# ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2022

## REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 05 MES 12 AÑO 2022

| I. Datos de la mascota | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre | Nina | | | Sexo: M ◯ H ◯ | | | | | | | | | | | | | | | |
| Especie | Canino ◯ Felino | | | raza ◯ | | | | Peso Aprox. | | | | | | | | | | | |
| Edad para | | | 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 ◯ | | | | | | | | | | | |

Gesty Alcaldia

| II. Datos del propietario | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre: | Veronica . Restrepo | T.I./C.C. | 1037701801 |
| Dirección: | | Teléfono: | 3204324629 |
| E-mail: | Mz 45-2 | 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 Veterinario.**

YO Veronica Restrepo ---------- Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada ---Nina----, 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 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 / O RESPONDABLE FECHA

Veronica. Restrepo



Sisbén

Registro válido

B1

Fecha de consulta: 08/11/2022

Ficha: 63401556750400004985

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

**Nombres:** VERONICA

**Apellidos:** RESTREPO NIÑO

**Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía

**Número de documento:** 1073701801

**Municipio:** La Tebaida

**Departamento:** Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 22/02/2022

Última actualización ciudadano: 22/02/2022

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

# ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2022

## REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 05 MES 12 AÑO 2022

| I. Datos de la mascota | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre | Apolo | | | Sexo: M ◯ H ◯ | | | | | | | | | | Gratis Alcaldía | | | |
| Especie | Canino ◯ Felino | | | raza ◯ C | | | Peso Aprox. | | | | | | | | | | |
| Edad | Negro. | | Color 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: | Silvia Hernandez | T.I./C.C. | 1096036267 |
| Dirección: | | Teléfono: | 3196740299 |
| E-mail: | M# 2 mz 47 #25 | 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 Silvia Hernandez identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Apolo, 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 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 / O RESPONDABLE FECHA

# ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2022

## REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 05 MES 12 AÑO 2022

| I. Datos de la mascota | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre | Toreto | | | Sexo: M ◯ H ◯ | | | | | | | | | | | | | |
| Especie | B/n. | 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 ◯ | | | désnutrido ◯ | | | soberest ◯ | | | | | | | | |

Orcty Alcalde

| II. Datos del propietario | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre: | Silvana Hernandez | T.I./C.C. | 1096036267 |
| Dirección: | Mz #2 Mz 42A-25 | Teléfono: | 3146740299 |
| 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 Silvana Hernandez ---------- Identificaticado (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 , 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 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 / O RESPONDABLE FECHA



# ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2022

## REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 05 MES 12 AÑO 2022

| I. Datos de la mascota | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre | George | | | Sexo: M ◯ H ◯ | | | | | | | | | | | | | |
| Especie | | Canino ◯ | Felino | raza | | | Peso Aprox. | | | | | | | | | | |
| Edad | B/A. | | 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 ◯ | | | | | | | | |

Cristy Alcaldia

| II. Datos del propietario | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre: | Silvia Hernandez | T.I./C.C. | 1096036267 |
| Dirección: | M1#2 MZ 47A 25 | Teléfono: | 3146740299 |
| 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 Silvia Hernandez ---------- Identificaticado (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 , 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 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 / O RESPONDABLE FECHA



# ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2022

## REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 05 MES 12 AÑO 2022

| I. Datos de la mascota | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre | Shirley | | | | Sexo: M ○ H ○ | | | | | | | | | | | | |
| Especie | B/A | | Canino ○ | | Felino | | raza ○ C | | | | 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 ○ | | | | | | |

Gratis Alcaldia

| II. Datos del propietario | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre: | Silvana Hernandez | T.I./C.C. | 1096036267 |
| Dirección: | | Teléfono: | 3146740299 |
| E-mail: | M7 47A - 25 | 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 Silvana Hernandez ---------- Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascada llamada B/A ----------, 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 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 / O RESPONDABLE FECHA



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

**Fecha de consulta:** 13/12/2022

**Ficha:** 63401012548000000110

B3

Pobreza moderada

## DATOS PERSONALES

**Nombres:** SILVANA

**Apellidos:** HERNANDEZ MARIN

**Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía

**Número de documento:** 1096036267

**Municipio:** La Tebaida

**Departamento:** Quindío

## INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

**Encuesta vigente:** 15/07/2019

**Última actualización ciudadano:** 22/07/2019

**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

# ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2022

## REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 04 MES 12 AÑO 2022

| I. Datos de la mascota | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre | Rocky | | | Sexo: M ◯ H ◯ | | | | | | | | | | | | | | |
| Especie | Canino ◯ Felino | | | raza ◯ | | | | Peso Aprox. | | | | | | | | | | |
| Edad | 1 año 9 lb | | 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 ◯ | | | | | | | | | | |

Gratis Alcaldia

| II. Datos del propietario | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre: | Jorge Tellez Muñoz | T.I./C.C. | 1837557 |
| Dirección: | | Teléfono: | 3106720873 |
| E-mail: | fundacion MZ 3-4 | 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 Jorge L Tellez ---------- Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada ---Rocky---, 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 , 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 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 / O RESPONDABLE** **FECHA**

Jorge Tellez



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

**Fecha de consulta:** 13/12/2022

**Ficha:** 63401007547500000491

A5

**Pobreza extrema**

## DATOS PERSONALES

**Nombres:** JORGE IVAN

**Apellidos:** TORRES MUÑOZ

**Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía

**Número de documento:** 18371557

**Municipio:** La Tebaida

**Departamento:** Quindío

## INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

**Encuesta vigente:** 17/07/2019

**Última actualización ciudadano:** 09/08/2019

**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

# ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2022

## REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 05 MES 12 AÑO 2022

| I. Datos de la mascota | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre | Princesa | | | Sexo: M ◯ H ◯ | | | | | | | | | | | | Gratis Alcaldia | |
| Especie | Canino ◯ Felino | | | raza ◯ | | | | Peso Aprox. | | | | | | | | | |
| Edad | Negra/Cafe | | 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: | Sofi L. Gomez | T.I./C.C. | 1130648809 |
| Dirección: | Cantaro mz B4 - 14 | Teléfono: | 3133301127 |
| 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 ---------- Identificaticado (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 , 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 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 / O RESPONDABLE** X **FECHA**



# EMPRESAS PÚBLICAS DEL QUINDÍO - E.P.Q. S.A. (E.S.P.)

NIT. 800.063.823-7

CARRERA 14 N° 22-30 ARMENIA, QUINDÍO

SERVICIO AL CLIENTE 321 512 55 44

www.epq.gov.co

epq en tu vida

## FACTURA DE SERVICIOS

20220982403785

ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO

### DATOS DEL USUARIO

Cuenta de servicio: 132273
Mes facturado: Septiembre
Dirección predio: CANTARITO MZ 84 No. 14
Suscriptor: JUAN DAVID PASCUAS SOCHA

Ruta: 63401001000100100000135008alo
Municipio: La Tebaida
Fecha Factura: 10-oct-2022
Pago Electrónico: 20220982403785

### Clasificaciones

Clase de Servicio: Residencial
Estrato: 2 - BAJO

### Datos del consumo

| | |
|---|---|
| Lectura Anterior | 2 |
| Lectura Actual | 8 |
| Consumo | 6 |

PERIODO FACTURADO — Desde: 29-ago-2022 — Hasta: 18-sep-2022

### REPORTE DE PAGOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Fecha último pago | Valor último pago | Mesas Deuda | Porcentaje subsidio: Acueducto 22.5% / Alcantarillado |
| Pago Oportuno: 19-oct-2022 | Tasa Interés Mora 0.5% | 1 | |

### Consumos de meses anteriores



### DATOS DEL MEDIDOR

| | |
|---|---|
| MARCA: | BATSUR |
| NÚMERO: | 000700-19 |

### Liquidación consumo de acueducto

| Rango en m3 | Consumo | Tarifa m3 | Valor |
|---|---|---|---|
| 0-13 Básico | 6,0 | 1.945,0 | 9.893,1 |
| 14-26 Complementario | 0,0 | 1.947,0 | 0,0 |
| Suntuario más de 26 | 0,0 | 1.943,0 | 0,0 |
| Total | 6,0 | | 9.893,1 |

### Liquidación consumo de Alcantrillado

| Rango en m3 | Consumo | Tarifa m3 | Valor |
|---|---|---|---|
| 0-13 Básico | 6,0 | 960,1 | 5.764,0 |
| 14-26 Complementario | 0,0 | 1.229,8 | 0,0 |
| Suntuario más de 26 | 0,0 | 1.233,8 | 0,0 |
| Total | 6,0 | | 5.764,0 |

### CRÉDITO Y FINANCIACIONES

| CONCEPTOS | SALDO CRÉDITO | CUOTAS PAGADAS | CUOTAS PENDIENTES | VALOR CUOTA |
|---|---|---|---|---|

Total cuota financiaciones mes 0,00

GERENTE

### LIQUIDACIÓN SERVICIO DEL MES ACUEDUCTO

| | |
|---|---|
| CARGO FIJO ACUEDUCTO | 6.793,00 |
| CARGO VARIABLE (CONSUMO) ACUEDUCTO | 11.652,00 |
| SUBSIDIO ACUEDUCTO | -2.622,00 |
| Total acueducto | 15.823,00 |

### LIQUIDACIÓN SERVICIO DEL MES ALCANTARILLADO

| | |
|---|---|
| CARGO FIJO ALCANTARILLADO | 3.920,00 |
| CARGO VARIABLE ALCANTARILLADO | 7.437,00 |
| SUBSIDIO ALCANTARILLADO | -1.673,00 |
| Total alcantarillado | 9.684,00 |

### Resumen Valores Facturados

| | | |
|---|---|---|
| Total periodo con subsidio | $ | 25.507,00 |
| Valor facturas pendientes | $ | 0,00 |
| Total financiaciones del periodo | $ | 0,00 |
| Total factura | $ | 25.507,00 |

**Observaciones:** SEÑOR USUARIO su medidor debe estar ubicado en un sitio de fácil acceso para el lector con el fin de poder hacer el cobro de acuerdo a su consumo. Evite cobros por promedios. (Ley 142 de 1994 y CCU)

