ESTERILIZACIONES

GRATIS MES DE ENERO DEL 2023

50

JORNADAS DE ESTERILIZACION GRATUITAS

SE SIGUEN REALIZANDO ESTE AÑO LAS JORNADAS DE ESTERILIZACION GRATUITAS PARA LOS ESTRATOS A.B.C.

CON EL APOYO DE LAS ANIMALISTAS DEL MUNICIPIO DE LA TEBAIDA , LAS CUALES SE OCUPAN DE CONSEGUIR LLEVAR Y DAR SEGUIMIENTOS A LOS CASOS DE LOS SECTORES MAS VULNERABLES DEL MUNICIPIO DE LA TEBAIDA.



--DESPARASITACIONES JORNADAS DE BIENESTAR MUNICIPAL DE LA TEBAIDA

FECHA	NOMBRE Y APELLIDO	DIRECCION	TELEFONO	CEDULA	FELINO	CANINO	SISBEN	OPERADO
ene-18	LUZ MARY BERNAL	NT 1 MZ 16 CASA 4	3153235545	29126457		HEMBRA	B3	SI
ene-18	GLORIA A MOLINA	ALTO CANAGUAY INVACION	3225930294	38656149		HEMBRA	A2	SI
ene-18	GLORIA A MOLINA	ALTO CANAGUAY INVACION	3225930294	38656149		HEMBRA	A2	SI
1-ene	PRICILA TORO CRUZ	NT 1 MZ 33 CASA 4	3146264797	1094896281	HEMBRA		A4	SI
ene-18	LUZ MARINA LOZANO	CANTARITO M E3 18	3206636280	24499458	HEMBRA		A3	SI
ene-19	NANCY LORENA GIRALDO	FINCA LIMONAR LAPOPA	3246809106	1112221190	MACHO		B3	SI
ene-19	ZULIETH MADRID	CRA 5A 11-06	NO TIENE	24471568	HEMBRA		B6	SI
5-ene	AMPARO GIRALDO	CRA 7A 8A APT1	3142208188	24673579	HEMBRA		B2	SI
5-ene	AMPARO GIRALDO	CRA 7A 8A APT1	3142208188	24673579	MACHO		B2	SI
5-ene	LIGIA ASTRID PALACIO	NT 2 MZ 47 27 S PISO	3008636142	##########	MACHO		a5	SI
5-ene	LIGIA ASTRID PALACIO	NT 2 MZ 47 27 S PISO	3008636142	1096035505	HEMBRA		A5	SI
5-ene	OVER FONSECA	NT 1 MZ 1 14	3117339676	7514389	MACHO		A5	SI
5-ene	MARIA JUDITH FRANCO	CANTARO MZ C 17	3219979186	1007355274	HEMBRA		B3	SI
5-ene	LUIS MIGUEL MUÑOZ	FINCA BALSORAL LA POPA	3122908752	1094935696		HEMBRA	A2	SI
6-ene	EUGENIA P LOPEZ	CANTARO MZ F1 16	3204211240	24498900		HEMBRA	A3	SI
6-ene	EUGENIA P LOPEZ	CANTARO MZ F1 16	3204211240	24498900	HEMBRA		A3	SI
6-ene	GLORIA INES ALZATE	UNIDOS MZ C 12	3122493367	24499998	HEMBRA		B4	SI
6-ene	MANUELA MOLANO	NT 1 MZ 53 29	3217747377	1110442544	HEMBRA		A3	SI
6-ene	OLGA ALZATE A	B ANAPOIMA MZ 5 7	3122286513	41872027	HEMBRA		B1	SI
6-ene	OLGA ALZATE A	B ANAPOIMA MZ 5 7	3122286513	41872027	HEMBRA		B1	SI
6-ene	OLGA ALZATE A	B ANAPOIMA MZ 5 7	3122286513	41872027	HEMBRA		B1	SI
6-ene	OLGA ALZATE A	B ANAPOIMA MZ 5 7	3122286513	41872027	MACHO		B1	SI
6-ene	OLGA ALZATE A	B ANAPOIMA MZ 5 7	3122286513	41872027	MACHO		B1	SI
7-ene	MARIA DEL MAR RIVERA	CRA 8A 8 46	3104482648	1095211384		HEMBRA	B2	SI
7-ene	LUZ MILA TORO	NT 1 MZ 16 24	3206042210	28740515	HEMBRA		B3	SI
7-ene	LUZ MILA TORO	NT MZ 16 24	##################	28704515		HEMBRA	B3	SI
7-ene	OMAIRA VARGAS A	NT 2 MZ 52 34	3136105353	25153878		HEMBRA	B3	SI
7-ene	PRICILA TORO CRUZ	NT 1 MZ 33 CASA 4	3117943984	1094896281	HEMBRA		A4	SI
7-ene	LUZ MARIEYI GUAPACHA	NT 1 MZ 29 3	3207458010	1096670041		HEMBRA	B7	SI
9-ene	JHOANA MORALES	ALAMBRADO LA TEBAIDA	3207015316	1096032889	MACHO		A5	SI
9-ene	PAULA MUOZ	NT 2 MZ 47 27 S PISO	3106170693	1007386700	HEMBRA		A5	SI
9-ene	PAULA MUOZ	NT 2 MZ 47 27 S PISO	3106170693	100786700	MACHO		A5	SI

9-ene	ANDRES MARTINEZ	NT 1 MZ 16 CASA 10	NO LO SABE	100325612	HEMBRA		A4	SI
10-ene	MARIA JOSE FLORES	CANTARITO MZ B1 CASA 14	3218813821	1117020878	MACHO		A2	SI
10-ene	LUZ DEYSI BERNAL	NT 1 MZ 12 21	3223860220	41963444	MACHO		A2	SI
12-ene	LUZ MARY BERNAL	NT 1 MZ 16 CASA 4	3153235545	29126457		HEMBRA	B3	SI
12-ene	LUZ MARY BERNAL	NT 1 MZ 16 CASA 4	3153235545	29126457		MACHO	B3	SI
12-ene	YINA MA CADAVID	NUEVA T 1 VENDE FRUTAS	3127313149	1073244564		HEMBRA	B2	SI
13-ene	LORENA ESTERNING	ALFONZO LOPEZ	3218324041	108390851		HEMBRA	A4	SI
13-ene	OFELIA RENGIFO	NT 1 MZ 53 4	3124245086	41870083		HEMBRA	C4	SI
13-ene	MONICA AGUDELO	CRA 6A 11 37	312214541	1005098568		HEMBRA	B2	SI
14-ene	MARA E GIRALDO	CRA 10 14 21	3156438202	1193549355	HEMBRA		A5	SI
14-ene	LEYDI BONILLA	BA CRISTALES MZ L CASA 17	3006428794	1088236824	HEMBRA		A5	SI
16-ene	ESTEFANIA PESCADOR	BARRIOS UNIDOS MZ K 5	3127123955	1010074114		HEMBRA	B5	SI
16-ene	DIEGO GIRALDO	ALAMBRADO LA TEBAIDA	3134802724	18371477	HEMBRA		A5	SI
ene-23	LUZ MARY BERNAL	NT 1 MZ 16 CASA 4	3153235545	29126457		HEMBRA	B3	SI
ene-23	LUZ MARY BERNAL	NT 1 MZ 16 CASA 4	3153235545	29126457	HEMBRA		B3	SI
ene-23	PRICILA TORO CRUZ	NT 1 MZ 33 CASA 4	3146264797	1094896281	HEMBRA		A4	SI
18-ene	LUIS ALBERTO YEPES	NT 1 MZ 10 12	3185349798	43754484		MACHO	A5	SI
18-ene	LIGIA ASTRID PALACIO	N T 2 MZ 47 CASA 9	3008636142	1906035505		HEMBRA	A5	SI

(1)

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 05 MES 1 AÑO 2023

I. Datos de la mascota																			
Nombre	Galleta					Sexo: M ◯ H ◯													
Especie		Canino ◯ Felino				raza						Peso Aprox.							
Edad	Blanco		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 vacunada

II. Datos del propietario		
Nombre:	Luis Miguel Muñoz	T.I./C.C. 1094935696
Dirección:		Teléfono: 3172908757
E-mail:	F/Balsora/	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 Luis Miguel Muñoz ---------- 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 ACUDIENTE

Miguel Muñoz Ospina

FECHA Enero/5/2023

OBSERVACIONES ----------



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

A2

Fecha de consulta: 24/01/2023

Ficha: 63401021546800000003

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: LUIS MIGUEL

Apellidos: MUÑOZ OSPINA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1094935696

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 13/12/2019

Última actualización ciudadano: 13/12/2019

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

(2)

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 5 MES 1 AÑO 2023

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

Gratis Alcaldia

II. Datos del propietario			
Nombre:	Maria Judith	T.I./C.C.	1007355 774
Dirección:		Teléfono:	3219791886
E-mail:	Cortijo mz C2 - 17	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 Maria J. Franco ---------- 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 ACUDIENTE Maria Franco FECHA

OBSERVACIONES ----------



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

B3

Fecha de consulta: 22/12/2022

Ficha: 63401007547500000728

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA JUDITH

Apellidos: FRANCO RIAÑO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1007355274

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 05/06/2020

Última actualización ciudadano: 05/06/2020

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

Correo Electrónico: sisben@latebaida-quindio.gov.co

(3)

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 5 MES 1 AÑO 2023

I. Datos de la mascota																		
Nombre	Josefo			Sexo: M ◯ H ◯														
Especie	B/n.			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 ◯										

Gricel Alcaldía

II. Datos del propietario			
Nombre:	Ovel Fonseca	T.I./C.C.	7514389
Dirección:	MZ 1 - 14	Teléfono:	3117339676
E-mail:	MTA	Sisben: SI ◯ NO ◯	Nivel 1 (2) (3) ◯

PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

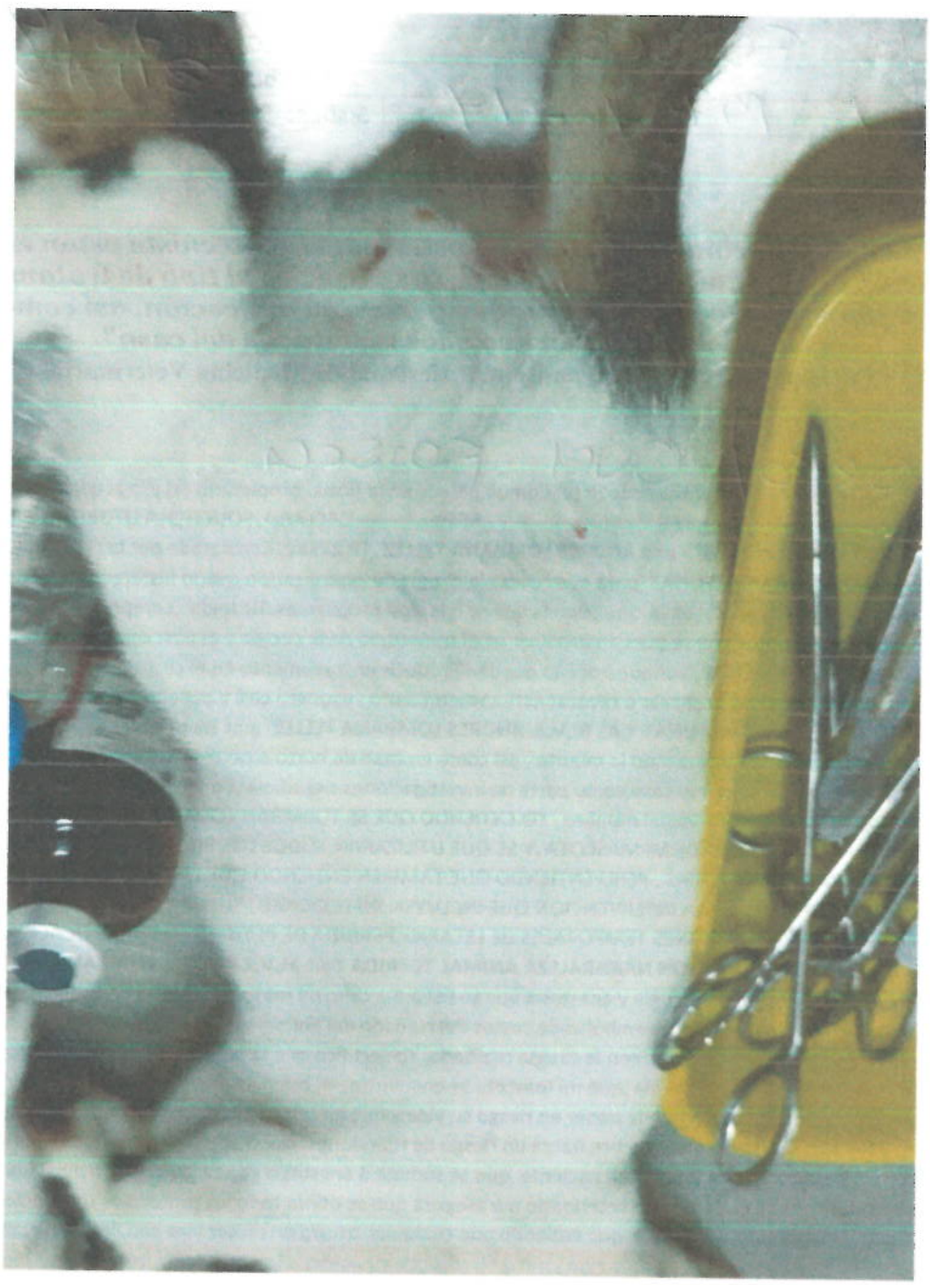
"El médico veterinario o el médico veterinario zootecnista están en la obligación de comunicar al usuario de sus servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso"

***Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinario.**

YO Josefo Ovel Fonseca 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 ACUDIENTE Hoove A FECHA

OBSERVACIONES ----------



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

A5

Fecha de consulta: 24/01/2023

Ficha: 63401556749400003938

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: HOOVER

Apellidos: FONSECA LOAIZA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 7514389

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 11/02/2022

Última actualización ciudadano: 11/02/2022

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

Sisbén

Registro valido

Fecha de consulta: 24/01/2023

Ficha: 63401021546800000003

A2

Pobreza extrema

4

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 5 MES 7 AÑO 2023

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

Sisben Ligia

II. Datos del propietario			
Nombre:	Ligia A Palacio	T.I./C.C.	1096035508
Dirección:		Teléfono:	3002863622
E-mail:	44#2 mz	Sisben: SI ◯ NO ◯	Nivel 1 (2) (3) ◯

PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

***Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinario.**

YO Ligia A Palacio 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 ACUDIENTE FECHA 5-7-2023

OBSERVACIONES ----------



5

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 5 MES 1 AÑO 2023

I. Datos de la mascota																			
Nombre	Lucy			Sexo: M ◯ H ◯															
Especie	Canino ◯ Felino ◯			raza ◯															
Edad		Color		Pelaje															
Estado de salud	buena ◯			regular ◯															
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 ◯															

Sisben
Lig 2

II. Datos del propietario			
Nombre:	Ligia S palacio	T.I./C.C.	1096035508
Dirección:		Teléfono:	3008636142
E-mail:	Mz #2 Mx 47-22	Sisben SI ◯ NO ◯ Nivel 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯	

A 5

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.**

Ligia S palacio

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 ACUDIENTE FECHA

OBSERVACIONES ----------

Sisbén

Registro valido

A5

Fecha de consulta: 24/01/2023

Ficha: 63401019548900000163

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: LIGIA ASTRID

Apellidos: PALACIO RUIZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1096035505

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 21/05/2020

Última actualización ciudadano: 21/05/2020

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

Correo Electrónico: sisben@latebaida-quindio.gov.co

5

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 6 MES 1 AÑO 2023

I. Datos de la mascota																		
Nombre		5 (cato)			Sexo: M ◯ H ◯									Sisben				
Especie		Canino ◯ Felino			raza ◯			Peso Aprox.										
Edad	0 / 4 / 36		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:	Olga Alzate	T.I./C.C.	41872027
Dirección:	B/ Anapima Mz 5 - 7	Teléfono:	3122286513
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 ---Olga Alzate--- 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 ACUDIENTE

X olga alzate

FECHA

OBSERVACIONES ----------

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 6 MES 1 AÑO 2023

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 ◯								

Sisben

II. Datos del propietario			
Nombre:	Olga Alzate A	T.I./C.C.	41872027.
Dirección:	B/ Anapoima Mz. 5-7	Teléfono:	3122865313
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 Olga plazte ---------- 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 ACUDIENTE x Olga alzate FECHA

OBSERVACIONES ----------

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 6 MES 1 AÑO 2023

I. Datos de la mascota																			
Nombre					Sexo: M ◯ H ◯													Sisben.	
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:	Olga Alzate A	T.I./C.C.	41872027.
Dirección:		Teléfono:	3122286513
E-mail:	B/ Arapoima M7 S-7	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 Olga. Alzate ---------- 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 ACUDIENTE x Olga alzate FECHA

OBSERVACIONES ----------

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 6 MES 1 AÑO 2023

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

Sisben.

II. Datos del propietario			
Nombre:	Olga. Alzate A	T.I./C.C.	41872027
Dirección:		Teléfono:	3122286513
E-mail:	B/ Anapoima. Mz 5. 7	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 Olga Alzate ---------- 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 mí 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 ACUDIENTE FECHA

X Olga alzate

OBSERVACIONES ----------

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 6 MES 1 AÑO 2023

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

II. Datos del propietario			
Nombre:	Olga . Alzate . D	T.I./C.C.	41872027 .
Dirección:		Teléfono:	3122865313
E-mail:	B/ Anapoima MZ 5-7	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 Olga . Alzate ---------- 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 ACUDIENTE X Olga alzate FECHA

OBSERVACIONES ----------

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

B1

Fecha de consulta: 24/01/2023

Ficha: 63401012548000000631

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: OLGA LUCIA

Apellidos: ALZATE ARBELAEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 41872027

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 23/04/2021

Última actualización ciudadano: 23/04/2021

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 6 MES 1 AÑO 2022

I. Datos de la mascota																			
Nombre			Niña.			Sexo: M ○ H ○									Soben.				
Especie			Canino ○ Felino			raza ○				Peso Aprox.									
Edad	Bnegro			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: Manuela Molano		T.I./C.C. 1110442574	
Dirección:		Teléfono: 3217747377	
E-mail: MZ 53-29. Pf # 1		Sisben SI ○ NO ○	Nivel 1 ○ 2 ○ 3 ○

PROCEDIMIENTO VETERINARIO A3

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.**

Manuela Molano

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 Manuela Molano FECHA



Sisbén

Registro valido

A3

Fecha de consulta: 24/01/2023

Ficha: 63401071749300000328

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MANUELA

Apellidos: MOLANO VALENCIA

Tipo de documento: Tarjeta de identidad

Número de documento: 1110442544

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 01/03/2020

Última actualización ciudadano: 01/03/2020

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

Correo Electrónico: sisben@latebaida-quindio.gov.co

1A

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 6 MES 1 AÑO 2023

I. Datos de la mascota																	
Nombre	Martina																
Especie	Canino ◯ Felino ◯				Sexo: M ◯ H ◯												
Edad	n/a		Color		raza				Peso Aprox.								
Estado de salud	buena ◯				Pelaje				Vacunas si ◯ no ◯								
	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 ◯								

Sisben

II. Datos del propietario		
Nombre:	Gloria Ines Alzate	
Dirección:		T.I./C.C. 24499498
E-mail:	Unicos mz C #12	Teléfono: 3122493367
		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 Gloria. Alzate Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Martina, 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 ACUDIENTE

FECHA

OBSERVACIONES Gloria Ines Alzate

Fecha de consulta: 27/01/2022

Registro valido

Ficha: 63401008547600000350

B4

GRUPO SISBÉN I
Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: GLORIA INES

Apellidos: ALZATE MONTOYA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24499998

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

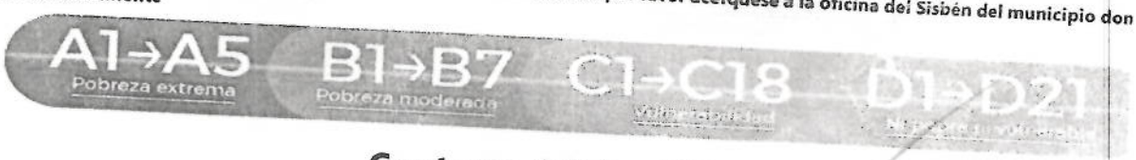
INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

Última actualización ciudadano: 16/07/

Última actualización via registros administrativos: 17/08/

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



Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

Efigas siempre

¡Hola!

