



La tebaida, 09 Noviembre del 2022

DR

JHONATHAN GUALDRON SALAZAR

SECRETARIO DE GOBIERNO

LA TEBAIDA, QUINDIO.

ASUNTO: ENTREGA INFORME MES DE NOVIEMBRE DEL 2022

Cordial saludo por medio de la presente hacemos entrega del informe de actividades realizadas en el **COSO MUNICIPAL DE LA TEBAIDA**, Según convenio Por asociación 02 entre LA ALCALDIA MUNICIPAL Y LA FUNDACION FUNAT TEBAIDA.

Para llevar los siguientes programas y actividades.

ADMINISTRACION ALBERGUE MUNIICPA L DE LA TEBAIDA

PROGRAMAS DE ADOPCION

JORNADA DE BIENESTAR ANIMAL EN LOS BARRIOS DE LA TEBAIDA PARA ESTRATOS 1,2

CONFERENCIAS TENENCIAS DE MASCOTAS

PROGRAMAS DE ESTERILIZACION PARA LA TEBAIDA.

Atentamente.

Lorena Rojas.

FUNAT.

ALCALDÍA LA TEBAIDA Q.
CORRESPONDENCIA RECIBIDA
HERNÁN ARREDONDO I.
C.C. 9.807.235
DIA 09 MES 12 AÑO 2022

SECRETARIA DE GOBIERNO
LA TEBAIDA - QUINDIO
Fecha: 13 NOV 2022
Hora: 9:15 AM
Recibido por: Molanda B

[illegible][illegible][illegible]



La tebaida OCTUBRE 18 2022

DR
JHONATHANN CUALDRON SALAZAR
SECRETARIO DE GOBIERNO
LA TEBAIDA, QUINDIO.

ASUNTO : ENTREGA DE INFORMES MES DE NOVIEMBRE 2022

ACTIVIDADES REALIZADAS ALBERGUE MUNICIPAL DE LATEBAIDA
SEGÚN CONVENIO ENTRE LA ADMINISTRACION MUNICIPAL Y FUNAT
AÑO 2022

ESTERILIZACIONES FUNAT	60 EN TOTAL
EUTANACIAS	03
ADOPCIONES MES DE SEP 2022	12
CONSULTAS y DESPARACITACIONES CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL DE LA TEBAIDA	51
INGRESOS ALBERGUE LA TEBAIDA	14
ANIMALES RESIDENTE NOVI	93

ATENTAMENTE.


LORENA ROJAS.
Funat.

GASTOS MES DE NOVIEMBRE

ALBERGUE

MUNICIPAL DE LA TEBAIDA



R.L

Tambien se sigue en la actividades diarias en el ALBERGUE MUNICIPAL, En el ciudad diarios de los animales residentes en el coso municipal.

Cuenta con un servicio de Medico Veterinario Y Auxiliar de Veterinaria en horas de la mañana , el cual se encarga de el bienestar medico de los animales residentes y sus tratamientos.

Tenemos el programa de **BIENESTAR ANIMAL**, Donde se hacen consultas a los estratos 1,2, del municipio, **EMERGENCIAS Y TRATAMIENTOS** . todo fielmente documentado.

Los animales se alimentan dos veces al dia a base de concentrado, los enfermos cachorros y mamas gestantes y lactantes se les da una comida a base de higados y mollejas según recomendación veterinaria.

Los modulos se asean dos veces al dia con jabon e hipoclorito y un enjuague con especifico.

Estos se fumiga con AMITRAX Para evitar la propagacion de garrapatas pulgas y acaros , tenemos contrato de control de plagas con JUAN CONTROL EMPRESA CERTIFICADA la cual viene 4 veces al año .

Se recojen las heces constantemente y se entierran esparciendole CAL

Tenemos un programa de ADOPCION, con la gente del municipio para que los animlaes residentes del **ALBERGUE MUNICIPAL**, roten y tengan la oportunidad de un HOGAR.

Se cuenta con personal de SERVICIOS GENERALES los cuales son los encargados de el mantenimiento en optimas condiciones todas las areas .

Se trabaja en conjunto con LA UNIVERSIDAD VON HUMBOLDT ,los estudiantes vienen y hacen sus practicas con nuestros peludos , superividades por un profesor en todo momento,

Se trabaja con la POLICIA AMBIENTAL E INSPECCION DE POLICIA DEL MUNICIPIO En casos de maltrato animal emergencias e incautacion de fauna silvestre o EQUINOS.

CEDEC Nos envia sus estudiantes de Auxiliar de Veterinaria para que hagan las pasantias con nosotros.

EXISTE UN CONTRATO CON LA EMPRESA EMDEPSA PARA LA RECOLECCION DE RESIDUOS BIOLOGICOS .

lectro
c
c
a
a
m
m
m
a
m
m
m
m
m
m
m
c
m
c
c
m
m
c
m
m
m
c
c
m
m
m
m
m
m

FOTOS MES DE NOVIEMBRE



CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL

LA TEBaida 2022



CONVENIO DE ADOPCION

No

FECHA 25-NOV-2022

DATOS DEL ADOPTANTE			
s: NOMBRE	APELLIDO	C.C.	
maria victoria	londono	1096040983	
Dirección:	Barrio	Adulto ()	Cachorro (X)
M36 #19	Nuevotekabob.		
Tel. fijo	Cel.		
Especie:	Canino ()	Felino (X)	Sexo: H () M ()
Raza:	Color:	Edad:	
crillo	blanco con gris	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 ()

Yo, maria victoria londono, identificado(a) con C.C. 1096040983, 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

El adoptado no será en ningún caso golpeado, maltratado, humillado, abandonado ni regalado

- 5.
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:

maria victoria
Firma y C.C. 1096040983

Faela Mendoza
Responsable del informe



9 Gatos
4 Perros
13 Inyectados

1 gato



ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBADA
REFUGIO MUNICIPAL/FUNAT 2022



REGISTRO DE INGRESO / SALIDA ()

Fecha de Ingreso: 17 de NOV - 2022	Fecha de Salida:
Hora: 10:30 AM	Hora:

1. Persona natural/jurídica quien deja el animal a disposición del Coso Municipal/FUNAT Tebaida:

Propietario: ☐

Responsable ☒

Nombre: Maria Aleida

Apellidos:

Castañeda

Documento de identificación:

Tipo:

Cedula

Número:

1097721410

Dirección de residencia: B/Villa Maria MA casa 2.