### Aviso Importante

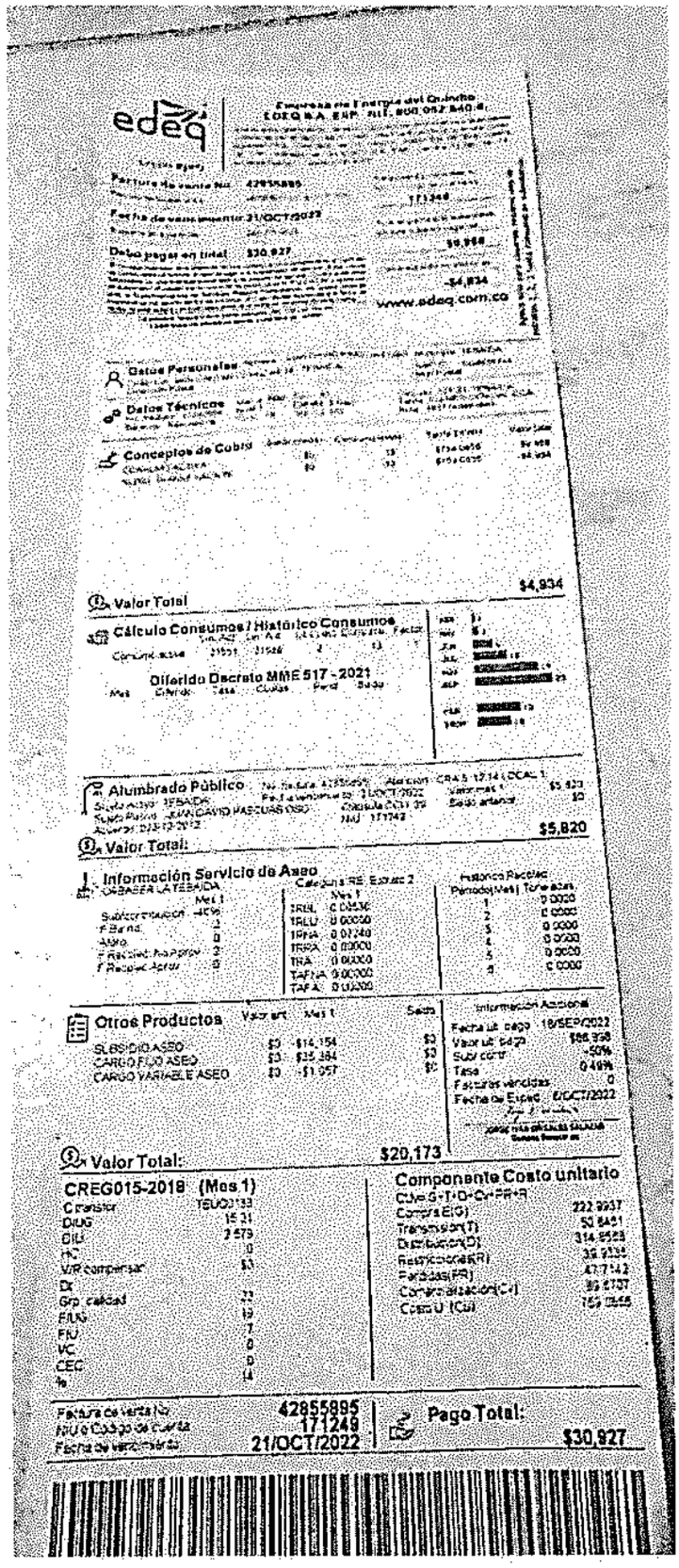
Esta factura prestará mérito ejecutivo de acuerdo con las normas de Derecho Civil y Comercial, Ley 142 de 1994 artículo 30 (modificado por el artículo 18 de la Ley 689 de 2001), y podrá ser cobrada ejecutivamente o bien ejerciendo la jurisdicción coactiva

| NOMBRE DEL USUARIO | CUENTA DE SERVICIOS | FACTURA NÚMERO | PAGO ELECTRÓNICO | PERIODO FACTURADO | FECHA DE PAGO OPORTUNO | MUNICIPIO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| JUAN DAVID PASCUAS | 132273 | 20220982403784 | 20220982403785 | 29-ago-2022 18-sep-2022 | 19-oct-2022 | La Tebaida |

(415)7709998606104(8020)120220982403785(3900)0000025507(96)20301022

$ 25.507,00

TOTAL FACTURA



edeq

Empresa de Energía del Quindío
EDEQ S.A. ESP. NIT. 890 000 540-8

www.edeq.com.co

Datos Personales

Datos Técnicos

Conceptos de Cobro

$4,934

Valor Total

Cálculo Consumos / Histórico Consumos

Diferido Decreto MME 517 - 2021

Alumbrado Público

$5,820

Valor Total:

Información Servicio de Aseo
CARBASER LA TEBAIDA

Otros Productos

| | Valor ant. | Mes 1 | Saldo |
|---|---|---|---|
| SUBSIDIO ASEO | $0 | -$14,154 | $0 |
| CARGO FIJO ASEO | $0 | $35,384 | $0 |
| CARGO VARIABLE ASEO | $0 | -$1,057 | $0 |

Información Adicional
Fecha de pago 19/SEP/2022
Valor de Gasp $66,938
Subsidio -50%
Tasa 0.48%
Facturas vencidas 0
Fecha de Expid. 0/OCT/2022

$20,173

Valor Total:

CREG015-2018 (Mes 1)

| | |
|---|---|
| C Transfer | TEUO2139 |
| DIUG | 15.31 |
| DIU | 2.579 |
| VC | 0 |
| VR compensar | $0 |
| Dx | |
| Grp calidad | 23 |
| FIUG | 19 |
| FIU | 7 |
| VC | 0 |
| CEC | 0 |
| % | 44 |

Componente Costo unitario
Cu=G+T+D+C+PR+R

| | |
|---|---|
| Compra(G) | 222.9937 |
| Transmisión(T) | 53.8401 |
| Distribución(D) | 314.9523 |
| Restricciones(R) | 39.9334 |
| Pérdidas(PR) | 47.7142 |
| Comercialización(C+) | 89.6737 |
| Costo U (Cu) | 769.0645 |

Factura de venta No. 42855895
NIU o Código de cuenta 171249
Fecha de vencimiento 21/OCT/2022

Pago Total:
$30,927

Fecha de consulta: 28/10/2022

Ficha: 63401007547500000711

Pobreza moderada

**DATOS PERSONALES**

Nombres: SOFY LORENA

Apellidos: GOMEZ CRIOLLO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1130548809

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

**INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA**

Encuesta vigente: 18/07/2019

Última actualización ciudadano: 23/08/2019

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@latebalda-quindio.gov.co

# ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2022

## REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 05 MES 12 AÑO 2022

| I. Datos de la mascota | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre | ARP | | | Sexo: M ○ H ○ | | | | | | | | | | | |
| Especie | P/b | Canino ○ Felino | | raza ○ C | | | 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 | Laetancia | si | no | Ayunas | si | no | |
| Estado corporal | | | normal ○ | | | desnutrido ○ | | | soberest ○ | | | | | | |

Gicty placa

| II. Datos del propietario | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre: | Mabel Zapata | T.I./C.C. | 24499746 / 1136253699 |
| Dirección: | | Teléfono: | |
| E-mail: | Contado mz m1 - 5 | 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 Mabel Zapata ---------- Identificaticado (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 , 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 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 / O RESPONDABLE** **FECHA**

Mabel Zapata



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

C3

**Fecha de consulta:** 13/12/2022

**Ficha:** 63401021548800000765

Vulnerable

## DATOS PERSONALES

**Nombres:** MABEL

**Apellidos:** ZAPATA LONDOÑO

**Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía

**Número de documento:** 24499746

**Municipio:** La Tebaida

**Departamento:** Quindío

## INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

**Encuesta vigente:** 18/07/2019

**Última actualización ciudadano:** 21/08/2019

**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

# ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2022

## REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 04 MES 12 AÑO 2022

| I. Datos de la mascota | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre | Nino | | | Sexo: M ✓ H | | | | | | | | | | | | | |
| Especie | | Canino | | Felino | raza | | | Peso Aprox. | | | | | | | | | |
| Edad | Pasa | | 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 | | | | | | | | |

Gracias Alcalde

| II. Datos del propietario | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre: | Melva Rosa Acevedo | T.I./C.C. | 24476216 |
| Dirección: | | Teléfono: | 3137777338 |
| E-mail: | Pigeon MRA -10 | 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 Melva Acevedo ---------- Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Nino ----------, 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 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 / O RESPONDABLE** **FECHA**

Melba Rosa Acevedo



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

**Fecha de consulta:** 13/12/2022

**Ficha:** 6340100854760000154

B2

Pobreza moderada

## DATOS PERSONALES

**Nombres:** MELBA ROSA

**Apellidos:** ACEVEDO ZAPATA

**Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía

**Número de documento:** 24476816

**Municipio:** La Tebaida

**Departamento:** Quindío

## INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

**Encuesta vigente:** 15/07/2019

**Última actualización ciudadano:** 02/08/2019

**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

# ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2022

## REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 04 MES 12 AÑO 2022

| I. Datos de la mascota | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre | LANA | | | Sexo: M ◯ H ◯ | | | | | | | | | | | | | |
| Especie | | Canino ◯ | Felino | raza ◯ | | | Peso Aprox. | | | | | | | | | | |
| Edad | BLAM | | 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: | Nancy Ruiz Largo | T.I./C.C. | 24496681 |
| Dirección: | Ciudades mz K-7 | Teléfono: | 3148333361 |
| 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 Nancy Ruiz ---------- Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada ---------- Lana ----------, 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 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 / O RESPONDABLE FECHA



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

**Fecha de consulta:** 13/12/2022

**Ficha:** 6340107264920000208 1

B7

Pobreza moderada

## DATOS PERSONALES

**Nombres:** NANCY

**Apellidos:** RUIZ LARGO

**Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía

**Número de documento:** 24496681

**Municipio:** La Tebaida

**Departamento:** Quindío

## INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

**Encuesta vigente:** 19/03/2021

**Última actualización ciudadano:** 19/03/2021

**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 / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 04 MES 12 AÑO 2022

| I. Datos de la mascota | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre | Macha | | | Sexo: M ◯ H ◯ | | | | | | | | | | Gratis alcaldia | | | |
| 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: | Yelmis Padilla | T.I./C.C. | 1003250612 |
| Dirección: | | Teléfono: | 3113933572 |
| E-mail: | MZ15 16 - MT #1 | 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 Yelmis Padilla. ---------- Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Macha ----------; 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 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 / O RESPONDABLE** Yelmis Padilla **FECHA**



