PRIMER PAGO DEL 08 AL 30 MARZO

	MES COMPLETO	MES MARZO 08 AL 30
ALCALDIA	**$ 11.340.000**	**$ 8.694.000**
ESTERILIZACIONES	$ 2.940.000	$ 2.220.000
JORNADAS DE BIENESTAR	$ 2.400.000	$ 1.874.000
VETERINARIO	$ 2.000.000	$ 1.533.333
AUXILIAR VETERINARIA	$ 1.400.000	$ 1.073.333
SERVICIOS GENERALES	$ 1.300.000	$ 996.667
SERVICIOS GENERALES	$ 1.300.000	$ 996.667
TOTAL	**$ 11.340.000**	**$ 8.694.000**

FUNAT	**MES COMPLETO**	**MES MARZO 08 AL 30**
	$ 4.860.000	**$ 3.726.000**
ALIMENTACION	3000000	$ 2.300.000
ASEO	300000	$ 230.000
MEDICINA	1560000	$ 1.196.000
TOTAL	$ 4.860.000	$ 3.726.000

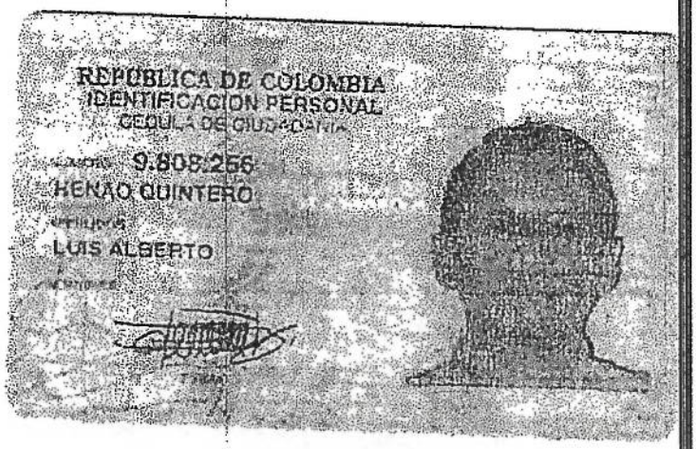
CE R T I F I C A DO:

Revisadas los soportes documentales que respaldan la operación de ***LA FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA*** *con* ***NIT 900.643.661-2*** *encuentro que el pago de los aportes al sistema de seguridad social* ***- Salud – Pensión - ARL****, se encuentran cancelados para el periodo marzo del 2023, para cada uno de los contratistas que desarrollan actividades en el ALBERGUE MUNICIPAL PARA FAUNA.*

Se adjunta copia de las Planilla de pago.

La presente certificación se expide en La Tebaida Quindío a los veinticinco días (25) días del mes de abril del 2023. Para tramite convenio Alcaldía.

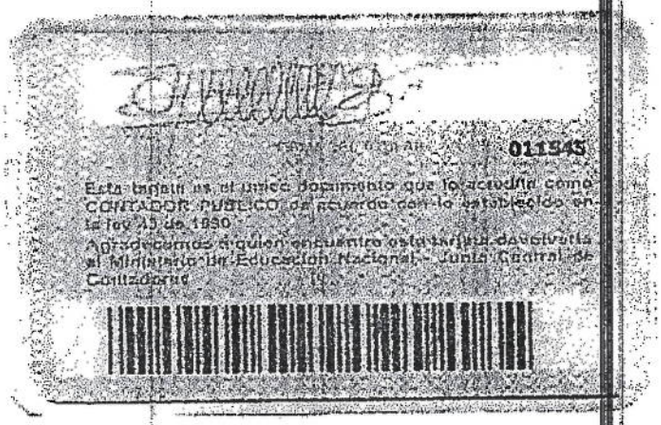
LUIS ALBERTO HENAO QUINTERO
Contador
TP No 92404-T


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
9.808.256
HENAO QUINTERO
LUIS ALBERTO


20-MAR-1972
LA TEBAIDA
(QUINDIO)
1.61
O+
M
30-NOV-1990 LA TEBAIDA



República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO
92404-T
LUIS ALBERTO
HENAO QUINTERO
C.C. 9608256
RESOLUCION INSCRIPCION 50
UNIVERSIDAD DEL QUINDIO
FECHA 2003/04/2
94813



011345

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de Contadores.