YOHAN RUBIEL LOPEZ OSORIO

Tu código de contrato es **1066234**

Estar ahí siempre significa aportar un granito de arena a tus propósitos ¡Feliz Año Nuevo!

Tu factura fue expedida el: 26/12/2022 10:40:02

EN TOTAL TE FACTURAMOS

Servicio público	$ 102.118
Brilla	
Otros servicios	
Valor en reclamo	
Saldo a favor	$ 0
	$ 0
TOTAL A PAGAR	**$ 102.118**
Si no pagas antes de	06/01/2023
Te puedes sir servicio desde	
Documento equivalente	1186210433
Referencia de pago	165254092

Escanea este código QR y paga tu factura fácil, rápido y seguro.

Facilitamos la vida de nuestros usuarios a través de un servicio integral.

Esta Factura prestará mérito ejecutivo de acuerdo a las normas del Derecho Civil y Comercial (Art. 130 Ley 142-94).

018000 96 63 44
LÍNEA DE SERVICIO AL CLIENTE

Armenia: 606 736 8950
Manizales: 606 898 2323 | Pereira: 606 351 5351

www.efigas.com.co

DATOS DE TU PREDIO

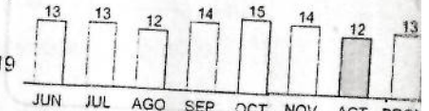
Dirección de entrega	UNIDOS MZ C CASA 12 PISO 02
Barrio	UNIDOS, (LA TEBAIDA)
Dirección del predio	UNIDOS MZ C CASA 12 PISO 02
Municipio	LA TEBAIDA
Estrato	1
Clase de servicio	RESIDENCIAL

DATOS TÉCNICOS DE TU CONSUMO

Lectura actual	Lectura anterior	Factor de corrección	Consumo m³	Periodo de consumo	Días de consumo	Medidor
433	419	0,8911	12	20/NOV - 19/DIC	30	24-21037807-19

Observación de no lectura:

TU CONSUMO EN M3 LOS ÚLTIMOS MESES



CONCEPTO

CONCEPTO	CARGO DEL MES - CAPITAL	CARGO DEL MES - INTERESES	SALDO PENDIENTE	CUOTAS PENDIENTES
SERVICIO DE GAS (Número de servicio.1297756)				
Consumo de gas natural	$ 34.213			
Subsidio	$ -20.340			
Cuota cargo por conexión (Tasa 2.9326%)	$ 27.366	$ 3.180	$ 87.477	3/24
Recargo por mora excluido de IVA	$ 795			
Cuota construcción red interna (Tasa 2.9326%)	$ 42.208	$ 5.368	$ 134.923	3/24
Recargo por mora gravado con IVA	$ 1.237			
IVA obra civil construcción de red interna	$ 50			
Cuota certificación de instalación previa (Tasa 2.9326%)	$ 3.464	$ 440	$ 11.070	3/24
Cuota IVA obra civil construcción red interna (Tasa 2.9326%)	$ 399	$ 51	$ 1.277	3/24
Cuota IVA	$ 190			
Cuota IVA (Tasa 2.9326%)	$ 658	$ 84	$ 2.103	3/24
Recargo por mora gravado con IVA	$ 120			
Recargo por mora excluido de IVA	$ 1.229			
IVA	$ 106			
Duplicado de factura	$ 1.000			
TOTAL SERVICIO:	$ 92.695	$ 9.423	$ 236.850	

Evita estafas, nuestro personal se encuentra debidamente identificado y no está autorizado para recibir dinero en efectivo. Valida la identidad llamando a la línea gratuita 018000966344.

REVISIÓN TÉCNICA REGLAMENTARIA

El certificado de tu red de gas natural se encuentra al día. Aún te faltan 34 meses para iniciar la gestión del nuevo certificado. Espera nuestros comunicados oficiales o consulta en la línea gratuita 018000966344.

RTR

Tu cupo aprobado Brilla es de:

$ 3.300.000

Para que lo utilices con más de 300 aliados en el Eje Cafetero.

Brilla



Aprovecha , conoce las diferentes ofertas que tenemos para ti

¡Compra electrodomésticos, celulares, mercado, moda y mucho más!

Brilla · dentro







12

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 7 MES 1 AÑO 2023

I. Datos de la mascota																			
Nombre Yiret				Sexo: M ◯ H ⊗															
Especie		Canino X ◯ Felino		raza ◯			Peso Aprox.												
Edad 3 años			Color Am.	Pelaje			Vacunas si ◯ no ⊗												
Estado de salud		buena ◯			regular ◯					mala ◯									
Fiebre	si	no X	Diarrea	si	no X	Vomito	si	no X	Inapetencia	si	no X	Golpes	si	no X					
Heridas	si	no X	Tto veterinario	si	no X	Celo	si	no X	Lactancia	si	no X	Ayunas	si X	no					
Estado corporal		normal ⊗			desnutrido ◯					soberest ◯									

Suiber

II. Datos del propietario	
Nombre: Luz Marieyi Guaracha	T.I./C.C. 1096670011
Dirección: B/ Tebaida M29 #3	Teléfono: 3207458010
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 Luz Marieyi G. ---------- Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada ---- Yiret ------, especie canino -- X ------ 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 ACUDIENTE Luz Marieyi Guaracha

FECHA 7/4/2023

OBSERVACIONES ----------

Registro válido

B7

Fecha de consulta: 24/01/2023

Ficha: 63401020548700000077

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: LUZ MARIEYI

Apellidos: GUAPACHA ISAZA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1096670041

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 12/07/2019

Última actualización ciudadano: 29/07/2019

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



B

ALCALDIA MUNICIPAL LA TEBAIDA QUINDIO

REGISTRO DE ESTERILIZACIÓN Y/O PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

FUNAT

Registro de Ingreso 9/1/23

2023

I. Datos de la mascota									
Nombre	Pirata			Sexo M ( ) H ( )					
Especie		Canino ( )	Felino ( )	Raza C		Peso aprox			
Edad		Color Blanco		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 ( )		Sobrepeso ( )			

II. Datos de propietario			
Nombre	Julia J morales	T.I/C.C	1096032889
Direccion	Alamo	TELEFONO	3207015316
E-mail		SISBEN SI (X) NO ( )	NIVEL 1 ( ) 2 ( ) 3 ( )

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD

AS

PROCEDIIENTO VETERINARIO

Ley 566/ 2000 Art 26

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

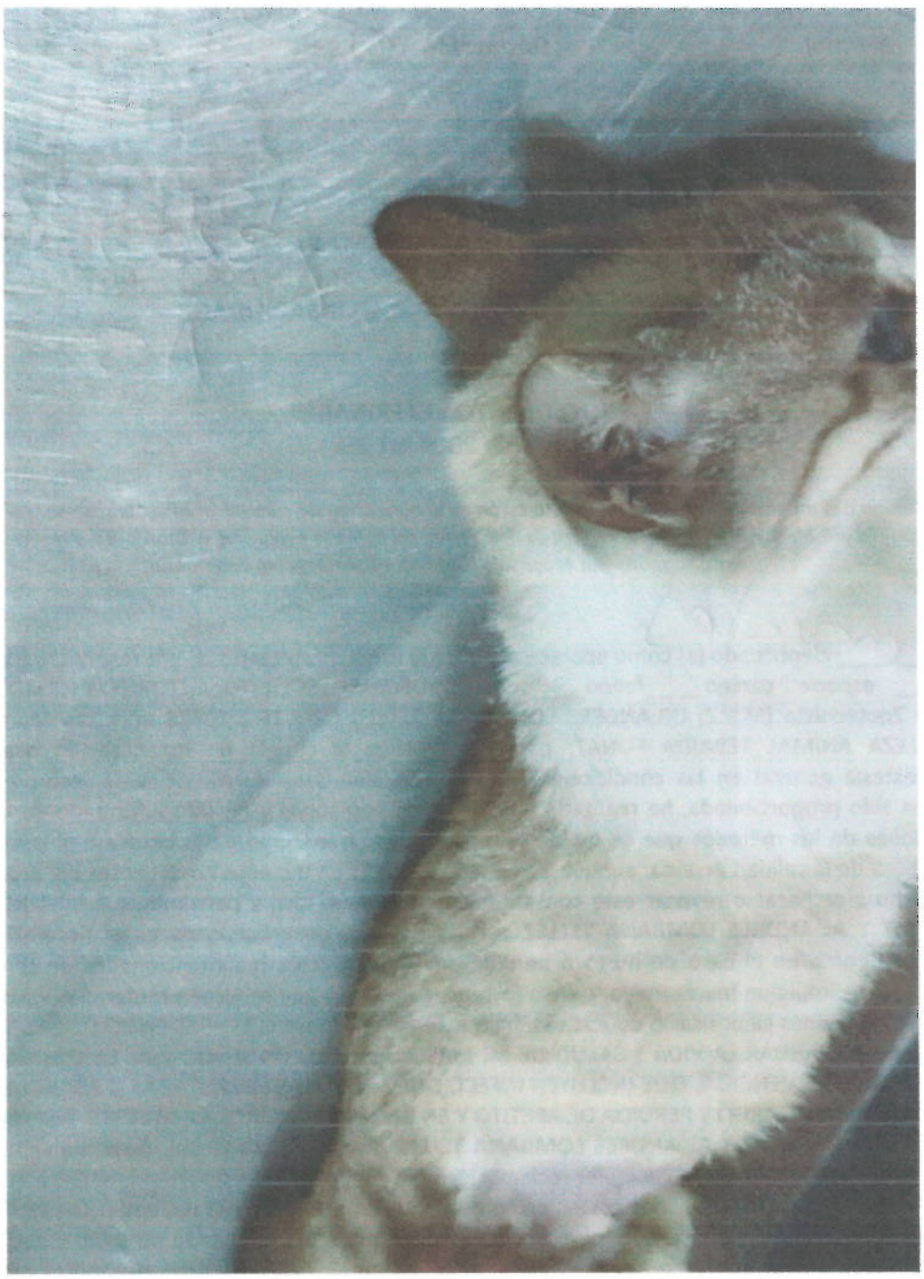
Yo Julia J morales identificado (a) como aparece al pie de la firma, propietario (a) y/o responsable de la mascota Llamada _____ especie canino ___ felino ___ sexo ___ DECLARO, SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO al Médico Veterinario Zootecnista (M.V.Z) DR.ANDRES LOMABANA TELLES CON TP . **26888** univ San Martin contratado por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT, para que realice la cirugía de esterilización ovariohisterectomia y/o orquiectomia bajo anestesia general en las condiciones que me han sido propuestas. He leído, comprendido y aceptado la información que me ha sido proporcionada, he realizado las preguntas oportunas y he sido informado de las ventajas y riesgos. 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 la calidad de vida, aunque ello pueda suponer un incremento del coste del procedimiento. Se me ha informado de mi derecho a rechazar o revocar este consentimiento. Exonero civil y penalmente a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y A. **ANDRES LOMBANA TELLEZ** por las posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento incluyendo la muerte, asi como en el caso de hurto o perdida del animal, actos malintencionados de terceros y en general a cualquier acontecimiento que implique fuerza mayor o caso fortuito. Autorizo a que se tomen fotografías y videos para presentar el uso como parte de investigaciones científicas o educativas, bajo reserva del nombre. YO ENTIENDO QUE SE TOMARÁN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, PERO ENTIENDO QUE LA CIRUGIA CONLLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCIÓN, QUE INCLUYEN INFECCIONES, SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS, SALPULLIDOS DE LA PIEL, CONDICION TEMPORAL DE LETARGO Y PERDIDA DE APETITO Y EN RARAS OCASIONES, LA MUERTE. Yo exonero a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y AL ANDRES **LOMBANA TELLEZ** de toda reclamación, responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se va a llevar a cabo, y cualquier reclamación de reembolso de costos relacionados con el cuidado del animal ya sea que el dueño o responsable crea que tales costos están relacionados con la cirugía realizada. Yo certifico que las vacunas y desparasitaciones de mi mascota están al dia, que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y que actualmente no está tomando medicamentos prescritos por otro servicio veterinario. Siempre habrá riesgos de reacciones alérgicas, cambios bioquímicos en la funcionalidad renal, hepática o respiratoria, o muerte en un paciente que sea sometido a anestesia ya sea inyectada o inhalatoria durante el procedimiento o después de él. El presente veterinario asegura que usa los protocolos adecuados de anestesia por la edad, peso, raza y anamnesis del paciente minimizando los anteriores riesgos. Cualquier intervención quirúrgica sobre un ser vivo conlleva riesgos de hemorragias intra y post operatorias. Hago constar y firmo este consentimiento sin presión alguna, por mi propia voluntad y a sabiendas que los riesgos que implican los casos anestésicos y quirúrgicos en mi mascota, lo que se me ha explicado y he entendido a satisfacción, de igual manera he recibido información impresa sobre las recomendaciones a tener en cuenta en el post-operatorio y la formula medica.

Firma C.C

La Tebaida Q 9/1/23

Observaciones en cirugía

Firmo en constancia que he recibido en buen estado de salud mi mascota después de la cirugía y me comprometo a acatar todas las recomendaciones post-quirurgicas como dar los medicamentos recetados, hacer las limpiezas respectivas y cuidar al animal hasta su recuperación satisfactoria



Sisbén

Registro valido

A5

Fecha de consulta: 24/01/2023

Ficha: 63401556750100004348

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: JULIA JOHANNA

Apellidos: MORALES RAMIREZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1096032889

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 14/12/2021

Última actualización ciudadano: 14/12/2021

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

(14)

ALCALDIA MUNICIPAL LA TEBAIDA QUINDIO

REGISTRO DE ESTERILIZACIÓN Y/O PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

FUNAT

Registro de Ingreso 6 / 1 / 23

2023

I. Datos de la mascota									
Nombre	Mecha		Sexo M ◯ H ◯						
Especie	Canino ◯ Felino ⊗		Raza		Peso aprox				
Edad	6 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 ◯			Sobrepeso ◯			

II. Datos de propietario			
Nombre	Eugenia P Lopez	T.I/C.C	24498900
Direccion	Cantero mz 7 ft 16	TELEFONO	3143243643
E-mail		SISBEN SI ⊗ NO ◯	NIVEL 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD

PROCEDIIENTO VETERINARIO

Ley 566/ 2000 Art 26

A3

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

Yo Eugenia Lopez identificado (a) como aparece al pie de la firma, propietario (a) y/o responsable de la mascota Llamada _____ especie canino ___ felino ___ sexo ___ DECLARO, SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO al Médico Veterinario Zootecnista (M.V.Z) DR.ANDRES LOMABANA TELLES CON TP . **26888** univ San Martin contratado por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT, para que realice la cirugía de esterilización ovariohisterectomia y/o orquiectomia bajo anestesia general en las condiciones que me han sido propuestas. He leído, comprendido y aceptado la información que me ha sido proporcionada, he realizado las preguntas oportunas y he sido informado de las ventajas y riesgos. 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 la calidad de vida, aunque ello pueda suponer un incremento del coste del procedimiento. Se me ha informado de mi derecho a rechazar o revocar este consentimiento. Exonero civil y penalmente a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y A. **ANDRES LOMBANA TELLEZ** por las posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento incluyendo la muerte, asi como en el caso de hurto o perdida del animal, actos malintencionados de terceros y en general a cualquier acontecimiento que implique fuerza mayor o caso fortuito. Autorizo a que se tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas o educativas, bajo reserva del nombre. YO ENTIENDO QUE SE TOMARÁN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, PERO ENTIENDO QUE LA CIRUGIA CONLLEVA RIESGOS URANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCIÓN, QUE INCLUYEN INFECCIONES, SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS, SALPULLIDOS DE LA PIEL, CONDICION TEMPORAL DE LETARGO Y PERDIDA DE APETITO Y EN RARAS OCASIONES, LA MUERTE. Yo exonero a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y AL ANDRES **LOMBANA TELLEZ** de toda reclamación, responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se va a llevar a cabo, y cualquier reclamación de reembolso de costos relacionados con el cuidado del animal ya sea que el dueño o responsable crea que tales costos están relacionados con la cirugía realizada. Yo certifico que las vacunas y desparasitaciones de mi mascota están al dia, que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y que actualmente no está tomando medicamentos prescritos por otro servicio veterinario. Siempre habrá riesgos de reacciones alérgicas, cambios bioquímicos en la funcionalidad renal, hepática o respiratoria, o muerte en un paciente que sea sometido a anestesia ya sea inyectada o inhalatoria durante el procedimiento o después de él. El presente veterinario asegura que usa los protocolos adecuados de anestesia por la edad, peso, raza y anamnesis del paciente minimizando los anteriores riesgos. Cualquier intervención quirúrgica sobre un ser vivo conlleva riesgos de hemorragias intra y post operatorias. Hago constar y firmo este consentimiento sin presión alguna, por mi propia voluntad y a sabiendas que los riesgos que implican los casos anestésicos y quirúrgicos en mi mascota, lo que se me ha explicado y he entendido a satisfacción, de igual manera he recibido información impresa sobre las recomendaciones a tener en cuenta en el post-operatorio y la formula medica.