# EMPRESAS PÚBLICAS DEL QUINDÍO - E.P.Q. S.A. (E.S.P.)

**NIT. 800.063.823-7**

CARRERA 14 N° 22-30 ARMENIA, QUINDÍO
SERVICIO AL CLIENTE 321 512 55 44
www.epq.gov.co

en tu vida

## FACTURA DE SERVICIOS 20220582407338

## ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO

**DATOS DEL USUARIO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Cuenta de servicio | 170090 | Ruta: | 63401000100010010001000 3057000 |
| Mes facturado: | Mayo | Municipio: | La Tebaida |
| Dirección predio: | NV TEBAIDA MZ 15 No.16 | Fecha Factura: | 09-jun-2022 |
| Suscriptor: | ADOLFO EMILIOBURITICA | Pago Electrónico: | 20220582407338 |

**Clasificaciones**

| | |
|---|---|
| Clase de Servicio | Residencial |
| Estrato | 2 - BAJO |

**Datos del consumo**

| | |
|---|---|
| Lectura Anterior | 453 |
| Lectura Actural | 453 |
| Consumo | 8 |

**PERIODO FACTURADO** Desde: 19-abr-2022 Hasta: 18-may-2022

**REPORTE DE PAGOS**

| Fecha último pago | Valor último pago | Meses Deuda | Porcentaje subsidio | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Pago Oportuno: 14-jun-2022 | Tasa Interés Mora 0.5% | 1 | Acueducto | 22,5% | Alcantarillado |

**Consumos de meses anteriores**

| NOV | DIC | ENE | FEB | MAR | ABR | PROM |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8,0 |

**DATOS DEL MEDIDOR**

| | |
|---|---|
| MARCA: | |
| NÚMERO: | |

**Liquidación consumo de acueducto**

| Rango en m3 | Consumo | Tarifa m3 | Valor |
|---|---|---|---|
| 0-13 Básico | 8,0 | 1.459,6 | 11.677,0 |
| 14-26 Complementario | 0,0 | 1.883,4 | 0,0 |
| Suntuario más de 26 | 0,0 | 1.883,4 | 0,0 |
| **Total** | 8,0 | | 11.677,0 |

**Liquidación consumo de Alcantrillado**

| Rango en m3 | Consumo | Tarifa m3 | Valor |
|---|---|---|---|
| 0-13 Básico | 8,0 | 932,9 | 7.463,2 |
| 14-26 Complementario | 0,0 | 1.203,7 | 0,0 |
| Suntuario más de 26 | 0,0 | 1.203,7 | 0,0 |
| **Total** | 8,0 | | 7.463,2 |

**CRÉDITO Y FINANCIACIONES**

| CONCEPTOS | SALDO CRÉDITO | CUOTAS PAGADAS | CUOTAS PENDIENTES | VALOR CUOTA |
|---|---|---|---|---|

Total cuota financiaciones mes 0,00

GERENTE

**LIQUIDACIÓN SERVICIO DEL MES ACUEDUCTO**

| | |
|---|---|
| CARGO FIJO ACUEDUCTO | 6.588,00 |
| CARGO VARIABLE (CONSUMO) ACUEDUCTO | 15.067,00 |
| SUBSIDIO ACUEDUCTO | -3.390,00 |
| RECARGO ACUEDUCTO | 91,00 |
| **Total acueducto** | 18.356,00 |

**LIQUIDACIÓN SERVICIO DEL MES ALCANTARILLADO**

| | |
|---|---|
| CARGO FIJO ALCANTARILLADO | 3.802,00 |
| CARGO VARIABLE ALCANTARILLADO | 9.630,00 |
| SUBSIDIO ALCANTARILLADO | -2.167,00 |
| RECARGO ALCANTARILLADO | 56,00 |
| **Total alcantarillado** | 11.321,00 |

**Resumen valores facturados**

| | | |
|---|---|---|
| Total periodo con subsidio | $ | 29.677,00 |
| Valor facturas pendientes | $ | 0,00 |
| Total financiaciones del periodo | $ | 0,00 |
| **Total factura** | $ | **29.677,00** |

**Observaciones:** SEÑOR USUARIO su medidor debe estar ubicado en un sitio de fácil acceso para el lector con el fin de poder hacer el cobro de acuerdo a su consumo. Evite cobros por promedios. (Ley 142 de 1994 y CCU)

### Aviso Importante

Esta factura prestará mérito ejecutivo de acuerdo con las normas de Derecho Civil y Comercial, Ley 142 de 1994 artículo 30 (modificado por el artículo 18 de la Ley 689 de 2001), y podrá ser cobrada ejecutivamente o bien ejerciendo la jurisdicción coactiva

| NOMBRE DEL USUARIO | CUENTA DE SERVICIOS | FACTURA NÚMERO | PAGO ELECTRÓNICO | PERIODO FACTURADO | FECHA DE PAGO OPORTUNO | MUNICIPIO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ADOLFO EMILIOBURITICA | 170090 | 20220582407338 | 20220582407338 | 19-abr-2022 18-may-2022 | 14-jun-2022 | La Tebaida |

(415)7709998606104(8020)120220582407338(3900)0000029677(96)20220618

$ 29.677,00

TOTAL FACTURA

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

A4

**Fecha de consulta:** 10/11/2022

**Ficha:** 63401015548300000017

**Pobreza extrema**

## DATOS PERSONALES

**Nombres:** YEYNNIS MAITTE

**Apellidos:** PADILLA URIBE

**Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía

**Número de documento:** 1003250612

**Municipio:** La Tebaida

**Departamento:** Quindío

## INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

**Encuesta vigente:** 25/02/2021

**Última actualización ciudadano:** 25/02/2021

**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

# ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2022

## REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 02 MES 12 AÑO 2022

| I. Datos de la mascota | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre | | | | | | | Sexo: M ○ H ○ | | | | | | | | | | | | |
| Especie | | | | | | | Canino ○ Felino ○ | | | | | | | raza ○ C | | | | 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: | | T.I./C.C. |
| Dirección: | | 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 ---------- Identificaticado (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 , 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 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 / O RESPONDABLE** **FECHA**



Sisbén

Registro valido

A3

**Fecha de consulta:** 06/10/2022

**Ficha:** 63401556546800004940

**Pobreza extrema**

DATOS PERSONALES

**Nombres:** LINA MARIA

**Apellidos:** SALDAÑA WALTEROS

**Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía

**Número de documento:** 1096039826

**Municipio:** La Tebaida

**Departamento:** Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

**Encuesta vigente:** 28/01/2022

**Última actualización ciudadano:** 28/01/2022

**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 / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 02 MES 12 AÑO 2022

| I. Datos de la mascota | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre | Yerko | | | Sexo: M ~~H~~ | | | | | | | | | | | | | |
| Especie | Canino ~~Felino~~ | | | raza | ~~SC~~ | | | 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 | | | | | | | | |

Gratis. Alcaldia

| II. Datos del propietario | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre: | Patricia Trejos | T.I./C.C. | 1096035326 |
| Dirección: | Calle 15- 6-26 | Teléfono: | 3103666128 |
| 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 Patricia Trejos Identificaticado (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 , 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 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 / O RESPONDABLE** Patricia Trejos **FECHA**

# ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2022

## REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 02 MES 12 AÑO 2022

| I. Datos de la mascota | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre | Princess | | | Sexo: M ◯ H ◯ | | | | | | | | | | | | | | Gratis p/alcaldia | |
| Especie | Canino ◯ Felino ◯ | | | raza ◯ | | | | Peso Aprox. | | | | | | | | | | | |
| Edad | Barsim | | 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 | Laetancia | si | no | Ayunas | si | no | | | | | |
| Estado corporal | normal ◯ | | | desnutrido ◯ | | | | soberest ◯ | | | | | | | | | | | |

| II. Datos del propietario | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre: | Patricia Trejo | T.I./C.C. | 1096035326 |
| Dirección: | Calle 15- 6-26 | Teléfono: | 3103666119 |
| E-mail: | | Sisben: SI ◯ NO ◯ Nivel 1 2 3 ◯ | |

Adelante Animalista

**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 Patricia Trejo Identificaticado (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 , 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 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 / O RESPONDABLE** Patricia Trejo **FECHA**



# ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2022

## REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 02 MES 12 AÑO 2022

| I. Datos de la mascota | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre | Rocky | | | Sexo: M ◯ H ◯ | | | | | | | | | | | | | | | |
| Especie | Canino ◯ Felino ◯ | | | raza ◯ | | | | Peso Aprox. | | | | | | | | | | | |
| Edad | 4 M | | | 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 ◯ | | | | | | | | | | | |

Rocky Alcalde

| II. Datos del propietario | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre: | Patricia Trejo | T.I./C.C. | 1096035326 |
| Dirección: | Calle 15- 6-26 | Teléfono: | 3103666118 |
| E-mail: | | Sisben: SI ◯ NO ◯ Nivel 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ | |

Adelaida, Promotora

**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 (Patricia Trejo) ---------- Identificatiedo (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Am ----------, 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 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 / O RESPONDABLE** **FECHA**

Patricia Trejo X. 12/12 Por APE



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro valido

**Fecha de consulta:** 13/12/2022

**Ficha:** 63401013548100000246

A3

**Pobreza extrema**

## DATOS PERSONALES

**Nombres:** PATRICIA

**Apellidos:** TREJOS CESPEDES

**Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía

**Número de documento:** 1096035326

**Municipio:** La Tebaida

**Departamento:** Quindío

## INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

**Encuesta vigente:** 15/07/2019

**Última actualización ciudadano:** 19/09/2019

**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

FUNAT
Fundación Naturaleza Animal Tabalda

2730
1094 9

# El niño limpia la caja de arena



$ 35 =

# ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2022

## REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 01 MES 12 AÑO 2022

| I. Datos de la mascota | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre | | | niña | | | Sexo: M ○ H ✓ | | | | | | | | | | | | | |
| Especie | | | Canino ○ Felino ✓ | | | raza ✓ | | | | | Peso Aprox. | | | | | | | | |
| Edad | 1ri | | | 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 ○ | | | | | | | | | | |