Teléfono fijo:

Teléfono celular: 314784127

Correo electrónico:

3128338988

2. Motivos por los cuales se deja el animal a disposición del Albergue Municipal/FUNAT Tebaida.

CANINO/ ()

FELINO (X)

HEMBRA (X) MACHO ()

ESTADO CORPORAL B() M() R (X)

3. Con el fin de evidenciar el estado de salud en general del animal este formato se acompañará de un registro de Historia Clínica. Anexo

4. Observaciones a tener en cuenta:

estado corporal mal pasar al veterinario

5. Funcionario quien recibe el Animal

Nombre y Apellidos: Paula

Documento de identificación:

Tipo:

Cedula

Número: 1001380400

Nombre: Mariana Arcevia Castañeda C.	FIRMA DE LA PERSONA QUE ENTREGA
CC No. 1097721410	
Firma de Persona quien deja a Disposición	



ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBaida QUINDIO

REGISTRO DE INGRESO DE ANIMALES / 2022

FECHA DE INGRESO 17/01/2022

FECHA DE SALIDA

ANIMAL EXTERNO	
ABANDONADO	CALLEJERO
ESPECIE	CANINO
FELINO	X
ADULTO:	
CACHORRO	3
URGENCIA	RESCATE
ESTADO DE SALUD	BUENA
MALA	REGULAR

PERSONA RESPONSABLE DE INGRESAR EL ANIMAL

NOMBRE ABANDONADO en la puerta

DIRECCION del albergue c.c.

TELEFONO

MOTIVOS POR LOS CUALES DEJA EL ANIMAL A DISPOSICION DEL ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBaida/ FUNAT TEBaida -

3 Gatos en buen estado
F. Ocho

EL ANIMAL SERA INGRESADO PARA SER ATENDIDO PARA

observaciones de funcionarios COSO MUNICIPAL DE LA TEBaida

Se ingresan en adopcion

-Con el fin de evidenciar el estado corporal de estado de salud del animal este formato será parte de registro de Historia Clínica del Animal en caso de requerirse.

FUNCIONARIO QUE RECIBE

C.C. 2846821
Firma Gloria Espalaco

DUEÑO /PERSONA RESPONSABLE

C.C.
firma



3 Gatos

ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA QUINDIO

REGISTRO DE INGRESO DE ANIMALES / 2022

FECHA DE INGRESO 15/11/2022

FECHA DE SALIDA _____

ANIMAL EXTERNO	☒
ABANDONADO	☒
CALLEJERO	_____
ESPECIE CANINO	_____
FELINO	☒
ADULTO:	_____
CACHORRO	☒
URGENCIA	_____
RESCATE	_____
ESTADO DE SALUD	☒
BUENA	_____
REGULAR	_____
MALA	_____

PERSONA RESPONSABLE DE INGRESAR EL ANIMAL

NOMBRE Claudia fernandez Caza
DIRECCION Cra 9a. - c.c. 41 812 390
TELEFONO 320 878 4041

MOTIVOS POR LOS CUALES DEJA EL ANIMAL A DISPOSICION DEL ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA/ FUNAT TEBAIDA -

Se la sacó de una casa y
de la que tenía la teta
recibida, no le gusta los gatos

EL ANIMAL SERA INGRESADO PARA SER ATENDIDO PARA

observaciones de funcionarios COSO MUNICIPAL DE LA TEBAIDA

Se pida y se poner en
adopción / la señora fue mi gresca

-Con el fin de evidenciar el estado corporal de estado de salud del animal este formato será parte de registro de Historia Clínica del Animal en caso de requerirse.

FUNCIONARIO QUE RECIBE

c.c. Clara E PALACIO
Firma 28.420.01

DUEÑO /PERSONA RESPONSABLE

c.c. _____
firma Claudia fernandez



ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBaida QUINDIO

REGISTRO DE INGRESO DE ANIMALES / 2022

FECHA DE INGRESO 08/11 2022

FECHA DE SALIDA _____

ANIMAL EXTERNO	_____
ABANDONADO	_____ CALLEJERO _____
ESPECIE	CANINO <u>X</u>
FELINO	_____ ADULTO: <u>X</u> CACHORRO _____
URGENCIA	RESCATE
ESTADO DE SALUD	BUENA REGULAR
MALA	

PERSONA RESPONSABLE DE INGRESAR EL ANIMAL

NOMBRE Aeropuerto de Armenia

DIRECCION Local Aeropuerto

TELEFONO 3147335889

MOTIVOS POR LOS CUALES DEJA EL ANIMAL A DISPOSICION DEL ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBaida/ FUNAT TEBaida -

Aparecio en la pista del Aeropuerto de Armenia, lo traen al albergue

EL ANIMAL SERA INGRESADO PARA SER ATENDIDO PARA

observaciones de funcionarios COSO MUNICIPAL DE LA TEBaida

Se Esteriliza y se pasa a una perra, se pone en Adopción

-Con el fin de evidenciar el estado corporal de estado de salud del animal este formato será parte de registro de Historia Clínica del Animal en caso de requerirse.

FUNCIONARIO QUE RECIBE

C.C

Firma _____

DUEÑO /PERSONA RESPONSABLE

C.C

firma _____





ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBaida QUINDIO

REGISTRO DE INGRESO DE ANIMALES / 2022

FECHA DE INGRESO 08-11-2022

FECHA DE SALIDA _____

ANIMAL EXTERNO _____	
ABANDONADO <u>X</u>	CALLEJERO _____
ESPECIE CANINO <u>X</u>	
FELINO _____	ADULTO: _____
CACHORRO <u>1</u>	
URGENCIA	RESCATE <u>Blanca / negro</u>
ESTADO DE SALUD	REGULAR
MALA	<u>BUENA</u>

PERSONA RESPONSABLE DE INGRESAR EL ANIMAL

NOMBRE perita BB. Abandonada

DIRECCION en la puerta c.c.

