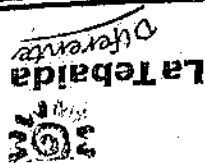


OBLIGACION I,

Evidencia 1



REPÚBLICA DE COLOMBIA
ALCALDÍA MUNICIPAL
LA TEBaida QUINDIO
NIT: 899 000564-1



La Tebaida Quindío, 05 de Octubre de 2021.

SG-1219-2021

Rector (a)
Hna. MARIA ESTRELLA TORO VILLA
Institución Educativa Santa Teresita
Calle 12 No. 9-59
Código Postal: 633020
La Tebaida, Quindío

Asunto: Invitación a participar en Mesa de Trabajo – Socialización y Concertación

Cordial saludo,

En calidad de Secretario de Gobierno del Municipio de La Tebaida, me permito hacer extensiva la invitación a participar en Mesa de Trabajo, la cual tiene como propósito reunir a los (as) orientadores (as) de las diferentes Instituciones Educativas ubicadas en La Tebaida Quindío, dado que desde la Administración Municipal se le apuesta al trabajo en equipo y articulado, como una iniciativa que permite la cohesión social, la dinamización de los grupos y la concreción de necesidades y oportunidades en contextos educativos.

En ese sentido, la Mesa de Trabajo busca hacer visible las diferentes percepciones de los (as) orientadores (as) frente a la gestión de la Salud Mental, la Convivencia y la Seguridad Ciudadana, para luego articular estrategias y lograr mayor impacto sobre las necesidades en Habilidades para la Vida que requiere el entrenar a niños, niñas y adolescentes para la vida diaria. Estamos convencidos de que la Tebaida Diferente y Segura se consigue cuando nadie se queda atrás y, cuando a todos se les brinda las mismas oportunidades en educación, participación y logro de vida.

Por lo anterior, la Mesa de Trabajo se desarrollará el día 12 de Octubre de 2021 a las 8:30 am, en la Alcaldía Municipal, tercer nivel, oficina de Secretaría de Gobierno. Agradecemos de antemano su disposición y compromiso.

Atentamente

JOHANATAN GUALDRÓN SALAZAR
Secretario de Gobierno

Elaboró: Andrés Medina Orrego
Psicólogo Contralista - Secretaría de Gobierno

"Entre Todos Forjaremos La Tebaida Diferente"

Carrera 6 N° 12-27 Centro Administrativo Municipal Oficina 302 – Código Postal 633020
Teléfono (0057) (6) 7368979 Ext. 123 – Cel.: 3154106193
www.tebaida-quindio.gov.co Email: gobierno@tebaida-quindio.gov.co

50 ESTERILIZACIONES GRATUITAS

JORNADA DE BIENESTAR ANIMAL

MES DE SEPTIEMBRE 2022

SE TRABAJO LA VEREDA PIZAMAL PRINCIPALMENTE

JORNADAS DE TENENCIA RESPONSABLE DE
MASCOTAS

JORNADA DE BIENESTAR ANIMAL MES DE SEPTIEMBRE 2022.

EN EL MES DE SEPTIEMBRE SE TRABAJO UN SECTOR VULNERABLE Y ALEJADO COMO LO ES LA VEREDA PIZAMAL DE LATEBAIDA, DESPARASITAMOS, 10 ESTERILIZACIONES GRATIS Y SE LLEVO A CONSULTA UNA PERRA DE RAZA CRIOLLA DE TAMAÑO GRANDE QUE TIENE TVT UN CANCER QUE SE PRODUCE POR CONTACTO SEXUAL ENTRE CANINOS Y ES ALTAMENTE CONTAGIOSO PARA ESTA MISMA ESPECIE, SE LE DARA LAS QUIMIOTERAPIAS A LA PERRA PARA ASI EVITAR LA PROPAGACION Y TAMBIEN AYUDAR EN EL BIENESTAR DE ESTA CANINA.



CONSULTA GRATIS TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA.

COMA PARTE DE LAS JORNADAS DE BIENESTAR ANIMAL EN EL MUNICIPIO.

Perra criolla llamada LULU. Con un TVT enfermedad de transmisión sexual altamente contagiosa para las demás mascotas que tengan contacto sexual con la canina.

Se recomienda 5 secciones de Quimioterapia por parte del Veterinario, las personas manifiestan que ellos no tienen recursos para hacer este tratamiento, se asumirá por parte de la fundación FUNAT. Como parte de las Jornadas de Bienestar Animal que se lleva en el municipio



Mi Primer Quimio



10/10/10 10/10/10

JORNADA DE BIENESTAR ANIMAL MES DE

JORNADA	FECHA	NOMBRE Y APELLIDO	DIRECCION	LA TEBAIDA	2022	FELINO
		Luz Mary Gortas	El Paraiso lote 2A	3117120267	2	3
		Doracdo Cardona	Cra 8va N° 8-09	3166256838	2	
		Clara Eleng Restrepo	Cra 11 N° 5-45	3115250373	3	
		Yolana Milera Lora Caro	Camino Real N° A #7	3172813332		8
		Susan Morilla	Nueva Tebaida N° 25 #21	3003601825	2	
		Juan José Sierra Sanchez	Barrios Unidos	3006114854		1
		Luz Mila Cano	Cra 7ma # 7-71	3108297690	2	
		DANIELA BUITRAGO	MANANTIAL DE VIDA CR CASA 4	3108804143	3	
		MARIA MAYORQUIN	MANANTIAL Cra 6 4-34	3146796993	2	
		MARY IV FERNANDEZ	CAMINO REAL MA CASA 5	3177096984		1
		NATALIA BUITRAGO	MANANTIAL Cra 6 4-22	3126487176		1
		NELLY PARRA VONDOÑO	MANANTIAL CRA A CASA 2	3006885272		2
		LUIS AGUSTO	BI FABIO HOLVA HE CASAS	3006415263	2	
		ESTELIA MELLIZO	CAMINO REAL MA # 7	3215916047	2	
		DIANA MARIA FRANCO	CAMINO REAL MA # 6	3226457356	2	
		YULIANA MARI	CAMINO REAL MA CASA 10	3145825371	1	
		HECTOR FIDEL IGLESIA	BI GABRIEL LOPEZ MB #30	3122122828	1	
		Glaura Reyes	Gabriel Lopez N° B #37	3012983061		1
		JORGE RUA	Cra 6 # 3-22 MANANTIAL	3234895326	2	
		Lina Pardo Gil	B GABRIEL LOPEZ MA #10	3128161577		1
		ALEJANDRO GAIJER	GABRIEL LOPEZ MB #36	3187634659	2	
		INDIRA VANEJO	MA CASA #18 CAMINO	3163481416		2
		Yolanda Tabares	Alonso Lopez Cra 6 S-58	3215048609	7	4
		Juliana Perez	Alonso Lopez Cra 7 Q-40	3028415072		2
		Luz Gauth Briner	Nueva Tebaida N° 27 #26	3135753855	6	6
		Jonas Machado	Pizamal Hacienda Pizamal	3148697885	1	
		Berilda Fuentes	Pizamal Hacienda Pizamal	321536558		1
		Lania Nils Renda	Pizamal Canal	3215525672		1
		Tary Gonzalez	Pizamal Hacienda Pizamal	304871548		2
		Mercedes Peña Suarez	Pizamal Canal	3192407780	3	
		Resmis Vargesto	Pizamal	3044420024		1
		Dora Jaramila	Pizamal	3152785799	1	
		José Muñoz Mijang	Pizamal	3103385140	1	

24

Jornada de Desparasitación septiembre 2022.



JORNADAS DE BIENESTAR ANIMAL
DESPARACITACIÓN SECTOR:

MANANTIL DE VIDA,
ALFONSO LOPEZ,
CAMINO REAL Y
GABRIEL LOPEZ
30 DE SEPTIEMBRE







REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCIMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 16 MES 9 AÑO 2022

I. Datos de la mascota																			
Nombre		Princesa						Sexo: M ☐ H ☒		Jornada Pizama									
Especie		Canino ☒ Felino ☐		raza		MIX ☐		Peso Aprox.											
Edad		Color N/C		Pelaje		Vacunas si ☐ no ☐													
Estado de salud		buena ☒		regular ☐		mala ☐													
Fiebre		si	no ☒	Diarrea		si	no ☒	Vomito		si	no ☒	Inapetencia		si	no ☒	Golpes		si	no ☒
Heridas		si	no ☒	Tto veterinario		si	no ☒	Celo		si	no ☒	Lactancia		si	no ☒	Ayunas		si	no ☒
Estado corporal		normal ☐		desnutrido ☐		soberest ☐													

II. Datos del propietario													
Nombre: Adrian Ramos								T.I./C.C. 1004 668325					
Dirección: Vda Pizama Hda Pizama								Teléfono:					
E-mail:								Sisben: SI ☐ NO ☐ Nivel 1 ☒ 2 ☐ 3 ☐					

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 Veterinario.