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

F0A6958FA44456EE

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

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

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

Dado en BOGOTA a los 26 días del mes de Enero de 2023 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

DIRECTOR GENERAL

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

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

INGLESOS ANIMALES













ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA QUINDIO

REGISTRO DE INGRESO DE ANIMALES / 2023

FECHA DE INGRESO 31-03 2023 FECHA DE SALIDA_____

ANIMAL EXTERNO X

ABANDONADO X **CALLEJERO**_____

ESPECIE CANINO_____

FELINO_____ **ADULTO:**_____ **CACHORRO** X

URGENCIA **RESCATE** X

ESTADO DE SALUD **BUENA** X **REGULAR**

MALA

PERSONA RESPONSABLE DE INGRESAR EL ANIMAL

NOMBRE Damaris Garcia

DIRECCION Reden CLA N22 18 **c.c.** 43204773

TEFEFONO 3146744853

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

No los puede tener ademas son rescatados

EL ANIMAL SERA INGRESADO PARA SER ATENDIDO PARA

observaciones de funcionarios COSO MUNICIPAL DE LA TEBAIDA

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

---

FUNCIONARIO QUE RECIBE

C.C 1007326700

Firma Paola.....

DUEÑO /PERSONA RESPONSABLE

C.C Damaris Garcia

firma .....

14 Perros 4 Gatos

Perro

LOS ANIMALES NO SE MALTRATAN SE ABANDONAN SE PROTEGEN

ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA QUINDIO

REGISTRO DE INGRESO DE ANIMALES / 2023

FECHA DE INGRESO 13/10/2023 FECHA DE SALIDA_____

ANIMAL EXTERNO _____

ABANDONADO_____ **CALLEJERO**_____

ESPECIE CANINO_____

FELINO_____ **ADULTO:**_____ **CACHORRO**_____

URGENCIA **RESCATE**

ESTADO DE SALUD **BUENA** **REGULAR**

MALA

PERSONA RESPONSABLE DE INGRESAR EL ANIMAL

NOMBRE Miriam Sanchez

DIRECCION Cantuto. **C.C.** 52098426

TEFEFONO Mz B-3-15.

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

La Reagreen por los ladros del Cantuto

EL ANIMAL SERA INGRESADO PARA SER ATENDIDO PARA

observaciones de funcionarios COSO MUNICIPAL DE LA TEBAIDA

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

---

FUNCIONARIO QUE RECIBE

C.C

Firma .....

DUEÑO /PERSONA RESPONSABLE

C.C 52098426

firma Miriam Sanchez




LOS ANIMALES
NO SE MALTRATAN
SE ABANDONAN
SE PROTEGEN

ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA QUINDIO

REGISTRO DE INGRESO DE ANIMALES / 2023

FECHA DE INGRESO 11/3 2023 FECHA DE SALIDA_____

ANIMAL EXTERNO _____

ABANDONADO_____ **CALLEJERO**_____

ESPECIE CANINO_____

FELINO_____ **ADULTO:** X **CACHORRO**_____

URGENCIA **RESCATE**

ESTADO DE SALUD **BUENA** **REGULAR**

MALA

PERSONA RESPONSABLE DE INGRESAR EL ANIMAL

NOMBRE ANGEL GARCIA.

DIRECCION KM 35 VIA C.C. 94499756

TEFEFONO 3127797448

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

Atropellado en la carretera en mal estado

EL ANIMAL SERA INGRESADO PARA SER ATENDIDO PARA

observaciones de funcionarios COSO MUNICIPAL DE LA TEBAIDA

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

FUNCIONARIO QUE RECIBE

C.C

Firma .....

DUEÑO /PERSONA RESPONSABLE

C.C

firma .....



ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA QUINDIO

REGISTRO DE INGRESO DE ANIMALES / 2023

FECHA DE INGRESO 16/3 2023 FECHA DE SALIDA_____

ANIMAL EXTERNO _____

ABANDONADO_____ CALLEJERO_____

ESPECIE CANINO_____

FELINO_____ ADULTO:_____ CACHORRO_____

URGENCIA RESCATE

ESTADO DE SALUD BUENA REGULAR

MALA

PERSONA RESPONSABLE DE INGRESAR EL ANIMAL

NOMBRE Diego Armando Mendez

DIRECCION Mz. 11-10 c.c. 1096032732

TEFEFONO 310439-4775.

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

Se lo encontramos en plena
Avenida y muy enfermo

EL ANIMAL SERA INGRESADO PARA SER ATENDIDO PARA

observaciones de funcionarios COSO MUNICIPAL DE LA TEBAIDA

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

---

FUNCIONARIO QUE RECIBE

C.C

Firma Gloria Elsy Ospina

DUEÑO /PERSONA RESPONSABLE

C.C 1096032732

firma .....