TELEFONO _____

MOTIVOS POR LOS CUALES DEJA EL ANIMAL A DISPOSICION DEL ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBaida/ FUNAT TEBaida -

Dejada en la puerta del albergue
con diarrea y mal estado

EL ANIMAL SERA INGRESADO PARA SER ATENDIDO PARA

observaciones de funcionarios COSO MUNICIPAL DE LA TEBaida

Se pasa al veterinario para
tratamiento, esta enferma

-Con el fin de evidenciar el estado corporal de estado de salud del animal este formato será parte de registro de Historia Clínica del Animal en caso de requerirse.

FUNCIONARIO QUE RECIBE

c.c. paula moro

Firma

DUEÑO /PERSONA RESPONSABLE

c.c.

firma

Pello





CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL



LA TEBaida 2022

2 Noviembre 2022

DATOS DEL ADOPTANTE					
Nombres y apellidos:			Leidy Yadiya Guapacha Erre		C.C. 1059707236
Dirección:		Barrio Nueva Tebaida		Manzana 43 #10	
Tel. fijo				Cel.	
DATOS DE LA MASCOTA ADOPTADA:					
			Adulto ()		Cachorro (X)
Especie:	Canino (X)	Felino ()	Sexo:	H ()	M (X)
Raza:	Ranchi		Color:	Blanco	
			Edad:	7 Meses y medio	
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 ()	

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° Abm con el fin de 2022 programarle la esterilización para el mes de Abm del año 23, el día se le asignara de acuerdo a la disponibilidad presupuestal y de programación



1 Petto



CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL



LA TEBADA 2022

CONVENIO DE ADOPCION

No

FECHA

10/11/22

DATOS DEL ADOPTANTE			
s:NOMBRE	APELLIDO		C.C.
Carlos	O'Hallara		1096040626
Cra 43 - 7 - 23			3216269176
Dirección:	Barrio	Adulto ()	Cachorro (X)
Tel. fijo		Cel.	
Especie:	Canino (X)	Felino ()	Sexo: H () M ()
Raza:	Color: B/A	Edad:	1 1/2
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, Carlos O'Hallara, identificado(a) con C.C. 1096040626, 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:

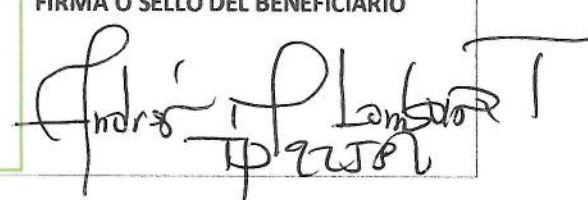
1. El adoptado será un miembro más de su familia
2. El adoptado tendrá en todo momento agua limpia y libre acceso
3. El adoptado tendrá una alimentación balanceada a base de concentrado mínimo dos porciones diarias de acuerdo a su tamaño, raza
4. En el caso de que el adoptado sea canino, siempre se le 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:

F. JEAN Remilo
Firma y C.C.

[Firma]
Responsable del informe



 FUNAT <small>Fundación Naturaleza Animal TEBIADA</small>		FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBIADA.		COMPROBA	
		NIT 900643661-2		1500	
CIUDAD Y FECHA:		30/11/2022		\$ 1800.000	
PAGADO A: ANDRES LOMBANA TELLEZ					
VALOR EN LECTRA: UN MILLON OCHOCIENTOS MIL PESOS M LEGAL					
POR CONCEPTO: SERVICIOS VETERINARIO DEL ALBERGUE DE LA TEBaida					
DOCUMENTOS DE SOPORTE NO: C E					
ELABORO: LORENA ROJAS 		CONTABILIZO:		FIRMA O SELLO DEL BENEFICIARIO 	

Se firma

CUENTA DE COBRO

Fundación Naturaleza Animal Tebaida

FUNAT

NIT: 900.643-661-2

DEBE A: ANDRES LOMBANA TELLEZ

LA SUMA DE: UN MILLON OCHO CIENTOS MIL PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE (\$1800.000).

POR CONCEPTO DE: SERVICIOS VETERINARIOS EN EL ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBaida Y ACOMPAÑAMIENTO EN LAS JORNADAS DE BIENESTAR ANIMAL. MES DE NOVIEMBRE 2022

ATENTAMENTE:

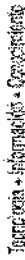

Andrés Lombana Tellez

C.C.1.094.904.633

Medico Veterinario

[illegible]





SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte	2022-12-09, 04:06:22 p. m.	Tipo Planilla	Número Planilla	59435134
Período Cotización	202211	Período Servicio	202211	

PAGADA 2022-12-09 00:00:00.0

1 DATOS DEL APORTANTE

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

IL DATOS DEL AFILIADO

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

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

[illegible]

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
\$ 0	FSP SOLIDARIDAD	NUEVA EPS	ARL SURA	NINGUNA COF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 160.000	\$ 0	\$ 125.000	\$ 24.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 309.400



		FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBIADA.		COMPROBA 1502	
		NIT 900643661-2			
CIUDAD Y FECHA:		30/11/2022		\$ 1300.000	
PAGADO A: GLORIA ELSY PALACIO					
VALOR EN LECTRA: UN MILLON TRECIETNOS MIL PESOS M LEGAL					
POR CONCEPTO: SERVICIOS GENERALES DEL ALBERGUE DE LA TEBaida					
DOCUMENTOS DE SOPORTE NO: C E					
ELABORO: LORENA ROJAS LR		CONTABILIZO:		FIRMA O SELLO DEL BENEFICIARIO Gloria Elsy Palacio 25.08.2022	

CUENTA DE COBRO

Fundación Naturaleza Animal Tebaida

FUNAT

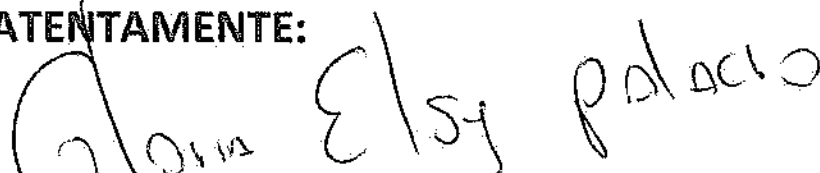
NIT: 900.643.661-2

DEBE A: GLORIA ELSY PALACIO C.C 25.081.240

LA SUMA DE (\$1,300,000) un millón Trecientos mil pesos
moneda legal vigente

POR CONCEPTO DE: SERVICIOS GENERALES EN EL
ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA, Alimentación, Aseo
y Cuidado de los animales residentes. Mes de
Noviembre del 2022

ATENTAMENTE:


GLORIA ELSY PALACIO

C.C.25.081.240 DE RISARALDA.