Gratis alcaldía

| II. Datos del propietario | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre: | Luz mila toro | T.I./C.C. | 28740515 |
| Dirección: | | Teléfono: | 3206042211 |
| E-mail: | Nueva mz 16-24 | 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 Luz mila toro identificaticado (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 , 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 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 / O RESPONDABLE** **FECHA**

x Luz mila toro



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

**Fecha de consulta:** 13/12/2022

**Ficha:** 63401556750600007285

B3

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

# FOTOS DICIEMBRE 2022













$2.648.400

| | | |
|---|---|---|
| FUNAT | **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBIADA.**<br><br>**NIT 900643661-2** | **COMPROBA**<br><br>**1510** |
| **IUDAD Y FECHA:** 05/12/2022 | | **$51000** |
| **PAGADO A: MI POLLO LA TEBAIDA** | | |
| **VALOR EN LECTRA: CINCUENTA MIL PESOS M LEGAL** | | |
| **POR CONCEPTO: COMIDA ALBERGUE** | | |
| **DOCUMENTOS DE SOPORTE 318638** | | |
| ELABORO: LORENA ROJAS | **CONTABILIZO:** | **FIRMA O SELLO DEL BENEFICIARIO** |

MI POLLO S A.S NIT. 801004334-9
CALLE 16 # 6 05 ESQU TEL
RE[illegible] ABLES DE IVA
[illegible] CIIU: 1011
IMPRE. [illegible] SIESA 890.319.193-3
**
DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA
VENTAS TEBAIDA'PTE -153368

Caja : 001-01 Turno: 1 SERNA CU
Consec [illegible] Fecha: 2022/12/05
FECHA DE VENCIMIENTO: 2022-12-05
Hora : 6:47 a
Cond.Pago: CONTADO
Cliente : VENTAS DE CONTADO
N.I.T. : 11-0
Direccion: CALLE 3[illegible] N 0B 05 ESQUINA
Telefono : 754347[illegible]
Codigo : 11 -000

| Descripcion | CANT | | Total |
|---|---|---|---|
| PATAS Y CABE | 30.000 KL | $1,700 | $51,000 |

.TOTAL..... $51,000
[ DETALLE DE VALORES ]
Vta Exenta..... $51,000

[ INFORMACION TRIBUTARIA ]

| % | VLR_BASE | VLR_IMPUESTO |
|---|---|---|
| 0.00 | 51,000.00 | 0.00 |

Efectivo $51,000

Resol. No. 18764036648068 23/SEP/2022
Factura : PTE -127417 al PTE -600000.

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

NOMBRE:

C.C : purvera

FUNDACION NATURALEZA ANIMAL
TEBIADA.

NIT 900643661-2

COMPROBA

1512

IUDAD Y FECHA: 05/12/2022

$ 690.000

PAGADO A: TIENDA ANIMAL TEBAIDA

VALOR EN LECTRA: SEISCIENTOS NOVENTA MIL PESOS M LEGAL

POR CONCEPTO: COMIDA ALBERGUE MUNICIPAL

DOCUMENTOS DE SOPORTE FAC : 035

ELABORO: LORENA ROJAS

LR

CONTABILIZO:

FIRMA O SELLO DEL BENEFICIARIO

TIENDA ANIMAL

La Tebaida, Quindío.

Nit. 1096037673-7
RÉGIMEN SIMPLIFICADO

ENCUENTRA EN NUESTRA TIENDA
MEDICAMENTOS, ALIMENTOS Y ACCESORIOS
SERVICIO
TÉCNICO VETERINARIO
BAÑO Y PELUQUERÍA
CORTE DE UÑAS
¡y mucho más!
300 863 6742

DÍA 05 MES 12 AÑO 22

Nº 35

Señor (es): Funat Tebaida C.c./Nit 900643661

Dirección: Cuesta calle 22 esquina Tel/Cel. 3176558396

| CANT. | DESCRIPCIÓN | Vr. UNIT | Vr. TOTAL |
|---|---|---|---|
| 6 | Bultos Ringo x 30kg | 115.000 | 690.000 |
| | | | |
| | | | |
| | | |

FUNAT

**FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBIADA.**

**NIT 900643661-2**

**COMPROBA**

**1514**

**IUDAD Y FECHA:** 06/12/2022 $9000

**PAGADO A:** ALMACEN AGROTEBAIDA

**VALOR EN LECTRA:** NUEVE MIL PESOS M LEGAL

**POR CONCEPTO:** COMIDA ALBERGUE

**DOCUMENTOS DE SOPORTE** 172633

ELABORO: LORENA ROJAS

LR

**CONTABILIZO:**

**FIRMA O SELLO DEL BENEFICIARIO**

ALMACEN
AGROTEBAIDA
JOSE FERINLD QUINTERO Q
NIT: 4.374.495-1

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

REG 06-12-2022 08:28 AM
172633

| | | |
|---|---|---|
| 15 | @1/ 600 | |
| GRAV. 19% | T1 | $9,000 |
| BASE1 | | $7,563 |
| IVA 19% | | $1,437 |
| TL | | $9,000 |
| EFECTIVO | | $9,000 |

RES/DIAN18764030432143FE
CHA EXPEDICION2022/06/23
AUTORIZA 150.501-200.001
GRACIAS POR SU COMPRA

FUNAT

**FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBIADA.**

**NIT 900643661-2**

**COMPROBA**

**1515**

**IUDAD Y FECHA:** 06/12/2022 **$19000**

**PAGADO A:** ALMACEN AGROTEBAIDA

**VALOR EN LECTRA:** DIESCINUEVE MIL PESOS M LEGAL

**POR CONCEPTO:** COMIDA ALBERGUE

**DOCUMENTOS DE SOPORTE** 172637

ELABORO: LORENA ROJAS

**CONTABILIZO:**

**FIRMA O SELLO DEL BENEFICIARIO**

ALMACEN
AGROTEBAIDA
JOSE FERINED QUINTERO Q
NIT: 4.374.495-1

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

REG 06-12-2022 08:07 AM
172637

EXETO $19.000
TL $19.000
EFECTIVO $19.000

RES/DIAN18764030432143FE
CHA EXPEDICION2022/06/23
AUTORIZA 150.501-200.001
GRACIAS POR SU COMPRA

FUNAT

**FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBIADA.**

**NIT 900643661-2**

**COMPROBA**

**1519**

**IUDAD Y FECHA:** 09/12/2022 **$12000**

**PAGADO A:** ALMACEN AGROTEBAIDA

**VALOR EN LECTRA:** DOCE MIL PESOS M LEGAL

**POR CONCEPTO:** COMIDA ALBERGUE

**DOCUMENTOS DE SOPORTE** 172709

ELABORO: LORENA ROJAS

LR

**CONTABILIZO:**

**FIRMA O SELLO DEL BENEFICIARIO**

ALMACEN
AGROTEBAIDA
JOSE FERINED QUINTERO Q
NIT: 4.374.495-1

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

REG 09-12-2022 09:18 AM
172709

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

RES/DIAN18764030432143FE
CHA EXPEDICION2022/06/23
AUTORIZA 150.501-200.001
GRACIAS POR SU COMPRA

| | | |
|---|---|---|
| FUNAT | FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBIADA.<br><br>NIT 900643661-2 | COMPROBA<br><br>1525 |
| IUDAD Y FECHA: 17/12/2022 | | $ 19.400 |
| PAGADO A: ALMACEN AGROTEBAIDA LA TEBAIDA | | |
| VALOR EN LECTRA: DIESCINUEVE MIL CUATROCIENTOS PESOS M LEGAL | | |
| POR CONCEPTO: COMIDA ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA | | |
| DOCUMENTOS DE SOPORTE FAC : 173001 | | |
| ELABORO: LORENA ROJAS | CONTABILIZO: | FIRMA O SELLO DEL BENEFICIARIO |

ALMACEN
AGROTEBAIDA
JOSE FERINEO QUINTERO Q
NIT: 4.374.495-1

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

REG 17-12-2022 01:15 PM
173001

| | | |
|---|---|---|
| GRAV. 5% | T2 | $10,000 |
| 2 | @1/ 3.500 | |
| GRAV. 5% | T2 | $7,000 |
| EXETO | | $2,700 |
| BASE2 | | $16,190 |
| IVA 5% | | $810 |
| TL | $19,700 | |
| EFECTIVO | | $19,700 |

RES/DIAN18764030432143FE
CHA EXPEDICION2022/06/23
AUTORIZA 150.501-200.001
GRACIAS POR SU COMPRA

Alimento

| | | |
|---|---|---|
| FUNAT | **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBIADA.**<br><br>**NIT 900643661-2** | **COMPROBA**<br><br>**1538** |
| **IUDAD Y FECHA:** | **19/12/2022** | **$ 180.000** |
| **PAGADO A: TIENDA ANIMAL TEBAIDA** | | |
| **VALOR EN LECTRA: CIENTO OCHENA MIL PESOS M LEGAL** | | |
| **POR CONCEPTO: INSUMOS MEDICOS ALBERGUE MUNICIPAL** | | |
| **DOCUMENTOS DE SOPORTE FAC : 051** | | |
| ELABORO: LORENA ROJAS<br>LR | **CONTABILIZO:** | **FIRMA O SELLO DEL BENEFICIARIO** |

| | | |
|---|---|---|
| FUNAT | FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBIADA.<br><br>NIT 900643661-2 | COMPROBA<br>1527 |
| IUDAD Y FECHA: 12/12/2022 | | $11000 |
| PAGADO A: ALMACEN AGROTEBAIDA | | |
| VALOR EN LECTRA: ONCE MIL PESOS M LEGAL | | |
| POR CONCEPTO: COMIDA ALBERGUE | | |
| DOCUMENTOS DE SOPORTE 172793 | | |
| ELABORO: LORENA ROJAS<br>LR | CONTABILIZO: | FIRMA O SELLO DEL BENEFICIARIO |

ALMACEN
AGROTEBAIDA
JOSE FERINED QUINTERO Q
NIT: 4.374.495-1

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

REG 12-12-2022 09:11 AM
172793

EXETO $11,000
TL $11,000
EFECTIVO $11,000

RES/DIAN18764030432143FE
CHA EXPEDICION2022/06/23
AUTORIZA 150.501-200.001
GRACIAS POR SU COMPRA

FUNAT

**FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBIADA.**

**NIT 900643661-2**

**COMPROBA**

**1532**

**IUDAD Y FECHA:** 14/12/2022

**$ 805.000**

**PAGADO A:** TIENDA ANIMAL TEBAIDA

**VALOR EN LECTRA:** OCHOCIENTOS CINCO MIL PESOS M LEGAL

**POR CONCEPTO:** COMIDA ALBERGUE MUNICIPAL

**DOCUMENTOS DE SOPORTE FAC :** 039

ELABORO: LORENA ROJAS

LR

**CONTABILIZO:**

**FIRMA O SELLO DEL BENEFICIARIO**

TIENDA ANIMAL TAWI

La Tebaida, Quindío.