YO Adrian Ramos Identificado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Princesa, especie canino felino DECLARO, SOLICITO, A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Medico Veterinario **ANDRES LOMBANA TELLEZ TP 22582**, Contratado por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBaida, FUNAT, para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído ,comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía o el post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida , aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento , SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este cometimiento , exonerar civil y penalmente a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBaida, FUNAT Y AL M,V,Z ANDRES LOMBANA TELLEZ ,por las posibles complicaciones ele el desarrollo del procedimiento , incluyendo la muerte , así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos malintencionado de terceros o cualquier acontecimiento que implique fuerza mayor o caso fortuito Autorizo a que se tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas ,educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre , YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA ,Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS , PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS ,SAPULLIDOS DE LA PIEL , CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO ,PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE .YO exonerar a la FUNDACION NARURALEZA ANIMAL TEBaida Y AL M,V,Z ANDRES LOMBAN TELLEZ de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad , también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animal ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día ,que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza , edad minimizando los riesgos .que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias intra y postoperatorias .hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han explicado los riesgos de cualquier intervención quirúrgica y lo entiendo a satisfacción de igual manera he recibido infección impresa sobre las recomendaciones a tener en cuenta en el post-operatorio y la formula médica.

almer adrian

FIRMA: DEL DUEÑO / O RESPONDABLE

FECHA



Registro válido

A2

Fecha de consulta:

05/10/2022

Ficha:

63401011547900000063

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: OLMER ADRIAN

Apellidos: RAMOS SEVILLA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1001668325

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

02/12/2021

Última actualización ciudadano:

02/12/2021

Última actualización via registros administrativos:

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisben del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección:

Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono:

7542444

Correo Electrónico:

sisben@latebaida-quindio.gov.co



REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCAMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 16 MES 9 AÑO 2022

I. Datos de la mascota																			
Nombre		Lulo				Sexo: M ☐ H ☒		Jornada Pizamal											
Especie		Canino ☒ Felino ☐		raza ☐ Mix ☐		Peso Aprox.													
Edad		4 años		Color C/N		Pelaje		Vacunas si ☐ no ☒											
Estado de salud		buena ☒		regular ☐		mala ☐													
Fiebre		si ☐ no ☒		Diarrea		si ☐ no ☒		Vomito		si ☐ no ☒		Inapetencia		si ☐ no ☒		Golpes		si ☐ no ☒	
Heridas		si ☐ no ☒		Tto veterinario		si ☐ no ☒		Celo		si ☒ no ☐		Lactancia		si ☐ no ☒		Ayunas		si ☒ no ☐	
Estado corporal		normal ☒		desnutrido ☐		soberest ☐													

II. Datos del propietario			
Nombre: Mercedes Peña Suarez		T.I./C.C. 50898003	
Dirección: Vda Pizamal Tta el Caney		Teléfono: 3192407730	
E-mail:		Sisben: SI ☐ NO ☐ Nivel 1 ☐ 2 ☒ 3 ☐	

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 Veterinario.

YO Mercedes Peña Z Identificado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Lulo, especie canino X felino X DECLARO, SOLICITO, A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Medico Veterinario ANDRES LOMBANA TELLEZ TP 22582, Contratado por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBaida, FUNAT, para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído ,comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía o el post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida , aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento , SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este cometimiento , exonerar civil y penalmente a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBaida, FUNAT Y AL M,V,Z ANDRES LOMBANA TELLEZ ,por las posibles complicaciones ele el desarrollo del procedimiento , incluyendo la muerte , así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos malintencionado de terceros o cualquier acontecimiento que implique fuerza mayor o caso fortuito Autorizo a que se tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas ,educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre , YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA , Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS , PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS ,SAPULLIDOS DE LA PIEL , CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO ,PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE .YO exonerar a la FUNDACION NARURALEZA ANIMAL TEBaida Y AL M,V,Z ANDRES LOMBAN TELLEZ de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad , también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animal ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día ,que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza , edad minimizando los riesgos .que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias intra y postoperatorias . hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han explicado los riesgos de cualquier intervención quirúrgica y lo entiendo a satisfacción de igual manera he recibido infección impresa sobre las recomendaciones a tener en cuenta en el post-operatorio y la formula médica.

FIRMA: DEL DUEÑO / O RESPONDABLE Merceda p. FECHA



Registro válido

B5

Fecha de consulta:

05/10/2022

Ficha:

63401010547800000063

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MEREIDA

Apellidos: PEÑA SUAREZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 50898003

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

17/07/2019

Última actualización ciudadano:

17/07/2019

Última actualización vía registros administrativos:

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección:

Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono:

7542444

Correo Electrónico:

sisben@latebaida-quindio.gov.co

[illegible]



REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCESAMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 16 MES 9 AÑO 2022

Jornada P2amal

I. Datos de la mascota																			
Nombre				mono				Sexo: M ☒ H ☐		Gratias Alcalde									
Especie				Canino ☒ Felino ☐		raza		Mix ☒											
Edad				Color		Pelaje		Vacunas si ☐ no ☐											
Estado de salud				buena ☒		regular ☐		mala ☐											
Fiebre		si	no ☒	Diarrea		si	no ☒	Vomito		si	no ☒	Inapetencia		si	no ☒	Golpes		si	no ☒
Heridas		si	no ☒	Tto veterinario		si	no ☒	Celo		si	no ☒	Lactancia		si	no ☒	Ayunas		si	no ☒
Estado corporal				normal ☒				desnutrido ☐				soberest ☐							

II. Datos del propietario													
Nombre: Ligia Astud								T.I./C.C. 1096035505					
Dirección: Centro Animal								Teléfono: 3008636142					
E-mail:								Sisben: SI ☐ NO ☐ Nivel 1 ☐ 2 ☒ 3 ☐					

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 Veterinario.

YO Ligia Astud Identificado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada mono, especie canino ☒ felino ☐ DECLARO, SOLICITO, A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Medico Veterinario **ANDRES LOMBANA TELLEZ TP 22582**, Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT**, para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído ,comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía o el post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida , aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento , SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este cometimiento , exonerar civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z ANDRES LOMBANA TELLEZ** ,por las posibles complicaciones ele el desarrollo del procedimiento , incluyendo la muerte , así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos malintencionado de terceros o cualquier acontecimiento que implique fuerza mayor o caso fortuito Autorizo a que se tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas ,educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre , YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA ,Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS , PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS ,SAPULLIDOS DE LA PIEL , CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO ,PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE .YO exonerar a la **FUNDACION NARURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y AL M,V,Z ANDRES LOMBAN TELLEZ** de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad , también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animal ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día ,que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza , edad minimizando los riesgos .que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias intra y postoperatorias .hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han explicado los riesgos de cualquier intervención quirúrgica y lo entiendo a satisfacción de igual manera he recibido infección impresa sobre las recomendaciones a tener en cuenta en el post-operatorio y la formula médica.

FIRMA: Ligia Astud 1096035505

FECHA





REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCIMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 16 MES 9 AÑO 2022

Jornal Páramo

I. Datos de la mascota																			
Nombre		Negro				Sexo: M ☒ H ☐		Gratias Alcala											
Especie		Canino ☒ Felino ☐		raza		M ☒ F ☐								Peso Aprox.					
Edad		2 Años		Color Negro		Pelaje								Vacunas si ☐ no ☐					
Estado de salud		buena ☒		regular ☐		mala ☐													
Fiebre		si ☐ no ☒		Diarrea		si ☐ no ☒		Vomito		si ☐ no ☒		Inapetencia		si ☐ no ☒		Golpes		si ☐ no ☒	
Heridas		si ☐ no ☒		Tto veterinario		si ☐ no ☒		Celo		si ☐ no ☒		Lactancia		si ☐ no ☒		Ayunas		si ☐ no ☒	
Estado corporal		normal ☐				desnutrido ☐				soberest ☐									

II. Datos del propietario			
Nombre: Ligia Astrid Blanco Ruiz		T.I./C.C. 1096085505	
Dirección: Partido Animal		Teléfono: 3008636142	
E-mail:		Sisben: SI ☐ NO ☐ Nivel 1 ☐ 2 ☒ 3 ☐	

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.