INSUMOS MEDICOS

ALBERGUE

MUNICIPAL DE LA TEBADA

--	--	--	--	--	--	--	--



PAGADA 2022-12-09 15:21:21.0

I. DATOS DEL APORTANTE	
Razón Social	GLORIA ELSY PALACIO
Documento	CC 25081420
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE
Tipo Persona	NATURAL
Ciudad	LA TEBADA
Representante Legal	

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

III. APOORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:	
Novedades	
Documento	CC 25081420
Tipo Colzante	59 00
Residente	
Exonerado	N
Apellidos y Nombres	PALACIO GIRALDO GLORIA ELSY
Código Ciudad Departamento	63401000 - 63
Centro de Trabajo	
Ubicación Laboral	QUINDIO

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

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

 FUNAT <small>Fundación Naturaleza Animal Tebiada</small>		FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBIADA.		COMPROBA	
		NIT 900643661-2		1501	
CIUDAD Y FECHA:		30/11/2022		\$ 1300.000	
PAGADO A: LORENA ROJAS BELTRAN					
VALOR EN LECTRA: UN MILLON TRECIETNOS MIL PESOS M LEGAL					
POR CONCEPTO: SERVICIOS GENERALES DEL ALBERGUE DE LA TEBaida					
DOCUMENTOS DE SOPORTE NO: C E					
ELABORO: LORENA ROJAS		CONTABILIZO:		FIRMA O SELLO DEL BENEFICIARIO	
					

CUENTA DE COBRO

Fundación Naturaleza Animal Tebaida

FUNAT

NIT: 900.643.661-2

DEBE A: Lorena Rojas.

**Concepto: servicios generales y apoyo a administración
COSO MUNICIPAL.**

**LA SUMA DE: UN MILLON TRECIENTOS MIL PESOS MTC
(\$1.300.000)**

**POR CONCEPTO DE: MANTENIMIENTO COSO MUNICIPAL Y
APOYO ADMINISTRATIVOS Mes de Noviembre del 2022**

ATENTAMENTE:



LORENA ROJAS

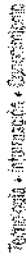
C.C.41.912,415

INSUMOS DE ASEO

ALBERGUE

MUNICIPAL DE LA TEBALDA

[illegible]



SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte	2022-12-09, 03:18:25 p. m.	Tipo Planilla	1	Número Planilla	59434898
		Periodo Cotización	202211	Periodo Servicio	202211

1 DATOS DEL APORTANTE

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

II. DATOS DEL AFILIADO:

Documento	CC 41912415	Residente	Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59 000							
					ROJAS BELTRAN LORENA	63401000 - 63		QUINDIO

III APOORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

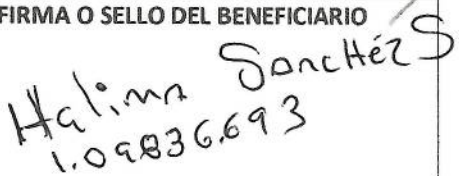
[illegible]

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SEVA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
									MEN	
					NINGUNA CCF	SEVA	ICBF	ESAP		
\$ 160.000	\$ 0	\$ 0	\$ 125.000	\$ 5.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 290.300





 FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBIADA. NIT 900643661-2		COMPROBA 1499
CIUDAD Y FECHA: 30/11/2022	\$ 1200.000	
PAGADO A: HALIMA SANCHEZ SANTOS		
VALOR EN LECTRA: UN MILLON DOCIENTOS PESOS M LEGAL		
POR CONCEPTO: SERVICIOS AUXILIAR VETERINARIO DEL ALBERGUE DE LA TEBaida		
DOCUMENTOS DE SOPORTE NO: C E		
ELABORO: LORENA ROJAS 	CONTABILIZO:	FIRMA O SELLO DEL BENEFICIARIO  Halima Sanchez Santos 1.09836693

CUENTA DE COBRO

Fundación Naturaleza Animal Tebaida

FUNAT

NIT: 900.643.661-2

DEBE A: HALIMA SANCHEZ SANTOS

**LA SUMA DE: UN MILLON DOCIENTOS PESOS MONEDA
LEGAL VIGENTE (\$1200.000).**

**POR CONCEPTO DE: SERVICIOS AUXILIAR VETERINARIA EN
EL ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA. Mes de
NOVIEMBRE 2022**

ATENTAMENTE:

Halima Sanchez S
HALIMA SANCHEZ SANTOS

C.C.109.036.693







Período Cotización 202211

Periodo Servicio 202211

PAGADA 2022-12-09 16:14:42.0

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

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

[illegible][illegible]

9-nov	1454	INSUMOS DE ASEO	DIS SALERMA LA TEBAIDA	\$ 200.000	docientos mil peos m legal	5830
9-nov	1455	INSUMOS DE ASEO	DIS SALERMA LA TEBAIDA	\$ 42.600	Cuarenta y dos mil seis cientos pesos m legal	5832
8-nov	1459	INSUMOS ASEO	TIENDAS DE1	\$ 29.350	veinti nueve mil trecientos cincuenta pesos lgal	115591
18-nov	1488	INSUMOS DE ASEO	tiendas ARA	\$ 34.870	treinta y cuatro mil ochocientos setenta pesos	652
2-nov	1492	INSUMOS DE ASEO	SUPER INTER LA TEBAIDA	\$ 14.430	catorce mil cuatrocientos treinta pesos m legal	20076
22-nov	1493	INSUMOS DE ASEO	TIENDAS DE1	\$ 24.130	veinti cuatro mil ciento treinta pesos m legal	122745
30-nov	1507			345380		
			INSUMOS DE ASEO/	\$ 345.380		
			ALBERGUE			
			LORENA ROJAS			