Nit. 1096037673-7
RÉGIMEN SIMPLIFICADO

ENCUENTRA EN NUESTRA TIENDA
MEDICAMENTOS, ALIMENTOS Y ACCESORIOS

SERVICIO
TÉCNICO VETERINARIO
BAÑO Y PELUQUERÍA
CORTE DE UÑAS

¡y mucho más!
300 863 6742

DÍA 17 MES 12 AÑO 22

Nº 39

Señor (es): Funat Tebaida C.C./Nit 900643661-2

Dirección: Crasta Calle 11 esquina Tel/Cel. 3178558398

| CANT. | DESCRIPCIÓN | Vr. UNIT | Vr. TOTAL |
|---|---|---|---|
| 7 | Bultos Ringo x 30kg | 115.000 | 805.000 |

Esta factura se asimila en todos sus efectos legales a un título valor Art 3 de ley 1231 de 2008

Firma

C.C.

TOTAL $ 805.000

CONSULTA ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA

| FECHA | NOMBRE Y APELLIDO | DIRECCION | TELEFONO | ANIMAL | NOMBRE | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

FUNAT

**FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBIADA.**

**NIT 900643661-2**

**COMPROBA**

**1533**

**IUDAD Y FECHA:** 13/12/2022

**$ 219.600**

**PAGADO A:** SUPERMERCADO MIO LA TEBAIDA

**VALOR EN LECTRA:** DOCIENTOS DIESCINUEVE MIL SEIS CIENTOS PESOS M LEGAL

**POR CONCEPTO:** COMIDA ALBERGUE MUNICIPAL

**DOCUMENTOS DE SOPORTE FAC :** 3657

ELABORO: LORENA ROJAS

LR

**CONTABILIZO:**

**FIRMA O SELLO DEL BENEFICIARIO**

SUPERMERCADO MIO S.A.S
NIT 901088792
CL 7 # 8-43
Tel[illegible] 250403 TEBAIDA - QUINDIO

* -COPIA N. 1*-*-*-*-*

RESPON[illegible]DE IVA DOCUMENTO EQUIVALENTE
Fecha : 2022/12/13 Nro. FPI 3657
Hora : 12:59:0[illegible] Cajero: CAJA 08
Caja : 308 Turno: 1

| Codigo | Descripcion | Total | Iva |
|---|---|---|---|
| 954064 | RINGO CROQUETAS ADUL 2 BLT x 109,800 | 219,600 | 05 |

| | |
|---|---|
| *** TOTAL NETO : | 219,600.00 |
| EFECTIVO : | 222,000.00 |
| CAMBIO : | 2,400.00 |

[ DETALLE IVA ]

| TIPO % | COMPRA | BASE | IVA |
|---|---|---|---|
| 05= 5% | 219,600 | 209,143 | 10,457 |
| Total : | 219,600 | 209,143 | 10,457 |

Res DIAN POS: 18764039812980 2022/11/18
RANGO: FPI 1 Hasta FPI 20000
Us: 08 2022/12/13 13:04:18
* GRACIAS POR SU COMPRA *

---DESPARASITACIONES JORNADAS DE BIENESTAR MUNICIPAL DE LA TEBAIDA

| FECHA | NOMBRE Y APELLIDO | DIRECCION | TELEFONO | ANIMAL | NOMBRE | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| FUNAT | **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBIADA.**<br>**NIT 900643661-2** | **COMPROBA**<br>**1534** |
| **IUDAD Y FECHA:** 14/12/2022 | | **$ 12.000** |
| **PAGADO A: ALMACEN AGROTEBAIDA** | | |
| **VALOR EN LECTRA: DOCE MIL PESOS M LEGAL** | | |
| **POR CONCEPTO: COMIDA ALBERGUE MUNICIPAL** | | |
| **DOCUMENTOS DE SOPORTE FAC : 172865** | | |
| ELABORO: LORENA ROJAS<br>LR | **CONTABILIZO:** | **FIRMA O SELLO DEL BENEFICIARIO** |

ALMACEN
AGROTEBAIDA
JOSE FERINED QUINTERO Q
NIT: 4.374.495-1

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

REG 14-12-2022 08:51 AM
172865

| | | |
|---|---|---|
| 20 | @1/ 600 | |
| GRAV. 19% | 11 | $12,000 |
| BASE1 | | $10,084 |
| IVA 19% | | $1,916 |
| TL | | $12.000 |
| EFECTIVO | | $12,000 |

RES/DIAN18764030432143FE
CHA EXPEDICION2022/06/23
AUTORIZA 150.501-200.001
GRACIAS POR SU COMPRA

---DESPARASITACIONES JORNADAS DE BIENESTAR MUNICIPAL DE LA TEBAIDA

| FECHA | NOMBRE Y APELLIDO | DIRECCION | TELEFONO | ANIMAL | NOMBRE | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| FUNAT | FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBIADA.<br><br>NIT 900643661-2 | COMPROBA<br><br>1539 |
| IUDAD Y FECHA: 19/12/2022 | | $ 810.000 |
| PAGADO A: TIENDA ANIMAL TEBAIDA | | |
| VALOR EN LECTRA: OCHOCIENTOS DIEZ MIL PESOS M LEGAL | | |
| POR CONCEPTO: COMIDA ALBERGUE MUNICIPAL | | |
| DOCUMENTOS DE SOPORTE FAC : 043 | | |
| ELABORO: LORENA ROJAS<br>LR | CONTABILIZO: | FIRMA O SELLO DEL BENEFICIARIO |

TIENDA ANIMAL TAWI

La Tebaida, Quindío.

Nit. 1090037873-7
RÉGIMEN SIMPLIFICADO

ENCUENTRA EN NUESTRA TIENDA
MEDICAMENTOS, ALIMENTOS Y ACCESORIOS
SERVICIO
TÉCNICO VETERINARIO
BAÑO Y PELUQUERÍA
CORTE DE UÑAS
¡y mucho más!
300 863 6742

DÍA 19 MES 12 AÑO 22

Nº 43

Señor (es): Funat Tebaida C.C./Nit 900643661-2

Dirección: Cra 5ta calle 2 Esquina Tel/Cel 3176555890

| CANT. | DESCRIPCIÓN | Vr. UNIT | Vr. TOTAL |
|---|---|---|---|
| 6 | Ringo Bolo x 30 Kg | 115.000 | 690.000 |
| 2 | Mixmingo Bulto x 9 Kg | 60.000 | 120.000 |
| | | | |
| | | | |
| | | |

CONSULTA ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA

| FECHA | NOMBRE Y APELLIDO | DIRECCION | TELEFONO | ANIMAL | FIRMA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

# FOTOS DICIEMBRE 22














| FECHA | CE | PROVEEDOR | CONCEPTO | VALOR | FAC | VALOR EN LECTRAS | LECTRA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1-dic | 1506 | DROGUERIA SAN ESTEBA | INSUMOS MEDICOS | $ 56.600 | 318391 | CINCUENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS PES | M |
| 2-dic | 1507 | DROGUERIA SAN ESTEBA | INSUMOS MEDICOS | $ 13.900 | 318595 | TRECE MIL PESOS M LEGAL | M |
| 2-dic | 1508 | DROGUERIA SAN ESTEBA | INSUMOS MEDICOS | $ 4.500 | 315686 | CUATRO MIL QUINIENTOS PESOS M LEG | M |
| 5-dic | 1511 | MACROVETERINARIA AR | INSUMOS MEDICOS | $ 183.800 | 377140 | CIENTO OCHENTA Y TRES MIL OCHOCIEN | M |
| 6-dic | 1513 | DROGUERIA SAN ESTEBA | INSUMOS MEDICOS | $ 7.600 | 319353 | SIETE MIL SEIS CIENTOS PESOS M LEGAL | M |
| 7-dic | 1516 | DROGUERIA SAN ESTEBA | INSUMOS MEDICOS | $ 36.000 | 319535 | TREINTA Y SEIS MIL PESOS M LEGAL | M |
| 7-dic | 1518 | MACROVETERINARIA AR | INSUMOS MEDICOS | $ 332.300 | 384692 | TRECIENTOS TREINTA Y DOS MIL TRECIEN | M |
| 9-dic | 1520 | DROGUERIA SAN ESTEBA | INSUMOS MEDICOS | $ 16.500 | 319916 | DIESCISEIS MIL QUINIENTOS PESSO M LE | M |
| 10-dic | 1521 | DROGUERIA SAN ESTEBA | INSUMOS MEDICOS | $ 14.000 | 320141 | CATROCE MIL PESOS M LEGAL | M |
| 10-dic | 1522 | MACROVETERINARIA AR | INSUMOS MEDICOS | $ 96.400 | 385164 | NOVENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS P | M |
| 10-dic | 1523 | DROGUERIA CONFENAL | INSUMOS MEDICOS | $ 31.500 | 593500 | TREINTA Y UN MIL QUINIENTOS PESOS M | M |
| 12-dic | 1526 | DROGUERIA SAN ESTEBA | INSUMOS MEDICOS | $ 127.400 | 320483 | CIENTO VEINTE MIL CUATROCIENTOS PE | M |
| 12-dic | 1528 | MACROVETERINARIA AR | INSUMOS MEDICOS | $ 114.800 | 385654 | CIENTO CATORCE MIL OCHOCIENTOS PE | M |
| 12-dic | 1529 | MACROVETERINARIA AR | INSUMOS MEDICOS | $ 23.000 | 385656 | VEINTI TRES MIL PESOS M LEGAL | M |
| 12-dic | 1530 | DROGUERIA SAN ESTEBA | INSUMOS MEDICOS | $ 30.000 | 320880 | TREINTA MIL PESOS M LEGAL | M |
| 14-dic | 1531 | DROGUERIA SAN ESTEBA | INSUMOS MEDICOS | $ 31.000 | 320875 | TREINTA Y UN MIL PESOS M LEGAL | M |
| 15-dic | 1535 | DROGUERIA SAN ESTEBA | INSUMOS MEDICINA | $ 6.000 | 21103 | SEIS MIL PESOS M LEGAL | M |
| 15-dic | 1536 | DROGUERIA NUEVA YOR | INSUMOS MEDICOS | $ 7.200 | 15509 | SIETE MIL DOCIENTOS PESOS M LEGAL | M |
| 17-dic | 1537 | MACROVETERINARIA AR | INSUMOS MEDICOS | $ 165.900 | 396440 | CIENTO SESETNA Y CINCO MIL NOVECIEN | M |
| 16-dic | 1538 | MACROVETERINARIA AR | INSUMOS MEDICOS | $ 142.300 | 386262 | CIENTO CUARENTA Y DOS MIL TRECIENT | M |
| 20-dic | 1540 | DROGUERIA SAN ESTEBA | INSUMOS MEDICOS | $ 19.400 | 322140 | DIESCINUEVE MIL CUATROCIENTOS PES | M |
| | | | | $ 1.460.100 | INSUMOS MEDICOS ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA | | |

$1.444.100

| | | |
|---|---|---|
| FUNAT | FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBIADA.<br><br>NIT 900643661-2 | COMPROBA<br><br>1540 |
| IUDAD Y FECHA: 20/12/2022 | | $ 19.400 |
| PAGADO A: DROGUERIA SAN ESTEBAN | | |
| VALOR EN LECTRA: DIESCINUEVE MIL CUATROCIENTOS PESOS M LEGAL | | |
| POR CONCEPTO: INSUMOS MEDICOS ALBERGUE MUNICIPAL | | |
| DOCUMENTOS DE SOPORTE FAC : 322140 | | |
| ELABORO: LORENA ROJAS<br>LR | CONTABILIZO: | FIRMA O SELLO DEL BENEFICIARIO |

DROG Y PERF OTROS SAN ESTEBAN
SUCURSAL 1
MURIEL MORA LUZ DARY
Calle 13 # 5-20
NIT 41904421-7
Régimen Comun

Tel. 7542339

**DOCUMENTO EQUIVALENTE POS**
**No.: 322140**

Habilitación numeración según resolución No 18764032011784 del 2022 jul. 30 Rango 296414 al 500000 Vigencia 18 Meses

**MOSTRADOR**

| Fecha | Hora | Cajero | Vendedor |
|---|---|---|---|
| 20/12/2022 | 09:29 | 11 CAJER | 6 6.HAR |

OMEPRAZOL 40MG/1 S 1 VIAL
100025700 2 C $ 11.800 *
TRAMADOL 50MG/1ML 10 AMPOLLAS VT
100024674 4 U $ 7 600 *

| | |
|---|---|
| Sub Total | $ 19.400 |
| Descuento | $ 0 |
| Total Factura | $ 19.400 |
| Valor Recibido | $ 20.000 |
| Cambio | $ 600 |
| Exento | $ 19.400 |
| Excluido | $ 0 |
| No Gravado | $ 0 |
| Gravado | $ 0 |

Tipo de Pago efectivo: $ 19.400

Bienes Exentos - Decreto 417 del 17 de marzo de 2020

Caja: SERVSANESTEBAN

Coopidrogas
NIT 860.026.418-0

| | | |
|---|---|---|
| FUNAT | FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBIADA.<br><br>NIT 900643661-2 | COMPROBA<br><br>1538 |
| IUDAD Y FECHA: 16/12/2022 | | $ 142.300 |
| PAGADO A: MACROVETTERINARIA ARMENIA | | |
| VALOR EN LECTRA: CIENTO CUARENTA Y DOS MILL TRECIENTOS PESOS M LEGAL | | |
| POR CONCEPTO: INSUMOS MEDICOS ALBERGUE MUNICIPAL | | |
| DOCUMENTOS DE SOPORTE FAC : 386262 | | |
| ELABORO: LORENA ROJAS<br><br>LR | CONTABILIZO: | FIRMA O SELLO DEL BENEFICIARIO |

386262

12-16

142.300

3178558398

157.300

| | | |
|---|---|---|
| FUNAT | FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBIADA.<br><br>NIT 900643661-2 | COMPROBA<br><br>1537 |
| IUDAD Y FECHA: 17/12/2022 | | $ 165.900 |
| PAGADO A: MACROVETERINARIA ARMENIA | | |
| VALOR EN LECTRA: CIENTO SESENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS PESOS M LEGAL | | |
| POR CONCEPTO: INSUMOS MEDICOS ALBERGUE MUNICIPAL | | |
| DOCUMENTOS DE SOPORTE FAC : 386440 | | |
| ELABORO: LORENA ROJAS<br>LR | CONTABILIZO: | FIRMA O SELLO DEL BENEFICIARIO |

386440

317 8558398 17-12-2022

$165.900

Tebaida fundación

Pago

FUNAT

**FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBIADA.**

**NIT 900643661-2**

**COMPROBA**

**1536**

**IUDAD Y FECHA:** 15/12/2022 **$ 7.200**

**PAGADO A:** DROGUERIA NUEVA YOR

**VALOR EN LECTRA:** SIETE MIL DOCIENTOS PESOS M LEGAL

**POR CONCEPTO:** INSUMOS MEDICOS

**DOCUMENTOS DE SOPORTE FAC :** 15509

ELABORO: LORENA ROJAS

**CONTABILIZO:**

**FIRMA O SELLO DEL BENEFICIARIO**

DROGUERIA NUEVA YORK

DROG. NUEVA YORK
SUCURSAL
ANDREINA SALINAS
CL.11 # 7-13
NIT 1094918415-7
Régimen No responsable del impuesto sobre las Ventas
Tel. 7542164

**DOCUMENTO EQUIVALENTE POS**
**No.: 15509**

Autorización numeración según resolución No 1000000000000001 del 2022 jul. 31 Rango 1 al 1000000 Vigencia 12 Meses

**MOSTRADOR**

| Fecha | Hora | Cajero | Vendedor |
|---|---|---|---|
| 15/12/2022 | 10:34 | 06 CAJER | 03 YEIMY |

**CATETER INTRVENOSO # 24 DISPOWAY**
**7707228412051 3 C $ 7.200**

| | |
|---|---|
| Sub Total | $ 7 200 |
| Descuento | $ 0 |
| **Total Factura** | $ 7 200 |
| Valor Recibido | $ 7.200 |
| Cambio | $ 0 |

Tipo de Pago efectivo: $ 7.200

GRAC

Caja. DESKTOP-2M9U6RS

**Coopidrogas**
**NIT. 860.026.123-0**
**Sistema P.O.S - Dominium Plus**

FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBIADA.

NIT 900643661-2

COMPROBA

1531

IUDAD Y FECHA: 14/12/2022 $31000

PAGADO A: DROGUERIA SAN ESTEBAN

VALOR EN LECTRA: TREINTA Y UN MIL PESOS M LEGAL

POR CONCEPTO: INSUMOS MEDICOS

DOCUMENTOS DE SOPORTE 320875

ELABORO: LORENA ROJAS

LR

CONTABILIZO:

FIRMA O SELLO DEL BENEFICIARIO

DROG Y PERF OTROS SAN ESTEBAN
SUCURSAL 1
MURIEL MORA LUZ DARY
Calle 13 # 5-20
NIT 41904421-7
Régimen Común
Tel 7542339

**DOCUMENTO EQUIVALENTE POS**
**No.: 320875**

Habilitacion numeración según resolución No 18764032011784 del 2022 jul. 30 Rango 296414 al 500000 Vigencia 18 Meses

**MOSTRADOR**

| Fecha | Hora | Cajero | Vendedor |
|---|---|---|---|
| 14/12/2022 | 09:26 | 11 CAJER | 07 3 EDW |

| | | | |
|---|---|---|---|
| CATETER ALFA INTRAVE 24G X 3/4 19 MM | | | |
| 100023416 | 2 C | $ 4.000 | A |
| JERINGA 3P 3ML 23X1 PRECISION 100 UDS | | | |
| 20002913 | 10 U | $ 4.000 | A |
| SULFATO FERROSO 300 MG 300 TABLETAS LP | | | |
| 100012369 | 10 U | $ 10.000 | A |
| LEVOTIROXINA 100 MCG 160 TABLETAS PC | | | |
| 100027360 | 2 B | $ 8.000 | A |
| CATETER ALFA INTRAVE 22G X1 25 MM | | | |
| 100023419 | 2 C | $ 4.000 | A |

| | |
|---|---|
| Sub Total | $ 31.000 |
| Descuento | $ 0 |
| Total Factura | $ 31.000 |
| Valor Recibido | $ 31.000 |
| Cambio | $ 0 |
| Exento | $ 19.000 |
| Excluido | $ 8.000 |
| No Gravado | $ 0 |
| Gravado | $ 3.361 |

A:Base 19% $ 3.361 Iva: $ 639

Tipo de Pago efectivo: $ 31.000

Bienes Exentos - Decreto 417 del 17 de marzo de 2020

Caja: SERVSANESTEBAN

Copidrogas
NIT. [illegible] 5123-0
Sistema P.O.S - Dominium Plus

| | | |
|---|---|---|
| FUNAT | FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBIADA.<br><br>NIT 900643661-2 | COMPROBA<br><br>1529 |
| IUDAD Y FECHA: 12/12/2022 | | $23000 |
| PAGADO A: MACROVETERINARIA ARMENIA | | |
| VALOR EN LECTRA: VEINTI TRES MIL PESOS M LEGAL | | |
| POR CONCEPTO: INSUMOS MEDICOS | | |
| DOCUMENTOS DE SOPORTE 385656 | | |
| ELABORO: LORENA ROJAS<br>LR | CONTABILIZO: | FIRMA O SELLO DEL BENEFICIARIO |

FUNDACION NATURALEZA ANIMAL
TEBIADA.

NIT 900643661-2

COMPROBA

1528

IUDAD Y FECHA: 12/12/2022 $114800

PAGADO A: MACROVETERINARIA ARMENIA

VALOR EN LECTRA: CIENTO CATORCE MIL OCHOCIENTOS PESOS M LEGAL

POR CONCEPTO: INSUMOS MEDICOS

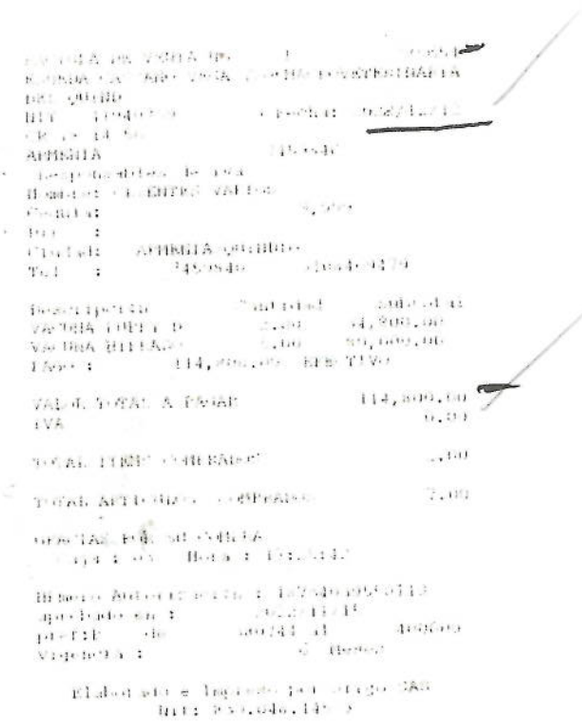
DOCUMENTOS DE SOPORTE 385654

ELABORO: LORENA ROJAS

LR

CONTABILIZO:

FIRMA O SELLO DEL BENEFICIARIO



FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBIADA.