YO Ligia Astrid Blanco Identificado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Negro, especie canino ☒ felino ☐ DECLARO, SOLICITO, A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario **ANDRES LOMBANA TELLEZ TP 22582**, Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT**, para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído ,comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía o el post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida , aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento , SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este cometimiento , exonerar civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z ANDRES LOMBANA TELLEZ** ,por las posibles complicaciones ele el desarrollo del procedimiento , incluyendo la muerte , así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos malintencionado de terceros o cualquier acontecimiento que implique fuerza mayor o caso fortuito Autorizo a que se tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas ,educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre , YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA ,Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS , PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS , SAPULLIDOS DE LA PIEL , CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO , PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE .YO exonerar a la **FUNDACION NARURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y AL M,V,Z ANDRES LOMBAN TELLEZ** de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad , también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animal ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día ,que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza , edad minimizando los riesgos .que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias intra y postoperatorias . **hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han explicado los riesgos de cualquier intervención quirúrgica y lo entiendo a satisfacción de igual manera he recibido infección impresa sobre las recomendaciones a tener en cuenta en el post-operatorio y la formula médica.**

FIRMA: DEL DUEÑO / O RESPONSABLE

FECHA





REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCESAMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 16 MES 9 AÑO 2022

Tornado
Pizamal
Gratias
Alcaldia

I. Datos de la mascota																			
Nombre				Timoteo				Sexo: M ☒ H ☐											
Especie				Canino ☒ Felino ☐				raza		Peso Aprox.									
Edad				Color				Pelaje		Vacunas si ☐ no ☐									
Estado de salud				buena ☒				regular ☐		mala ☐									
Fiebre		si	no	Diarrea		si	no	Vomito		si	no	Inapetencia		si	no	Golpes		si	no
			x				x				x				x				x
Heridas		si	no	Tto veterinario		si	no	Celo		si	no	Lactancia		si	no	Ayunas		si	no
			x				x				x				x			x	
Estado corporal				normal ☒				desnutrido ☐				soberest ☐							

II. Datos del propietario	
Nombre: Ligia Astrid Blacq Ruiz	T.I./C.C. 1096035505
Dirección: Partido Animal	Teléfono: 3008636149
E-mail:	Sisben: SI ☐ NO ☐ Nivel 1 ☐ 2 ☒ 3 ☐

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 Veterinario.

YO Ligia Astrid Timoteo Identificado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Timoteo, especie canino ☒ felino ☐ DECLARO, SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Medico Veterinario **ANDRES LOMBANA TELLEZ TP 22582**, Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBADA, FUNAT**, para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomía bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído, comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía o el post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida, aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento, SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este cometimiento, exonerar civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBADA, FUNAT Y AL M,V,Z ANDRES LOMBANA TELLEZ**, por las posibles complicaciones ele el desarrollo del procedimiento, incluyendo la muerte, así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos malintencionado de terceros o cualquier acontecimiento que implique fuerza mayor o caso fortuito Autorizo a que se tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas, educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre, YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES, SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS, SAPULLIDOS DE LA PIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE. YO exonerar a la **FUNDACION NARURALEZA ANIMAL TEBADA Y AL M,V,Z ANDRES LOMBAN TELLEZ** de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad, también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animal ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día, que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza, edad minimizando los riesgos. que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias intra y postoperatorias. **hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han explicado los riesgos de cualquier intervención quirúrgica y lo entiendo a satisfacción de igual manera he recibido infección impresa sobre las recomendaciones a tener en cuenta en el post-operatorio y la formula médica.**

FIRMA: DEL DUEÑO / O RESPONSABLE

FECHA



Registro válido

Fecha de consulta:

05/10/2022

A5

Ficha:

63401019548900000163

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: LIGIA ASTRID

Apellidos: PALACIO RUIZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1096035505

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

21/05/2020

Última actualización ciudadano:

21/05/2020

Última actualización via registros administrativos:

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisben del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección:

Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono:

7542444

Correo Electrónico:

sisben@latebaida-quindio.gov.co

ESTERILIZADO

51

51

51

51

51

51

51

51

5

51

51

5

15

15

15

51

12

51

51 2

21 2

31 2

2 10

2 10

2 4

12



REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCIMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA MES AÑO 2022

I. Datos de la mascota																			
Nombre		Bella Vagaro						Sexo: M ☐ H ☒		Jornada Pizamal									
Especie		Canino ☐ Felino ☒		raza		Mix ☐		Peso Aprox.											
Edad		10 Meses		Color Gris		Pelaje		Vacunas si ☐ no ☐											
Estado de salud		buena ☒		regular ☐		mala ☐													
Fiebre		si ☐ no ☒		Diarrea		si ☐ no ☒		Vomito		si ☐ no ☒		Inapetencia		si ☐ no ☒		Golpes		si ☐ no ☒	
Heridas		si ☐ no ☒		Tto veterinario		si ☐ no ☒		Celo		si ☐ no ☒		Lactancia		si ☐ no ☒		Ayunas		si ☒ no ☐	
Estado corporal		normal ☒		desnutrido ☐		soberest ☐													

II. Datos del propietario													
Nombre: Rosiris Vagaro								T.I./C.C. 26226541					
Dirección: Vda Pizamal Finca el Grey								Teléfono: 3044420024					
E-mail:								Sisben: SI ☒ NO ☐ Nivel 1 ☐ 2 ☒ 3 ☐					

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 Veterinario.

YO Rosiris Vagaro Identificado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Bella, especie canino ☐ felino ☒ DECLARO, SOLICITO, A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Medico Veterinario **ANDRES LOMBANA TELLEZ TP 22582**, Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBaida, FUNAT**, para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído ,comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía o el post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida , aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento , SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este cometimiento , exoneró civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBaida, FUNAT Y AL M,V,Z ANDRES LOMBANA TELLEZ** ,por las posibles complicaciones ele el desarrollo del procedimiento , incluyendo la muerte , así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos malintencionado de terceros o cualquier acontecimiento que implique fuerza mayor o caso fortuito Autorizo a que se tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas ,educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre , YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA , Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS , PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS , SAPULLIDOS DE LA PIEL , CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO , PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE .YO exoneró a la **FUNDACION NARURALEZA ANIMAL TEBaida Y AL M,V,Z ANDRES LOMBAN TELLEZ** de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad , también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animal ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día ,que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza , edad minimizando los riesgos .que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias intra y postoperatorias .hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han explicado los riesgos de cualquier intervención quirúrgica y lo entiendo a satisfacción de igual manera he recibido infección impresa sobre las recomendaciones a tener en cuenta en el post-operatorio y la formula médica.

Rosiris Vagaro 26226541
FIRMA: DEL DUEÑO / O RESPONDABLE

FECHA



●●●●●
PERMI NOV 10 PMO
SUNAT TENAGA

Registro válido

A3

Fecha de consulta:

17/10/2022

Ficha:

63401556546800005863

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ROSIRIS ROCIO

Apellidos: BAQUERO NEGRETE

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 26226541

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

18/05/2022

Última actualización ciudadano:

18/05/2022

Última actualización via registros administrativos:

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisben del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección:

Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono:

7542444

Correo Electrónico:

sisben@latebaida-quindio.gov.co



REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCIMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 16 MES 9 AÑO 2022

I. Datos de la mascota																			
Nombre		Michi				Sexo: M ☒ H ☐		Jgmdo Pizamal											
Especie		Canino ☐ Felino ☒		raza ☐ Mix ☒		Peso Aprox.													
Edad		12 meses		Color Pardo		Pelaje		Vacunas si ☐ no ☐											
Estado de salud		buena ☒				regular ☐				mala ☐									
Fiebre		si ☐ no ☒		Diarrea		si ☐ no ☒		Vomito		si ☐ no ☒		Inapetencia		si ☐ no ☒		Golpes		si ☐ no ☒	
Heridas		si ☐ no ☒		Tto veterinario		si ☐ no ☒		Celo		si ☐ no ☒		Lactancia		si ☐ no ☒		Ayunas		si ☐ no ☒	
Estado corporal		normal ☒				desnutrido ☐				soberest ☐									

II. Datos del propietario													
Nombre: Benilde Fuentes								T.I./C.C. 2621308					
Dirección: Hda Pizamal Hda Pizamal								Teléfono: 3215536558					
E-mail:								Sisben: SI ☐ NO ☐ Nivel 1 ☒ 2 ☐ 3 ☐					

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.