Aseo



ASEO

 FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBIADA. NIT 900643661-2		COMPROBANTE DE EGRESO 1454
CIUDAD Y FECHA: 11/9/2022		\$ 200.000
PAGADO A : ALMACEN DIS SALERMA LA TEBAIDATEBAIDA		
VALOR EN LECTRAS : docientos mil peos m legal		
POR CONCEPTO DE : INSUMOS DE ASEOS		
DOCUMENTOS DE SOPORTE.: 5830		
ELABORO: LORENA ROJAS 	CONTABILIZO:	FIRMA O SELLO DEL BENEFICIARIO

**DISTRIBUCIONES
SALERMA**
ASEO, PISCINA Y AGUA

ERIK A BOTERO J.
NIT: 41963198-0
NO RESPONSABLES DE IVA

① Cra 4 Nro. 13-29, La Tebaida, Quindío, CO +57 302 336 6517

SENOR(ES): **FUNAT** C.C.NIT: **900643661**

DIRECCION: TEL: CIUDAD:

FACTURA
Nro. **5830**

09 11 2022

Cant.	DETALLE	Vr. Unit	Valor Total
1	Producto aseo		200.000
			
ENTREGADO CANCELADO			
TOTAL \$			200.000

Esta factura de venta se emite en todos sus efectos, segun lo ordena el artículo 800 del Código de Comercio.

FIRMA Y CÉDULA CLIENTE

FIRMA ENTREGA

 FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBIADA. NIT 900643661-2		COMPROBANTE DE EGRESO 1455
CIUDAD Y FECHA: 09/.11/2022		\$ 42.600
PAGADO A : ALMACEN DIS SALERMA LA TEBAI DATEBAIDA		
VALOR EN LECTRAS : Cuarenta y dos mil seis cientos pesos m legal		
POR CONCEPTO DE : INSUMOS DE ASEOS		
DOCUMENTOS DE SOPORTE.: 5832		
ELABORO: LORENA ROJAS LN	CONTABILIZO:	FIRMA O SELLO DEL BENEFICIARIO

ENTREGADO
CANCELADO

FACTURA
Nro. **5832**

DISTRIBUCIONES
SALERMA
ASEO, PISCINA Y AGUA

ERIK BOTERO J.
NIT: 41963198-0
NO RESPONSABLES DE IVA

Orz 4 Nro 13-29, La Tebaida, Quindío. ☎ +57 302 336 6517

DIA	MES	AÑO
09	11	2022

Cant.	DETALLE	Vr. Unit	Valor Total
	Hipoclorito y agua		42600
TOTAL \$			42600

C.C.NIT: 900643661
TEL: CIUDAD:

Firma y Cédula Cliente: Firma Entrega:

 FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBIADA. NIT 900643661-2		COMPROBA 1488
CIUDAD Y FECHA:	18/11/2022	\$ 34.870
PAGADO A: TIENDAS A.R.A		
VALOR EN LECTRA: TREÍNTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS SETENTA PESOS M LEGAL		
POR CONCEPTO: INSUMOS DE ASEO		
DOCUMENTOS DE SOPORTE NO: 602549		
ELABORO: LORENA ROJAS LN	CONTABILIZO:	FIRMA O SELLO DEL BENEFICIARIO

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

Artículo	Descripción	Valor
07704269230200	JBN TERAPI D	7.990 G
07704269182210	JBN TERAPI D	7.990 G
0770980F225771	BOLSA BASURA	2.990 G
07704269112124	ESPONJ DOB A	1.250 G
07704269113152	LAVLOZA LIQ	4.990 G
07704269106413	PAÑO AG x AB	3.570 G
3 UN X	I. 190	
07707249659749	PILAS AA/AAA	2.100 G
07702026146498	SERVIL. FAMI	3.990 G
Total		34.870
	Adquierecia	34.870

RESUMEN DE IVA

Tipo	Compra	Base/Imp	IVA
G=10%	34.870	29.303	5.567

 AUI FISCAL 18764029060581 18 mayo 2022
 RANGO 1 - 999999
 FACTURA DE VENTA NRO 0652 602549
 Articulos Vendidos: 10
 ATENDIDO POR : Christian Osorio
 966570 2022-11-18 08:20 0006 0002 0065
 Consulta los requisitos de nuestra politica
 de satisfacci3n, cambios y garantias en
 www.aratiendas.com. Por tu seguridad bebi-
 das alcoh3licas, medicamentos, cosm3ticos,
 productos refrigerados no tienen cambios
 ni politica de satisfacci3n. Contáctenos
 01 8000 521 888 - servicioalcliente@tiendas
 ara.co. Bienes exentos decreto 417 del 17
 de marzo 2020.

 FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA. NIT 900643661-2		COMPROBA 1492
CIUDAD Y FECHA: 02/11/2022		\$ 14.430
PAGADO A: SUPER INTER DE LA TEBaida		
VALOR EN LECTRA: CATORCE MIL CUATROCIENTOS TREINTA PESOS M LEGAL		
POR CONCEPTO: INSUMOS DE ASEO DEL ALBERGUE DE LA TEBaida		
DOCUMENTOS DE SOPORTE NO: 20076		
ELABORO: LORENA ROJAS 	CONTABILIZO:	FIRMA O SELLO DEL BENEFICIARIO

SUPER INTER LA TEBaida
DOMICILIOS COMPRA Y RECOGE 3113316607

3046977 Lavalozza Liquido L	2 190 A
3046977 Lavalozza Liquido L	2 190 A
3046977 Lavalozza Liquido L	2 190 A
3023705 Blanqueador sin fr	2 980 A
3023705 Blanqueador sin fr	2 980 A
277510 Esponja Esponjill	1 900 A
**** SUBTOTAL/TOTAL >>>> \$	14.430
VF TARJETA DEBITO	14 430
Recibo 007530 RRN:009388	Apro: 124744

CAMBIO 0			
DISCRIMINACION TARIAS IVA			
TARIFA	COMPRA	BASE/IMP	IVA
A=19%	14430	12126	2304
TOTAL=	14430	12126	2304

>> MAPA 1177 ID:2022110-2124710
 Vc POS 242 Motor:7 1.7-HF5
 TIQUETE :4240 20522572
 RES.DIANW 18764033541322 DI 12/AGO/2022
 RANG AUT.4240 20507844 al 29999999
 TOTAL ARTICULOS COMPRADOS = 6
 Almacenes Exito S.A NIT 890.900.608-9

PARA RECLAMOS LLAMAR AL 018000122656
 RESPONSABLE DE IVA- GRAN CONTRIBUYENTE

ESTE ES EL # DE TU FACTURA
2022110212474240020076

02/NOV/2022 12:47 4240 02 0376 4385
 ESTIMADO(A) Lorena Rojas



4240 YCKH7

SERVICIO A DOMICILIO 311331660



FUNDACION NATURALEZA ANIMAL
TEBAIDA.