X Eugenia Patricia López

Firma C.C

La Tebaida Q 6 / 1 / 23

Observaciones en cirugía
Firmo en constancia que he recibido en buen estado de salud mi mascota después de la cirugía y me comprometo a acatar todas las recomendaciones post-quirurgicas como dar los medicamentos recetados, hacer las limpiezas respectivas y cuidar al animal hasta su recuperación satisfactoria



(16)

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 6 MES 1 AÑO 2023

I. Datos de la mascota																			
Nombre	Princesa					Sexo: M ◯ H ◯										Sisben			
Especie		Canino ◯ Felino ◯				raza				Peso Aprox.									
Edad			Color	Beige		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:	Eugenia P Lopez	T.I./C.C.	27498900
Dirección:	Conto Mz F1-16	Teléfono:	3125211240
E-mail:		Sisben: SI ◯ NO ◯ Nivel 1 (2) (3) ◯	

3148248648

PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

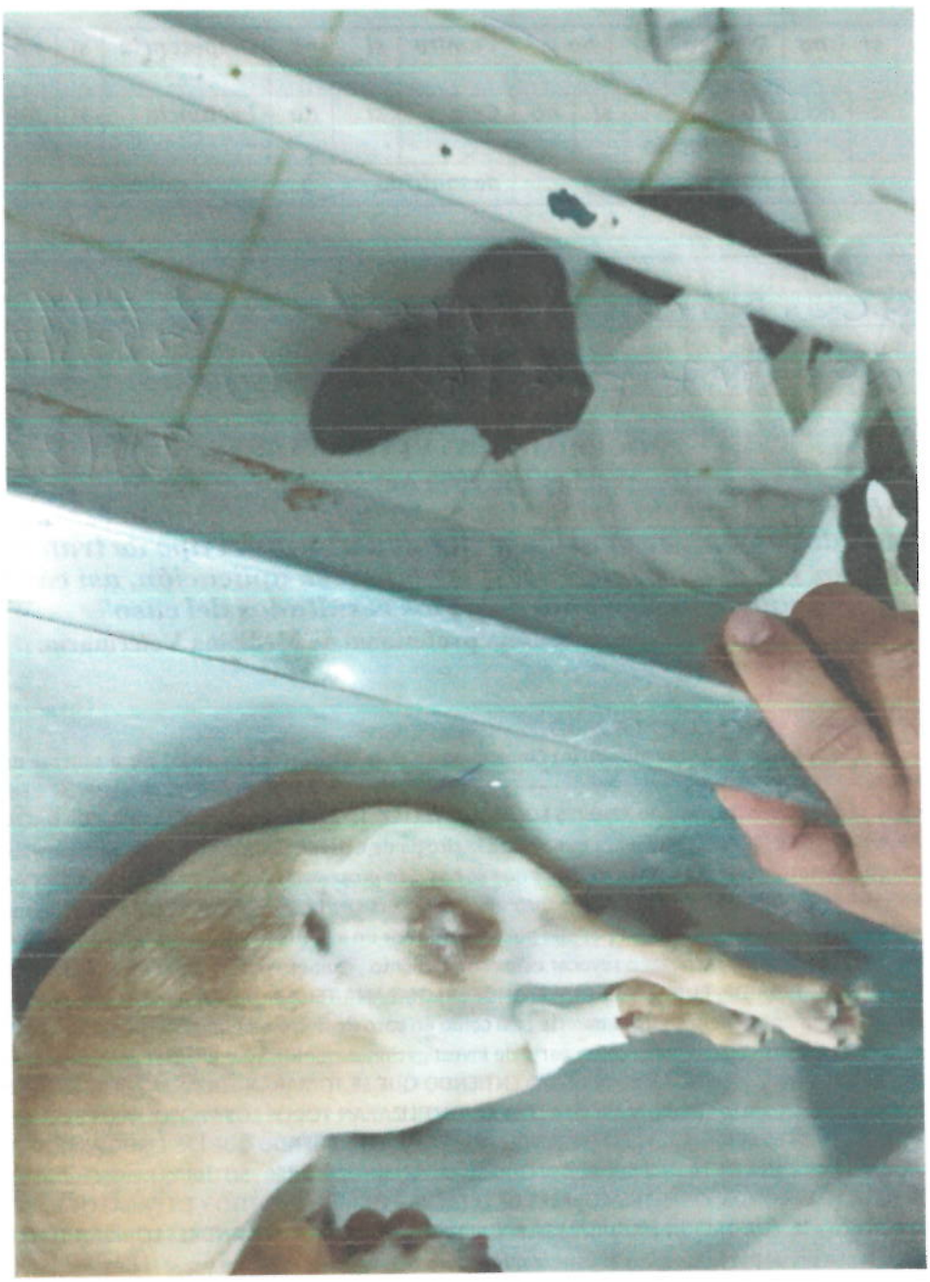
"El médico veterinario o el médico veterinario zootecnista están en la obligación de comunicar al usuario de sus servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso"

***Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinario.**

YO Arelis Londoño ---------- 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 ACUDIENTE FECHA

OBSERVACIONES ---------- X Eugenia Patricia López



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

A3

Fecha de consulta: 13/01/2023

Ficha: 63401556649200000824

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: EUGENIA PATRICIA

Apellidos: LOPEZ VARGAS

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24498900

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 16/07/2021

Última actualización ciudadano: 16/07/2021

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

Efigas
Ahí siempre

¡Hola!

BEATRIZ ELENA TABARES

Tu código de contrato es 104304

Estar ahí siempre significa aportar un granito de arena a tus propósitos ¡Feliz Año Nuevo!

Tu factura fue expedida el 26/12/2022 10:40:02

EN TOTAL TE FACTURAMOS

Servicio público	$ 40.155
Brilla	$ 339.320
Otros servicios	
Valor en reclamo	$ 0
Saldo a favor	$ 0
TOTAL A PAGAR	**$ 379.475**
Si no pagas antes de	06/01/2023
Te quedas sin servicio desde	
Documento equivalente	1186198304
Referencia de pago	165244415

Escanea éste código QR y paga tu factura fácil, rápido y seguro.

"Facilitamos la vida de nuestros usuarios a través de un servicio integral."

Esta Factura prestará mérito ejecutivo, de acuerdo a las normas del Derecho Civil y Comercial (Art. 130 Ley 142-94).

Gerente

164 ANTE UNA EMERGENCIA COMUNÍCATE

ATENDEMOS TODAS TUS SOLICITUDES

01 8000 96 63 4
LÍNEA DE SERVICIO AL CLIENTE

SI TIENES DUDAS O REQUIERES ALGÚN SERVICIO, PONTE EN CONTACTO

Armenia: 606 736 8950
Manizales: 606 898 2323 | Pereira: 606 351 5351

www.efigas.com.co
cliente.efigas.com.co/home/chat

DATOS DE TU PREDIO

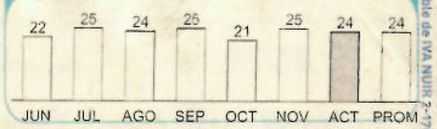
Dirección de entrega	EL CANTARITO MZN F1 CS- 16	Dirección del predio	EL CANTARITO MZN F1 CS- 16	Estrato	2
Barrio	EL CANTARITO, (LA TEBAIDA)	Municipio	LA TEBAIDA	Clase de servicio	RESIDENCIAL

DATOS TÉCNICOS DE TU CONSUMO

Lectura actual	Lectura anterior	Factor de corrección	Consumo m³
1798	1771	0,8911	24

Periodo de consumo: 20/NOV - 19/DIC
Días de consumo: 30
Medidor: U-1234795M
Observación de no lectura

TU CONSUMO EN M3 LOS ÚLTIMOS MESES



CONCEPTO

CONCEPTO	CARGO DEL MES – CAPITAL	CARGO DEL MES – INTERESES	SALDO PENDIENTE DESPUÉS DE ESTE PAGO	CUOTAS PENDIENTES DESPUÉS DE ESTE PAGO
SERVICIO DE GAS (Número de servicio.118867)				
Consumo de gas natural	$ 67.260			
Subsidio	$ -28.128			
Recargo por mora excluido de IVA	$ 275			
SERVICIOS FINANCIEROS (Número de servicio.1093162)				
Recargo por mora excluido de IVA	$ 844			
Crédito materiales de construcción (Tasa 2.9326%)	$ 214.947	$ 112.659	$ 3.502.783	13/24
Recargo por mora excluido de IVA	$ 18			
Seguro deudores Brilla	$ 4.255			
Diferido alivio brilla y/o demás servicios MAYO/20 TASA 0.0000%	$ 3.304		$ 19.783	6/36
Diferido alivio consumo gas JULIO/20 TASA 0.0000%	$ 169		$ 1.687	10/36
Diferido alivio consumo gas JUNIO/20 TASA 0.0000%	$ 110		$ 990	9/36
Diferido alivio brilla y/o demás servicios JUNIO/20 TASA 0.0000%	$ 1.645		$ 9.834	6/36
Diferido alivio consumo gas MAYO/20 TASA 0.0000%	$ 469		$ 3.726	8/36
Diferido alivio brilla y/o demás servicios JULIO/20 TASA 0.0000%	$ 1.648		$ 11.521	7/36
TOTAL SERVICIO:	$ 266.816	$ 112.659	$ 3.550.323	

Evita estafas, nuestro personal se encuentra debidamente identificado y no está autorizado para recibir dinero en efectivo. Valida la identidad llamando a la línea gratuita 018000966344.

REVISIÓN TÉCNICA REGLAMENTARIA

El certificado de tu red de gas natural se encuentra al día. Aún te faltan 8 meses para iniciar la gestión del nuevo certificado. Espera nuestros comunicados oficiales o consulta en la línea gratuita 018000966344.

RTR REVISIÓN TÉCNICA REGLAMENTARIA

Tu cupo aprobado Brilla es de:
Consulta tu cupo en www.brilladeefigas.com
*Aplica reglamento del programa.
Para que lo utilices con más de 300 aliados en el Eje Cafetero.
Brilla Creciendo contigo







NO COLOQUES SELLOS SOBRE EL CÓDIGO DE BARRAS

NIT 800.202.395-3 / Responsable de IVA NUIR 2-17061000-10 / VIGILADA S.S.P. / Somos grandes contribuyentes Res. 9001 de 10-12-2020, Autorretenedores Res. 0134 12-01-1999, Agentes retenedores de IVA.

Efigas
Ahí siempre
www.efigas.com.co

ISO 9001 SC-CER 115018 | ISO 14001 SC-CER 522769 | ISO 45001 OS-CER 522768 | Sello de Sostenibilidad CER-SOS 21-004

Superservicios
Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios

SOMOS RESPONSABLES CON EL MEDIO AMBIENTE

Brilla
Creciendo contigo
www.brilladeefigas.com

PENSANDO EN TU SEGURIDAD

INDICADORES DE CALIDAD
DES = 0 | IPLI = 100%
IO = 100% | IRST = 100%

Ciclo 6303

ENTIDADES DE RECAUDO DÓNDE PUEDES CANCELAR TU FACTURA

PAGO EN LÍNEA www.efigas.com.co

PUNTOS DE PAGO

Apostar, MOVIRED, Susuerte, efecty, DAVIplata, efácil, Facilísimo, edeq, energía, Carulla, Super INTER, SURTIMAX, éxito

BANCOS

Banco AV Villas, Banco de Bogotá, Banco GNB Sudameris, Itaú, Bancolombia, BBVA, COLPATRIA

• Corresponsal Bancario Banco de Bogota • Corresponsal Bancario Bancolombia • Corresponsal Bancario Davivienda • App Bancolombia • Teléfono rojo Davivienda.

CAJEROS ELECTRÓNICOS
ATH, servibanca

DATÁFONOS
Redeban

DÉBITO AUTOMÁTICO
COLPATRIA

• En las entidades no financieras, el recaudo se hace únicamente en efectivo.

ENTIDADES DE RECAUDO A TRAVÉS DE LAS CUALES NO INGRESA TU PAGO EN LÍNEA:
Bancolombia (convenios: Redeban) Banco Colpatria (Débito automático), Banco de Bogotá (Convenio: ATH).

Señor usuario, si realizas el pago de tu factura en entidades de recaudo a través de las cuales no ingresa el pago en línea, te invitamos a reportar el mismo al correo electrónico recaudos@efigas.com.co; ten presente que tu pago quedará reflejado solamente hasta la fecha en que nos efectúes el reporte o hasta que lo haga la entidad recaudadora. Por tal motivo, solamente hasta que recibamos y aceptemos tu pago, empezarán a contar los términos de ley para efectuar la reconexión de tu servicio en caso tal que se encuentre suspendido.

NOTA: En caso de no recibir o extraviar la factura, solicita el duplicado en la página **www.efigas.com.co** o en los centros de servicio al cliente. Esto no te eximirá del pago oportuno del servicio.

Evita la suspensión del servicio y cobros adicionales por reconexión e intereses de mora.
Paga oportunamente por Internet en www.efigas.com.co

El no pago oportuno de la factura, dará lugar a la suspensión del servicio a partir de la fecha indicada en ésta. Contra la decisión de suspender el servicio por mora, procede el recurso de reposición ante la empresa y en subsidio el de apelación ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios -SSPD- dentro de los cinco (5) días siguientes al recibo de esta factura. En caso de ser un sujeto de especial protección constitucional relacionado con la prestación de servicios públicos domiciliarios y de acuerdo con lo dispuesto en la Sentencia C-150/03, en aras de no afectar sus derechos, deberá acreditarlo antes de la fecha prevista para la suspensión del servicio.

TIPS USO SEGURO DEL GAS

USO EFICIENTE

Durante la cocción, mantén siempre las ollas bien tapadas para aprovechar al máximo el calor.

Utiliza gasodomésticos que sean eficientes en el consumo del gas.

USO ADECUADO

Verifica el cierre de las llaves de paso de gas natural después de su uso.

Nunca uses tu horno o estufa para calentar su casa. Existen en el mercado calefactores de ambiente a gas y chimeneas, fáciles de instalar y seguros.

La información relacionada con el Cambio de comercializador la podrás consultar en www.efigas.com.co

Cualquier inconformidad, por favor comunicarla a la Revisoría Fiscal Ernst & Young Audit S.A.S., Avenida 4 Norte No. 6N-61 Oficina 502, Cali-Colombia.

TARIFAS DEL SERVICIO PERIODO ACTUAL

COMPONENTES TARIFARIOS	
Cargo de suministro (Gm,i,j/ 1-p):	$ 1.277,85
Cargo de Transporte (Tm,i,j/ 1-p):	$ 596,21
Cargo de distribución (Dm,i,j x fpc m,i,j):	$ 689,94
Cargo variable de comercialización (Cv m,i,j):	$ 0,00
Cargo de confiabilidad (Cc m,i,j):	$ 0,00
TARIFAS APLICADAS	
Tarifa antes de subsidio $m/3:	$ 2.850,21
Tarifa $m/3 (>20 m3):	$ 2.563,99
Tarifa Subsidiada %/m3 (< 20 m3):	$ 1.406,40
% Subsidio:	49,34%
Cargo Fijo:	$ 0,00

Poder calorífico mj /m3	42,525535
Consumo K.W.H.	283,5
Periodo de liquidación	Enero 2023

TASA DE INTERÉS MORATORIO 2,9100%

ÚLTIMO PAGO QUE REALIZASTE

FECHA	10/12/2022
VALOR	$377.426
ENTIDAD DE RECAUDO	APUESTAS OCHOA

DESCRIPCIÓN DEL COBRO

Procedimiento para calcular la equivalencia en kilovatios hora de la cantidad de gas que ha sido facturado:
a) Determinar el consumo de gas en metros cúbicos o galones, estableciendo la diferencia entre la lectura actual y la lectura inmediatamente anterior por el factor de corrección.
b) Multiplicar el número de metros cúbicos o galones consumidos por el poder calorífico establecido en tu factura.
c) Dividir el resultado de la operación anterior por 3.6 para obtener el número de kilovatios hora.

Poder calorífico: es el contenido de energía en el gas. En la factura corresponde a un promedio del poder calorífico superior del gas entregado en el periodo facturado. Artículo 1o. Resolución CREG 154 de 1997.







Escanea el código QR y regístrate en factura digital

Razón social del fabricante del software: OPEN SYSTEMS COLOMBIA S.A.S Nit fabricante del software : 900401746 / Nombre Software: OPEN SMARTFLEX

ALCALDIA MUNICIPAL LA TEBAIDA QUINDIO

REGISTRO DE ESTERILIZACIÓN Y/O PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

16

Registro de Ingreso 10/1/23

2023

I. Datos de la mascota												
Nombre	Coco			Sexo M (/) H ( )								
Especie	Canino ( ) Felino (/)			Raza C		Peso aprox						
Edad	Color B			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 ( )			Sobrepeso ( )					

II. Datos de propietario			
Nombre	Luz D Bernal	T.I/C.C	41963444
Direccion	Mz 48-2	TELEFONO	3233860220
E-mail		SISBEN SI (/) NO ( )	NIVEL 1 ( ) 2 ( ) 3 ( )

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD

AZ

PROCEDIIENTO VETERINARIO

Ley 566/ 2000 Art 26

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

"Formato sugerido por el consejo profesional de medicina veterinaria"

Yo Luz D Bernal identificado (a) como aparece al pie de la firma, propietario (a) y/o responsable de la mascota Llamada _____ especie canino ___ felino ___ sexo ___ DECLARO, SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO al Médico Veterinario Zootecnista (M.V.Z) DR.ANDRES LOMABANA TELLES CON TP . **26888** univ San Martin contratado por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT, para que realice la cirugía de esterilización ovariohisterectomia y/o orquiectomia bajo anestesia general en las condiciones que me han sido propuestas. He leído, comprendido y aceptado la información que me ha sido proporcionada, he realizado las preguntas oportunas y he sido informado de las ventajas y riesgos. 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 la calidad de vida, aunque ello pueda suponer un incremento del coste del procedimiento. Se me ha informado de mi derecho a rechazar o revocar este consentimiento. Exonero civil y penalmente a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y A. **ANDRES LOMBANA TELLEZ** por las posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento incluyendo la muerte, asi como en el caso de hurto o perdida del animal, actos malintencionados de terceros y en general a cualquier acontecimiento que implique fuerza mayor o caso fortuito. Autorizo a que se tomen fotografías y videos para presentar el aso como parte de investigaciones científicas o educativas, bajo reserva del nombre. YO ENTIENDO QUE SE TOMARÁN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, PERO ENTIENDO QUE LA CIRUGIA CONLLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCIÓN, QUE INCLUYEN INFECCIONES, SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS, SALPULLIDOS DE LA PIEL, CONDICION TEMPORAL DE LETARGO Y PERDIDA DE APETITO Y EN RARAS OCASIONES, LA MUERTE. Yo exonero a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y AL ANDRES **LOMBANA TELLEZ** de toda reclamación, responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se va a llevar a cabo, y cualquier reclamación de reembolso de costos relacionados con el cuidado del animal ya sea que el dueño o responsable crea que tales costos están relacionados con la cirugía realizada. Yo certifico que las vacunas y desparasitaciones de mi mascota están al dia, que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y que actualmente no está tomando medicamentos prescritos por otro servicio veterinario. Siempre habrá riesgos de reacciones alérgicas, cambios bioquímicos en la funcionalidad renal, hepática o respiratoria, o muerte en un paciente que sea sometido a anestesia ya sea inyectada o inhalatoria durante el procedimiento o después de él. El presente veterinario asegura que usa los protocolos adecuados de anestesia por la edad, peso, raza y anamnesis del paciente minimizando los anteriores riesgos. Cualquier intervención quirúrgica sobre un ser vivo conlleva riesgos de hemorragias intra y post operatorias. Hago constar y firmo este consentimiento sin presión alguna, por mi propia voluntad y a sabiendas que los riesgos que implican los casos anestésicos y quirúrgicos en mi mascota, lo que se me ha explicado y he entendido a satisfacción, de igual manera he recibido información impresa sobre las recomendaciones a tener en cuenta en el post-operatorio y la formula medica.

Luz D Bernal

Firma C.C

La Tebaida Q 10/1/23

Observaciones en cirugía
Firmo en constancia que he recibido en buen estado de salud mi mascota después de la cirugía y me comprometo a acatar todas las recomendaciones post-quirurgicas como dar los medicamentos recetados, hacer las limpiezas respectivas y cuidar al animal hasta su recuperación satisfactoria



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro valido

A2

Fecha de consulta: 24/01/2023

Ficha: 63401556649200004680

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: LUZ DEISY

Apellidos: BERNAL AGUDELO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 41963444

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 11/02/2022

Última actualización ciudadano: 11/02/2022

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

ALCALDIA MUNICIPAL LA TEBAIDA QUINDIO

REGISTRO DE ESTERILIZACIÓN Y/O PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

17

Registro de Ingreso 10/1/23

I. Datos de la mascota												
Nombre	Mona		Sexo M ○ H ●									
Especie	Canino ○ Felino ●		Raza C		Peso aprox							
Edad	Color P		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 ○		Sobrepeso ○							

2023

II. Datos de propietario			
Nombre	Monica Agudelo	T.I/C.C	1005078562
Direccion	Cra 6 A 11-32	TELEFONO	3122149341
E-mail		SISBEN SI ● NO ○	NIVEL 1 ○ 2 ○ 3 ○

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD

Animalista Pizano

PROCEDIIENTO VETERINARIO

Ley 566/ 2000 Art 26

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

Yo Monica Agudelo identificado (a) como aparece al pie de la firma, propietario (a) y/o responsable de la mascota Llamada _____ especie canino ___ felino ___ sexo ___ DECLARO, SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO al Médico Veterinario Zootecnista (M.V.Z) DR.ANDRES LOMABANA TELLES CON TP . **26888** univ San Martin contratado por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT, para que realice la cirugía de esterilización ovariohisterectomia y/o orquiectomia bajo anestesia general en las condiciones que me han sido propuestas. He leído, comprendido y aceptado la información que me ha sido proporcionada, he realizado las preguntas oportunas y he sido informado de las ventajas y riesgos. 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 la calidad de vida, aunque ello pueda suponer un incremento del coste del procedimiento. Se me ha informado de mi derecho a rechazar o revocar este consentimiento. Exonero civil y penalmente a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y A. **ANDRES LOMBANA TELLEZ** por las posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento incluyendo la muerte, asi como en el caso de hurto o perdida del animal, actos malintencionados de terceros y en general a cualquier acontecimiento que implique fuerza mayor o caso fortuito. Autorizo a que se tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas o educativas, bajo reserva del nombre. YO ENTIENDO QUE SE TOMARÁN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE Mi MASCOTA, PERO ENTIENDO QUE LA CIRUGIA CONLLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCIÓN, QUE INCLUYEN INFECCIONES, SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS, SALPULLIDOS DE LA PIEL, CONDICION TEMPORAL DE LETARGO Y PERDIDA DE APETITO Y EN RARAS OCASIONES, LA MUERTE. Yo exonero a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y AL ANDRES **LOMBANA TELLEZ** de toda reclamación, responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se va a llevar a cabo, y cualquier reclamación de reembolso de costos relacionados con el cuidado del animal ya sea que el dueño o responsable crea que tales costos están relacionados con la cirugía realizada. Yo certifico que las vacunas y desparasitaciones de mi mascota están al dia, que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y que actualmente no está tomando medicamentos prescritos por otro servicio veterinario. Siempre habrá riesgos de reacciones alérgicas, cambios bioquímicos en la funcionalidad renal, hepática o respiratoria, o muerte en un paciente que sea sometido a anestesia ya sea inyectada o inhalatoria durante el procedimiento o después de él. El presente veterinario asegura que usa los protocolos adecuados de anestesia por la edad, peso, raza y anamnesis del paciente minimizando los anteriores riesgos. Cualquier intervención quirúrgica sobre un ser vivo conlleva riesgos de hemorragias intra y post operatorias. Hago constar y firmo este consentimiento sin presión alguna, por mi propia voluntad y a sabiendas que los riesgos que implican los casos anestésicos y quirúrgicos en mi mascota, lo que se me ha explicado y he entendido a satisfacción, de igual manera he recibido información impresa sobre las recomendaciones a tener en cuenta en el post-operatorio y la formula medica.