YO Benilde Fuentes Identificado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Michi, especie canino ☒ felino ☐ DECLARO, SOLICITO, A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Medico Veterinario **ANDRES LOMBANA TELLEZ TP 22582**, Contratado por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBaida, FUNAT, para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído, comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía o el post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida, aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento, SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este cometimiento, exonerar civil y penalmente a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBaida, FUNAT Y AL M,V,Z ANDRES LOMBANA TELLEZ, por las posibles complicaciones ele el desarrollo del procedimiento, incluyendo la muerte, así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos malintencionado de terceros o cualquier acontecimiento que implique fuerza mayor o caso fortuito Autorizo a que se tornen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas, educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre, YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES, SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS, SAPULLIDOS DE LA PIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE. YO exonerar a la FUNDACION NARURALEZA ANIMAL TEBaida Y AL M,V,Z ANDRES LOMBAN TELLEZ de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad, también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animal ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día, que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza, edad minimizando los riesgos. que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias intra y postoperatorias. **hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han explicado los riesgos de cualquier intervención quirúrgica y lo entiendo a satisfacción de igual manera he recibido infección impresa sobre las recomendaciones a tener en cuenta en el post-operatorio y la formula médica.**

FIRMA: DEL DUEÑO / O RESPONSABLE

Benilde 26213086

FECHA



Registro válido

A5

Fecha de consulta:

17/10/2022

Ficha:

63401010547800000059

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: BENILDA TERESA

Apellidos: FUENTES LOZANO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 26213086

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

17/07/2019

Última actualización ciudadano:

17/07/2019

Última actualización via registros administrativos:

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección:

Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono:

7542444

Correo Electrónico:

sisben@latebaida-quindio.gov.co



REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCESAMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 10 MES 9 AÑO 2022

I. Datos de la mascota																			
Nombre		NIKO						Sexo: M ☒ H ☐		Jornada Pizama!									
Especie		Canino ☐ Felino ☒		raza		Mix ☒		Peso Aprox.											
Edad		7 meses		Color		Pelaje		Vacunas si ☐ no ☐											
Estado de salud		buena ☒		regular ☐		mala ☐													
Fiebre		si ☐ no ☒		Diarrea		si ☐ no ☒		Vomito		si ☐ no ☒		Inapetencia		si ☐ no ☒		Golpes		si ☐ no ☒	
Heridas		si ☐ no ☒		Tto veterinario		si ☐ no ☒		Celo		si ☐ no ☒		Lactancia		si ☐ no ☒		Ayunas		si ☐ no ☒	
Estado corporal		normal ☒		desnutrido ☐		soberest ☐													

II. Datos del propietario													
Nombre: Yuri Gonzalez								T.I./C.C. 1003399349					
Dirección: Vda Pizama Hda Pizama								Teléfono: 3043715148					
E-mail:								Sisben: SI ☐ NO ☐ Nivel 1 ☒ 2 ☐ 3 ☐					

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 Veterinario.

YO Yuri Gonzalez Identificado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada _____, especie canino _____ felino ☒ DECLARO, SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Medico Veterinario ANDRES LOMBANA TELLEZ TP 22582, Contratado por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBADA, FUNAT, para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomía bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído ,comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía o el post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida , aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento , SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este cometimiento , exonerar civil y penalmente a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBADA, FUNAT Y AL M,V,Z ANDRES LOMBANA TELLEZ ,por las posibles complicaciones ele el desarrollo del procedimiento , incluyendo la muerte , así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos malintencionado de terceros o cualquier acontecimiento que implique fuerza mayor o caso fortuito Autorizo a que se tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas ,educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre , YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA ,Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS , PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS ,SAPULLIDOS DE LA PIEL , CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO ,PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE .YO exonerar a la FUNDACION NARURALEZA ANIMAL TEBADA Y AL M,V,Z ANDRES LOMBAN TELLEZ de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad , también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animal ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día ,que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza , edad minimizando los riesgos .que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias intra y postoperatorias . hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han explicado los riesgos de cualquier intervención quirúrgica y lo entiendo a satisfacción de igual manera he recibido infección impresa sobre las recomendaciones a tener en cuenta en el post-operatorio y la formula médica.

FIRMA: Yuri Gonzalez polo
DEL DUEÑO / O RESPONSABLE

FECHA

1003399349





REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCESAMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 16 MES 9 AÑO 2022

I. Datos de la mascota															
Nombre		Mia				Sexo: M ☐ H ☒		Jornada Pizamal							
Especie		Canino ☐ Felino ☒		raza ☐ Mix		Peso Aprox.									
Edad		12 meses		Color N/B.		Pelaje		Vacunas si ☐ no ☐							
Estado de salud		buena ☒				regular ☐				mala ☐					
Fiebre		si ☐ no ☒		Diarrea		si ☐ no ☒		Vomito		si ☐ no ☒		Inapetencia		si ☐ no ☒	
Heridas		si ☐ no ☒		Tto veterinario		si ☐ no ☒		Celo		si ☐ no ☒		Lactancia		si ☐ no ☒	
Ayunas		si ☐ no ☒													
Estado corporal		normal ☒				desnutrido ☐				soberest ☐					

II. Datos del propietario	
Nombre: Yuri Gonzalez	
Dirección: Vda Pizamal Hda Pizamal	
E-mail:	
T.I./C.C. 1003399349	
Teléfono: 3043715148	
Sisben: SI ☐ NO ☐ Nivel 1 ☒ 2 ☐ 3 ☐	

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 Veterinario.

YO Yuri Gonzalez Identificado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Mia, especie canino ☒ felino ☐ DECLARO, SOLICITO, A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Medico Veterinario **ANDRES LOMBANA TELLEZ TP 22582**, Contratado por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBaida, FUNAT, para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomía bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído, comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía o el post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida, aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento, SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este cometimiento, exonerar civil y penalmente a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBaida, FUNAT Y AL M,V,Z ANDRES LOMBANA TELLEZ, por las posibles complicaciones ele el desarrollo del procedimiento, incluyendo la muerte, así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos malintencionado de terceros o cualquier acontecimiento que implique fuerza mayor o caso fortuito Autorizo a que se tornen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas, educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre, YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES, SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS, SAPULLIDOS DE LA PIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE. YO exonerar a la FUNDACION NARURALEZA ANIMAL TEBaida Y AL M,V,Z ANDRES LOMBAN TELLEZ de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad, también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animal ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día, que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza, edad minimizando los riesgos. que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias intra y postoperatorias. **hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han explicado los riesgos de cualquier intervención quirúrgica y lo entiendo a satisfacción de igual manera he recibido infección impresa sobre las recomendaciones a tener en cuenta en el post-operatorio y la formula médica.**

FIRMA: Yuri Gonzalez polo
1003399 349

FECHA



Registro válido

C17

Fecha de consulta:

05/10/2022

Ficha:

63401556750400005862

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: YURI MARCELA

Apellidos: GONZALEZ POLO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1003399349

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

18/05/2022

Última actualización ciudadano:

18/05/2022

Última actualización via registros administrativos:

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección:

Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono:

7542444

Correo Electrónico:

sisben@latebaida-quindio.gov.co



REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCIMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 16 MES 9 AÑO 2022

I. Datos de la mascota																			
Nombre				Pito															
Especie				Canino ☒ Felino ☐		Sexo: M ☐ H ☒		raza		Peso Aprox.									
Edad				Color AM		Pelaje		Vacunas si ☐ no ☐		Gato Alcala									
Estado de salud				buena ☐		regular ☐		mala ☐											
Fiebre		si	no	Diarrea		si	no	Vomito		si	no	Inapetencia		si	no	Golpes		si	no
Heridas		si	no	Tto veterinario		si	no	Celo		si	no	Lactancia		si	no	Ayunas		si	no
Estado corporal				normal ☒		desnutrido ☐		soberest ☐											

II. Datos del propietario													
Nombre: MIRIAM E ALZATE								T.I./C.C. 41872451					
Dirección:								Teléfono: 3135030234					
E-mail: AMANECOR CASA #2								Sisben: SI ☐ NO ☐ Nivel 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐					

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 Veterinario.