NIT 900643661-2

COMPROBA
1493

CIUDAD Y FECHA: 22/11/2022

\$ 24.150

PAGADO A: TIENDAS D1 LA TEBaida

VALOR EN LECTRA: VEINTI CUATRO MIL CIENTO CINCUETNA PESOS M LEGAL

POR CONCEPTO: INSUMOS DE ASEO DEL ALBERGUE DE LA TEBaida

DOCUMENTOS DE SOPORTE NO: 122745

ELABORO: LORENA ROJAS

LN

CONTABILIZO:

FIRMA O SELLO DEL BENEFICIARIO

D1 S.A.S. NIT: 900276962-1
NORTH POINT T. E P. 38 TEL: 018000120201
Gran contribuyente retenedor de IVA
CODIGO DESCRIPCION VALOR
2 X \$2,550
07700304528806 LIQUIDO LAVALOZ 5,100 A
12 X \$1,590
07700304644968 TOALLA DE COCIN 19,080 A
SUBTOTAL 24,180
AHORRO ADICIONAL \$ -30
VALOR PAGADO 24,150
EFECTIVO \$ 50,000
CAMBIO 25,850
RESUMEN DE IMPUESTOS
ID TOTAL BASE IVA
A 24,180 20,320 3,860
6=EXCLU 5=EXENTO C=5% A=19% O=NO GRAVADO
CONSUMIDOR FINAL
ATENDIDO POR: PAOLA SANCHEZ
NUMERO DE ARTICULOS ENTREGADOS 14
22/11/22 11:38 05 0164 02 6894 775176
Res.DIAN 18764027482597 de 20220406
A94G Desde 1 hasta 1999999
DOCUMENTO POS Nro. A94G 122745



INFORME MES DE NOVIEMBRE 2022.

ESTERILIZACIONES GRATIS MES DE
NOVIEMBRE

2022

50

	BENEFICIARIOS	MES	NOVIEMBRE	2022			
fecha	NOMBRE Y APELLIDO	DOCUMENTO DE I	DIRECCION	TELEFONO	FELINO	CANINO	SISBEN OPERADO
7-nov	MELVA ACEVEDO	24476816	PROGRESO MZ A CASA 10	3137777332	MACHO		B2 SI
7-nov	NANCY RUIZ LARGO	24496681	NUEVA T MZ 49 11	3148333611	HEMBRA		B7 SI
8-nov	MARYURI GRANADOS	52978207	CANTARO MZ 1 10	3227747542	HEMBRA		A2 SI
8-nov	FRANCENIO CASTAÑO	41871921	EL BOSQUE MZ H 6	3207825876		HEMBRA	A1 SI
8-nov	YOLANDA SANTANA	20645071	CRA 9 A 13 25	3105026284	HEMBRA		C3 SI
8-nov	YURLEY ANDREA PEREZ	1094922161	CANTARO MZ 1 10	3227380282	HEMBRA		A5 SI
9-nov	KAREN VIVIANA BETANCUR	1094911419	CRA 6 3 34 MANANTIAL D	31177803515	HEMBRA		C7 SI
9-nov	PATRICIA TREJOS	1096035326	NUEVA T MZ 40 3	3204187089	HEMBRA		A3 SI
9-nov	GLORIA TABARES	41910670	SAN MIGUEL MZ G C 6	3136406599	MACHO		B7 SI
9-nov	SONIA YAMILE MEJIA	1095209252	INVACION /CARRILERA	3134997314	HEMBRA		A5 SI
10-nov	MARIA R BELTRAN	24497262	FABIO MOLINA MZ E 6	3135886067	HEMBRA		B5 SI
10-nov	YUDIANA UCHIMA QUINTERO	41871264	INVACION/ la tebalda	3114287616	HEMBRA	HEMBRA	A2 SI
10-nov	VIVIANA MARIA RIOS	1096032740	VEREDA LA POPA	3126989045		MACHO	A3 SI
10-nov	VIVIANA MARIA RIOS	1096032740	VEREDA LA POPA	3126989045		MACHO	A3 SI
10-nov	VIVIANA MARIA RIOS	1096032740	VEREDA LA POPA	3126989045	HEMBRA		A3 SI
11-nov	CLAUDI CERVERA	24499978	CALLE 13 NO 11-03	3178324599	MACHO		A4 SI
11-nov	FRANCI FRANCO	1005088091	VILLA ÉXITO MZ 3-2	3188346188	MACHO		B4 SI
11-nov	LUZ AIDA PAEZ	41872169	ALAMBRA CRA 4D 7 21	3136757707		HEMBRA	A4 SI
11-nov	ISMAEL TRUJILLO	12194469	NUEVA T MZ 9 NO 7	3177254541	HEMBRA		A1 SI
11-nov	VALENTINA MOLINA	1193535235	NUEVA T 2 MZ 43 25	3128284042	HEMBRA		A3 SI
11-nov	CAROL D ÑAÑEZ	1005098901	FABIO MOLINA MZ E 18	3015101118		HEMBRA	A3 SI
14-nov	LUZ A NARVAEZ	1094935766	LA HACIENDA MZ 1 C 9	3023312198		MACHO	A5 SI
14-nov	LUA AIDA PAEZ	418722169	ALAMBRA CRA 4D 7 21	3136757707		HEMBRA	A4 SI
14-nov	PATRICIA PEREZ	24499096	GUAYACANES 2 MZ 10 14	3122116538	HEMBRA		A4 SI
15-nov	LUZ A NARVAEZ	1094935766	B LA HACIENDA MZ 1 9	3023312198		HEMBRA	A5 SI
15-nov	NATALIA A BETANCURTH	1094995205	GAYACANES MZ 9 10	3207789403		HEMBRA	A5 SI
15-nov	FRANCI CASTAÑO	41871921	BOSQUE MZ H CASA 6	3207825876		HEMBRA	B1 SI
15-nov	ALEXANDER TRIANA RUEDA	80322043	VILLA MARIA MZ A C 10	3154285003	MACHO		B3 SI
15-nov	MONICA AGUDELO	1005098568	CRA 6A 2 17	3128709662	MACHO		B2 SI
15-nov	CHARLY K ORREGO	1096035906	BOSQUE MZ H CASA 7	3128823842		HEMBRA	A4 SI
17-nov	LILIANA SALAZAR MOLINA	24497187	CRA 5A 8 28	3136455532		HEMBRA	B2 SI
17-nov	SONIS Y MEJIA	1095209252	LA ESTACION/CARRILERA	3134997314	HEMBRA		A5 SI
17-nov	SONIA YAMILE MEJIA	1095209252	LA ESTACION/CARRILERA	3134997314		HEMBRA	A5 SI
17-nov	LEIDY VALLEJO	1096035207	B APOLINAR CRA 10 505	3136288071		MACHO	B5 SI