LOS ANIMALES NO SE MALTRATAN SE ABANDONAN SE PROTEGEN

Perro

ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA QUINDIO

REGISTRO DE INGRESO DE ANIMALES / 2023

FECHA DE INGRESO 27/03/2023 FECHA DE SALIDA _____

ANIMAL EXTERNO _____

ABANDONADO X **CALLEJERO** _____

ESPECIE CANINO X

FELINO _____ **ADULTO:** _____ **CACHORRO** X

URGENCIA **RESCATE** X

ESTADO DE SALUD **BUENA** X **REGULAR**

MALA

PERSONA RESPONSABLE DE INGRESAR EL ANIMAL

NOMBRE Yuli marcela trujillo

DIRECCION B/ciudad jardin c.c. 1096039438

TEFEFONO 3106369274

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

Se lo encontraron en un bote de basura

EL ANIMAL SERA INGRESADO PARA SER ATENDIDO PARA

observaciones de funcionarios COSO MUNICIPAL DE LA TEBAIDA

Se le aplico completo y se purgo.

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

FUNCIONARIO QUE RECIBE

C.C

Firma Karol Suarez

DUEÑO /PERSONA RESPONSABLE

C.C 1096039 438

firma Yuli Marcela trujillo

LOS ANIMALES NO SE MALTRATAN SE ABANDONAN SE PROTEGEN

Perro

ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA QUINDIO

REGISTRO DE INGRESO DE ANIMALES / 2023

FECHA DE INGRESO 28-3 2023 FECHA DE SALIDA_____

ANIMAL EXTERNO _____

ABANDONADO_____ **CALLEJERO**_____

ESPECIE CANINO_____

FELINO_____ **ADULTO:**_____ **CACHORRO**_____

URGENCIA **RESCATE**

ESTADO DE SALUD **BUENA** **REGULAR**
MALA

PERSONA RESPONSABLE DE INGRESAR EL ANIMAL

NOMBRE Mariana Aguirre

DIRECCION _____ **C.C.** 1060593592

TEFEFONO 3013271260

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

La dueña por q es muy pesado y la dueña sale de vacaciones

EL ANIMAL SERA INGRESADO PARA SER ATENDIDO PARA

observaciones de funcionarios COSO MUNICIPAL DE LA TEBAIDA

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

FUNCIONARIO QUE RECIBE

C.C

Firma .....

DUEÑO /PERSONA RESPONSABLE

C.C

firma .....

Mariana Aguirre Ruiz

LOS ANIMALES NO SE MALTRATAN SE ABANDONAN SE PROTEGEN


LOS ANIMALES
NO SE MALTRATAN
SE ABANDONAN
SE PROTEGEN

ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA QUINDIO

REGISTRO DE INGRESO DE ANIMALES / 2023

FECHA DE INGRESO 28 **2023** FECHA DE SALIDA_____

ANIMAL EXTERNO _____

ABANDONADO ✓ **CALLEJERO**_____

ESPECIE CANINO ✓

FELINO_____ **ADULTO:** ✓ **CACHORRO** (7)

URGENCIA **RESCATE**

ESTADO DE SALUD **BUENA** **REGULAR**
MALA

PERSONA RESPONSABLE DE INGRESAR EL ANIMAL

NOMBRE Yangie caterine Prieto Huertas

DIRECCION La tebaida MZ 13 c.c. 1003555239

TEFEFONO 3135769849

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

abandonada en la calle con 7 cachorros

EL ANIMAL SERA INGRESADO PARA SER ATENDIDO PARA

observaciones de funcionarios COSO MUNICIPAL DE LA TEBAIDA

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

FUNCIONARIO QUE RECIBE

C.C 25 681 420

Firma Gloria Palacio

DUEÑO /PERSONA RESPONSABLE

C.C

firma cinti Caterine Prieto



Perro 7 cachorros

ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA QUINDIO

REGISTRO DE INGRESO DE ANIMALES / 2022

FECHA DE INGRESO 29-03 2022 FECHA DE SALIDA_____

ANIMAL EXTERNO X

ABANDONADO_____ CALLEJERO X

ESPECIE CANINO_____

FELINO X ADULTO: X CACHORRO_____

URGENCIA RESCATE X

ESTADO DE SALUD BUENA REGULAR X

MALA

PERSONA RESPONSABLE DE INGRESAR EL ANIMAL

NOMBRE Anibal fuentes

DIRECCION B/ cantarito MZA # 2 C.C. 18374076.

TEFEFONO 3128437217

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

Esta en condicion de embarazo y esta abandonada

EL ANIMAL SERA INGRESADO PARA SER ATENDIDO PARA

observaciones de funcionarios COSO MUNICIPAL DE LA TEBAIDA

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

FUNCIONARIO QUE RECIBE

C.C

Firma Gloria Palacio

DUEÑO /PERSONA RESPONSABLE

C.C 18.371.076

firma Anibal Fuentes Largo

LOS ANIMALES NO SE MALTRATAN

ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA QUINDIO

REGISTRO DE INGRESO DE ANIMALES / 2023

FECHA DE INGRESO 13/3 2023 FECHA DE SALIDA_____

ANIMAL EXTERNO _____

ABANDONADO_____ **CALLEJERO**_____

ESPECIE CANINO_____

FELINO_____ **ADULTO:**_____ **CACHORRO**_____

URGENCIA **RESCATE**

ESTADO DE SALUD **BUENA** **REGULAR**

MALA

PERSONA RESPONSABLE DE INGRESAR EL ANIMAL

NOMBRE Antonio Paja

DIRECCION Calle c.c. 12499990

TEFEFONO 3103823648 →

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

Se lo encontro en Almeria La tebaida

EL ANIMAL SERA INGRESADO PARA SER ATENDIDO PARA

observaciones de funcionarios COSO MUNICIPAL DE LA TEBAIDA

Se [redacted] Bolado por 7 no Oimos X VANO

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

FUNCIONARIO QUE RECIBE

C.C 1244990

Firma .....