YO ----- Identificado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada -----, especie canino ----- felino----- DECLARO, SOLICITO, A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Medico Veterinario ANDRES LOMBANA TELLEZ TP 22582, Contratado por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBaida, FUNAT ,para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído ,comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía o el post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida , aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento , SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este cometimiento , exonerar civil y penalmente a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBaida, FUNAT Y AL M,V,Z ANDRES LOMBANA TELLEZ ,por las posibles complicaciones ele el desarrollo del procedimiento , incluyendo la muerte , así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos malintencionado de terceros o cualquier acontecimiento que implique fuerza mayor o caso fortuito Autorizo a que se tornen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas ,educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre , YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA ,Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS , PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS ,SAPULLIDOS DE LA PIEL , CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO ,PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE .YO exonerar a la FUNDACION NARURALEZA ANIMAL TEBaida Y AL M,V,Z ANDRES LOMBAN TELLEZ de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad , también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animal ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día ,que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza , edad minimizando los riesgos .que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias intra y postoperatorias .hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han explicado los riesgos de cualquier intervención quirúrgica y lo entiendo a satisfacción de igual manera he recibido infección impresa sobre las recomendaciones a tener en cuenta en el post-operatorio y la formula médica.

FIRMA: DEL DUEÑO / O RESPONDABLE

FECHA



Registro válido

B5

Fecha de consulta:

05/10/2022

Ficha:

63401010547800000080

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MIRIAM ELENA

Apellidos: ALZATE VEGA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 41872451

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

19/07/2019

Última actualización ciudadano:

19/07/2019

Última actualización vía registros administrativos:

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisben del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección:

Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono:

7542444

Correo Electrónico:

sisben@latebaida-quindio.gov.co

JORNADAS DE BIENESTAR ANIMAL
Y TALLERES DE TENENCIA
RESPONSABLE DE ANIMALES DE
COMPAÑÍA

TENENCIA RESPONSABLE DE ANIMALES DE COMPAÑÍA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PEDACITO DE CIELO

TRANSICIÓN A 02 SEPTIEMBRE



TENENCIA RESPONSABLE DE ANIMALES DE COMPAÑÍA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PEDACITO DE CIELO

PRIMERO A Y B 08 SEPTIEMBRE



TENENCIA RESPONSABLE DE ANIMALES DE COMPAÑÍA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PEDACITO DE CIELO

SEGUNDO A Y B 08 SEPTIEMBRE



TENENCIA RESPONSABLE DE ANIMALES DE COMPAÑÍA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PEDACITO DE CIELO

TERCERO A 08 SEPTIEMBRE



TENENCIA RESPONSABLE DE ANIMALES DE COMPAÑÍA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PEDACITO DE CIELO

CUARTO A, B 08 SEPTIEMBRE



TENENCIA RESPONSABLE DE ANIMALES DE COMPAÑÍA

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PEDACITO DE CIELO

QUINTO A 08 SEPTIEMBRE



TENENCIA RESPONSABLE DE ANIMALES DE COMPAÑÍA

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PEDACITO DE CIELO

PENSAR 3C - 13 SEPTIEMBRE



TENENCIA RESPONSABLE DE ANIMALES DE COMPAÑÍA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PEDACITO DE CIELO

ONCE B - 15 SEPTIEMBRE



TENENCIA RESPONSABLE DE ANIMALES DE COMPAÑÍA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PEDACITO DE CIELO

PENSAR 3B - 20 SEPTIEMBRE





INSTITUCIÓN EDUCATIVA PEDACITO DE CIELO A.U.V.
HUMANISTA, FLEXIBLE Y TRANSFORMADORA

Resolución 0100 del 28 de Noviembre de 2007, Resolución 0081 del 16 de Febrero de 2008 y Resolución 0433 del 14 de Marzo de 2014, Especialidad Media Técnica en Mantenimiento en Electricidad y Electrónica. Modelos Pedagógicos de Educación Flexible: Aceleración, Pensar en Secundaria y Pensar en Media, Técnico en Desarrollo de Operaciones Logísticas en la Cadena de Abastecimiento - DOJCA. Registro DANE 163401000298 NIT. 900.210.027-4

EL SUSCRITO RECTOR DE LA INSTITUCION EDUCATIVA
PEDACITO DE CIELO A.U.V

INFORMA:

Que el señor (a) **LIGIA ASTRID PALACIO RUIZ**, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1.096.035.505, proveniente de la fundación FUNART, participó en las actividades de la quinta feria de estilos de vida saludables, que se desarrolló en nuestra institución, presentando un ciclo de conferencias sobre: tenencia responsable de animales de compañía y de protección.

Dada en La Tebaida Quindío, el 20 de septiembre de 2022

WILMER FABIAN GARCIA LONDONO
Rector

JORNADA DE BIENESTAR ANIMAL
TENENCIA RESPONSABLE DE MASCOTAS

JORNADA DE TENENCIA RESPONSABLE DEMASCOTAS LA TEBAIDA QU			2022	Institución Educativa Reducto de Gelo		
FECHA	HORA	NOMBRE	APELLIDO	DIRECCION	TELEFONO	CANINO FELINO
02/Sep		Cristopher	Alfonso Paro	Transición A		
		Juan Diego	Bermudez Vargas	Transición A		
		Valentina	Correa Vargas	Transición A		
		Jhoan	Quevedo Cebalera	Transición A		
		Matias	Fernandez Ortiz	Transición A		
		Emily	Gambao Yopez	Transición A		
		Nicolay Javier	Garcia Tobor	Transición A		
		Maria José	Garcia Coromano	Transición A		
		Morena	Jimenez Guevara	Transición A		
		Victoria	Lopez Piedrahita	Transición A		
		Ángel Khalid	Marín Marín	Transición A		
		Miguel Emiliano	Narvaes Gonzalez	Transición A		
		Danna Sofier	Osorio Velazquez	Transición A		
		Alejandro	Osorio Jimenez	Transición A		
		Jeremias	Parrá Muñoz	Transición A		
		Celeste	Ramirez Arias	Transición A		
		Salomé	Ramirez Pellico	Transición A		
		Juan Felipe	Ramirez Viveros	Transición A		
		Matias	Pestepo Arellano	Transición A		
		Hernán Nicolas	Rodriguez Vallejo	Transición A		
		Alan	Rojas Correa	Transición A		
		Reishell	Rojas Roque	Transición A		
		Madelineen	Sara Cero	Transición A		
		Jhojan Felipe	Sanchez Gomez	Transición A		

12

JORNADA DE BIENESTAR ANIMAL)
TENENCIA RESPONSABLE DE MASCOTAS

JORNADA DE TENENCIA RESPONSABLE DEMASCOTAS LA TEBADA QU			2022	Institución Educativa		
FECHA	HORA	NOMBRE	APELLIDO	DIRECCION	TELEFONO	FELINO
02/sep		Emmanuel	Sanchez Guerrero	Transición A		
		Juan Camilo	Uribe Rivera	Transición A		
		Motias	Uribe Taborda	Transición A		
08/sep		Danno	Agudelo	Primero A		
		Samuel	Alvarez	Primero A		
		Valeria	Alvarez	Primero A		
		Jhoan	Arias	Primero A		
		Sergio	Bermudez	Primero A		
		Veronica	Blanco	Primero A		
		Jerónimo	Beltrán	Primero A		
		Sebastian	Brito	Primero A		
		Sebastian	Camacho	Primero A		
		Valery	Cardona	Primero A		
		Valeria	Carmona	Primero A		
		Luis Felipe	Colorado	Primero A		
		Maria José	Corrales	Primero A		
		Ricardo	Figueroa	Primero A		
		Sara	Figueroa	Primero A		
		Luis Jimmy	Fuentes	Primero A		
		Michael	García	Primero A		
		Sahara	Gonzalez	Primero A		
		Sebastian	Montoya	Primero A		
		Juan David	Noguera	Primero A		

JORNADA DE BIENESTAR ANIMAL)
TENENCIA RESPONSABLE DE MASCOTAS

JORNADA DE TENENCIA RESPONSABLE DE MASCOTAS LA TEBAIDA QU				2022	Institución Educativa Reducto de Gelo		
FECHA	HORA	NOMBRE	APELLIDO	DIRECCION	TELEFONO	CANINO	FELINO
08/Sep		Salomé	Quiruga	Primero A			
		Leandro	Pestepo	Primero A			
		Sther	Rodriguez	Primero A			
		Ramón	Suñiga	Primero A			
		Yamara	Tapasco	Primero A			
		Maria Lucia	Torres	Primero A			
		Tatiana	Trujillo	Primero A			
		Miguel	Torama	Primero A			
08/sep		Roximar	Enceno	Primero B			
		Diego Alejandro	Araujo	Primero B			
		Sara	Arboleda	Primero B			
		Salomé	Cabrera	Primero B			
		Juan Pablo	Gonzaga	Primero B			
		Dylan	Cardero	Primero B			
		Alan	Dzo	Primero B			
		Samuel	Echeverry	Primero B			
		Shant	Fisral	Primero B			
		Motias	Gallego	Primero B			
		Deivan	Rojas	Primero B			
		Hedy	Sanchez	Primero B			
		Jos Felipe	Serna	Primero B			
		Juan Pablo	Suazo	Primero B			
		Naidelyn	Vilencia	Primero B			

.....