Monica Agudelo

Firma C.C

La Tebaida Q 10/1/23

Observaciones en cirugía

Firmo en constancia que he recibido en buen estado de salud mi mascota después de la cirugía y me comprometo a acatar todas las recomendaciones post-quirurgicas como dar los medicamentos recetados, hacer las limpiezas respectivas y cuidar al animal hasta su recuperación satisfactoria



Sisbén

Registro válido

B2

Fecha de consulta: 15/12/2022

Ficha: 63401005547300000415

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MONICA MANUELA

Apellidos: AGUDELO GUAYARA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1005098568

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 16/07/2019

Última actualización ciudadano: 05/07/2021

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

ALCALDIA MUNICIPAL LA TEBAIDA QUINDIO

REGISTRO DE ESTERILIZACIÓN Y/O PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

18

Registro de Ingreso 10 / 1 / 23

2023

I. Datos de la mascota											
Nombre	Manchay			Sexo	M ○	H ○					
Especie	Canino ○	Felino ✓		Raza	C		Peso aprox				
Edad		Color	Negro	Pelaje			Vacunas si ○		no ○		
Estado de salud		Buena		Regular ○			Mala ○				
Fiebre	si	no ✓	Diarrea Si ○	No ✓	Vomito	Si	No ✓	Inapetencia	Si	No ✓	Golpes Si No ✓
Heridas	si	no ✓	Tto. Veterinario	Si	No ✓	Celo	Si	No ✓	Lactancia	Si	No ✓	Ayunas Si ~~No~~
Estado corporal		Normal ✓		Desnutrido ○				Sobrepeso ○			

II. Datos de propietario			
Nombre	Maria J Flores	T.I/C.C	1117020878
Direccion		TELEFONO	3218813821
E-mail	Cantaro mzb1-14	SISBEN SI ✓	NO ○ NIVEL 1 ○ 2 ○ 3 ○

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD

A2

PROCEDIIENTO VETERINARIO

Ley 566/ 2000 Art 26

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

Yo MARIA J flores identificado (a) como aparece al pie de la firma, propietario (a) y/o responsable de la mascota Llamada _____ especie canino ___ felino ___ sexo ___ DECLARO, SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO al Médico Veterinario Zootecnista (M.V.Z) DR.ANDRES LOMABANA TELLES CON TP . **26888** univ San Martin contratado por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT, para que realice la cirugía de esterilización ovariohisterectomia y/o orquiectomia bajo anestesia general en las condiciones que me han sido propuestas. He leído, comprendido y aceptado la información que me ha sido proporcionada, he realizado las preguntas oportunas y he sido informado de las ventajas y riesgos. 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 la calidad de vida, aunque ello pueda suponer un incremento del coste del procedimiento. Se me ha informado de mi derecho a rechazar o revocar este consentimiento. Exonero civil y penalmente a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y A. **ANDRES LOMBANA TELLEZ** por las posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento incluyendo la muerte, asi como en el caso de hurto o perdida del animal, actos malintencionados de terceros y en general a cualquier acontecimiento que implique fuerza mayor o caso fortuito. Autorizo a que se tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas o educativas, bajo reserva del nombre. YO ENTIENDO QUE SE TOMARÁN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, PERO ENTIENDO QUE LA CIRUGIA CONLLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCIÓN, QUE INCLUYEN INFECCIONES, SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS, SALPULLIDOS DE LA PIEL, CONDICION TEMPORAL DE LETARGO Y PERDIDA DE APETITO Y EN RARAS OCASIONES, LA MUERTE. Yo exonero a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y AL ANDRES **LOMBANA TELLEZ** de toda reclamación, responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se va a llevar a cabo, y cualquier reclamación de reembolso de costos relacionados con el cuidado del animal ya sea que el dueño o responsable crea que tales costos están relacionados con la cirugía realizada. Yo certifico que las vacunas y desparasitaciones de mi mascota están al dia, que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y que actualmente no está tomando medicamentos prescritos por otro servicio veterinario. Siempre habrá riesgos de reacciones alérgicas, cambios bioquímicos en la funcionalidad renal, hepática o respiratoria, o muerte en un paciente que sea sometido a anestesia ya sea inyectada o inhalatoria durante el procedimiento o después de él. El presente veterinario asegura que usa los protocolos adecuados de anestesia por la edad, peso, raza y anamnesis del paciente minimizando los anteriores riesgos. Cualquier intervención quirúrgica sobre un ser vivo conlleva riesgos de hemorragias intra y post operatorias. Hago constar y firmo este consentimiento sin presión alguna, por mi propia voluntad y a sabiendas que los riesgos que implican los casos anestésicos y quirúrgicos en mi mascota, lo que se me ha explicado y he entendido a satisfacción, de igual manera he recibido información impresa sobre las recomendaciones a tener en cuenta en el post-operatorio y la formula medica.

maria jose flores

Firma C.C

La Tebaida Q 10 / 1 / 23

Observaciones en cirugía
Firmo en constancia que he recibido en buen estado de salud mi mascota después de la cirugía y me comprometo a acatar todas las recomendaciones post-quirurgicas como dar los medicamentos recetados, hacer las limpiezas respectivas y cuidar al animal hasta su recuperación satisfactoria



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Verificación - Desactualización de la información - Sección G. Educación - Ind_fondo_pensiones

A2

Fecha de consulta: 24/01/2023

Ficha: 63401556750100003603

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA JOSE

Apellidos: FLOREZ HERNANDEZ

Tipo de documento: Tarjeta de identidad

Número de documento: 1117020878

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 04/10/2021

Última actualización ciudadano: 04/10/2021

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 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 12 MES 1 AÑO 2023

I. Datos de la mascota																			
Nombre				Sexo: M ◯ H ◯															
Especie			Canino ◯ Felino ◯				raza ◯					Peso Aprox.							
Edad				Color			Pelaje				Vacunas si ◯ no ◯								
Estado de salud			buena ◯				regular ◯				mala ◯								
Fiebre	si	no	Diarrea	si	no		Vomito	si	no		Inapetencia	si	no		Golpes	si	no		
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 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 ACUDIENTE FECHA

OBSERVACIONES ----------



20

ALCALDIA MUNICIPAL LA TEBAIDA QUINDIO

REGISTRO DE ESTERILIZACIÓN Y/O PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

FUNAT

Registro de Ingreso 7/1/23

2023

I. Datos de la mascota											
Nombre	Kiara			Sexo M ○ H ✓							
Especie	Canino ✓ Felino ○			Raza C		Peso aprox					
Edad		Color	Beige	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	Pto. Veterinario Si No	Celo Si No		Lactancia Si No		Ayunas Si No			
Estado corporal			Normal ○	Desnutrido ○			Sobrepeso ○				

II. Datos de propietario			
Nombre	Luz M Bernal	T.I/C.C	29,269,457
Direccion	Mz 16 # 1	TELEFONO	3153235373
E-mail		SISBEN SI ○ NO ○	NIVEL 1 ○ 2 ○ 3 ○

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD

PROCEDIIENTO VETERINARIO

Ley 566/ 2000 Art 26

Animalia Mz # 1

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

"Formato sugerido por el consejo profesional de medicina veterinaria"

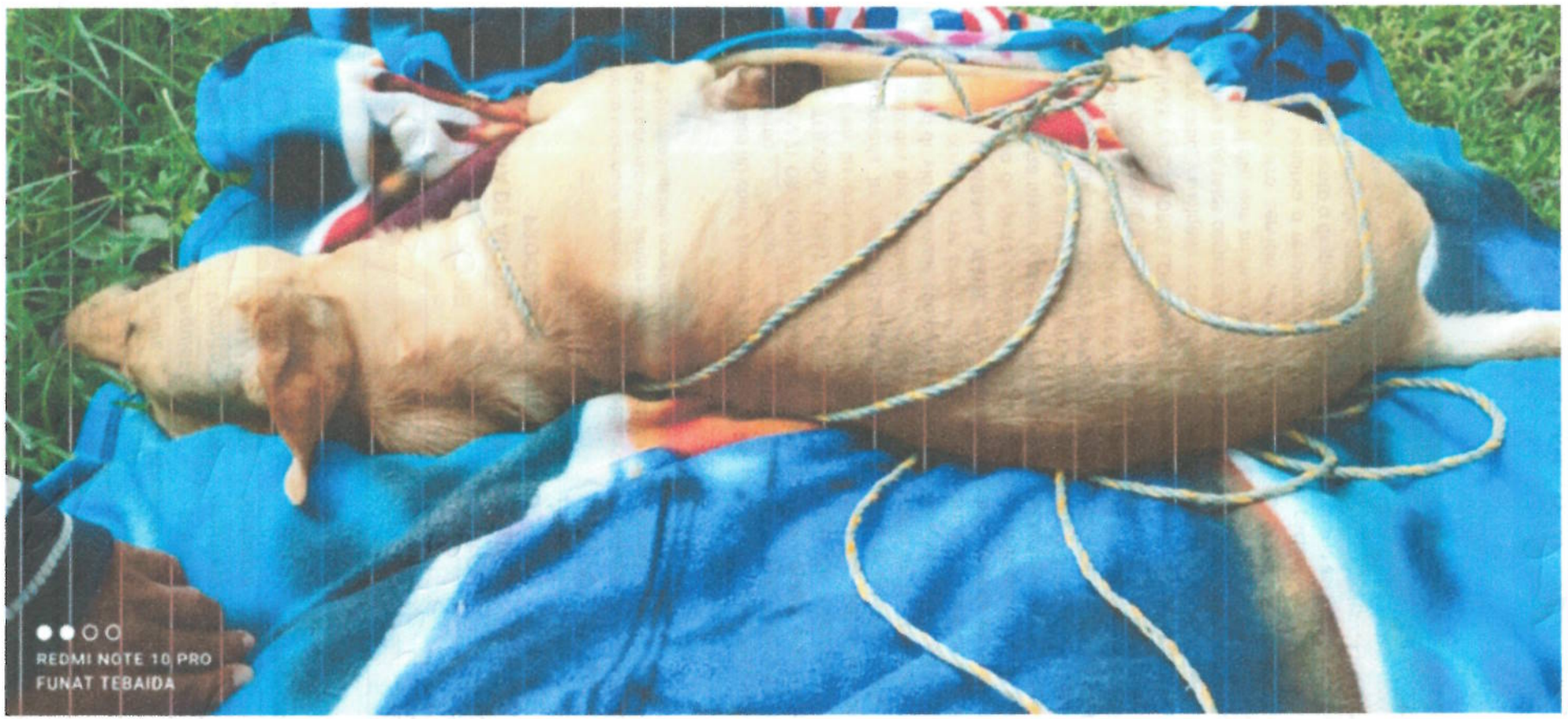
Yo Luz Mary Bernal identificado (a) como aparece al pie de la firma, propietario (a) y/o responsable de la mascota Llamada _____ especie canino ___ felino ___ sexo ___ DECLARO, SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO al Médico Veterinario Zootecnista (M.V.Z) DR.ANDRES LOMABANA TELLES CON TP . **26888** univ San Martin contratado por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT, para que realice la cirugía de esterilización ovariohisterectomia y/o orquiectomia bajo anestesia general en las condiciones que me han sido propuestas. He leído, comprendido y aceptado la información que me ha sido proporcionada, he realizado las preguntas oportunas y he sido informado de las ventajas y riesgos. 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 la calidad de vida, aunque ello pueda suponer un incremento del coste del procedimiento. Se me ha informado de mi derecho a rechazar o revocar este consentimiento. Exonero civil y penalmente a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y A. **ANDRES LOMBANA TELLEZ** por las posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento incluyendo la muerte, asi como en el caso de hurto o perdida del animal, actos malintencionados de terceros y en general a cualquier acontecimiento que implique fuerza mayor o caso fortuito. Autorizo a que se tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas o educativas, bajo reserva del nombre. YO ENTIENDO QUE SE TOMARÁN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, PERO ENTIENDO QUE LA CIRUGIA CONLLEVA RIESGOS URANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCIÓN, QUE INCLUYEN INFECCIONES, SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS, SALPULLIDOS DE LA PIEL, CONDICION TEMPORAL DE LETARGO Y PERDIDA DE APETITO Y EN RARAS OCASIONES, LA MUERTE. Yo exonero a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y AL ANDRES **LOMBANA TELLEZ** de toda reclamación, responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se va a llevar a cabo, y cualquier reclamación de reembolso de costos relacionados con el cuidado del animal ya sea que el dueño o responsable crea que tales costos están relacionados con la cirugía realizada. Yo certifico que las vacunas y desparasitaciones de mi mascota están al dia, que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y que actualmente no está tomando medicamentos prescritos por otro servicio veterinario. Siempre habrá riesgos de reacciones alérgicas, cambios bioquímicos en la funcionalidad renal, hepática o respiratoria, o muerte en un paciente que sea sometido a anestesia ya sea inyectada o inhalatoria durante el procedimiento o después de él. El presente veterinario asegura que usa los protocolos adecuados de anestesia por la edad, peso, raza y anamnesis del paciente minimizando los anteriores riesgos. Cualquier intervención quirúrgica sobre un ser vivo conlleva riesgos de hemorragias intra y post operatorias. Hago constar y firmo este consentimiento sin presión alguna, por mi propia voluntad y a sabiendas que los riesgos que implican los casos anestésicos y quirúrgicos en mi mascota, lo que se me ha explicado y he entendido a satisfacción, de igual manera he recibido información impresa sobre las recomendaciones a tener en cuenta en el post-operatorio y la formula medica.

Luz Mary Bernal

Firma C.C

La Tebaida Q 7/1/23

Observaciones en cirugía
Firmo en constancia que he recibido en buen estado de salud mi mascota después de la cirugía y me comprometo a acatar todas las recomendaciones post-quirurgicas como dar los medicamentos recetados, hacer las limpiezas respectivas y cuidar al animal hasta su recuperación satisfactoria


REDMI NOTE 10 PRO
FUNAT TEBAIDA

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

B3

Fecha de consulta: 30/01/2023

Ficha: 63401014548200000045

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: LUZ MARY

Apellidos: BERNAL MONTOYA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 29126457

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 09/09/2022

Última actualización ciudadano: 09/09/2022

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

21

ALCALDIA MUNICIPAL LA TEBAIDA QUINDIO

REGISTRO DE ESTERILIZACIÓN Y/O PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

FUNAT

Registro de Ingreso 5/1/23

2023

I. Datos de la mascota											
Nombre	Yiyo			Sexo M ◯ H ◯							
Especie	Canino ◯ Felino ◯			Raza C		Peso aprox					
Edad	Color Ar			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 ◯		Sobrepeso ◯					

II. Datos de propietario			
Nombre Amparo Giraldo		T.I/C.C 24673579	
Direccion		TELEFONO 3142208188	
E-mail Cra 7a. Apt 1		SISBEN SI ◯ NO ◯	NIVEL 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD

PROCEDIIENTO VETERINARIO

Ley 566/ 2000 Art 26

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

"Formato sugerido por el consejo profesional de medicina veterinaria"

Yo Amparo Giraldo identificado (a) como aparece al pie de la firma, propietario (a) y/o responsable de la mascota Llamada _____ especie canino ___ felino ___ sexo ___ DECLARO, SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO al Médico Veterinario Zootecnista (M.V.Z) DR. ANDRES LOMBANA TELLEZ. 26888 univ San Martin contratado por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT, para que realice la cirugía de esterilización ovariohisterectomia y/o orquiectomia bajo anestesia general en las condiciones que me han sido propuestas. He leído, comprendido y aceptado la información que me ha sido proporcionada, he realizado las preguntas oportunas y he sido informado de las ventajas y riesgos. 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 la calidad de vida, aunque ello pueda suponer un incremento del coste del procedimiento. Se me ha informado de mi derecho a rechazar o revocar este consentimiento. Exonero civil y penalmente a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y A M.V.Z **ANDRES LOMBANA TELLEZ** por las posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento incluyendo la muerte, asi como en el caso de hurto o perdida del animal, actos malintencionados de terceros y en general a cualquier acontecimiento que implique fuerza mayor o caso fortuito. Autorizo a que se tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas o educativas, bajo reserva del nombre. YO ENTIENDO QUE SE TOMARÁN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, PERO ENTIENDO QUE LA CIRUGIA CONLLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCIÓN, QUE INCLUYEN INFECCIONES, SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS, SALPULLIDOS DE LA PIEL, CONDICION TEMPORAL DE LETARGO Y PERDIDA DE APETITO Y EN RARAS OCASIONES, LA MUERTE. Yo exonero a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y AL M.V.Z **ANDRES LOMBANA TELLEZ** de toda reclamación, responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se va a llevar a cabo, y cualquier reclamación de reembolso de costos relacionados con el cuidado del animal ya sea que el dueño o responsable crea que tales costos están relacionados con la cirugía realizada. Yo certifico que las vacunas y desparasitaciones de mi mascota están al dia, que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y que actualmente no está tomando medicamentos prescritos por otro servicio veterinario. Siempre habrá riesgos de reacciones alérgicas, cambios bioquímicos en la funcionalidad renal, hepática o respiratoria, o muerte en un paciente que sea sometido a anestesia ya sea inyectada o inhalatoria durante el procedimiento o después de él. El presente veterinario asegura que usa los protocolos adecuados de anestesia por la edad, peso, raza y anamnesis del paciente minimizando los anteriores riesgos. Cualquier intervención quirúrgica sobre un ser vivo conlleva riesgos de hemorragias intra y post operatorias. Hago constar y firmo este consentimiento sin presión alguna, por mi propia voluntad y a sabiendas que los riesgos que implican los casos anestésicos y quirúrgicos en mi mascota, lo que se me ha explicado y he entendido a satisfacción, de igual manera he recibido información impresa sobre las recomendaciones a tener en cuenta en el post-operatorio y la formula medica.

X Luz Amparo Giraldo.