DUEÑO /PERSONA RESPONSABLE

C.C

firma .....

Gato

LOS ANIMALES NO SE MALTRATAN SE ABANDONAN SE PROTEGEN

ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA QUINDIO

REGISTRO DE INGRESO DE ANIMALES / 2023

FECHA DE INGRESO_____2023 FECHA DE SALIDA_____

ANIMAL EXTERNO

ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA QUINDIO

REGISTRO DE INGRESO DE ANIMALES / 2023

FECHA DE INGRESO 16-3 2023 FECHA DE SALIDA_____

ANIMAL EXTERNO _____

ABANDONADO_____CALLEJERO__X__

ESPECIE CANINO_____

FELINO__X__ADULTO:_____CACHORRO__X__

URGENCIA RESCATE

ESTADO DE SALUD BUENA REGULAR

MALA

PERSONA RESPONSABLE DE INGRESAR EL ANIMAL

NOMBRE Allison Ocampo

DIRECCION M22-13 C.C. 1095209180

TEFEFONO Mi # 3157122173

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

Lo tenia solo

EL ANIMAL SERA INGRESADO PARA SER ATENDIDO PARA

observaciones de funcionarios COSO MUNICIPAL DE LA TEBAIDA

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

FUNCIONARIO QUE RECIBE

C.C

Firma .....

DUEÑO /PERSONA RESPONSABLE

C.C

firma X Allison O

LOS ANIMALES NO SE MALTRATAN SE ABANDONAN SE PROTEGEN


LOS ANIMALES
NO SE MALTRATAN
SE ABANDONAN
SE PROTEGEN

ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA QUINDIO

REGISTRO DE INGRESO DE ANIMALES / 2023

FECHA DE INGRESO 27/03/2023 FECHA DE SALIDA_____

ANIMAL EXTERNO 27/3/2023

ABANDONADO_____ **CALLEJERO** X

ESPECIE CANINO_____

FELINO X **ADULTO:**_____ **CACHORRO**_____

URGENCIA **RESCATE**

ESTADO DE SALUD **BUENA** **REGULAR**

MALA X

PERSONA RESPONSABLE DE INGRESAR EL ANIMAL

NOMBRE obelina Tamara

DIRECCION Cra 10-14 **C.C.** 43733963

TEFEFONO 3109226811

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

El Señor se lo encontre en la calle por la Carrera 10-14

EL ANIMAL SERA INGRESADO PARA SER ATENDIDO PARA

observaciones de funcionarios COSO MUNICIPAL DE LA TEBAIDA

El medico lo reviso y le diagnostico diagnostica consida y leucenia

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

---

FUNCIONARIO QUE RECIBE

C.C

Firma Karol Suarez

DUEÑO /PERSONA RESPONSABLE

C.C · 43733963

firma :

LOS ANIMALES NO SE MALTRATAN SE ABANDONAN SE PROTEGEN

PAGOS EMPLEADOS MES DE ABRIL 2023

Pendientes Abril

cambiar egreso 1729 (20 abril)
Planillas abril 1744
1738
Faltan 3 esterilizaciones
emdepsa

Pendientes Marzo

Fotos Karol
3 esterilizaciones
Cambiar egreso 1683
1673

¿cuantos animales? Marzo
Planillas Marzo
¿soportes para Visita?
emdepsa

La Tebaida Quindío, marzo 30 de 2023

CUENTA DE COBRO

FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA "FUNAT "
NIT 900.643.661-2

DEBE A:

ANDRES LOMBANA TELLEZ
CC 1.094.904.653

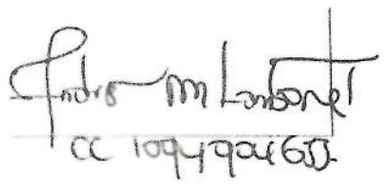
LA SUMA DE UN MILLON QUINIENTOS TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE ($1.533.333).

POR

CONCEPTO DE SERVICIOS VETERINARIOS EN EL ALBERGUE MUNICIPAL PARA FAUNA Y ACOMPAÑAMIENTO EN LAS JORNADAS DE BIENESTAR ANIMAL DEL MES DE MARZO DE 2023.