JORNADA DE BIENESTAR ANIMAL)
 TENENCIA RESPONSABLE DE MASCOTAS

JORNADA DE TENENCIA RESPONSABLE DEMASCOTAS LA TEBADA QU										2022	Instalación Educativa		Dedicado de Cielo	
FECHA	HORA	NOMBRE	APELLIDO	DIRECCION	TELEFONO	CANINO	FELINO							
08/sep		Martias	Champo	Segundo B										
		Samuel	Pamplana	Segundo B										
		Dilan	Ramirez	Segundo B										
08/sep		Nikol	Ands	Tercero A										
		Javier	Atesta	Tercero A										
		Dalle Maria	Betancor	Tercero A										
		Samuel Camilo	Camargo	Tercero A										
		Jerónimo	Cardenas	Tercero A										
		Nicolas	Conapel	Tercero A										
		Miguel Ángel	Dica	Tercero A										
		Adison	Derango	Tercero A										
		Torlan	Escobar	Tercero A										
		Salomé	Gambaa	Tercero A										
		Isana	Vinasco	Tercero A										
		Sofier	Vinasco	Tercero A										
08/sep		Tatiana	Aguirre	Cuarto A										
		Nikol	Bautista	Cuarto A										
		Samanta	Bedoya	Cuarto A										
		Thostin	Benjumea	Cuarto A										
		Martias	Calbiero	Cuarto A										
		Cristel	Carbora	Cuarto A										
		Luis	Chamuelan	Cuarto A										

JORNADA DE BIENESTAR ANIMAL
TENENCIA RESPONSABLE DE MASCOTAS

Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	2022	Columna 6	Columna 7	Columna 8
FECHA	HORA	NOMBRE	APELLIDO	DIRECCION		TELEFONO	CANINO	FELINO
08/Sep		Jhoan Camilo	Duranjo	Cuarto A				
		Ara Sofia	Echeverry	Cuarto A				
		Mishell	Jimenez	Cuarto A				
		Camila	Sosa	Cuarto A				
		Santiago	Tibaquirra	Cuarto A				
		Melissa	Valencia	Cuarto A				
		Diego Alejandro	Vargas	Cuarto A				
		Isabella	Zapata	Cuarto A				
08/Sep		Esmeralda	Acosta	Cuarto B				
		Jose	Aguirre	Cuarto B				
		Samuel	Arango	Cuarto B				
		Carla Sofia	Beltranes	Cuarto B				
		Harold	Blanco	Cuarto B				
		Justin	Bonero	Cuarto B				
		Edgar	Carrillo	Cuarto B				
		Univiera	Cordero	Cuarto B				
		Barron	Giraldo	Cuarto B				
		Jeimmy	Gomez	Cuarto B				
		Maria Alejandra	Salazar	Cuarto B				
		Giuliana	Sanchez	Cuarto B				
		Edier	Torres	Cuarto B				
		Adriana	Tovar	Cuarto B				
		Lesly	Tassara	Cuarto B				

JORNADA DE BIENESTAR ANIMAL

Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Columna 6	Columna 7	Columna 8
JORNADA DE TENENCIA RESPONSABLE DEMASCOTAS LA TEBAIDA QU				2022	Institución Educativa Roberto de Celis	CANINO	FELINO
FECHA	HORA	NOMBRE	APELLIDO	DIRECCION	TELEFONO		
08/Sep		Marcos Alejandro	Gonzalez	Quinto A			
		Maximiliano	Lopez	Quinto A			
		Omar Esteban	Mahecha	Quinto A			
		Sara	Martinez	Quinto A			
		Bianca	Melean	Quinto A			
		Erika	Paguetan	Quinto A			
		Anthes	Palacios	Quinto A			
		Jacobo	Perez	Quinto A			
		Salomé	Pontecorero	Quinto A			
		Matos	Ramirez	Quinto A			
		Ton	Lopez	Quinto A			
		Andres	Morales	Quinto A			
		Guadalupe	Marin	Quinto A			
		Maria Fernanda	Munib	Quinto A			
		Juan Carlos	Núñez	Quinto A			
		Iheandrus	Perez	Quinto A			
		Alcira	Rivas	Quinto A			
		Xerany	Sobriano	Quinto A			
		Melany	Tabares	Quinto A			
		Simmanuel	Toro	Quinto A			
		Justin	Toro	Quinto A			

JORNADA DE BIENESTAR ANIMAL

[illegible]

JORNADA DE BIENESTAR ANIMAL

[illegible]

INFORME MES DE SEPTIEMBRE 2022

FOTOS





EMDEPSA

EMPRESA DE DESHECHOS SANEAMIENTO S.A.S.E.S.P

Documento No. : 250011 Cra 10 #17-55 Edificio Torre Central
Fecha Expedición: 6/10/2022 EDIFICIO TORRE CENTRAL
Fecha de Vencimiento: 5/11/2022 PBX 3470467
Hora Expedición: 3:52:43 p. m. PEREIRA RISARALDA

Regimen Comun Nit : 816004244-9 Referencia pago: 5012990000213109

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
Periodo Prestacion de servicios: 1/09/2022 Hasta 30/09/2022 Residuos Hospitalarios
Tipo de Impresión: ORIGINAL

Descripcion	Tratamiento	Unidad	Cantidad	Total
Y1 - Desechos clinicos resultantes de la atencion medica prestada en hospitales,	Incineracion	Kilogramo	63,10	\$ 139.971,00

Segun Manifiestos (RHPS)
TP179-0019890, TP179-0020498,

Observaciones

CIENTO TREINTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS SETENTA Y UN PESOS M/CTE *****	Iva	\$ 0.00
	Total	\$ 139.971,00
	Retención 4%	\$ 0.00
	Valor a Pagar	\$ 139.971,00

Esta documento 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 del documento se cuentan con diez días hábiles para cualquier reclamacion.

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

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

Páguese únicamente en Banco de Bogotá cuenta de ahorros número 633084157



(415)0000000053564(8020)5012990000213109(3900)0000139971(96)20221105

Cliente: FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA
NIT: 900643661-2 Documento No. : 250011 VALOR A PAGAR
Direccion: CRA 5 CL 22 CONTIGUO A LA ANTIGUA CARCEL Fecha de Vencimiento: 5/11/2022 \$ 139.971,00