19-nov	FRANCI FRANCO	100508809	VILLA ÉXITO MZ 3-2	3188346188	HEMBRA		B4	SI
19-nov	FRANCI FRANCO	100508809	VILLA ÉXITO MZ 3-2	3188346188	HEMBRA		B4	SI
19-nov	MARTHA J MORA	39563600	PROVIDENCIA MZ 3 14	3128909089	HEMBRA		A5	SI
20-nov	LIGIA A PALACIO	1096035505	NUOVA T. MZ 47 18	3008636142		MACHO	A5	SI
20-nov	MARIA E SOTO	25628854	1 DE AGOSTO CASA 14	3135383911		HEMBRA	A1	SI
20-nov	LUZ MILA TORO	28740515	NUOVA T 1 MZ 16 24	3206042210	HEMBRA		B3	SI
20-nov	LUZ MILA TORO	28740515	NUOVA T 1 MZ 16 24	3206042210		HEMBRA	B3	SI
20-nov	LEIDY CAPOTE	1059596150	LA ARGENTINA /EL OCASO	3108888513		HEMBRA	A4	SI
20-nov	LEIDY JOHANA CIFUENTES	1096033052	CRA 7A 6 25	3113248695		HEMBRA	A4	SI
20-nov	ANA MARIA JARAMILLO	1094912730	CANTARITO MZ H 12 17	3228810369	MACHO		A1	SI
20-nov	ANA MARIA JARAMILLO	1094912730	CANTARITO MZ H 12 17	3226310369		MACHO	A1	SI
21-nov	OLGA LUCIA SANCHEZ	1096099147	NUOVA T 2 MZ 2 CASA 7	3128879329		HEMBRA	B2	SI
23-nov	ELIDA MANRIQUE	1096035689	NUOVA T 1 MZ 92 CASA 7	3104601002		HEMBRA	A5	SI
24-nov	LIGIA A PALACIO	1096035503	ALTO CANANGUAY	3215935926/3008636142	MACHO		A5	SI
25-nov	NICOL V LEON	1095208892	NUOVA T MZ 32 2	3108993410	HEMBRA		A4	SI
25-nov	EDGAR DE JESUS GIL GIL	94100009	LA SILVIA MZ C 7	3135483087	HEMBRA		B2	SI
25-nov	MARIA ESPINAL	42124709	FINCA ANANPOIMA	3116146583		MACHO	B3	SI



REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCESAMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 25 MES 11 AÑO 2022

I. Datos de la mascota																			
Nombre				Candy				Sexo: M ☒ H ☒				Orejas							
Especie				Canino ☒ Felino ☐				raza ☒ -											
Edad				Color				Pelaje											
Estado de salud				buena ☐ regular ☐ mala ☐				Vacunas si ☐ no ☐											
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: Nicol u Leon								T.I./C.C. 1095208892					
Dirección: H H L MZ 32-2								Teléfono: 3108993410					
E-mail: H H L MZ 32-2								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 Nicol u Leon Identificado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Candy, 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 TEBADA, FUNAT**, para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquitectomía 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 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

Nicol Valeria Leon h.

Registro válido

A4

Fecha de consulta:

08/11/2022

Código:

63401016548400000073

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: NICOL VALERIA

Apellidos: LEON HENAO

Tipo de documento: Tarjeta de identidad

Número de documento: 1095208892

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Fecha de registro:

12/07/2019

Fecha de actualización ciudadano:

18/11/2020

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 del responsable:

GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección:

Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono:

7542444

Correo Electrónico:

sisben@latebaida-quindio.gov.co

1912

1912

1912

1912

1912

1912

1912

1912

1912

1912

1912

1912

1912

1912

1912

1912

1912

1912

1912

1912

L16ms.
mono.





REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCESAMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 20 MES 11 AÑO 2022

I. Datos de la mascota																			
Nombre				Hunter				Sexo: M ☒ H ☐		Gratis Alcaides									
Especie		Canino ☒ Felino ☐		raza		mix		Peso Aprox.											
Edad		negro		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: Ligas A Palacio R								T.I./C.C. 1096035505					
Dirección: Ht #2 mz47-18								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 Ligas R. Palacio 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 TEBADA, 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 , exonero 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 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 exonero 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 RESPONDABLE

FECHA





Registro válido

A5

Fecha de consulta:

24/11/2022

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 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

Contacto Gráfico 2-2824





REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCAMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 24 MES 11 AÑO 2022

I. Datos de la mascota																			
Nombre		mono						Sexo: M ☒ H ☐		Gratias Alas Idas									
Especie		Canino ☐ Felino ☒		raza		Peso Aprox.													
Edad		Am		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 A. Pisco						T.I./C.C. 1096035505					
Dirección: Calle Fernando						Teléfono: 300863642					
E-mail: lito cagney						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 A. Pisco 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 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 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

FECHA





REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCESAMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 20 MES 11 AÑO 2022

I. Datos de la mascota																			
Nombre		Shaggy						Sexo: M ☒ H ☐		Gratis									
Especie		Canino ☒ Felino ☐		Raza		Peso Aprox.													
Edad		7 años		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: Luz mila toro								T.I./C.C. 28740515					
Dirección: H+H1 m7 16-24								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 Veterinaria.