TOTAL, A CANCELAR: $1.533.333.

Cordialmente;



ANDRES LOMBANA TELLEZ
T.P 2582
CC 1.094.904.653
TEL: 312 8933029

Fotos mes de marzo 2023.







LA TEBAIDA, MARZO 31 2023

CUENTA DE COBRO

Fundación Naturaleza Animal Tebaida

FUNAT

NIT: 900.643-661-2

DEBE A: ANDRES LOMBANA TELLEZ

LA SUMA DE: DOS MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($2.000.000).

POR CONCEPTO DE: SERVICIOS VETERINARIOS EN EL ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA Y ACOMPAÑAMIENTO EN LAS JORNADAS DE BIENESTAR ANIMAL. MES DE MARZO 2023

ATENTAMENTE:

Andrés Lombana Téllez

C.C.1.094.904.633

Medico Veterinario

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2023-04-03, 03:40:04 p. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 62086058

Periodo Cotización 202303 **Periodo Servicio** 202303

PAGADA 2023-04-03 15:37:25.0

I. DATOS DEL APORTANTE

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

II. DATOS DEL AFILIADO

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

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

Novedades																											Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud							Riesgos						Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días PEN	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	0			$ 1.160.000	25-14		16 %	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	EPS037		12,5 %	$ 1.160.000	$ 145.000	$ 0	14-11	3	2,436 %	$ 1.160.000	$ 28.300	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	NUEVA EPS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 145.000	$ 28.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 358.900

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

FUNDACION NATURALEZA ANIMAL
TEBIADA.

NIT 900643661-2

COMPROBA DE EGRESO

1700

IUDAD Y FECHA: MARZO 31/2023 **VALOR $ 1073.333**

PAGADO A : K AROL LIZETH SUAREZ MEJIA

UN MILLON SETENTA Y TRES MIL TRECIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M /LEGAL

CONCEPTO: SERVICIOS DE AUXILIAR VETERINARIA ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA

DOCUMENTOS DE SOPORTE FAC:CUENTA DE COBRO

ELABORO: LORENA ROJAS

CONTABILIZO:

FIRMA O SELLO DEL BENEFICIARIO

Karol Suarez

La Tebaida Quindío, marzo 30 de 2023

CUENTA DE COBRO

IFUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA "FUNAT "
NIT 900.643.661-2

DEBE A:

KAROL LIZETH SUAREZ MEJIA
CC 1.007.686.718

LA SUMA DE UN MILLON SETENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA TRES PESOS M/CTE ($1.073.333).

POR

CONCEPTO DE SERVICIOS DE AUXILIAR VETERINARIA EN EL ALBERGUE MUNICIPAL PARA FAUNA Y ACOMPAÑAMIENTO EN LAS JORNADAS DE BIENESTAR ANIMAL DEL MES DE MARZO DE 2023

.

TOTAL, A CANCELAR: $ 1.073.333.

Cordialmente;

Karol Suarez

KAROL LIZETH SUAREZ MEJIA
CC 1.007.686.718
TEL: 311 6583710






REDMI NOTE 10 PRO
FUNAT TEBAIDA

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2023-04-03, 04:32:50 p. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 62258336

Periodo Cotización 202303 **Periodo Servicio** 202303

PAGADA 2023-04-03 16:28:17.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	KAROL LIZETH SUAREZ MEJIA				
Documento	CC 1007686718	**Dirección**	CR 6 #17 - 2 LA HACIENDA		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	7541525		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	LA TEBAIDA	**Departamento**	QUINDIO		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1007686718		Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59	00					SUAREZ MEJIA KAROL LIZETH	63401000 - 63		QUINDIO

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

Novedades																								Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos						Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF					Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	0				$ 1.160.000	230301		16 %	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	EPS037		12,5 %	$ 1.160.000	$ 145.000	$ 0	14-23	2	1,044 %	$ 1.160.000	$ 12.200	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	NUEVA EPS	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 145.000	$ 12.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 342.800

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

FUNDACION NATURALEZA ANIMAL
TEBIADA.

NIT 900643661-2

COMPROBA DE EGRESO

1673

IUDAD Y FECHA: MARZO 31/2023 **VALOR $ 996.667**

PAGADO A : GLORIA ELSY PALACIO

NOVECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M /LEGAL

CONCEPTO: SERVICIOS GENERALES ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA

DOCUMENTOS DE SOPORTE FAC:CUENTA DE COBRO

ELABORO: LORENA ROJAS

CONTABILIZO:

FIRMA O SELLO DEL BENEFICIARIO

Gloria Elsy Palacio
25 081 420

La Tebaida Quindío, marzo 30 de 2023

CUENTA DE COBRO

IFUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA "FUNAT "
NIT 900.643.661-2

DEBE A:

GLORIA ELSY PALACIO
CC 25.081.420

LA SUMA DE NOVECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M/CTE **($996.667).**

POR

CONCEPTO DE SERVICOS GENERALES EN EL ALBERGUE MUNICIPAL PARA FAUNA, CORRESPONDIENTE DEL MES DE MARZO DE 2023.