Firma C.C

La Tebaida Q 5/1/23

Observaciones en cirugía
Firmo en constancia que he recibido en buen estado de salud mi mascota después de la cirugía y me comprometo a acatar todas las recomendaciones post-quirurgicas como dar los medicamentos recetados, hacer las limpiezas respectivas y cuidar al animal hasta su recuperación satisfactoria



22

ALCALDIA MUNICIPAL LA TEBAIDA QUINDIO

REGISTRO DE ESTERILIZACIÓN Y/O PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

FUNAT

Registro de Ingreso 5 / 1 / 23

2023

I. Datos de la mascota											
Nombre	nna		Sexo M ○ H ✓								
Especie	Canino ✓	Felino ○	Raza C		Peso aprox						
Edad	Color glb		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 ○		Sobrepeso ○				

II. Datos de propietario			
Nombre	Amparo Giraldo	T.I/C.C	2460073579
Direccion		TELEFONO	3142208188
E-mail	Cra 7a - 8A . Apto #1	SISBEN SI ✓	NO ○ NIVEL 1 ○ 2 ○ 3 ○

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD

PROCEDIIENTO VETERINARIO

Ley 566/ 2000 Art 26

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

"Formato sugerido por el consejo profesional de medicina veterinaria"

Yo Amparo Giraldo identificado (a) como aparece al pie de la firma, propietario (a) y/o responsable de la mascota Llamada _____ especie canino ___ felino ___ sexo ___ DECLARO, SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO al Médico Veterinario Zootecnista (M.V.Z) DR.ANDRES LOMABANA TELLES CON TP . **26888** univ San Martin contratado por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT, para que realice la cirugía de esterilización ovariohisterectomia y/o orquiectomia bajo anestesia general en las condiciones que me han sido propuestas. He leído, comprendido y aceptado la información que me ha sido proporcionada, he realizado las preguntas oportunas y he sido informado de las ventajas y riesgos. 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 la calidad de vida, aunque ello pueda suponer un incremento del coste del procedimiento. Se me ha informado de mi derecho a rechazar o revocar este consentimiento. Exonero civil y penalmente a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y A. **ANDRES LOMBANA TELLEZ** por las posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento incluyendo la muerte, asi como en el caso de hurto o perdida del animal, actos malintencionados de terceros y en general a cualquier acontecimiento que implique fuerza mayor o caso fortuito. Autorizo a que se tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas o educativas, bajo reserva del nombre. YO ENTIENDO QUE SE TOMARÁN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, PERO ENTIENDO QUE LA CIRUGIA CONLLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCIÓN, QUE INCLUYEN INFECCIONES, SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS, SALPULLIDOS DE LA PIEL, CONDICION TEMPORAL DE LETARGO Y PERDIDA DE APETITO Y EN RARAS OCASIONES, LA MUERTE. Yo exonero a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y AL ANDRES **LOMBANA TELLEZ** de toda reclamación, responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se va a llevar a cabo, y cualquier reclamación de reembolso de costos relacionados con el cuidado del animal ya sea que el dueño o responsable crea que tales costos están relacionados con la cirugía realizada. Yo certifico que las vacunas y desparasitaciones de mi mascota están al dia, que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y que actualmente no está tomando medicamentos prescritos por otro servicio veterinario. Siempre habrá riesgos de reacciones alérgicas, cambios bioquímicos en la funcionalidad renal, hepática o respiratoria, o muerte en un paciente que sea sometido a anestesia ya sea inyectada o inhalatoria durante el procedimiento o después de él. El presente veterinario asegura que usa los protocolos adecuados de anestesia por la edad, peso, raza y anamnesis del paciente minimizando los anteriores riesgos. Cualquier intervención quirúrgica sobre un ser vivo conlleva riesgos de hemorragias intra y post operatorias. Hago constar y firmo este consentimiento sin presión alguna, por mi propia voluntad y a sabiendas que los riesgos que implican los casos anestésicos y quirúrgicos en mi mascota, lo que se me ha explicado y he entendido a satisfacción, de igual manera he recibido información impresa sobre las recomendaciones a tener en cuenta en el post-operatorio y la formula medica.

Jul Amparo Giraldo

Firma C.C

La Tebaida Q 5 / 1 / 23

Observaciones en cirugía
Firmo en constancia que he recibido en buen estado de salud mi mascota después de la cirugía y me comprometo a acatar todas las recomendaciones post-quirurgicas como dar los medicamentos recetados, hacer las limpiezas respectivas y cuidar al animal hasta su recuperación satisfactoria



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro valido

B2

Fecha de consulta: 24/01/2023

Ficha: 63401556749400004174

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: LUZ AMPARO

Apellidos: GIRALDO DE CARDONA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24673579

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 07/01/2022

Última actualización ciudadano: 07/01/2022

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

23

ALCALDIA MUNICIPAL LA TEBAIDA QUINDIO

REGISTRO DE ESTERILIZACIÓN Y/O PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

FUNAT

Registro de Ingreso 14/ 1/ 23

2023

I. Datos de la mascota											
Nombre				Sexo M ◯ H ◯							
Especie			Canino ◯ Felino ◯	Raza C		Peso aprox					
Edad			Color B	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 ◯			Sobrepeso ◯				

II. Datos de propietario			
Nombre	Jeydy Bonilla	T.I/C.C	1038236824
Direccion	MZL C-17 - Cristales	TELEFONO	3006428794
E-mail		SISBEN SI ◯ NO ◯	NIVEL 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD

PROCEDIIENTO VETERINARIO

Ley 566/ 2000 Art 26

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

Yo Jeydy Bonilla identificado (a) como aparece al pie de la firma, propietario (a) y/o responsable de la mascota Llamada _____ especie canino ___ felino ___ sexo ___ DECLARO, SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO al Médico Veterinario Zootecnista (M.V.Z) DR.ANDRES LOMABANA TELLES CON TP . **26888** univ San Martin contratado por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT, para que realice la cirugía de esterilización ovariohisterectomia y/o orquiectomia bajo anestesia general en las condiciones que me han sido propuestas. He leído, comprendido y aceptado la información que me ha sido proporcionada, he realizado las preguntas oportunas y he sido informado de las ventajas y riesgos. 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 la calidad de vida, aunque ello pueda suponer un incremento del coste del procedimiento. Se me ha informado de mi derecho a rechazar o revocar este consentimiento. Exonero civil y penalmente a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y A. **ANDRES LOMBANA TELLEZ** por las posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento incluyendo la muerte, asi como en el caso de hurto o perdida del animal, actos malintencionados de terceros y en general a cualquier acontecimiento que implique fuerza mayor o caso fortuito. Autorizo a que se tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas o educativas, bajo reserva del nombre. YO ENTIENDO QUE SE TOMARÁN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, PERO ENTIENDO QUE LA CIRUGIA CONLLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCIÓN, QUE INCLUYEN INFECCIONES, SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS, SALPULLIDOS DE LA PIEL, CONDICION TEMPORAL DE LETARGO Y PERDIDA DE APETITO Y EN RARAS OCASIONES, LA MUERTE. Yo exonero a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y AL ANDRES **LOMBANA TELLEZ** de toda reclamación, responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se va a llevar a cabo, y cualquier reclamación de reembolso de costos relacionados con el cuidado del animal ya sea que el dueño o responsable crea que tales costos están relacionados con la cirugía realizada. Yo certifico que las vacunas y desparasitaciones de mi mascota están al dia, que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y que actualmente no está tomando medicamentos prescritos por otro servicio veterinario. Siempre habrá riesgos de reacciones alérgicas, cambios bioquímicos en la funcionalidad renal, hepática o respiratoria, o muerte en un paciente que sea sometido a anestesia ya sea inyectada o inhalatoria durante el procedimiento o después de él. El presente veterinario asegura que usa los protocolos adecuados de anestesia por la edad, peso, raza y anamnesis del paciente minimizando los anteriores riesgos. Cualquier intervención quirúrgica sobre un ser vivo conlleva riesgos de hemorragias intra y post operatorias. Hago constar y firmo este consentimiento sin presión alguna, por mi propia voluntad y a sabiendas que los riesgos que implican los casos anestésicos y quirúrgicos en mi mascota, lo que se me ha explicado y he entendido a satisfacción, de igual manera he recibido información impresa sobre las recomendaciones a tener en cuenta en el post-operatorio y la formula medica.

Jeydy Bonilla C

Firma C.C

La Tebaida Q 14/ 1/ 23

Observaciones en cirugía
Firmo en constancia que he recibido en buen estado de salud mi mascota después de la cirugía y me comprometo a acatar todas las recomendaciones post-quirurgicas como dar los medicamentos recetados, hacer las limpiezas respectivas y cuidar al animal hasta su recuperación satisfactoria



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

A5

Fecha de consulta: 24/01/2023

Ficha: 63401008547600000130

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: JEYDY

Apellidos: BONILLA GOMEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1088236824

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 15/07/2019

Última actualización ciudadano: 01/08/2019

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

ALCALDIA MUNICIPAL LA TEBAIDA QUINDIO

REGISTRO DE ESTERILIZACIÓN Y/O PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

24

Registro de Ingreso 12/1/23

2023

I. Datos de la mascota											
Nombre	Loca			Sexo M ◯ H ◯							
Especie	Canino ◯ Felino ◯			Raza		Peso aprox					
Edad	Color			Pelaje		Vacunas si ◯ no ◯					
Estado de salud	Buena			Regular ◯		Mala ◯					
Fiebre	si	no	Diarrea Si ◯ No ◯	Vomito	Si No	Inapetencia	Si No	Golpes	Si No		
Heridas	si	no	Tto. Veterinario Si No	Celo	Si No	Lactancia	Si No	Ayunas	Si No		
Estado corporal	Normal ◯			Desnutrido ◯		Sobrepeso ◯					

II. Datos de propietario			
Nombre	Yina M Cadavid	T.I/C.C	1073244564
Direccion	Mf La estación	TELEFONO	3127313149
E-mail		SISBEN SI ◯ NO ◯	NIVEL 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD

B2

PROCEDIIENTO VETERINARIO

Ley 566/ 2000 Art 26

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

"Formato sugerido por el consejo profesional de medicina veterinaria"

Yo Yina M Cadavid identificado (a) como aparece al pie de la firma, propietario (a) y/o responsable de la mascota Llamada _____ especie canino ___ felino ___ sexo ___ DECLARO, SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO al Médico Veterinario Zootecnista (M.V.Z) DR.ANDRES LOMABANA TELLES CON TP . **26888** univ San Martin contratado por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT, para que realice la cirugía de esterilización ovariohisterectomia y/o orquiectomia bajo anestesia general en las condiciones que me han sido propuestas. He leído, comprendido y aceptado la información que me ha sido proporcionada, he realizado las preguntas oportunas y he sido informado de las ventajas y riesgos. 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 la calidad de vida, aunque ello pueda suponer un incremento del coste del procedimiento. Se me ha informado de mi derecho a rechazar o revocar este consentimiento. Exonero civil y penalmente a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y A. **ANDRES LOMBANA TELLEZ** por las posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento incluyendo la muerte, asi como en el caso de hurto o perdida del animal, actos malintencionados de terceros y en general a cualquier acontecimiento que implique fuerza mayor o caso fortuito. Autorizo a que se tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas o educativas, bajo reserva del nombre. YO ENTIENDO QUE SE TOMARÁN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, PERO ENTIENDO QUE LA CIRUGIA CONLLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCIÓN, QUE INCLUYEN INFECCIONES, SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS, SALPULLIDOS DE LA PIEL, CONDICION TEMPORAL DE LETARGO Y PERDIDA DE APETITO Y EN RARAS OCASIONES, LA MUERTE. Yo exonero a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y AL ANDRES **LOMBANA TELLEZ** de toda reclamación, responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se va a llevar a cabo, y cualquier reclamación de reembolso de costos relacionados con el cuidado del animal ya sea que el dueño o responsable crea que tales costos están relacionados con la cirugía realizada. Yo certifico que las vacunas y desparasitaciones de mi mascota están al dia, que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y que actualmente no está tomando medicamentos prescritos por otro servicio veterinario. Siempre habrá riesgos de reacciones alérgicas, cambios bioquímicos en la funcionalidad renal, hepática o respiratoria, o muerte en un paciente que sea sometido a anestesia ya sea inyectada o inhalatoria durante el procedimiento o después de él. El presente veterinario asegura que usa los protocolos adecuados de anestesia por la edad, peso, raza y anamnesis del paciente minimizando los anteriores riesgos. Cualquier intervención quirúrgica sobre un ser vivo conlleva riesgos de hemorragias intra y post operatorias. Hago constar y firmo este consentimiento sin presión alguna, por mi propia voluntad y a sabiendas que los riesgos que implican los casos anestésicos y quirúrgicos en mi mascota, lo que se me ha explicado y he entendido a satisfacción, de igual manera he recibido información impresa sobre las recomendaciones a tener en cuenta en el post-operatorio y la formula medica.

Yina M. Cadavid

Firma C.C

La Tebaida Q 12/1/23

Observaciones en cirugía
Firmo en constancia que he recibido en buen estado de salud mi mascota después de la cirugía y me comprometo a acatar todas las recomendaciones post-quirurgicas como dar los medicamentos recetados, hacer las limpiezas respectivas y cuidar al animal hasta su recuperación satisfactoria



25

ALCALDIA MUNICIPAL LA TEBAIDA QUINDIO

REGISTRO DE ESTERILIZACIÓN Y/O PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

FUNAT

Registro de Ingreso 12 / 1 / 23

2023

I. Datos de la mascota									
Nombre	Princesa		Sexo M ○ H ●						
Especie	Canino ● Felino ○		Raza C		Peso aprox				
Edad	Color AM		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 ○		Sobrepeso ○		

II. Datos de propietario			
Nombre	Yina. M CADAVID	T.I/C.C	1073244564
Direccion	Mz # 1 (Fruta)	TELEFONO	3127313149
E-mail		SISBEN SI ○ NO ○	NIVEL 1 ○ 2 ○ 3 ○

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD

PROCEDIIENTO VETERINARIO

Ley 566/ 2000 Art 26

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

Yo Yina M CADAVID identificado (a) como aparece al pie de la firma, propietario (a) y/o responsable de la mascota Llamada _____ especie canino___ felino ___ sexo ___ DECLARO, SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO al Médico Veterinario Zootecnista (M.V.Z) DR.ANDRES LOMABANA TELLES CON TP . **26888** univ San Martin contratado por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT, para que realice la cirugía de esterilización ovariohisterectomia y/o orquiectomia bajo anestesia general en las condiciones que me han sido propuestas. He leído, comprendido y aceptado la información que me ha sido proporcionada, he realizado las preguntas oportunas y he sido informado de las ventajas y riesgos. 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 la calidad de vida, aunque ello pueda suponer un incremento del coste del procedimiento. Se me ha informado de mi derecho a rechazar o revocar este consentimiento. Exonero civil y penalmente a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y A. **ANDRES LOMBANA TELLEZ** por las posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento incluyendo la muerte, asi como en el caso de hurto o perdida del animal, actos malintencionados de terceros y en general a cualquier acontecimiento que implique fuerza mayor o caso fortuito. Autorizo a que se tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas o educativas, bajo reserva del nombre. YO ENTIENDO QUE SE TOMARÁN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, PERO ENTIENDO QUE LA CIRUGIA CONLLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCIÓN, QUE INCLUYEN INFECCIONES, SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS, SALPULLIDOS DE LA PIEL, CONDICION TEMPORAL DE LETARGO Y PERDIDA DE APETITO Y EN RARAS OCASIONES, LA MUERTE. Yo exonero a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y AL ANDRES **LOMBANA TELLEZ** de toda reclamación, responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se va a llevar a cabo, y cualquier reclamación de reembolso de costos relacionados con el cuidado del animal ya sea que el dueño o responsable crea que tales costos están relacionados con la cirugía realizada. Yo certifico que las vacunas y desparasitaciones de mi mascota están al dia, que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y que actualmente no está tomando medicamentos prescritos por otro servicio veterinario. Siempre habrá riesgos de reacciones alérgicas, cambios bioquímicos en la funcionalidad renal, hepática o respiratoria, o muerte en un paciente que sea sometido a anestesia ya sea inyectada o inhalatoria durante el procedimiento o después de él. El presente veterinario asegura que usa los protocolos adecuados de anestesia por la edad, peso, raza y anamnesis del paciente minimizando los anteriores riesgos. Cualquier intervención quirúrgica sobre un ser vivo conlleva riesgos de hemorragias intra y post operatorias. Hago constar y firmo este consentimiento sin presión alguna, por mi propia voluntad y a sabiendas que los riesgos que implican los casos anestésicos y quirúrgicos en mi mascota, lo que se me ha explicado y he entendido a satisfacción, de igual manera he recibido información impresa sobre las recomendaciones a tener en cuenta en el post-operatorio y la formula medica.

Yina m cadavid

Firma C.C

La Tebaida Q 12 / 1 / 23

Observaciones en cirugía
Firmo en constancia que he recibido en buen estado de salud mi mascota después de la cirugía y me comprometo a acatar todas las recomendaciones post-quirurgicas como dar los medicamentos recetados, hacer las limpiezas respectivas y cuidar al animal hasta su recuperación satisfactoria



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 01/02/2023

Ficha: 63401012548000000005

B2

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: YINA MARCELA

Apellidos: CADAVID OCAMPO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1073244564

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 12/07/2019

Última actualización ciudadano: 26/07/2019

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

26

ALCALDIA MUNICIPAL LA TEBAIDA QUINDIO

REGISTRO DE ESTERILIZACIÓN Y/O PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

FUNAT

Registro de Ingreso 10/1/23

2023

I. Datos de la mascota											
Nombre	Toma			Sexo M ◯ H ◯							
Especie	Canino ◯ Felino ◯			Raza C			Peso aprox				
Edad	Color A/b			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 ◯			Sobrepeso ◯				

II. Datos de propietario			
Nombre	Angie. Arango	T.I/C.C	1005091101
Direccion		TELEFONO	3234501123
E-mail	Lt # Mz 16 - 4	SISBEN SI ◯ NO ◯	NIVEL 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD

PROCEDIIENTO VETERINARIO

Ley 566/ 2000 Art 26

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

Yo Angie Arango identificado (a) como aparece al pie de la firma, propietario (a) y/o responsable de la mascota Llamada _____ especie canino ___ felino ___ sexo ___ DECLARO, SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO al Médico Veterinario Zootecnista (M.V.Z) DR.ANDRES LOMABANA TELLES CON TP . **26888** univ San Martin contratado por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT, para que realice la cirugía de esterilización ovariohisterectomia y/o orquiectomia bajo anestesia general en las condiciones que me han sido propuestas. He leído, comprendido y aceptado la información que me ha sido proporcionada, he realizado las preguntas oportunas y he sido informado de las ventajas y riesgos. 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 la calidad de vida, aunque ello pueda suponer un incremento del coste del procedimiento. Se me ha informado de mi derecho a rechazar o revocar este consentimiento. Exonero civil y penalmente a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y A. **ANDRES LOMBANA TELLEZ** por las posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento incluyendo la muerte, asi como en el caso de hurto o perdida del animal, actos malintencionados de terceros y en general a cualquier acontecimiento que implique fuerza mayor o caso fortuito. Autorizo a que se tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas o educativas, bajo reserva del nombre. YO ENTIENDO QUE SE TOMARÁN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, PERO ENTIENDO QUE LA CIRUGIA CONLLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCIÓN, QUE INCLUYEN INFECCIONES, SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS, SALPULLIDOS DE LA PIEL, CONDICION TEMPORAL DE LETARGO Y PERDIDA DE APETITO Y EN RARAS OCASIONES, LA MUERTE. Yo exonero a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y AL ANDRES **LOMBANA TELLEZ** de toda reclamación, responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se va a llevar a cabo, y cualquier reclamación de reembolso de costos relacionados con el cuidado del animal ya sea que el dueño o responsable crea que tales costos están relacionados con la cirugía realizada. Yo certifico que las vacunas y desparasitaciones de mi mascota están al dia, que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y que actualmente no está tomando medicamentos prescritos por otro servicio veterinario. Siempre habrá riesgos de reacciones alérgicas, cambios bioquímicos en la funcionalidad renal, hepática o respiratoria, o muerte en un paciente que sea sometido a anestesia ya sea inyectada o inhalatoria durante el procedimiento o después de él. El presente veterinario asegura que usa los protocolos adecuados de anestesia por la edad, peso, raza y anamnesis del paciente minimizando los anteriores riesgos. Cualquier intervención quirúrgica sobre un ser vivo conlleva riesgos de hemorragias intra y post operatorias. Hago constar y firmo este consentimiento sin presión alguna, por mi propia voluntad y a sabiendas que los riesgos que implican los casos anestésicos y quirúrgicos en mi mascota, lo que se me ha explicado y he entendido a satisfacción, de igual manera he recibido información impresa sobre las recomendaciones a tener en cuenta en el post-operatorio y la formula medica.