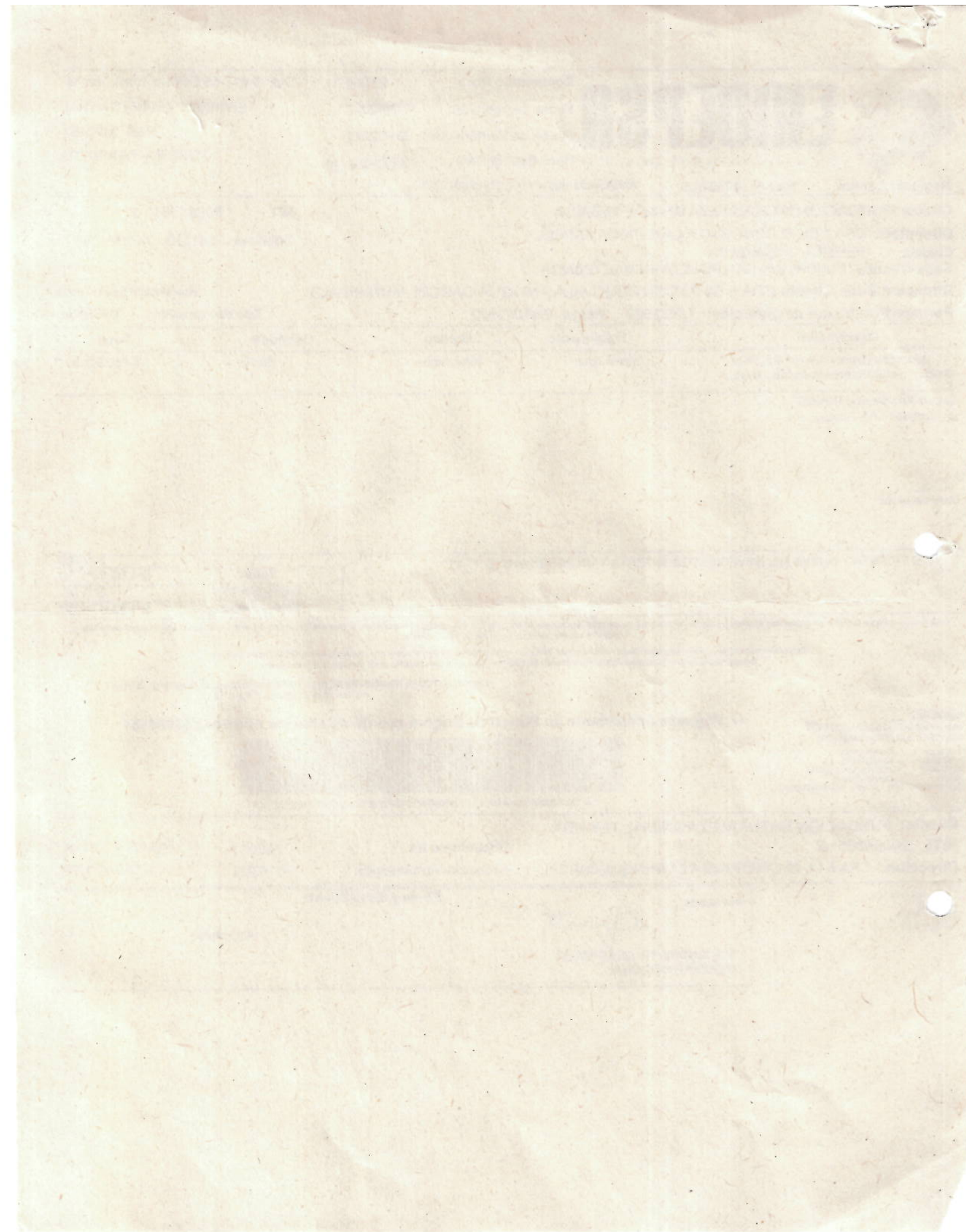
Servicios Globales
SOLUSINCO

Aprobado

ALEJANDRO TRUJILLO MEJIA
GERENTE REGIONAL

Firma y Sello Cliente

Aceptado



INFORME MES DE SEPTIEMBRE 2022

FOTOS DE ADOPCION



INFORME MES DE SEPTIEMBRE 2022
FOTOS DE ADOPCION





CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL



LA TEBaida 2022

CONVENIO DE ADOPCION

No

FECHA

2022/09/09

DATOS DEL ADOPTANTE					
s:NOMBRE		APELLIDO		C.C.	
		Yhorstven Gomez		4.09603235	
Dirección:		Barrio		3113136514	
Tel. fijo		Cel.		Adulto () Cachorro (X)	
Especie:		Canino () Felino ()		Sexo: H () M ()	
Raza:		Color:		Edad:	
Características particulares				Carnet de vacunación	
Estado de salud:				SI () NO (X)	
Estado corporal		Normal (X)		Desnutrido () Sobrepeso ()	
Procedencia de la mascota		Callejera ()		abandonada () Con dueño ()	

Yo, Yhorstven Gomez, identificado(a) con C.C. 109603235, 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:

Yhorstven Gomez
Firma y C.C. 109603235

Chris Ely Palacio
Responsable del informe



CONVENIO DE ADOPCION

No

FECHA

28-sep/22

DATOS DEL ADOPTANTE					
s:NOMBRE		APELLIDO		C.C.	
Sandra Varga		Mt 1 #6		26607229	
Dirección:		Barrio		Adulto () Cachorro ()	
Tel. fijo		ANAPOLINGA		Cel. 316746222	
Especie:		Canino () Felino ()		Sexo: H () M ()	
Raza:		Color: B/negro		Edad: 2 m	
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, Sandra Varga, 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 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:

Firma y C.C. 26607229

Responsable del informe



$$\begin{array}{r} 2050 \\ 2. \quad 1300 \\ \hline 3450 \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 1800 \\ 1600 \\ 1300 \\ 1300 \end{array}$$

$$450 = 6-10$$



CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE
MUNICIPAL
LA TEBaida 2022



DATOS DEL ADOPTANTE						29-sep/2022	
Nombres y apellidos:				Yineith Gutierrez		C.C. 1097729507	
Dirección:		Barrio					
MI # 5		La hacienda					
Tel. fijo				Cel. 3126832416			
				Adulto ()		Cachorro ☒	
Nombre de la mascota entregada en adopción:							
Especie:		Canino ()		Felino (☒)		Sexo:	
						H () M (☒)	
Raza:		Color:		Edad:			
criollo		tigreado		2 meses			
Características particulares						Carnet de vacunación	
						SI () NO ()	
Estado de salud:				Peso:			
Estado corporal		Normal ☒		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 MALTRATARE, 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 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)

Cortar por la línea-----

Favor presentar este certificado N° con el fin de programarle la esterilización para el mes de enejo del año 201__, el día se le asignara de acuerdo a la disponibilidad presupuestal y de programación

Yineith Gutierrez 1097729507





CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE
MUNICIPAL
LA TEBaida 2022



02-sep-2022

DATOS DEL ADOPTANTE					
Nombres y apellidos:		Karen castro tejillo		C.C. 1005098488	
Dirección:		Barrio Buena Tebaida 1.			
M27 #8				Tel. fijo	
				Cel. 3108331183	
				Adulto () Cachorro (X)	
Nombre de la mascota entregada en adopción:					
Especie:	Canino ()	Felino (X)	Sexo:	H (X)	M ()
Raza:	cuculo		Color:	blanco con cafe	
			Edad:	1 mes	
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 ()	

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 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)

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



Karen castro tejillo
1005098488



CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE
MUNICIPAL



LA TEBaida 2022

DATOS DEL ADOPTANTE					
Nombres y apellidos:		See/2/2022			
Dirección:		Barrio			
Tel. fijo		Cel.			
DATOS DE LA MASCOTA ADOPTADA:		Adulto () Cachorro ()			
Especie:	Canino ()	Felino (X)	Sexo:	H ()	M (X)
Raza:	Color:		Edad:		
Características particulares			Carnet de vacunación		
Estado de salud:		Peso:			
Estado corporal	Normal (X)	Desnutrido ()	Sobrepeso ()		
Procedencia de la mascota	Callejera ()	abandonada ()	Con dueño ()		

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 MALTRATARE, 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 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)



X Luz Meme
1094952457

PAula A m

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





CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL



LA TEBaida 2022

CONVENIO DE ADOPCION

No

FECHA

4/5/2022

DATOS DEL ADOPTANTE			
NOMBRE		APELLIDO	
Lerner S		Pino	
C.C.		9002228148	
M739-41 Mt		3145873525	
Dirección:		Barrio	
Tel. fijo		Cel.	
Especie:		Sexo:	
Canino ()		H (X) M ()	
Raza:		Edad:	
		2 meses	
Características particulares		Carnet de vacunación	
		SI () NO ()	
Estado de salud:		Peso:	
Estado corporal		Normal ()	
		Desnutrido ()	
Procedencia de la mascota		Callejera ()	
		abandonada ()	
		Con dueño ()	

Yo, Lerner S Pino, identificado(a) con C.C. 9002228148, 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:

Lerner Steven Pino
Firma y C.C. 9002228148

Paula Muñoz
Responsable del informe





CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL



LA TEBaida 2022

CONVENIO DE ADOPCION

No

FECHA 4-SEP/22

DATOS DEL ADOPTANTE					
NOMBRE		APELLIDO		C.C.	
Gonzalo		Ramirez		2-1167513	
Dirección:		Barrio		Adulto () Cachorro (X)	
		3227524994			
Tel. fijo		Cel.			
Especie:		Canino (X)		Sexo: H () M ()	
Raza:		Color:		Edad: 2 m	
Características particulares				Carnet de vacunación	
				SI () NO (X)	
Estado de salud:		Peso:			
Estado corporal		Normal (X)		Desnutrido () Sobrepeso ()	
Procedencia de la mascota		Callejera ()		abandonada () Con dueño ()	

Yo, Gonzalo Ramirez identificado(a) con C.C. 2-1167513, 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:

Gonzalo Ramirez B
Firma y C.C.
2-1167513

Paula Muñoz
Responsable del informe





CONVENIO DE ADOPCION

No

FECHA

15 04 2022

DATOS DEL ADOPTANTE					
NOMBRE		APELLIDO		C.C.	
Pablo Andres		Gonzalez		70909674	
Dirección:		Barrio		Adulto () Cachorro ()	
		Centro			
Tel. fijo				Cel.	
				3225984689	
Especie:		Canino () Felino ()		Sexo: H () M ()	
Raza:		Color:		Edad:	
		Negra		3 MESES	
Características particulares				Carnet de vacunación	
				SI () NO ()	
Estado de salud:				Peso:	
Estado corporal		Normal ()		Desnutrido ()	
				Sobrepeso ()	
Procedencia de la mascota		Callejera ()		abandonada ()	
				Con dueño ()	

Yo, Pablo Andres Gonzalez identificado(a) con C.C. 70909674, 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:

Pablo Andres Gonzalez
Firma y C.C.

Gloria Palacio
Responsable del informe





73 09 2022

DATOS DEL ADOPTANTE					
Nombres y apellidos:			C.C.		
Dirección:			723 259 88 63		
Tel. fijo			Cel. 320 744 05 47		
DATOS DE LA MASCOTA ADOPTADA:					
Nombre de la mascota entregada en adopción:					
Especie:	Canino ()	Felino ()	Sexo:	H ()	M ()
Raza:	Color: Bl negro		Edad: 4 meses		
Características particulares		Carnet de vacunación SI () NO ()			
Estado de salud:			Peso:		
Estado corporal		Normal ()	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 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)



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





CONVENIO DE ADOPCION

No

FECHA 17 09 2022

DATOS DEL ADOPTANTE					
s: NOMBRE		APELLIDO		C.C.	
J. ANTONIO		ALVAREZ PIEDRAHETA		X 71579812	
Dirección:		Barrio		Adulto () Cachorro ()	
STO CECILIA		LA POPA			
Tel. fijo		Cel.			
Especie:		Canino () Felino ()		Sexo: H () M ()	
Raza:		Color:		Edad:	
Características particulares				Carnet de vacunación	
				SI () NO ()	
Estado de salud:				Peso:	
Estado corporal		Normal ()		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 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:



Firma C.C. 71579812

Responsable del informe





CONVENIO DE ADOPCION

No

FECHA 19-sep-2022

DATOS DEL ADOPTANTE					
s: NOMBRE Lucia		APELLIDO Betancourt		C.C. 1096032295	
Dirección: Cra 5		Barrio Monterrey		Adulto () Cachorro (X)	
Tel. fijo				Cel. 3218615821	
Especie:		Canino () Felino (X)		Sexo: H (X) M ()	
Raza: Chihuahua		Color: Pardito		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, Lucia Betancourt, identificado(a) con C.C. 1096032295, 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:

Lucia Betancourt
Firma y C.C.

Paula Muñoz
Responsable del informe





CONVENIO DE ADOPCION

No

FECHA

16 - sep - 2022

DATOS DEL ADOPTANTE					
s:NOMBRE Angie		APELLIDO Acosta		C.C. 1030664300	
Dirección: C/ 5 # 9 53 PISO 1		Barrio		Adulto () Cachorro ()	
Tel. fijo		Cel. 3212394640			
Especie:	Canino ()	Felino (X)	Sexo:	H (X)	M ()
Raza:	Cruce		Color:	gris	
Edad:			2 meses		
Características particulares			Carnet de vacunación		
			SI () NO ()		
Estado de salud:			Peso:		
Estado corporal		Normal ()	Desnutrido ()	Sobrepeso ()	
Procedencia de la mascota		Callejera ()	abandonada ()	Con dueño ()	

Yo, ANGIE LORENA PERDOMO A., identificado(a) con C.C. 1030.664.300, 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:

Firma y C.C. 1030.664.300

Responsable del informe



DATOS DEL ADOPTANTE			
Nombres y apellidos:		Marian Sanchez C.C. 1095208004	
Dirección:	Barrio	f/ Pto Arriba U. el CMCO	
Tel. fijo		Cel.	3148319280
DATOS DE LA MASCOTA ADOPTADA:		Adulto ()	Cachorro ☒
Nombre de la mascota entregada en adopción:			
Especie:	Canino ()	Felino ☒	Sexo: H ☒ M ()
Raza:	Color:	Edad:	2m
Características particulares			Carnet de vacunación SI () NO ()
Estado de salud:		Peso:	
Estado corporal	Normal ☒	Desnutrido ()	Sobrepeso ()
Procedencia de la mascota	Callejera ()	abandonada ()	Con dueño ()

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 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)



X Mariana Sanchez

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



THE HISTORY OF

THE

THE

THE

THE

THE

THE

THE

THE

INFORME MES DE SEPTIEMBRE 2022

FOTOS



INFORME MES DE SEPTIEMBRE 2022

FOTOS



NOMBRES	APELLIDOS	D.C. IDENTIDAD	DIRECCION	TELEFONO	CANINO	FELINO	NOMBRE OFE
2	Arceza	Rodriguez					
1	DANON S	Garcia	1193122 245				
2	Gilberto	Sanchez	4344736				
3	Enrique	Gonzalez	41870241				
4	Melinda	Alarce	41735559				
5	Fuente	Alarce	101011151				
6	LIAN	Alarce	18398505				
7	James	Padilla	1003250612				
8	Jose	Osuna	15562123				
9	Jose B	Garcia	22198296				
10	Alexander	Davis	1094879177				
11	Ricardo	Gomez	79256464				
12	Angel	Arena	1097033877				
13	Maria	Morales	24477339				
14	María Milene	Lozano	28793634				
15	Juan	Lopez	3546248				
16	Diana	Escobar	10964281224				
17							
18							
19							
20							
21							
22							

NOMBRES	APELLIDOS	DOC. IDENTIDAD	DIRECCION	TELEFONO	CANINO	FELINO	GRADO COLEGIO
Forlan	Daza	1005098276	mercado	3147673501	1		9º grado
Julia	Damier	1015182312	0111 Agta 5-17	3237948498	1		1º grado
Jose	Diveser	1053228702	Ht # mt 16-5	3223918760	1		mt
Hugo	Soto	1095208691	Ht # 35-5	3005116398	1		Belle
maric	gualdo	1193579355	Cm 10-14A	21.3156438222	1		Dalta
melida	Alvare	41935152	Ht # me3-1	3195996766	1		L'ca
Jose +	Debina	17637648	VA papa	3175487021	1		Checho
Camilo	torres	1092726341	Agta mt 2-16	3162349993	1		Loco
ANA L	Carzonca	24497486	Ht #1 mt 40-11	3146189537	1		CHeta
Forlan	Daza	10-5098276	mercado				parquero
Jose Die	Chavez	10960391198	Cmitales	310599820	1		Kjarrs
Margaran	Bondor	41870378	Alcorno beer	3234502478	1		Kjarrs
Gara y	Ovaco	109689703	Ht # 2 46-6	314533533	1		Rocke
Camel y	Francu	1096632230	Ossaje	3128184681	1		L Double
Pagelo	Chozco	1088104002	Ht #1 mt 2-11	3007249129	1		Lulu
Jaime	Agamillo	42730963	mae calle 3-5	3128128424	1		pelota
Genks	Quiz	1096036024	Cm 4 mt 3-24	3100222646	1		mta
Ana	Munilo	34658583	Cm 46 5-5+	3053013430	1		niño
Lina m	Hizalga	1096040488	Gabriel mt 4-8	3007165057	1		mercado
Luis b	Car...	18371889	Guyacans 2	3106263899	1		loby 1
Norma	Chavez	24498307	Chender mt 2-2	3234680448	1		tom
Cristian	priza	41917705	oson mt 2-6	3205966170	4		8 años
							(16)