TOTAL, A CANCELAR: ($996.667).

Cordialmente;

Gloria Elsy Palacio

GLORIA ELSY PALACIO
CC 25.081.420

Fotos mes de marzo 2023.







LA TEBAIDA, MARZO 31 2023

CUENTA DE COBRO

Fundación Naturaleza Animal Tebaida

FUNAT

NIT: 900.643.661-2

DEBE A: GLORIA ELSY PALACIO C.C 25.081.240

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

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

Mes de febrero 2023

ATENTAMENTE:

GLORIA ELSY PALACIO Gloria Elsy Palacio

C.C.25.081.240 DE RISARALDA. 25 081 420

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-04-03, 03:48:11 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 62086598

Periodo Cotización: marzo de 2023 **Periodo Servicio:** marzo de 2023

PAGADO 03/04/2023

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	GLORIA ELSY PALACIO		
Documento	CC25081420	**Dirección**	CR 5 #22 - 01
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	75536978
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	LA TEBAIDA	**Departamento**	QUINDIO
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APF	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 25081420	GLORIA ELSY PALACIO GIRALDO	59	00																	0	30	30	30	0	(230201) PROTECCION	$ 1.160.000	$ 185.600	(EPS010) EPS SURA	$ 1.160.000	$ 145.000	1,044	$ 1.160.000	$ 12.200	(NN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 342.800

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.160.000	$ 1.160.000	$ 1.160.000	$ 0	$ 185.600	$ 145.000	$ 12.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 342.800	$ 0	$ 342.800

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

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

FUNDACION NATURALEZA ANIMAL
TEBIADA.

NIT 900643661-2

COMPROBA DE EGRESO

1674

IUDAD Y FECHA: MARZO 31/2023 **VALOR $ 996.667**

PAGADO A : LORENA ROJAS BELTRAN

NOVECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M /LEGAL

CONCEPTO: SERVICIOS GENERALES ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA

DOCUMENTOS DE SOPORTE FAC:CUENTA DE COBRO

ELABORO: LORENA ROJAS

LR

CONTABILIZO:

FIRMA O SELLO DEL BENEFICIARIO

La Tebaida Quindío, marzo 30 de 2023

CUENTA DE COBRO

IFUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA "FUNAT "
NIT 900.643.661-2

DEBE A:

LORENA ROJAS
CC 41.912.415

LA SUMA DE NOVECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M/CTE (**$996.667).**

POR

CONCEPTO DE SERVICOS GENERALES EN EL ALBERGUE MUNICIPAL PARA FAUNA, CORRESPONDIENTE DEL MES DE MARZO DE 2023.

TOTAL, A CANCELAR: ($996.667).

Cordialmente;

LORENA ROJAS
CC 41.912.415
TEL: 317 8558398

Fotos mes de marzo 2023.









LA TEBAIDA, MARZO 31 2023

CUENTA DE COBRO

Fundación Naturaleza Animal Tebaida

FUNAT

NIT: 900.643.661-2

DEBE A: Lorena Rojas.

Concepto: servicios generales y apoyo a administración COSO MUNICIPAL.

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

POR CONCEPTO DE: MANTENIMIENTO COSO MUNICIPAL Y APOYO ADMINISTRATIVOS Mes de Marzo 2023

ATENTAMENTE:

LORENA ROJAS

C.C.41.912,415

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2023-04-03, 03:56:44 p. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 62086911

Periodo Cotización 202303 **Periodo Servicio** 202303

PAGADA 2023-04-03 15:52:03.0

I. DATOS DEL APORTANTE

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

II. DATOS DEL AFILIADO

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

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

Novedades																						**Extranjero**	**Tipo salario**	**Salario**	**Pensión**						**Salud**						**Riesgos**						**Caja**				**Parafiscales**			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	0			$ 906.526	25-14		16 %	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	EPS037		12,5 %	$ 1.160.000	$ 145.000	$ 0	14-11	1	0,522 %	$ 1.160.000	$ 6.100	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	NUEVA EPS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 145.000	$ 6.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 336.700

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

ESTERILIZACIONES DE LA JORNADA DE BIENESTAR ANIMAL

MES DE MARZO 2023

4 Espacio Adecuado



Antes de llevar a un nuevo animal a tu casa, debes asegurarte de contar con el espacio adecuado para él, así él podrá disfrutar de su nuevo hogar.
Si vives en un departamento reducido, tal vez te convenga más elegir a un animal de raza pequeña que a uno de raza grande.



