos a una letra de cambio, conforme al articulo 774 del codigo de comercio y causará intereses de mora a la tasa maxima legal permitida o proporcional a partir de la fecha de vencimiento.

Apreciado cliente al realizar su pago, favor enviar copia de la consignacion al correo electronico recaudo.cepas@interaseo.com.co
A partir de la fecha de recepción de la factura se cuentan con diez dias habiles para cualquier reclamacion.

SOMOS AUTORRETENEDORES DE ICA Y CREE según Acuerdo 41 de 2012, Y Según el decreto 1828 de agosto 27 de 2013

Paquese en:
BANCO BOGOTA, CONVENIO 7599
CONVENIO BALOTO 9595957599
- CARULLA - SUPER GIROS
- MOVILRED - ALMACENES LA 14
- SURTIMAX - PUNTOS VIA BALOTO
- ÉXITO - COOPIDROGAS
- SUPERMERCADOS Y DROGERIAS COLSUBSIDIO

Páguese únicamente en Banco de Bogotá cuenta de ahorros número 633084157

(415)0000000053564(8020)5012990000192759(3900)0000131681(96)20220112

Cliente: FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA
NIT: 900643661-2
Direccion: CRA 5 CL 22 CONTIGUO A LA ANTIGUA CARCEL
Documento No. : 234300
Fecha de Vencimiento: 12/01/2022
VALOR A PAGAR **$ 131.681,00**

Soluciones Globales S.A.S Nit 816.004.765-4 SOLU5IINCO

Aprobado

ALEJANDRO TRUJILLO MEJIA
GERENTE REGIONAL

Firma y Sello Cliente

Aceptado

Escaneado con CamScanner