NIT 900643661-2

COMPROBA

1528

| | | |
|---|---|---|
| IUDAD Y FECHA: | 12/12/2022 | $114800 |
| PAGADO A: MACROVETERINARIA ARMENIA | | |
| VALOR EN LECTRA: CIENTO CATORCE MIL OCHOCIENTOS PESOS M LEGAL | | |
| POR CONCEPTO: INSUMOS MEDICOS | | |
| DOCUMENTOS DE SOPORTE 385654 | | |
| ELABORO: LORENA ROJAS | | FIRMA O SELLO DEL BENEFICIARIO |

FUNDACION NATURALEZA ANIMAL
TEBIADA.

NIT 900643661-2

COMPROBA

1526

IUDAD Y FECHA: 12/12/2022 $127400

PAGADO A: DROGUERIA SAN ESTEBAN

VALOR EN LECTRA: CIENTO VEINTE MIL CUATROCIENTOS PESOS M LEGAL

POR CONCEPTO: INSUMOS MEDICOS

DOCUMENTOS DE SOPORTE 320483

ELABORO: LORENA ROJAS

CONTABILIZO:

FIRMA O SELLO DEL BENEFICIARIO

DROG Y PERF OTROS SAN ESTEBAN
SUCURSAL 1
MURIEL MORA LUZ DARY
Calle 13 # 5-20
NIT 41904421-7
Régimen Común

Tel. 7542339

13400

**DOCUMENTO EQUIVALENTE POS**
**No.: 320483**

Habilitación numeración según resolución No 18764032011784 del 2022 Jul. 30 Rango 296414 al 500000 Vigencia 18 Meses

**MOSTRADOR**

| Fecha | Hora | Cajero | Vendedor | |
|---|---|---|---|---|
| 12/12/2022 | 08:48 | 11 CAJER | 07 3.EDW | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| JERINGA FAST CARE 3P 3ML 21X1 1/2 100UDS | | | | |
| 20004449 | 2 C | $ 49.800 | | A |
| JERINGA FAST CARE 3P 6ML 21X1 1/2 100UND | | | | |
| 20004354 | 1 C | $ 29.800 | | A |
| JERINGA ALFA INS 1 CC 29G X1/2 13MM 100U | | | | |
| 200016821 | 1 C | $ 39.800 | | A |
| JERINGA ALFA 3P 3 ML 23 X 1 100 UDS | | | | |
| 200018817 | 10 U | $ 4.000 | | A |
| CATETER ALFA INTRAVE 22G X1 25 MM | | | | |
| 10002341 9 | 2 C | $ 4.000 | | A |

| | |
|---|---|
| Sub Total | $ 127.400 |
| Descuento | $ 0 |
| Total Factura | $ 127.400 |
| Valor Recibido | $ 132.400 |
| Cambio | $ 5.000 |
| Exento | $ 49.800 |
| Excluido | $ 4.000 |
| No Gravado | $ 0 |
| Gravado | $ 61.849 |

A:Base 19% $ 61.849 Iva: $ 11.751

Tipo de Pago efectivo: $ 127.400

Bienes Exentos - Decreto 417 del 17 de marzo de 2020

Caja: AUXSANESTEBAN

drogas
NIT 60.026.123-0
Sistema P.O.S - Dominium Plus

FUNDACION NATURALEZA ANIMAL
TEBIADA.

NIT 900643661-2

COMPROBA

1523

IUDAD Y FECHA: 10/12/2022 $31500

PAGADO A: DROGUERIA CONFENALCO

VALOR EN LECTRA: TREINTA Y UN MIL QUINIENTOS PESOS M LEGAL

POR CONCEPTO: INSUMOS MEDICOS

DOCUMENTOS DE SOPORTE 593500

ELABORO: LORENA ROJAS

LR

CONTABILIZO:

FIRMA O SELLO DEL BENEFICIARIO

| | | |
|---|---|---|
| FUNAT | **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBIADA.**<br><br>**NIT 900643661-2** | **COMPROBA**<br><br>**1522** |

| | |
|---|---|
| **IUDAD Y FECHA:** **10/12/2022** | **$96400** |
| **PAGADO A: MACROVETERINARIA ARMENIA** | |
| **VALOR EN LECTRA: NOVENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS PESOS M LEGAL** | |
| **POR CONCEPTO: INSUMOS MEDICOS** | |
| **DOCUMENTOS DE SOPORTE 385164** | |

| | | |
|---|---|---|
| ELABORO: LORENA ROJAS<br>LR | **CONTABILIZO:** | **FIRMA O SELLO DEL BENEFICIARIO** |

96400

| | | |
|---|---|---|
| FUNAT | FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBIADA.<br><br>NIT 900643661-2 | COMPROBA<br><br>1521 |
| IUDAD Y FECHA: 10/12/2022 | | $14000 |
| PAGADO A: DROGUERIA SAN ESTEBAN | | |
| VALOR EN LECTRA: CATROCE MIL PESOS M LEGAL | | |
| POR CONCEPTO: INSUMOS MEDICOS | | |
| DOCUMENTOS DE SOPORTE 320141 | | |
| ELABORO: LORENA ROJAS | CONTABILIZO: | FIRMA O SELLO DEL BENEFICIARIO |

DROG Y PERF OTROS SAN ESTEBAN
SUCURSAL 1
MURIEL MORA LUZ DARY
Calle 13 # 5-20
NIT 41904421-7
Régimen Común

Tel. 7542339

**DOCUMENTO EQUIVALENTE POS**
**No.: 320141**

Habilitación numeración según resolución No 18764032011784 del 2022 jul. 30 Rango 296414 al 500000 Vigencia 18 Meses

**MOSTRADOR**

| Fecha | Hora | Cajero | Vendedor |
|---|---|---|---|
| 10/12/2022 | 13:34 | 12 CAJER | 04 5.YES |

CATETER ALFA INTRAVE 24G X 3/4 19 MM
100023418 4 C $ 6.000 *

CATETER ETERNA INTRAVENOSO 22 G
100024677 4 C $ 6.000 *

| | |
|---|---|
| Sub Total | $ 14.000 |
| Descuento | $ 0 |
| **Total Factura** | $ 14.000 |
| Valor Recibido | $ 20.000 |
| Cambio | $ 6.000 |
| Exento | $ 0 |
| Excluido | $ 14.000 |
| No Gravado | $ 0 |
| Gravado | $ 0 |

Tipo de Pago efectivo: $ 14.000

Bienes Exentos - Decreto 417 del 17 de marzo de 2020

Caja: AUXSANESTEBAN

Coopidrogas
NIT. 860.026.123-0
Sistema P.O.S - Dominium Plus

FUNAT

**FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBIADA.**

**NIT 900643661-2**

**COMPROBA**

**1520**

**IUDAD Y FECHA:** 09/12/2022 **$16.500**

**PAGADO A:** DROGUERIA SAN ESTEBAN

**VALOR EN LECTRA:** DIESCISEIS MIL QUINIENTOS PESSO M LEGAL

**POR CONCEPTO:** INSUMOS MEDICOS

**DOCUMENTOS DE SOPORTE** 319916

ELABORO: LORENA ROJAS

**CONTABILIZO:**

**FIRMA O SELLO DEL BENEFICIARIO**

DROG Y PERF OTROS SAN ESTEBAN
SUCURSAL 1
MURIEL MORA LUZ DARY
Calle 13 # 5-20
NIT 41904421-7
Régimen Común

19500

Tel. 7542339

**DOCUMENTO EQUIVALENTE POS**
**No.: 319916**

Habilitación numeración según resolución No 18764032011784 del 2022 jul. 30 Rango 296414 al 500000 Vigencia 18 Meses

**MOSTRADOR**

| Fecha | Hora | Cajero | Vendedor |
|---|---|---|---|
| 09/12/2022 | 10:19 | 11 CAJER | 07 3.EDW |

AGUA DESTILADA QUIBI BOLSA 500 ML
100019183 3 C $ 10.500

SUERO FISIOLOGICO CLOR.SODIO 500 ML 1323
200004510 2 C $ 6.000

| | |
|---|---|
| Sub Total | $ 16.500 |
| Descuento | $ 0 |
| Total Factura | $ 16.500 |
| Valor Recibido | $ 19.500 |
| Cambio | $ 3.000 |
| Exento | $ 10.500 |
| Excluido | $ 6 000 |
| No Gravado | $ 0 |
| Gravado | $ 0 |

Tipo de Pago efectivo: $ 16.500

Bienes Exentos - Decreto 417 del 17 de marzo de 2020

Caja: AUXSANESTEBAN

Coopidrogas
NIT. 860.026.123-0
Sistema P.O.S - Dominium Plus

| | | |
|---|---|---|
| FUNAT | **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBIADA.**<br><br>**NIT 900643661-2** | **COMPROBA**<br><br>**1518** |
| **IUDAD Y FECHA:** 07/12/2022 | | **$ 317.300** |
| **PAGADO A: MACROVETERINARIA ARMENTIA** | | |
| **VALOR EN LECTRA: TRECIENTOS DIESCISIETE MIL TRECIENTOS PESOS M LEGAL** | | |
| **POR CONCEPTO: INSUMOS MEDICOS** | | |
| **DOCUMENTOS DE SOPORTE FAC : 384692** | | |
| ELABORO: LORENA ROJAS<br>LR | **CONTABILIZO:** | **FIRMA O SELLO DEL BENEFICIARIO** |