5 Atención veterinaria



Tanto los gatos como los perros precisan ser desparasitados y vacunados.

Se debe acudir como mínimo una vez al año al veterinario.

Si detecta que su mascota no come o se muestra decaído, acuda al veterinario.



La esterilización es un procedimiento que incrementa su calidad y esperanza de vida.

FUNAT

Fundación Nacional Animal Tranquilo

Las 5 normas para el correcto cuidado de tus mascotas



1 Alimentación



Una alimentación balanceada le otorgará a tu mascota los nutrientes necesarios para crecer, desarrollarse y tener energía suficiente.

.La hidratación es indispensable

.Respeta sus transiciones alimentarias. ...

.Controla las cantidades.

.Ofrécele una alimentación equilibrada.

.Elige el alimento correcto.

.Utiliza su alimento de forma racional.



.Cuida la higiene de los alimentos

.En caso de duda, consulta a tu veterinario.

2 Higiene y Limpieza



El aseo regular es una parte importante del cuidado responsable de una mascota

Tanto con su cuerpo, como los recipientes donde bebe agua y se alimenta, tu perro o gato merece contar con la higiene adecuada para evitar infecciones.



3 Amor y Afecto



Los perros y los gatos tienen la capacidad de amar a sus dueños incondicionalmente, tú puedes devolver ese cariño a través de jugar con tu mascota e integrarla a las actividades familiares, así se fortalece la confianza en los animales



MARZO - 2023

REGISTRO DE DESPARASITACION 2022
A CANINOS Y FELINOS JORNADA DE BIENESTAR

/ Conteo

	NOMBRES	APELLIDOS	DOC. IDENTIDAD	DIRECCION	TELEFONO	CANINO	FELINO	FIRMA
z	Adriana	Herrera	41925243	Alambra	3166562487	1		Adriana Herr
1	Rafael	montenegro	18870436	Cra 12 - 6 32	3187967314	2		Rafael Montenegro
2	RAFAEL	Montenegro	18370436	Cra 12 - 6 32	3187967314	(10) X		Rafael Montenegro
3	MARY	MURCIA	32032843	H/H # 1 M7 37-29	3166175440		2	x Mary Murcia
4	MELVA	Alcantillo	24494436	FINCA la PAMPA	3135958269	2		
5	Valentina	(Bruto)	1111761532	La Estancia MZ B. 10	3121112832	2		Valentina Pérez
6	Jorge	Cardona	79488915	las Palmeras	3184153554		x3	
7	Kevin Camilo	Espinosa Patiño	1005206612	la Estación	3117937879	2		x Kevin Pat
8	Juan de Jesus	Castillo	5201958	Villa Rub. / M7.	3102042457	4		
9	Idalia Johana Bermudez	Gomez Ramos	1094885541	B/ La Esperanza 1 1/2 A (oct.	3225386117	2		
10	Olga Yaneth	Sinisterra	41942116	B/ Obrero cll 12 bis # 10-70	3113224932	1	1	
11	Valentina	Perez	1090272461	Amparo M7 7-6	3013319771		1	Valentina Perez
12	Elizabeth	Gonzalez	24758494	M22-3 Ortiz	3136891261	1		Elizabeth
13	Julian E	Ruiz		M2-47 A. 9 H/#		1		
14	ANGELICA	ZAPATA	1096041013	B/ Mirador M20 #3	3015228498	2		x Angelica A.
15	ALEX	ACEVEDO	98094042	Cra 4C # 8-45 Palmeras	3117710832	2		
16	YAKELIN	SANCHEZ	24498227	M2B #23 LAS PALMERAS	3147653642	2		
17	STEFANIA	CASTAÑO	1096039362	cll 6 # 8-68 MONTERREY	3206461409	2		
18	Wilson	Rojas	89008793	3128202895	F/ la Herradura	2	2	
19								
20								
21								
22								













Desparasitacion - marzo / 2023

2023	JORNADA	DESPARASITACION	LA TEBAIDA	2022	
FECHA	NOMBRE Y APELLODO	DIRECCION	TELEFONO	CANINO	FELINO
1/marzo	martha lucia gomez	cantaro M 1 # 3	3207633920	2	3
1/marzo	Claudia mejia	cantaro M7 # 1 casa	3134489200	1	
1/marzo	mariajose · ospina	cantaro M4 # 4	3208504053	2	
1/marzo	ofelia ortega	ocaque M3 # 15	3143357110	2	1
1/marzo	Andres medina	centro cra #1150	3178381135	1	1
10/3/2023	Karen montenegro	Cra 12 #6-32	3186796731		
	cyd y nuñez	Ceiba mz 3 · 27	3235802926	1+1	
	Silvia Nieto	la mesa tebaida M48-5	3206230296		1+1
	[illegible] FELIPE OCAMPO	CALLE 36 [illegible] MZ 35	3145392951	1+1	
	sonia Camacho	Cantaro M 1 # 44	3014148969	1	
	maria Arcenia				
	[illegible] medina	Polvorin	3226436480	1	
	maria f Herrera	mz 57-28 M1 # 2	3044675039	2	
	[illegible] f Montenegro	Ciruelo mz 2-8	3113709571	1	1
	Andrea liceth Zabala	Nueva tebaida 1 M12 #6	3135185324	4+4	3 DIS