Firma C.C

La Tebaida Q 10/1/23

Observaciones en cirugía
Firmo en constancia que he recibido en buen estado de salud mi mascota después de la cirugía y me comprometo a acatar todas las recomendaciones post-quirurgicas como dar los medicamentos recetados, hacer las limpiezas respectivas y cuidar al animal hasta su recuperación satisfactoria



Sisbén

Registro válido

A2

Fecha de consulta: 24/01/2023

Ficha: 63001012863100001355

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ANGIE NATALIA

Apellidos: ARANGO SOTO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1005091101

Municipio: Armenia

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 16/12/2020

Última actualización ciudadano: 06/07/2022

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: MATEO GIRALDO ZAPATA

Dirección: Carrera 17 No 16 - 00

Teléfono: 7417100 Extensión 113

Correo Electrónico: sisben@armenia.gov.co

ALCALDIA MUNICIPAL LA TEBAIDA QUINDIO

REGISTRO DE ESTERILIZACIÓN Y/O PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

Registro de Ingreso 9, 1, 23

I. Datos de la mascota											
Nombre	Diafora			Sexo M ○ H ○			2023				
Especie	Canino ○ Felino ○			Raza		Peso aprox					
Edad	Color tricolor			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 ○		Sobrepeso ○					

II. Datos de propietario			
Nombre	Yeynis M	T.I/C.C	1003250612
Direccion	Mz #1 mz 16-b	TELEFONO	No sabe
E-mail	Padilla.Uribe	SISBEN SI ○ NO ○	NIVEL 1 ○ 2 ○ 3 ○

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD

PROCEDIIENTO VETERINARIO

Ley 566/ 2000 Art 26

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

Yo _____ identificado (a) como aparece al pie de la firma, propietario (a) y/o responsable de la mascota Llamada _____ especie canino ___ felino ___ sexo ___ DECLARO, SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO al Médico Veterinario Zootecnista (M.V.Z) DR.ANDRES LOMABANA TELLES CON TP . **26888** univ San Martin contratado por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT, para que realice la cirugía de esterilización ovariohisterectomia y/o orquiectomia bajo anestesia general en las condiciones que me han sido propuestas. He leído, comprendido y aceptado la información que me ha sido proporcionada, he realizado las preguntas oportunas y he sido informado de las ventajas y riesgos. 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 la calidad de vida, aunque ello pueda suponer un incremento del coste del procedimiento. Se me ha informado de mi derecho a rechazar o revocar este consentimiento. Exonero civil y penalmente a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y A. **ANDRES LOMBANA TELLEZ** por las posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento incluyendo la muerte, asi como en el caso de hurto o perdida del animal, actos malintencionados de terceros y en general a cualquier acontecimiento que implique fuerza mayor o caso fortuito. Autorizo a que se tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas o educativas, bajo reserva del nombre. YO ENTIENDO QUE SE TOMARÁN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, PERO ENTIENDO QUE LA CIRUGIA CONLLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCIÓN, QUE INCLUYEN INFECCIONES, SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS, SALPULLIDOS DE LA PIEL, CONDICION TEMPORAL DE LETARGO Y PERDIDA DE APETITO Y EN RARAS OCASIONES, LA MUERTE. Yo exonero a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y AL ANDRES **LOMBANA TELLEZ** de toda reclamación, responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se va a llevar a cabo, y cualquier reclamación de reembolso de costos relacionados con el cuidado del animal ya sea que el dueño o responsable crea que tales costos están relacionados con la cirugía realizada. Yo certifico que las vacunas y desparasitaciones de mi mascota están al dia, que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y que actualmente no está tomando medicamentos prescritos por otro servicio veterinario. Siempre habrá riesgos de reacciones alérgicas, cambios bioquímicos en la funcionalidad renal, hepática o respiratoria, o muerte en un paciente que sea sometido a anestesia ya sea inyectada o inhalatoria durante el procedimiento o después de él. El presente veterinario asegura que usa los protocolos adecuados de anestesia por la edad, peso, raza y anamnesis del paciente minimizando los anteriores riesgos. Cualquier intervención quirúrgica sobre un ser vivo conlleva riesgos de hemorragias intra y post operatorias. Hago constar y firmo este consentimiento sin presión alguna, por mi propia voluntad y a sabiendas que los riesgos que implican los casos anestésicos y quirúrgicos en mi mascota, lo que se me ha explicado y he entendido a satisfacción, de igual manera he recibido información impresa sobre las recomendaciones a tener en cuenta en el post-operatorio y la formula medica.

X Yeynis Padilla

Firma C.C

La Tebaida Q 9, 1, 23,

Observaciones en cirugía
Firmo en constancia que he recibido en buen estado de salud mi mascota después de la cirugía y me comprometo a acatar todas las recomendaciones post-quirurgicas como dar los medicamentos recetados, hacer las limpiezas respectivas y cuidar al animal hasta su recuperación satisfactoria



Lorena Rojas.

FUNAT.

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

A4

Fecha de consulta: 18/01/2023

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 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

edeq
Grupo epm

Empresa de Energía del Quindío
EDEQ S.A. ESP NIT: 800.052.640-9.

Somos autorretenedores de servicios públicos domiciliarios y actividades complementarias según RES. DIAN - 0547 de Ene/25/02-Grandes Contribuyentes RES. DIAN 012220 de DIC 26/2022 AGENTES RETENEDORES DE IVA. Operador de red EDEQ S.A. ESP. Carrera 13 No. 14 - 17 Armenia,Quindío. Teléfono 7413100.

Factura de venta No.: 43484842

Periodo facturado entre: 06/DIC/2022 4/ENE/2023

Fecha de vencimiento: 23/ENE/2023

Suspensión a partir de: 24/ENE/2023

Debo pagar en total: $46,082

El no pago oportuno de la presente factura constituye un incumplimiento al Contrato de Condiciones Uniformes, lo que da lugar a la suspensión del servicio. Evita cobros adicionales por una eventual suspensión y reconexión del servicio. Contra la decisión de suspensión proceden los recursos de reposición ante EDEQ S.A.ESP y apelación ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios, los cuales deberán interponerse por escrito dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de recibo de esta factura y en todo caso antes de la fecha de vencimiento de la misma.

La presente factura presta mérito ejecutivo (Art. 130 Ley 142/94) y para todos los efectos se asimila a una letra de cambio.

Para pagos y consultas, tu NIU o Código de cuenta es:

181592

Tu energía ha sido subsidiada sin este subsidio pagarías:

$38,695

Con el subsidio mi ahorro es:

-$19,347

www.edeq.com.co

Aplica solo para usuarios residenciales de estratos 1, 2, 3 hasta consumo de subsistencia

Te compartimos el enlace en el que podrás identificar los operadores de red y transmisores nacionales que se acogieron voluntariamente al ajuste de los factores de indexación para el cálculo de los cargos de distribución y transmisión en la tarifa. Ingrese a: www.edeq.com.co/clientes-y-usuarios/tarifas/cumplimiento-res-creg-101-027

Datos Personales
Nombre: BURITICA RAMIREZ JOAQU
Municipio: TEBAIDA
Dirección: URB NUEVA TEBAIDA MNZ 16 10 - TEBAIDA
Nit/C.C.: 3449214
Dirección Postal:
Mun Postal:

Datos Técnicos
Marca: ALD Tipo: A1
No. medidor: 2117 Nivel: 1 Estrato: 2-Bajo
Servicio: Residencial Ciclo: 16 Grp Cu: 102
Circuito: 101-22- TEBAIDA
Tarifa: 102-RESIDENCIAL CCA
Ruta: 1611141042610

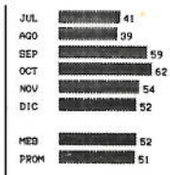
Conceptos de Cobro

	Saldo crédito	Consumo KWH	Tarifa $/KWH	Valor total
CONSUMO ACTIVA	$0	52	$744.1313	$38,695
SUBSI. TRANSF NACION	$0	52	$744.1313	-$19,347

Valor Total **$19,348**

Cálculo Consumos / Histórico Consumos

	Lec Act	Lec Ant	Obs Lect	Consumo	Factor
Consumo activa	15400	15348		52	1



Diferido Decreto MME 517 - 2021

Mes	Diferido	Tasa	Cuotas	Pend.	Saldo

Alumbrado Público
No. factura: 43484842 Atención: CRA 5 12 14 LOCAL 1
Sujeto Activo: TEBAIDA Fecha vencimiento: 23/ENE/2023 Valor mes 1: $5,820
Sujeto Pasivo: BURITICA RAMIREZ JOAQU Clausula CCU: 29 Saldo anterior: $0
Acuerdo: 022-12-2012 NIU: 181592

Valor Total: **$5,820**

Información Servicio de Aseo
URBASER LA TEBAIDA
Categoria: RE Estrato: 2

	Mes 1
Sub/contribución	-40%
F. Barrio	2
Aforo	0
F. Recolec. No Aprov.	2
F. Recolec. Aprov.	0

	Mes 1
TRBL	0.00530
TRLU	0.00000
TRNA	0.07240
TRRA	0.00000
TRA	0.00000
TAFNA	0.00000
TAFA	0.00000

Histórico Recolec

Periodo(Mes)	Toneladas
1	0.0000
2	0.0000
3	0.0000
4	0.0000
5	0.0000
6	0.0000

Otros Productos

	Valor ant.	Mes 1	Saldo
SUBSIDIO ASEO	$0	-$14,685	$0
CARGO FIJO ASEO	$0	$36,712	$0
CARGO VARIABLE ASEO	$0	-$1,113	$0

Información Adicional
Fecha ult. pago: 05/DIC/2022
Valor ult. pago: $45,657
Sub/ contr.: -50%
Tasa: 0.49%
Facturas vencidas: 0
Fecha de Exped.: 4/ENE/2023

JORGE IVÁN ORISALES SALAZAR
Gerente General (e)

Valor Total: **$20,914**

CREG015-2018 (Mes 1)

C. transfor.	TEUQ0099
DIUG	15.21
DIU	2.887
HC	0
V/R compensar	$0
Dt	
Grp. calidad	22
FIUG	19
FIU	2
VC	0
CEC	0
%	.14

Componente Costo unitario
CUv= G+T+D+Cv+PR+R

Compra E(G):	249.9359
Transmisión(T):	50.307
Distribución(D):	307.606
Restricciones(R):	35.4154
Pérdidas(PR):	51.7972
Comercialización(Cv):	86.2539
Costo U. (Cu)	744.1313

Factura de venta No: **43484842**
NIU o Código de cuenta: **181592**
Fecha de vencimiento: **23/ENE/2023**

Pago Total: **$46,082**

(415)7707229253257(8020)18159270(3900)0000046082(96)20230123

(28)

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 7 MES 1 AÑO 2023

I. Datos de la mascota																			
Nombre	Amara			Sexo: M ◯ H ⊗														Sisben	
Especie	Canino ◯ Felino X			raza ◯				Peso Aprox.											
Edad 5 meses		Color Tricolor		Pelaje				Vacunas si ◯ no ◯											
Estado de salud	buena ⊗			regular ◯				mala ◯											
Fiebre	si	no X	Diarrea	si	no X	Vomito	si	no X	Inapetencia	si	no X	Golpes	si	no X					
Heridas	si	no X	Tto veterinario	si	no ✓	Celo	si	no X	Lactancia	si	no ✓	Ayunas	si X	no					
Estado corporal	normal ◯			desnutrido ◯				soberest ◯											

II. Datos del propietario			
Nombre: Luz Mila Toro Carvajal.		T.I./C.C.	28734515
Dirección:		Teléfono:	3206547210
E-mail: Mz 16 # 1 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 Carvajal 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.

X



(9)

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 7 MES 1 AÑO 2023

I. Datos de la mascota																			
Nombre	Mirinay				Sexo: M ✓ H														
Especie		Canino		Felino ✓	raza				Peso Aprox.										
Edad	B/n			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										

Sobre

II. Datos del propietario			
Nombre:	Luz Mila Toro.	T.I./C.C.	28740515
Dirección:		Teléfono:	3106477210
E-mail:	Mz 16 - 24	Sisben: SI / NO	Nivel 1 (2) (3)

Anmolita etapa #1

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.**

Luz m. toro

YO ---------- Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Mirinay, 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 ACUDIENTE X Luz Mila Toro FECHA

OBSERVACIONES ----------

---

foto repetida

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

B3

Fecha de consulta: 24/01/2023

Ficha: 63401556750600007285

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA LUZMILA

Apellidos: TORO CARVAJAL

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 28740515

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 18/07/2022

Última actualización ciudadano: 05/08/2022

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

Correo Electrónico: sisben@latebaida-quindio.gov.co

30

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 9 MES 1 AÑO 2023

I. Datos de la mascota																			
Nombre	Gata				Sexo: M ○ H ●														
Especie	Canino ○ Felino ●				raza CC						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 ○										

Sisben

II. Datos del propietario		
Nombre:	PAULA A MUÑOZ	T.I./C.C. 1007386400
Dirección:		Teléfono: 3106170693
E-mail:	Cll # 2 mz 47 .27 Supiro	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 ---PAULA A. MUÑOZ--- Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada ---Nona---, 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 ACUDIENTE Paula Muñoz FECHA

OBSERVACIONES ----------



34

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 9 MES 1 AÑO 2023

I. Datos de la mascota																		
Nombre	Mono			Sexo: M ◯ H ◯													Sisben	
Especie	Canino ◯ Felino			raza ◯				Peso Aprox.										
Edad	Amarillo		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:	PAULA . A MUÑOZ	T.I./C.C.	1007386400
Dirección:		Teléfono:	3106170693
E-mail:	Rf#2 Mz 47-27 S piso	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 ---PAULA. A MUÑOZ--- Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada ---MONO---, especie canino ---------- felino---------- DECLARO, SOLICITO ,A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Medico Veterinario **ANDRES LOMBANA TELLEZ TP 22582**, Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído ,comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía o el post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida , aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento , SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este cometimiento , 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 ACUDIENTE Paula Muñoz FECHA

OBSERVACIONES ----------



Sisbén

Registro valido

A5

Fecha de consulta: 24/01/2023

Ficha: 63401072649200000968

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: PAULA ANDREA

Apellidos: MUÑOZ PALACIO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1007386400

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 06/11/2020

Última actualización ciudadano: 08/11/2020

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

Correo Electrónico: sisben@latebaida-quindio.gov.co

32

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 13 MES 1 AÑO 2023

I. Datos de la mascota																	
Nombre	Negra			Sexo: M ○ H ●													
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 ○									

Susben

II. Datos del propietario			
Nombre:	Ofelia Reyes FO	T.I./C.C.	41870083
Dirección:		Teléfono:	3124243086
E-mail:	Hf1 M753-4	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 Ofelia Reyes FO Identificado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Negra, 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

X Ofelia Reyes FO



Sisbén

Registro valido

C4

Fecha de consulta: 24/01/2023

Ficha: 63401013548100001084

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: OFELIA

Apellidos: RENGIFO GARCIA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 41870083

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 19/07/2019

Última actualización ciudadano: 20/08/2019

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

33

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 14 MES 1 AÑO 2023

I. Datos de la mascota																	
Nombre	Hanneth			Sexo: M ◯ H ◯										Sisben			
Especie	Canino ◯ Felino			raza ◯			Peso Aprox.										
Edad	Amarillo		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:	Maria Giraldo	T.I./C.C.	1193549355
Dirección:	Cra 6 - 14-A 21	Teléfono:	3156733202
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 Maria C Giraldo identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Hanneth, 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 ACUDIENTE

FECHA

Maria Camila Giraldo Restrepo

OBSERVACIONES ----------



Sisbén

Registro valido

C1

Fecha de consulta: 24/01/2023

Ficha: 63401556750600005475

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA CAMILA

Apellidos: GIRALDO RESTREPO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1193549355

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 31/03/2022

Última actualización ciudadano: 31/03/2022

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

34

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 16 MES 1 AÑO 2023

I. Datos de la mascota																				
Nombre	Tom			Sexo: M ◯ H ◯																
Especie	Canino ◯ Felino ◯			raza ◯ ◯																
Edad	Peso Aprox.																			
	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 ◯																			

Suben

II. Datos del propietario			
Nombre:	Diego A Giraldo	T.I./C.C.	1837147??
Dirección:		Teléfono:	3134802724
E-mail:	Plantrazo	Sisben SI ◯ NO ◯ Nivel 1 (2) (3) ◯	

A5/Sandra

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 Diego A Giraldo ----------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 ACUDIENTE Diego A Giraldo FECHA

OBSERVACIONES ----------

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA MES AÑO 2023

I. Datos de la mascota																				
Nombre							*Sexo: M ◯ H ◯*													
Especie			*Canino ◯ Felino*				*raza ◯*				*Peso Aprox.*									
Edad				*Color*			*Pelaje*				*Vacunas si ◯ no ◯*									
Estado de salud			*buena ◯*				*regular ◯*				*mala ◯*									
Fiebre	*si*	*no*	*Diarrea*	*si*	*no*		*Vomito*	*si*	*no*		*Inapetencia*	*si*	*no*		*Golpes*	*si*	*no*			
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 Veterinaria.**

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.