YO Luz mila toro, identificad@ (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Shaggy, 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 ztomen 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

Paulina Monsalve /
Luz mila toro





REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCIMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 20 MES 11 AÑO 2022

I. Datos de la mascota																			
Nombre		Juanita						Sexo: M ☒ H ☐		Gratias Alcatraz									
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
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: MARIN Luz mila toro								T.I./C.C. 28740515					
Dirección: H+ A 1 ME - 16- 24								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 Veterinaria

YO Luz mila toro 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 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 exonero 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

Luz mila toro

FECHA





Registro válido

B3

Fecha de consulta: 24/11/2022

Ficha: 63401556750600007285

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA LUZMILA

Apellidos: TORO CARVAJAL

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 28740515

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 18/07/2022

Última actualización ciudadano: 05/08/2022

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 / PROCESAMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 21 MES 11 AÑO 2022

I. Datos de la mascota																			
Nombre <u>Lassy</u>				Sexo: M ☒ H ☐				<u>Gratias Alasida</u>											
Especie <u>Canino</u> ☒ <u>Felino</u> ☐				raza ☐										Peso Aprox. ☐					
Edad <u>2 años</u>				Color ☐				Pelaje ☐				Vacunas si ☐ no ☐							
Estado de salud <u>bueno</u> ☒				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 <u>normal</u> ☒				desnutrido ☐				soberest ☐											

II. Datos del propietario													
Nombre: <u>Olga Lucia Sanchez</u>										T.I./C.C. <u>1096039147</u>			
Dirección: <u>M52 #7 Ntebaida 2 etapa</u>										Teléfono: <u>3128875329</u>			
E-mail: <input type="text"/>										Sisben: SI ☒ NO ☐ Nivel 1 ☒ 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 Olga Lucia Sanchez Identificado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Lassy, 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 ztomen 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 21/10/2022

Olga Lucia Sanchez p.
1096039147





Registro válido

B2

Fecha de consulta:

24/11/2022

Ficha:

63401016548400000126

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: OLGA LUCIA

Apellidos: SANCHEZ PEREA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1096039147

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

15/07/2019

Última actualización ciudadano:

25/02/2020

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 / PROCAMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 20 MES 11 AÑO 2022

I. Datos de la mascota																			
Nombre					Sexo: M ☒ H ☒					6 años Alcalde									
Especie					raza														
Edad					Peso Aprox.														
Estado de salud					Vacunas si ☒ no ☐														
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: Leyda Capote										T.I./C.C. 1059896450				
Dirección: LA ARGENTINA E. 1 de Mayo										Teléfono: 3108885513				
E-mail: LA ARGENTINA E. 1 de Mayo										Sisben: SI ☐ NO ☒ Nivel 1 ☒ 2 ☐ 3 ☐				

PROCEDIMIENTO VETERINARIO
Ley 566/2000 Art. 26

Adopción

"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 Lady Johana Capote Camayo identifico (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Milu, 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 orquitectomía 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 OCASIONES 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

X Lady Capote

FECHA





Registro válido

A4

Fecha de consulta:

24/11/2022

Ficha:

63401013548100001347

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: LADY YOHANA

Apellidos: CAPOTE CAMAYO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1059596150

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

25/07/2019

Última actualización ciudadano:

25/07/2019

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 20 MES 11 AÑO 2022

I. Datos de la mascota																			
Nombre		MACHO				Sexo: M ☒ H ☐		Grutas Placardia											
Especie		Canino ☒ Felino ☐		raza		Peso Aprox.													
Edad		negra		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: Leidy Cifuentes								T.I./C.C. 1096033052					
Dirección: Cua. 7a X6=25								Teléfono: 3113248695					
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 Leidy Cifuentes identificado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada MACHO, 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 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 ztomen 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

Leidy Cifuentes





Registro válido

A4

Fecha de consulta: 24/11/2022

Ficha: 63401013548100001186

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: LEIDI YOHANA

Apellidos: CIFUENTES GONZALEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1096033052

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 22/07/2019

Última actualización ciudadano: 12/09/2019

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 / PROCIMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 17 MES 11 AÑO 2022

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

II. Datos del propietario	
Nombre: Liana Salazar	
Dirección: Cra 5 # 8-20	
E-mail:	
T.I./C.C. 24497187	
Teléfono: 313 695 5532	
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 Liliana Salazar Identificado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Lope, 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 , exonero 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 ztomen 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 exonero 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

Liliana salazar.
24497187





Registro válido

B2

Fecha de consulta: 24/11/2022

Ficha: 63401556750600008960

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: LILIANA

Apellidos: SALAZAR MOLINA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24497187

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 07/10/2022

Última actualización ciudadano: 07/10/2022

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



ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2022



REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCESAMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 17 MES 11 AÑO 2022

I. Datos de la mascota																			
Nombre		Gato										Sexo: M ☒ H ☐		Gratis Alcalde					
Especie		Canino ☐ Felino ☒		raza		Pelo						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 ☒	
Heridas		si ☐ no ☒		Tto		si ☐ no ☒		Celo		si ☐ no ☒		Lactancia		si ☐ no ☒		Ayunas		si ☐ no ☒	
Estado corporal		normal ☒		desnutrido ☐		soberest ☐													

II. Datos del propietario													
Nombre: Sonia y Mejia M.										T.I./C.C. 1095209252			
Dirección: Funcion / Carilok										Teléfono: 3134997314			
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 Sonia y Mejia M. Identificado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Gato, 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 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

FECHA





REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCIMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 17 MES 11 AÑO 2022

I. Datos de la mascota																			
Nombre		Violeta						Sexo: M ☒ H ☐		Grata Placida									
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 ☒
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: Sona y mejia .M								T.I./C.C. 1095209252					
Dirección:								Teléfono: 3134997317					
E-mail: Inuacion Cariller								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 Sona y mejia (Identificado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Violeta, 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 ztomen 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 válido

A5

Fecha de consulta:

24/11/2022

Ficha:

63401556749400007338

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: SONIA YAMILE

Apellidos: MEJIA MARCIAL

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1095209252

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

24/06/2022

Última actualización ciudadano:

24/06/2022

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