$332.300

FUNAT

**FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBIADA.**

**NIT 900643661-2**

**COMPROBA**

**1516**

**IUDAD Y FECHA:** 07/12/2022 **$36.000**

**PAGADO A:** DROGUERIA SAN ESTEBAN

**VALOR EN LECTRA:** TREINTA Y SEIS MIL PESOS M LEGAL

**POR CONCEPTO:** INSUMOS MEDICOS

**DOCUMENTOS DE SOPORTE** 319535

ELABORO: LORENA ROJAS

**FIRMA O SELLO DEL BENEFICIARIO**

LL

DROG Y PERF OTROS SAN ESTEBAN
SUCURSAL 1
MURIEL MORA LUZ DARY
Calle 13 # 5-20
NIT 41904421-7
Régimen Común

Tel. 7542339

36000

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

**DOCUMENTO EQUIVALENTE POS**
**No.: 319535**

Habilitación numeración según resolución No 18764032011784 del 2022 jul. 30 Rango 296414 al 500000 Vigencia 18 Meses

**MOSTRADOR PERSONALIZADA**

| Fecha | Hora | Cajero | Vendedor |
|---|---|---|---|
| 07/12/2022 | 09:48 | 11 CAJER | 07 3 EDW |

CATETER ALFA INTRAVE 20G X1 1/4 32 MM
100023421 2 C $ 4.000
ESP.TELA BLANCO FASTCARE 2X5 UNIDAD ICOM
100026226 1 C $ 14.000
JERINGA ALFA 3P 3 ML 21X1 1/2 100 UDS
200016816 10 U $ 3.000
SUERO FISIOLOGICO CLOR.SODIO 500 ML 1323
200004610 5 C $ 16.000

| | |
|---|---|
| Sub Total | $ 36.000 |
| Descuento | $ 0 |
| Total Factura | $ 36.000 |
| Valor Recibido | $ 39.000 |
| Cambio | $ 3.000 |
| Exento | $ 3.000 |
| Excluido | $ 33.000 |
| No Gravado | $ 0 |
| Gravado | $ 0 |

Tipo de Pago efectivo $ 36.000

**Puntos Factura: 0** **Puntos Cliente: 0**

Bienes Exentos - Decreto 417 del 17 [illegible]
de 2020

FUNAT

**FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBIADA.**

**NIT 900643661-2**

**COMPROBA**

**1513**

**IUDAD Y FECHA:** 06/12/2022 **$7600**

**PAGADO A:** DROGUERIA SAN ESTEBAN

**VALOR EN LECTRA:** SIETE MIL SEIS CIENTOS PESOS M LEGAL

**POR CONCEPTO:** INSUMOS MEDICOS

**DOCUMENTOS DE SOPORTE** 319353

ELABORO: LORENA ROJAS

**CONTABILIZO:**

**FIRMA O SELLO DEL BENEFICIARIO**

DROG Y PERF OTROS SAN ESTEBAN
SUCURSAL 1
MURIEL MORA LUZ DARY
Calle 13 # 5-20
NIT 41904421-7
Régimen Comun

Tel. 7542339

**DOCUMENTO EQUIVALENTE POS**
**No.: 319353**

Habilitación numeración segun resolución No 18764032011784 del 2022 jul. 30 Rango 296414 al 500000 Vigencia 18 Meses

**MOSTRADOR**

| Fecha | Hora | Cajero | Vendedor |
|---|---|---|---|
| 06/12/2022 | 08:37 | 11 CAJER | 6 6.HAR |

CUCHILLA MINORA 20 CJ 6 UDS

| | | | |
|---|---|---|---|
| 200037392 | 4 B | $ 7 600 | A |

| | |
|---|---|
| Sub Total | $ 7.600 |
| Descuento | $ 0 |
| Total Factura | $ 7.600 |
| Valor Recibido | $ 8.000 |
| Cambio | $ 400 |
| Exento | $ 0 |
| Excluido | $ 0 |
| No Gravado | $ 0 |
| Gravado | $ 6.387 |

A:Base 19% $ 6.387 Iva: $ 1.213

Tipo de Pago efectivo: $ 7.600

Bienes Exentos - Decreto 417 del 17 de marzo de 2020

Caja: SERVSANESTEBAN

Coopidrogas
NIT. 860.026.123-0
Sistema P.O.S - Dominium Plus

FUNAT

FUNDACION NATURALEZA ANIMAL
TEBIADA.

NIT 900643661-2

COMPROBA

1508

IUDAD Y FECHA: 02/12/2022 $4500

PAGADO A: DROGUERIA SAN ESTEBAN

VALOR EN LECTRA: CUATRO MIL QUINIENTOS PESOS M LEGAL

POR CONCEPTO: INSUMOS MEDICOS

DOCUMENTOS DE SOPORTE 318638

ELABORO: LORENA ROJAS

LR

CONTABILIZO:

FIRMA O SELLO DEL BENEFICIARIO

DROG Y PERF OTROS SAN ESTEBAN
SUCURSAL 1
MURIEL MORA LUZ DARY
Calle 13 # 5-20
NIT 41904421-7
Régimen Común

Tel. 7542339

**DOCUMENTO EQUIVALENTE POS**
**No.: 318638**

Habilitación numeración según resolución No 18764032011784 del 2022 jul. 30 Rango 296414 al 500000 Vigencia 18 Meses

**MOSTRADOR**

| Fecha | Hora | Cajero | Vendedor |
|---|---|---|---|
| 02/12/2022 | 13:40 | 12 CAJER | 07 3.EDW |

FUROSEMIDA 20MG/2ML 1 AMPOLLA VT
100026607 3 C $ 4.500

| | |
|---|---|
| Sub Total | $ 4.500 |
| Descuento | $ 0 |
| Total Factura | $ 4.500 |
| Valor Recibido | $ 5.000 |
| Cambio | $ 500 |
| Exento | $ 4.500 |
| Excluido | $ 0 |
| No Gravado | $ 0 |
| Gravado | $ 0 |

Tipo de Pago efectivo: $ 4.500

Bienes Exentos - Decreto 417 del 17 de marzo de 2020

Caja: AUXSANESTEBAN

Coopidrogas
NIT. 860.026.123-0

| | | |
|---|---|---|
| FUNAT | FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBIADA.<br><br>NIT 900643661-2 | COMPROBA<br><br>1507 |
| IUDAD Y FECHA: 02/12/2022 | | $13900 |
| PAGADO A: DROGUERIA SAN ESTEBAN | | |
| VALOR EN LECTRA: TRECE MIL PESOS M LEGAL | | |
| POR CONCEPTO: INSUMOS MEDICOS | | |
| DOCUMENTOS DE SOPORTE 318595 | | |
| ELABORO: LORENA ROJAS<br>LR | CONTABILIZO: | FIRMA O SELLO DEL BENEFICIARIO |

DROG Y PERF OTROS SAN ESTEBAN
SUCURSAL 1
MURIEL MORA LUZ DARY
Calle 13 # 5-20
NIT 41904421-7
Régimen Común

Tel. 7542339

16900

Cliente: 8-0
Nombre: PRECIO ESPECIAL
Dirección: CALLE 13 5-20
Tel: 7543570
Barrio: CENTRO

**DOCUMENTO EQUIVALENTE POS**
**No.: 318595**

Habilitación numeración según resolución No 18764032011784 del 2022 jul. 30 Rango 296414 al 500000 Vigencia 18 Meses

**MOSTRADOR PERSONALIZADA**

| Fecha | Hora | Cajero | Vendedor |
|---|---|---|---|
| 02/12/2022 | 10:08 | 11 CAJER | 07 3 EDW |

OSTEOSAN GEL 0.5% 40 GR PIROXIC

| | | |
|---|---|---|
| 7707019339109 | 1 C | $ 13.900 |

| | |
|---|---|
| Sub Total | $ 13.900 |
| Descuento | $ 0 |
| Total Factura | $ 13.900 |
| Valor Recibido | $ 16.900 |
| Cambio | $ 3.000 |
| Exento | $ 0 |
| Excluido | $ 13.900 |
| No Gravado | $ 0 |
| Gravado | $ 0 |

Tipo de Pago efectivo: $ 13.900

**Puntos Factura: 0** **Puntos Cliente: 0**

Bienes Exentos - Decreto 417 del 17 de marzo de 2020

FUNAT

**FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBIADA.**

**NIT 900643661-2**

**COMPROBA**

**1506**

| | |
|---|---|
| **IUDAD Y FECHA:** 01/12/2022 | $53.600 |
| **PAGADO A:** DROGUERIÁ SAN ESTEBAN | |
| **VALOR EN LECTRA:** CINCUENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS PESOS M LEGAL | |
| **POR CONCEPTO:** INSUMOS MEDICOS | |
| **DOCUMENTOS DE SOPORTE** 318391 | |
| ELABORO: LORENA ROJAS LR | **CONTABILIZO:** / **FIRMA O SELLO DEL BENEFICIARIO** |

/ PERF OTROS SAN ESTEBAN
SUCURSAL 1
MURIEL MORA LUZ DARY
Calle 13 # 5-20
NIT 41904421-7
Régimen Comun

53600

Tel 7542339

**DOCUMENTO EQUIVALENTE POS**
**No.: 318391**

Habilitación numeración según resolución No 18764032011784 del 2022 jul. 30 Rango 296414 al 500000 Vigencia 18 Meses

**MOSTRADOR**

| Fecha | Hora | Cajero | Vendedor |
|---|---|---|---|
| 01/12/2022 | 08:51 | 11 CAJER | 07 3.EDW |

JERINGA FAST CARE 3P 3ML 21X1.1/2 100UDS
200040449 2 C $ 49.800
CUCHILLA MINORA 20 CJ 5 UDS
200037392 2 B $ 3.800 A

| | |
|---|---|
| Sub Total | $ 53.600 |
| Descuento | $ 0 |
| Total Factura | $ 53.600 |
| Valor Recibido | $ 54.000 |
| Cambio | $ 400 |
| Exento | $ 49.800 |
| Excluido | $ 0 |
| No Gravado | $ 0 |
| Gravado | $ 3.193 |

A:Base 19% $ 3.193 Iva: $ 607

Tipo de Pago efectivo $ 53.600

Bienes Exentos - Decreto 417 del 17 de marzo de 2020

Caja: AUXSANESTEBAN

**Coopidrogas**

FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBIADA.

NIT 900643661-2

COMPROBA

1506

IUDAD Y FECHA: 01/12/2022 $56.600

PAGADO A: DROGUERIA SAN ESTEBAN

VALOR EN LECTRA: CINCUENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS PESOS M LEGAL

POR CONCEPTO: INSUMOS MEDICOS

DOCUMENTOS DE SOPORTE 318391

ELABORO: LORENA ROJAS

CONTABILIZO:

FIRMA O SELLO DEL BENEFICIARIO