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

A5

Fecha de consulta: 25/01/2023

Ficha: 63401021546800000102

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: DIEGO ALEXANDER

Apellidos: GIRALDO BEDOYA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 18371477

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 22/01/2021

Última actualización ciudadano: 22/01/2021

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

LA TEBAIDA

39

FUNAT

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 16 MES 1 AÑO 2023

I. Datos de la mascota																			
Nombre	Toto				Sexo: M ○ H ○														
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 ○										

Gratis Alcaldia

II. Datos del propietario			
Nombre:	Estefana pescador.	T.I./C.C.	1053074114
Dirección:		Teléfono:	3127123955
E-mail:	Unizo Mt K..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.**

Estefana Pescador

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 ACUDIENTE Estefana P. FECHA

OBSERVACIONES ----------



Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 24/01/2023

Ficha: 63401020548700000024

B5

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ESTEFANIA

Apellidos: PESCADOR OSORIO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1010074114

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 12/07/2019

Última actualización ciudadano: 24/07/2019

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

(26)

ALCALDIA MUNICIPAL LA TEBAIDA QUINDIO

REGISTRO DE ESTERILIZACIÓN Y/O PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

FUNAT

Registro de Ingreso 7/1/23

2023

I. Datos de la mascota										
Nombre	Hoyo		Sexo M ○ H ○							
Especie	Canino ○ Felino ○		Raza Criolla		Peso aprox					
Edad	Color B/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	Ito. Veterinario Si No		Celo Si No		Lactancia Si No		Ayunas Si No	
Estado corporal			Normal ○		Desnutrido ○		Sobrepeso ○			

II. Datos de propietario			
Nombre	Omaira Vargas	T.I/C.C	25153378
Direccion	Mz 52-34	TELEFONO	3136105353
E-mail		SISBEN SI ○ NO ○	NIVEL 1 ○ 2 ○ 3 ○

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD

PROCEDIIENTO VETERINARIO

Ley 566/ 2000 Art 26

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

"Formato sugerido por el consejo profesional de medicina veterinaria"

Yo Omaira Vargas identificado (a) como aparece al pie de la firma, propietario (a) y/o responsable de la mascota Llamada Hoyo especie canino ___ felino ___ sexo ___ DECLARO, SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO al Médico Veterinario Zootecnista (M.V.Z) DR.ANDRES LOMABANA TELLES CON TP . **26888** univ San Martin contratado por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT, para que realice la cirugía de esterilización ovariohisterectomia y/o orquiectomia bajo anestesia general en las condiciones que me han sido propuestas. He leído, comprendido y aceptado la información que me ha sido proporcionada, he realizado las preguntas oportunas y he sido informado de las ventajas y riesgos. 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 la calidad de vida, aunque ello pueda suponer un incremento del coste del procedimiento. Se me ha informado de mi derecho a rechazar o revocar este consentimiento. Exonero civil y penalmente a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y A. **ANDRES LOMBANA TELLEZ** por las posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento incluyendo la muerte, asi como en el caso de hurto o perdida del animal, actos malintencionados de terceros y en general a cualquier acontecimiento que implique fuerza mayor o caso fortuito. Autorizo a que se tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas o educativas, bajo reserva del nombre. YO ENTIENDO QUE SE TOMARÁN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, PERO ENTIENDO QUE LA CIRUGIA CONLLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCIÓN, QUE INCLUYEN INFECCIONES, SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS, SALPULLIDOS DE LA PIEL, CONDICION TEMPORAL DE LETARGO Y PERDIDA DE APETITO Y EN RARAS OCASIONES, LA MUERTE. Yo exonero a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y AL ANDRES **LOMBANA TELLEZ** de toda reclamación, responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se va a llevar a cabo, y cualquier reclamación de reembolso de costos relacionados con el cuidado del animal ya sea que el dueño o responsable crea que tales costos están relacionados con la cirugía realizada. Yo certifico que las vacunas y desparasitaciones de mi mascota están al dia, que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y que actualmente no está tomando medicamentos prescritos por otro servicio veterinario. Siempre habrá riesgos de reacciones alérgicas, cambios bioquímicos en la funcionalidad renal, hepática o respiratoria, o muerte en un paciente que sea sometido a anestesia ya sea inyectada o inhalatoria durante el procedimiento o después de él. El presente veterinario asegura que usa los protocolos adecuados de anestesia por la edad, peso, raza y anamnesis del paciente minimizando los anteriores riesgos. Cualquier intervención quirúrgica sobre un ser vivo conlleva riesgos de hemorragias intra y post operatorias. Hago constar y firmo este consentimiento sin presión alguna, por mi propia voluntad y a sabiendas que los riesgos que implican los casos anestésicos y quirúrgicos en mi mascota, lo que se me ha explicado y he entendido a satisfacción, de igual manera he recibido información impresa sobre las recomendaciones a tener en cuenta en el post-operatorio y la formula medica.

x Omaira Vargas

Firma C.C

La Tebaida Q 7/1/23

Observaciones en cirugía
Firmo en constancia que he recibido en buen estado de salud mi mascota después de la cirugía y me comprometo a acatar todas las recomendaciones post-quirurgicas como dar los medicamentos recetados, hacer las limpiezas respectivas y cuidar al animal hasta su recuperación satisfactoria



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

B3

Fecha de consulta: 17/01/2023

Ficha: 63401007547500000219

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: OMAIRA

Apellidos: VARGAS ARBOLEDA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 25153378

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 15/07/2019

Última actualización ciudadano: 13/09/2019

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

Lorena – Yolanda

NOVA
6 MESES
Calle 10 NO 5-32 Alfonso lopez
3136105353

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 7 MES 1 AÑO 2023

I. Datos de la mascota																	
Nombre	Kiara			Sexo: M ○ H ○													
Especie		Canino ○	Felino ○	raza ○			Peso Aprox.										
Edad	1 mes		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 ○								

Sisben

II. Datos del propietario			
Nombre:	María del Mar Rivera	T.I./C.C.	1095211384
Dirección:	Cra 35 3-46	Teléfono:	3104487648
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 ACUDIENTE FECHA

OBSERVACIONES 43678783



Sisbén

Fecha de consulta: 13/01/2023

Ficha: 63401012548000000552

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIADELMAR

Apellidos: GRISALES RIVERA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1095211384

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 17/07/2019

Última actualización ciudadano: 06/08/2019

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 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 18 MES 1 AÑO 2023

I. Datos de la mascota																			
Nombre Iona.				Sexo: M ◯ H ✓														Sisben	
Especie		Canino ◯ Felino ✓				raza ◯				Peso Aprox.									
Edad 4 meses.			Color Broby			Pelaje				Vacunas si ◯ no ✓									
Estado de salud		buena ◯				regular ◯				mala ◯									
Fiebre	si	no ✓	Diarrea	si	no ✓	Vomito	si	no ✓	Inapetencia	si	no ✓	Golpes	si	no ✓					
Heridas	si	no	Tto veterinario	si	no	Celo	si	no	Lactancia	si	no	Ayunas	si	no					
Estado corporal			normal ✓			desnutrido ◯			soberest ◯										

II. Datos del propietario	
Nombre: Luz Mary Bernal	T.I./C.C. 29126457.
Dirección: BNT. MZ 16 #7.	Teléfono: 315 3235545.
E-mail:	Sisben: SI ✓ NO ◯ Nivel 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯

Animalista etapa 1 Ut #.

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 ACUDIENTE FECHA

OBSERVACIONES Luz Mary Bernal.



39

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2022

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

2023

FECHA DIA 18 MES 1 AÑO 2022

I. Datos de la mascota																			
Nombre	Missy			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 ◯												

Gratis Alcaldía

II. Datos del propietario			
Nombre:	Luz Mary Bernal	T.I./C.C.	29126457
Dirección:	MT #1 MZ 16 - 7	Teléfono:	3153235545
E-mail:		Sisben SI ◯ NO ◯ Nivel 1 2 3 ◯	

Sisben

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 Mary Bernal identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Missy, 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 Luz Bernal **FECHA**

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 21/02/2023

Ficha: 63401014548200000045

B3

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: LUZ MARY

Apellidos: BERNAL MONTOYA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 29126457

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 09/09/2022

Última actualización ciudadano: 09/09/2022

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

40

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2022

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 13 MES 1 AÑO 2022

I. Datos de la mascota																	
Nombre	negra			Sexo: M ○ H ○													
Especie	Canino ○ Felino ○			raza ○ C			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 ○										

Gesto Alcaldía

II. Datos del propietario			
Nombre: Loren A Esteiny		T.I./C.C.	1083890851
Dirección:		Teléfono:	3218324044
E-mail: alfonzo lopez		Sisben: SI ○ NO ○	Nivel 1 (2) (3) ○

A4

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 Loren A Esteiny identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada negra, 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 fórmula médica.

FIRMA: DEL DUEÑO / O RESPONDABLE FECHA



Sisbén

Registro válido

A4

Fecha de consulta: 29/12/2022

Ficha: 63401556749400002645

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: LOREN AMELIA

Apellidos: ESTERLING BERNAL

Tipo de documento: Tarjeta de identidad

Número de documento: 1083890851

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 06/08/2021

Última actualización ciudadano: 06/08/2021

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

41

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 18 MES 1 AÑO 2023

I. Datos de la mascota																			
Nombre	Niño Caser			Sexo: M ◯ H ◯															
Especie				Canino ◯ Felino ◯				raza ◯ C				Peso Aprox.							
Edad	Ne. 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 ◯							

Sisben

II. Datos del propietario			
Nombre:	Ligia Astrid Palacio	T.I./C.C.	1096035505
Dirección:		Teléfono:	3008636142
E-mail:	cll #2 M2 47.	Sisben: SI ◯ NO ◯ Nivel 1 (2) 3 ◯	

Animal str etapa 2

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.**

(Dejado en Estella)

YO Ligia Astrid Palacio ---------- 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 ACUDIENTE

FECHA

Ligia Astrid Palacio R

OBSERVACIONES ----------



Sisbén

Registro valido

A5

Fecha de consulta: 24/01/2023

Ficha: 63401019548900000163

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: LIGIA ASTRID

Apellidos: PALACIO RUIZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1096035505

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 21/05/2020

Última actualización ciudadano: 21/05/2020

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

(42)

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 13 MES 1 AÑO 2023

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

II. Datos del propietario	
Nombre: Luz Marina Lozano	T.I./C.C. 24499458
Dirección: Conjunto M2 E3 #18	Teléfono: 3206636280
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 Luz Marina Lozano identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada ----------, especie canino ---------- felino X DECLARO, SOLICITO ,A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Medico Veterinario **ANDRES LOMBANA TELLEZ TP 22582**, Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído ,comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía o el post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida , aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento , SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este cometimiento , 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 ACUDIENTE FECHA

24499458

OBSERVACIONES Luz Marina Lozano

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

A3

Fecha de consulta: 02/01/2023

Ficha: 63401556750400005508

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: LUZ MARINA

Apellidos: LOZANO HERNANDEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24499458

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 01/04/2022

Última actualización ciudadano: 01/04/2022

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

(43)

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 18 MES 1 AÑO 2023

Sisben

I. Datos de la mascota																			
Nombre	Seúz			Sexo: M (X) H ( )															
Especie	Canino (X) Felino			raza Mix			Peso Aprox.												
Edad 10 Meses		ColorMarchas		Pelaje			Vacunas si ( ) no ( )												
Estado de salud	buena (X)			regular ( )			mala ( )												
Fiebre	si	no X	Diarrea	si	no X	Vomito	si	no X	Inapetencia	si	no X	Golpes	si	no X					
Heridas	si	no X	Tto veterinario	si	no	Celo	si	no X	Lactancia	si	no X	Ayunas	si X	no					
Estado corporal	normal (X)			desnutrido ( )			soberest ( )												

II. Datos del propietario	
Nombre: Luis Alberto Tapes	T.I./C.C. 4375481
Dirección: Nueva Tebaida M2 10 #12	Teléfono: 3185349798
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 Luis Alberto ---------- Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada ~~Seúz~~ ----------, especie canino X ---------- 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 ACUDIENTE

Luis Alberto

FECHA

OBSERVACIONES ----------



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

A5

Fecha de consulta: 06/01/2023

Ficha: 63401006547400000006

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: LUIS ALBERTO

Apellidos: YEPES VILLADA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 4375484

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 12/07/2019

Última actualización ciudadano: 29/07/2019

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

edeq
Grupo epm

Empresa de Energía del Quindío
EDEQ S.A. ESP NIT: 800.052.640-9.

Somos autorretenedores de servicios públicos domiciliarios y actividades complementarias según RES DIAN - 0547 de Ene/2002-Grandes Contribuyentes RES DIAN 012220 de DIC 26/2002-AUTORETENEDORES RETENEDORES DE IVA Operador de red EDEQ S.A. ESP Carrera 13 No 14 - 17 Armenia Quindío Telefono 7413100

Factura de venta No.: 43492097

Periodo facturado entre 06/DIC/2022 4/ENE/2023

Fecha de vencimiento:INMEDIATO

Suspensión a partir de 24/ENE/2023

Debo pagar en total: $130,471

"El no pago oportuno de la presente factura constituye un incumplimiento al Contrato de Condiciones Uniformes lo que da lugar a la suspension del servicio. Evita cobros adicionales por una eventual suspensión y reconexión del servicio. Contra la decisión de suspensión proceden los recursos de reposición ante EDEQ S.A ESP y apelación ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios, los cuales deberán interponerse por escrito dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de recibo de esta factura y en todo caso antes de la fecha de vencimiento de la misma."

La presente factura presta mérito ejecutivo (Art. 130 Ley 142/94)

Para pagos y consultas, tu NIU o Código de cuenta es

148474

Tu energía ha sido subsidiada sin este subsidio pagarías

$75,157

Con el subsidio mi ahorro es

-$37,579

www.edeq.com.co

Aplica solo para usuarios residenciales de estratos 1, 2, 3 hasta consumo de subsistencia

Para dudas de las efectas se estima la tasa de cambio

EDEQ S.A. ESP le informa que te encuentras incurso en la causal de suspensión "falta de pago oportuno" establecida en la Cláusula 72 Numeral 1 del Contrato de Condiciones Uniformes por lo cual se procederá la suspensión del servicio

Datos Personales

Nombre YEPES VILLADA LUIS ALB
Dirección URB NUEVA TEBAIDA MNZ 10 12 - TEBAIDA
Dirección Postal
Municipio TEBAIDA
Nit/C C 4375484
Mun Postal

Datos Técnicos

No medidor 15974
Servicio Residencial
Marca AMP Tipo A1
Nivel 1 Estrato 2-Bajo
Ciclo 16 Grp Cu 102
Circuito 101-22- TEBAIDA
Tarifa 102-RESIDENCIAL CCA
Ruta 1611141041440

Conceptos de Cobro

	Saldo crédito	Consumo KWH	Tarifa $KWH	Valor total
CONSUMO ACTIVA	$0	101	$744.1313	$75,157
SUBSIDIO TARIFA NACION	$0	101	$744.1313	-$37,579
INTERESES MES ENERGIA	$0			$194
SALDO ANTERIOR				$39,507

Valor Total

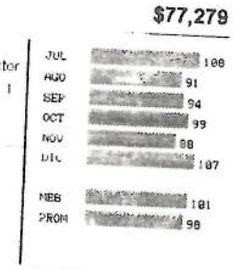
$77,279

Cálculo Consumos / Histórico Consumos

	Lec Act	Lec Ant	Obs Lect	Consumo	Factor
Consumo activa	14464	14363		101	1

Diferido Decreto MME 517 - 2021

Mes	Diferido	Tasa	Cuotas	Pend	Saldo



Alumbrado Público

Sujeto Activo TEBAIDA
Sujeto Pasivo YEPES VILLADA LUIS ALB
Acuerdo 022-12-2012
No factura 43492097
Fecha vencimiento 23/ENE/2023
Clausula CCU 29
NIU 148474
Atención CRA 5 12 14 LOCAL 1
Valor mes 1 $5,820
Saldo anterior $5,820

Valor Total:

$11,640

Información Servicio de Aseo

URBASER LA TEBAIDA

	Mes 1
Sub/ contribucion	-40%
F Barrio	2
Aforo	0
F Rec olec No Aprov	2
F Rec olec Aprov	0

Categoria RE Estrato 2

	Mes 1
TRBL	0.00530
TRLU	0.00000
TRNA	0.07340
TRRA	0.00000
TRA	0.00000
TAFNA	0.00000
TAFA	0.00000

Historico Recolec

Periodo	Mes	Toneladas
	1	0.0000
	2	0.0000
	3	0.0000
	4	0.0000
	5	0.0000
	6	0.0000

Otros Productos

	Valor ant	Mes 1	Saldo
SUBSIDIO ASEO	-$14,501	$18,845	$0
CARGO FIJO ASEO	$35,159	$36,712	$0
CARGO VARIABLE ASEO	$0	$1,118	$0

Información Adicional

Fecha ult pago	05/NOV/2022
Valor ult pago	$122,500
Sobr Contr	-50%
Tasa	0.49%
Facturas vencidas	1
Fecha de Exped	4/ENE/2023

JORGE IVAN GRISALES SALAZAR
Gerente General (e)

Valor Total:

$41.552

44

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 18 MES 1 AÑO 2023

I. Datos de la mascota																				
Nombre	Juanta					Sexo: M ◯ H ⊗														
Especie	Canino ◯ Felino X					raza M ⊗					Peso Aprox.									
Edad	6 meses			Color B/N		Pelaje					Vacunas si ◯ no ◯									
Estado de salud	buena ⊗					regular ◯					mala ◯									
Fiebre	si	no X	Diarrea	si	no X	Vomito	si	no X	Inapetencia	si	no X	Golpes	si	no X						
Heridas	si	no X	Tto veterinario	si	no X	Celo	si	no X	Lactancia	si	no X	Ayunas	si X	no						
Estado corporal	normal ⊗					desnutrido ◯			soberest ◯											

Sisben

II. Datos del propietario		
Nombre:	Priscila Toro Cruz	T.I./C.C. 1094896281
Dirección:	M2 33#4 Nueva Tebaida	Teléfono: 3146264799
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 Priscila Toro Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Juanta, especie canino ---------- felino X DECLARO, SOLICITO ,A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Medico Veterinario **ANDRES LOMBANA TELLEZ TP 22582**, Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído ,comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía o el post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida , aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento , SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este cometimiento , 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 ACUDIENTE FECHA

OBSERVACIONES Priscila Toro 1094896281

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

A4

Fecha de consulta: 30/01/2023

Ficha: 63401072749400000045

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: PRISCILLA

Apellidos: TORO CRUZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1094896281

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 12/03/2020

Última actualización ciudadano: 12/03/2020

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

Correo Electrónico: sisben@latebaida-quindio.gov.co

45

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 18 MES 1 AÑO 2023

I. Datos de la mascota																			
Nombre	Negra				Sexo: M ◯ H (X)											Sisben			
Especie	Canino ◯ Felino X				raza Mix				Peso Aprox.										
Edad 6 meses			Color N/B		Pelaje				Vacunas si ◯ no ◯										
Estado de salud	buena (X)				regular ◯				mala ◯										
Fiebre	si	no X	Diarrea	si	no X	Vomito	si	no X	Inapetencia	si	no X	Golpes	si	no X					
Heridas	si	no X	Tto veterinario	si	no X	Celo	si	no X	Lactancia	si	no X	Ayunas	si X	no					
Estado corporal	normal (X)				desnutrido ◯				soberest ◯										

II. Datos del propietario	
Nombre: Priscila Toro Cruz	T.I./C.C. 1094896281
Dirección: M2 33#4 Nueva Tebaida	Teléfono: 3146264797
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 Priscila Toro ---------- Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada ---Negra---, especie canino ---------- felino--X------ DECLARO, SOLICITO ,A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Medico Veterinario **ANDRES LOMBANA TELLEZ TP 22582**, Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído ,comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía o el post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida , aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento , SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este cometimiento , 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 ACUDIENTE FECHA

OBSERVACIONES Priscila Toro 1094896281

46

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 18 MES 1 AÑO 2023

I. Datos de la mascota																			
Nombre	Zarca				Sexo: M ◯ H ⊗													Sisben	
Especie	Paños	Canino ⊗		Felino ⊗	raza	Mix			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: Gloria Ampro Molina Muñoz		T.I./C.C. 38656149
Dirección: Alto Canduai #8		Teléfono: 3225930794
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 Gloria Ampro ---------- Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Zarca ----------, especie canino ----X---- 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 ACUDIENTE *Gloria molina 38656149 FECHA

OBSERVACIONES ----------



47

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 18 MES 1 AÑO 2023

I. Datos de la mascota																			
Nombre	Zafira				Sexo: M ◯ H ⊗											Sisben			
Especie	Canino ◯ Felino				raza MIX				Peso Aprox.										
Edad 10 Meses			Color Beige		Pelaje				Vacunas si ◯ no ◯										
Estado de salud	buena ⊗				regular ◯				mala ◯										
Fiebre	si	no X	Diarrea	si	no X	Vomito	si	no X	Inapetencia	si	no X	Golpes	si	no X					
Heridas	si	no X	Tto veterinario	si	no X	Celo	si	no X	Lactancia	si	no X	Ayunas	si X	no					
Estado corporal	normal ⊗				desnutrido ◯				soberest ◯										

II. Datos del propietario	
Nombre: Gloria Amparo Molina Monsalve	T.I./C.C. 38656149
Dirección: Alto Cañaveral #8	Teléfono: 3225930291
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 Gloria Amparo Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada ---- Zafira ----, especie canino ---- X ---- 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 ACUDIENTE FECHA

Gloria Molina 38656149

OBSERVACIONES ----------



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 30/01/2023

Ficha: 63401073749400001774

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: GLORIA AMPARO

Apellidos: MOLINA MUÑOZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 38656149

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 15/03/2021

Última actualización ciudadano: 15/03/2021

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

48

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 19 MES 1 AÑO 2023

I. Datos de la mascota																			
Nombre	Linda				Sexo: M ◯ H ⊗													Sisben	
Especie	Canino ◯ Felino ✓				raza ◯				Peso Aprox.										
Edad	Desconocida		Color N/B		Pelaje				Vacunas si ◯ no ◯										
Estado de salud	buena ⊗				regular ◯				mala ◯										
Fiebre	si	no ✓	Diarrea	si	no ✓	Vomito	si	no ✓	Inapetencia	si	no ✓	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: Suliet Madrid	T.I./C.C. 24471658
Dirección: Cra 5bis 11-06	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 Suliet Madrid Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Linda, 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 ACUDIENTE FECHA

OBSERVACIONES Suliet Madrid



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 30/01/2023

Ficha: 6340102154880000346

B6

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ZULIED

Apellidos: MADRID LIEVANO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24471658

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 16/07/2019

Última actualización ciudadano: 26/09/2019

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

LA TEBAIDA

FUNAT

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA MES AÑO 2023

I. Datos de la mascota															
Nombre				*Sexo: M ◯ H ◯*											
Especie	*Canino ◯ Felino*			*raza ◯*			*Peso Aprox.*								
Edad		*Color*		*Pelaje*			*Vacunas si ◯ no ◯*								
Estado de salud	*buena ◯*			*regular ◯*			*mala ◯*								
Fiebre	*si*	*no*	*Diarrea*	*si*	*no*	*Vomito*	*si*	*no*	*Inapetencia*	*si*	*no*	*Golpes*	*si*	*no*	
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.**

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.

RMA: DEL DUEÑO / O RESPONDABLE FECHA

OBSERVACIONES ----------

49

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 19 MES 1 AÑO 2023

I. Datos de la mascota

Nombre	Orion			Sexo: M (X) H ( )								Sisben	
Especie	Canino ( ) Felino X			raza Mix		Peso Aprox.							
Edad 1 año		Color N/B		Pelaje		Vacunas si (X) no ( )							
Estado de salud	buena (X)			regular ( )			mala ( )						
Fiebre	si	no X	Diarrea	si	no X	Vomito	si	no X	Inapetencia	si	no X	Golpes	si	no X
Heridas	si	no X	Tto veterinario	si	no X	Celo	si	no X	Lactancia	si	no X	Ayunas	si X	no
Estado corporal	normal (X)			desnutrido ( )			soberest ( )						

II. Datos del propietario

Nombre: Nancy Lorena Giraldo	T.I./C.C. 1112221190
Dirección: Finca Limonar Vda la Popa Km 3 La Tebaida	Teléfono: 3246809106
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 Giraldo identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Orion, especie canino ---------- felino---X---- DECLARO, SOLICITO ,A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Medico Veterinario **ANDRES LOMBANA TELLEZ TP 22582**, Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído ,comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía o el post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida , aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento , SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este cometimiento , 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 ACUDIENTE

Nancy Lorena Giraldo R.-

FECHA

OBSERVACIONES ----------



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

B3

Fecha de consulta: 30/01/2023

Ficha: 63401013548100001393

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: NANCY LORENA

Apellidos: GIRALDO AGUDELO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1112221190

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 01/08/2019

Última actualización ciudadano: 01/08/2019

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

50

ALCALDIA MUNICIPAL LA TEBAIDA QUINDIO

REGISTRO DE ESTERILIZACIÓN Y/O PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

FUNAT

Registro de Ingreso 7 1 23

2023

I. Datos de la mascota											
Nombre				Sexo M ◯ H ◯							
Especie	Canino ◯ Felino ✓			Raza C		Peso aprox					
Edad	Color Gris			Pelaje		Vacunas si ◯ no ◯					
Estado de salud	Buena			Regular ◯		Mala ◯					
Fiebre	si	no	Diarrea Si ◯ No ✓	Vomito Si No		Inapetencia Si No		Golpes Si	No		
Heridas	si	no	Tto. Veterinario Si No	Celo Si No		Lactancia Si No		Ayunas Si	No		
Estado corporal	Normal ◯			Desnutrido ◯		Sobrepeso ◯					

II. Datos de propietario			
Nombre	Paola Toro	T.I/C.C	1094896281
Direccion	Mz. 33-4	TELEFONO	3117943984
E-mail		SISBEN SI ◯ NO ◯	NIVEL 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD

PROCEDIIENTO VETERINARIO

Ley 566/ 2000 Art 26

May Bernal Animalista HTH

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

"Formato sugerido por el consejo profesional de medicina veterinaria"

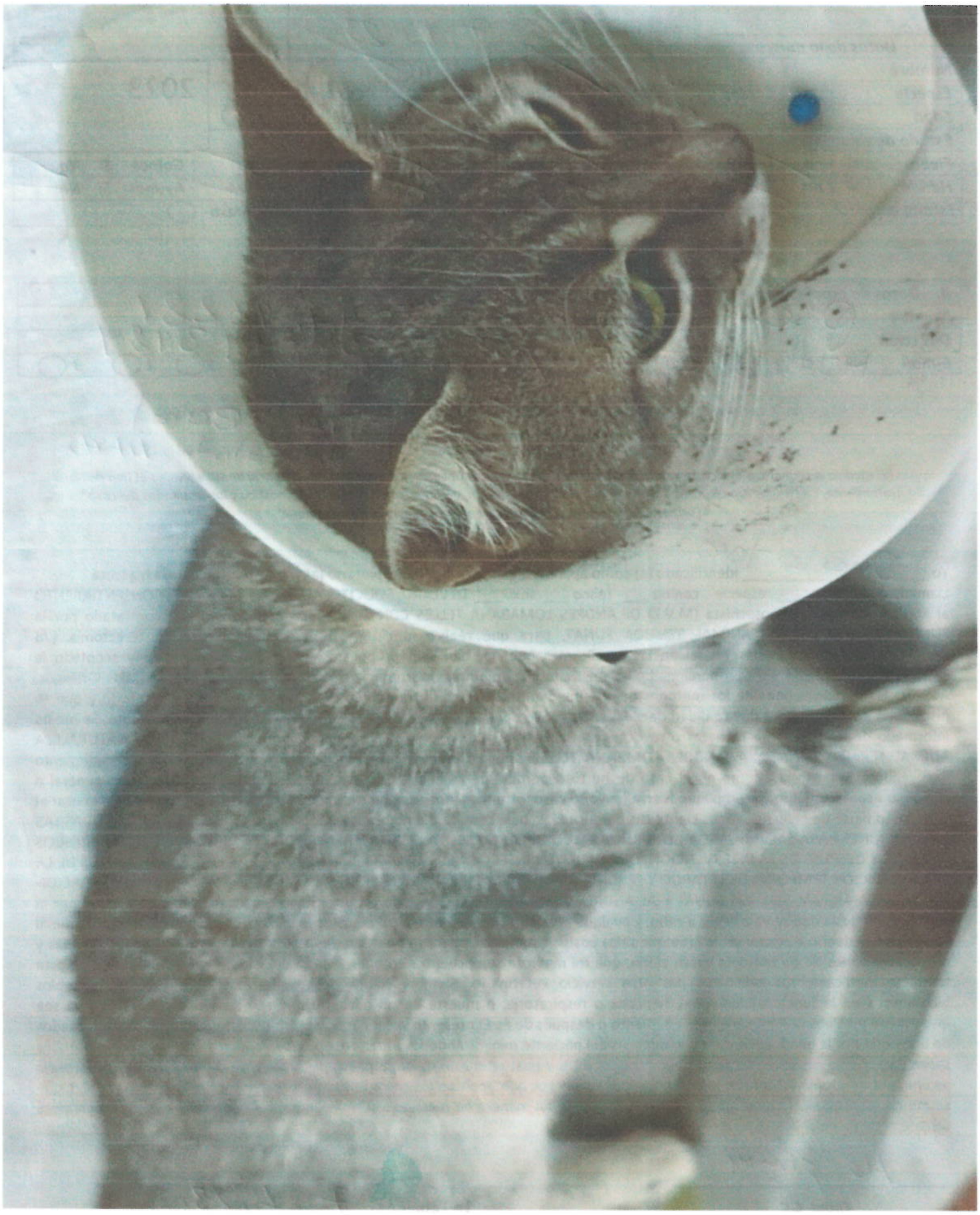
Yo Paola Toro identificado (a) como aparece al pie de la firma, propietario (a) y/o responsable de la mascota Llamada _____ especie canino ___ felino ___ sexo ___ DECLARO, SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO al Médico Veterinario Zootecnista (M.V.Z) DR.ANDRES LOMABANA TELLES CON TP . **26888** univ San Martin contratado por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT, para que realice la cirugía de esterilización ovariohisterectomia y/o orquiectomia bajo anestesia general en las condiciones que me han sido propuestas. He leído, comprendido y aceptado la información que me ha sido proporcionada, he realizado las preguntas oportunas y he sido informado de las ventajas y riesgos. 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 la calidad de vida, aunque ello pueda suponer un incremento del coste del procedimiento. Se me ha informado de mi derecho a rechazar o revocar este consentimiento. Exonero civil y penalmente a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y A. **ANDRES LOMBANA TELLEZ** por las posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento incluyendo la muerte, asi como en el caso de hurto o perdida del animal, actos malintencionados de terceros y en general a cualquier acontecimiento que implique fuerza mayor o caso fortuito. Autorizo a que se tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones cientificas o educativas, bajo reserva del nombre. YO ENTIENDO QUE SE TOMARÁN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, PERO ENTIENDO QUE LA CIRUGIA CONLLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCIÓN, QUE INCLUYEN INFECCIONES, SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS, SALPULLIDOS DE LA PIEL, CONDICION TEMPORAL DE LETARGO Y PERDIDA DE APETITO Y EN RARAS OCASIONES, LA MUERTE. Yo exonero a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y AL ANDRES **LOMBANA TELLEZ** de toda reclamación, responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se va a llevar a cabo, y cualquier reclamación de reembolso de costos relacionados con el cuidado del animal ya sea que el dueño o responsable crea que tales costos están relacionados con la cirugía realizada. Yo certifico que las vacunas y desparasitaciones de mi mascota están al dia, que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y que actualmente no está tomando medicamentos prescritos por otro servicio veterinario. Siempre habrá riesgos de reacciones alérgicas, cambios bioquímicos en la funcionalidad renal, hepática o respiratoria, o muerte en un paciente que sea sometido a anestesia ya sea inyectada o inhalatoria durante el procedimiento o después de él. El presente veterinario asegura que usa los protocolos adecuados de anestesia por la edad, peso, raza y anamnesis del paciente minimizando los anteriores riesgos. Cualquier intervención quirúrgica sobre un ser vivo conlleva riesgos de hemorragias intra y post operatorias. Hago constar y firmo este consentimiento sin presión alguna, por mi propia voluntad y a sabiendas que los riesgos que implican los casos anestésicos y quirúrgicos en mi mascota, lo que se me ha explicado y he entendido a satisfacción, de igual manera he recibido información impresa sobre las recomendaciones a tener en cuenta en el post-operatorio y la formula medica.

No firma

Firma C.C

La Tebaida Q 7 1 23

Observaciones en cirugía
Firmo en constancia que he recibido en buen estado de salud mi mascota después de la cirugía y me comprometo a acatar todas las recomendaciones post-quirurgicas como dar los medicamentos recetados, hacer las limpiezas respectivas y cuidar al animal hasta su recuperación satisfactoria



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 20221082407309 ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO

DATOS DEL USUARIO

Cuenta de servicio:	169810	Ruta:	63401000100010010001000286000
Mes facturado:	Octubre	Municipio:	La Tebaida
Dirección predio:	NV TEBAIDA MZ 33 No. 4	Fecha Factura:	11-nov-2022
Suscriptor:	ALBEIRO GIRALDO CARDONA	Pago Electrónico:	20221082407309

Clasificaciones

Clase de Servicio	Residencial
Estrato	2 - BAJO

Datos del consumo

Lectura Anterior	789
Lectura Actural	798
Consumo	9

PERIODO FACTURADO **Desde:** 20-sep-2023 **Hasta:** 19-oct-2022

REPORTE DE PAGOS

Fecha último pago	Valor último pago	Meses Deuda	Porcentaje subsidio	
Pago Oportuno: PAGO INMEDIATO	Tasa Interés Mora 0.5%	4	Acueducto 22,5%	Alcantarillado

Consumos de meses anteriores



DATOS DEL MEDIDOR

MARCA:	AQUA FORJAS
NÚMERO:	24470

Liquidación consumo de acueducto

Rango en m3	Consumo	Tarifa m3	Valor
0-13 Básico	9,0	1.554,7	13.992,7
14-26 Complementario	0,0	2.006,1	0,0
Suntuario más de 26	0,0	2.006,1	0,0
Total	9,0		13.992,7

Liquidación consumo de Alcantrillado

Rango en m3	Consumo	Tarifa m3	Valor
0-13 Básico	9,0	991,1	8.920,0
14-26 Complementario	0,0	1.278,8	0,0
Suntuario más de 26	0,0	1.278,8	0,0
Total	9,0		8.920,0

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	7.018,00
CARGO VARIABLE (CONSUMO) ACUEDUCTO	18.055,00
SUBSIDIO ACUEDUCTO	-4.062,00
RECARGO ACUEDUCTO	87,00
Total acueducto	21.098,00

LIQUIDACIÓN SERVICIO DEL MES ALCANTARILLADO

CARGO FIJO ALCANTARILLADO	4.050,00
CARGO VARIABLE ALCANTARILLADO	11.510,00
SUBSIDIO ALCANTARILLADO	-2.590,00
RECARGO ALCANTARILLADO	53,00
Total alcantarillado	13.023,00

Resumen valores facturados

Total periodo con subsidio	$	34.121,00
Valor facturas pendientes	$	76.196,00
Total financiaciones del periodo	$	0,00
Total factura	$	**110.317,00**

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

EMPRESAS PÚBLICAS DEL QUINDÍO S.A. E.S.P.

www.epq.gov.co

PUNTOS DE RECAUDO Y ATENCIÓN A USUARIOS EPQ SA ESP

Oficina	Dirección	Teléfono	Horario de Recaudo	Horario de Atención a Usuarios
Armenia Sede Principal	Carrera 14 No. 22-30	PBX 7 441774	**Lunes a jueves:** 7:30 am–12:00 am/ 2:00 – 5:00 pm **Viernes:** 7:30 am – 12:00 am / 2:00 – 5:00 pm	Lunes a jueves: 7:30 am–12:00 am/2:00– 5:00pm Viernes: 87:30 am–12:00 am/2:00 – 5:00pm
Buenavista	Carrera 3 No. 2-23	315 876 0072	**Lunes a viernes:** 7:30 am–11:00am/ 2:00pm–5:00 pm; **Sábados:** 8:00 am – 11:00 am	Lunes a viernes: 7:30am–12:00am/2:00pm–5:30 pm; Sábados: 8:00 am – 12:00 am
Circasia	Calle Sexta No. 12-81	317 383 1855	**Lunes a viernes:** 7:30 am–11:00am /2:00pm–5:00 pm; **Sábados:** 8:00 am – 11:00 am	**Lunes a viernes:** 7:30am–12:00 am/2:00 pm–5:30 pm; **Sábados:** 8:00 am – 12:00 am
Córdoba	Carrera 10 No. 12-37	321 512 55 44	Lunes y jueves: 8:00 am–12:00am	Lunes y jueves: 8:00 am–12:00am
Filandia	Calle Séptima No. 6-43	317 513 1313	**Lunes a viernes:** 7:30 am–11:00 am / 2:00 pm–5:00 pm; **Sábados:** 8:00 am – 11:00 am	**Lunes a viernes:** 7:30am–12:00 am/2:00 pm–5:30 pm; **Sábados:** 8:00 am – 12:00 am
La Tebaida	Carrera 6 Calle 10 Esquina	317 513 1546	**Lunes a viernes:** 7:30 am–11:00 am / 2:00 pm–5:00 pm; **Sábados:** 8:00 am – 11:00 am	**Lunes a viernes:** 7:30am–12:00 am/2:00 pm–5:30 pm; **Sábados:** 8:00 am – 12:00 am
Quimbaya	Carrera Séptima No. 15-24 Local 108 y 109, Edificio Caramanta	316 468 58 11	**Lunes a viernes:** 7:30 am–11:00 am / 2:00 pm–5:00 pm; **Sábados:** 8:00 am – 11:00 am	**Lunes a viernes:** 7:30am–12:00 am/2:00 pm–5:30 pm; **Sábados:** 8:00 am – 12:00 am
Pijao	Carrera 4 Calle 11 Esquina	316 526 9061	**Lunes y jueves:** 2:00 pm–5:30 pm; **Miercoles y Viernes:** 7:30am–11:00 am/2:00pm–5:00 pm; **Sábados:** 8:00 am – 11:00 am	**Lunes y jueves:** 2:00 pm–5:30 pm; **Miercoles y Viernes:** 7:30am–12:00 am/2:00pm–5:30 pm; Sábados: 7:30 am – 12:00 am
Génova	Carrera 11 No. 24-12	317 513 13 17	**Lunes a viernes:** 7:30 am–11:00 am / 2:00 pm–5:00 pm; **Sábados:** 8:00 am – 11:00 am	Lunes a viernes: 7:30am–12:00 am/2:00 pm–5:30 pm; **Sábados:** 8:00 am – 12:00 am
Montenegro	Calle 13 Carrera 4 y 5 Esquina, Edificio Firenza Locales 5 y 6	317 500 6383	**Lunes a viernes:** 7:30 am–11:00 am / 2:00 pm–5:00 pm; **Sábados:** 8:00 am – 11:00 am	**Lunes a viernes:** 7:30am–12:00 am/2:00 pm–5:30 pm; **Sábados:** 8:00 am – 12:00 am
Salento	Calle Sexta No. 6-20 CAM	316 442 3886	**Lunes a viernes:** 7:30 am–11:00 am / 2:00 pm–5:00 pm; **Sábados:** 8:00 am – 11:00 am	**Lunes a viernes:** 7:30am–12:00 am/2:00 pm–5:30 pm; **Sábados:** 8:00 am – 12:00 am

En cada uno de los puntos de atención de EPQ SA ESP son recibidas las **Peticiones, Quejas y Reclamos PQR´s** de los suscriptores y/o usuarios, quienes también pueden presentarlas a través de correo electrónico **pqrs@esaquin.gov.co** o diligenciando el formulario que se encuentra disponible en la página web de la Entidad **www.epq.gov.co**, en el menú "**Servicios al Ciudadano**", dando clip a la opción "**Peticiones, Quejas y Reclamos**".

Otros Puntos y Medios de Pago (Antes de la fecha de vencimiento. Debe presentarse la factura)	**EDEQ SA ESP** **En todo el Quindío** Presentando Factura **Código de Referencia: CODIGO DE BARRAS**	**Oficinas BBVA** **En todo el país** Presentando Factura **Código de Referencia: CODIGO DE BARRAS**	Página web **www.epq.gov.co** link localizado en el sector derecho de la página web

Cada Gota Cuenta

AHORRA AGUA

en tu vida

RANGOS DE CONSUMO

El Gobierno Nacional, a través de la Resolución CRA Nro. 750 de 2016, modificó el rango de consumo básico y definió el consumo complementario y suntuario, *de tal forma que se contribuya al uso eficiente, ahorro del agua y se desestimule su uso irracional.*

De acuerdo con lo establecido en dicha Resolución, los rangos de consumo, establecidos para los distintos municipios del Quindío serán los siguientes:

Rango de Consumo	m3 / suscriptor / mes			
	01 mayo 2016	01 enero 2017	01 julio 2017	01 enero 2018
Básico	0 - 18	0 - 16	0 - 14	0 - 13
Complementario	18 - 26	16 - 26	14 - 26	13 - 26
Suntuario	>26	>26	>26	>26

Superservicios

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

A4

Fecha de consulta: 05/01/2023

Ficha: 63401072749400000045

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: PRISCILLA

Apellidos: TORO CRUZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1094896281

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 12/03/2020

Última actualización ciudadano: 12/03/2020

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

Correo Electrónico: sisben@latebaida-quindio.gov.co



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.094.896.281
TORO CRUZ
APELLIDOS
PRISCILLA
NOMBRES

Priscilla Toro
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 02-OCT-1987
ARMENIA
(QUINDIO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.57 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
27-ABR-2006 ARMENIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO

A-2605000-00742833-F-1094896281-20150831 0046203907A 1 38750656

3117943984

doña mary