Mariajose
Ofelia Ortega
Andres Medina

Carlos - Lcdo y 501-1
Silvia Nieto.
- Desparasitado
Sonia Camacho.
- positivo
- B3

Andrea Liceth

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 22 **MES** 3 **AÑO 2023**

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

Saben

II. Datos del propietario		
Nombre:	Jorge Muñoz	*T.I./C.C.* 1006292230
Dirección:	Mz 47 - 22	*Teléfono:* 312 829 9825
E-mail:	44 #2	*Sisben: SI* ◯ *NO* ◯ *Nivel* 1 (2) (3) ◯

PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

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

YO Jorge 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 E Infecciones

Jorge Muñoz

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 información impresa sobre las recomendaciones a tener en cuenta en el post-operatorio y la formula médica

OBSERVACIONES ----------



2

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 22 **MES** 3 **AÑO 2023**

I. Datos de la mascota																		
Nombre Blanca				*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: Jorge m muñoz		*T.I./C.C.* 1006292230	
Dirección: 44#2 mz. 42 - 27		*Teléfono:* 3128209825	
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.**

Canino Hembra

YO Jorge m 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 E Infecciones 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 información impresa sobre las recomendaciones a tener en cuenta en el post-operatorio y la formula médica

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE Jorge Muñoz FECHA FECHA

OBSERVACIONES ----------

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 22 MES 3 AÑO 2023

I. Datos de la mascota																
Nombre	Mono			Sexo: M ◯ H ◯										Sisbe		
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: Jorge		T.I./C.C.	1006292230
Dirección:		Teléfono:	3128209825
E-mail: Kr #2 m7.47.27		Sisben: SI ◯ NO ◯ Nivel 1 (2) 3 ◯	

PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

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

YO ---Jorge 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 E Infecciones Jorge Muñoz

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 información impresa sobre las recomendaciones a tener en cuenta en el post-operatorio y la formula médica

OBSERVACIONES ----------


#2.

Sisbén

Registro valido

C1

Fecha de consulta: 18/04/2023

Ficha: 63401005547300000155

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: JORGE MAURICIO

Apellidos: MUÑOZ PALACIO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1006292230

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 15/07/2019

Última actualización ciudadano: 23/07/2019

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

4

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 22 **MES** 3 **AÑO 2023**

I. Datos de la mascota															
Nombre	Nina			*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:	Luz Marina Sanchez	*T.I./C.C.*	24498472
Dirección:	Mayorca 2 Mz. 8-2	*Teléfono:*	3147105263
E-mail:		*Sisben:*	*SI* ○ *NO* ○ *Nivel* 1 2 3 ○

PROCEDIMIENTO VETERINARIO B

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 Sanchez ---------- 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 cirugia 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 E Infecciones 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 información impresa sobre las recomendaciones a tener en cuenta en el post-operatorio y la formula médica

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE FECHA FECHA

OBSERVACIONES Luz marina sanchez ----------

Sisbén

Registro valido

B6

Fecha de consulta: 11/04/2023

Ficha: 6340[illegible]012548000000549

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: LUZ MARINA

Apellidos: SANCHEZ TABORDA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24498472

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 MES AÑO 2023

I. Datos de la mascota																	
Nombre	Kathy					Sexo: M ◯ H ◯											
Especie			Canino ◯ Felino			raza ◯			Peso Aprox.								
Edad	Adulto		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:	Amparo Ortega	T.I./C.C.	
Dirección:		Teléfono:	3002472063
E-mail:	Mz #1 Mz 17-23	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 E Infecciones 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 información impresa sobre las recomendaciones a tener en cuenta en el post-operatorio y la formula médica

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE FECHA FECHA

OBSERVACIONES ---------- Amparo Ortega Bustamante ----------



Sisbén

Verificación - Calidad de la encuesta - Distancia entre la vivienda y la aplicación de la encuesta fuera de los parámetros establecidos

B7

Fecha de consulta: 11/04/2023

Ficha: 63401018548600000047

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: AMPARO

Apellidos: ORTEGA BUSTAMANTE

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24589642

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 04/06/2021

Última actualización ciudadano: 04/06/2021

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 MES AÑO 2023

I. Datos de la mascota																		
Nombre	Orion			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 ◯											

Orion

II. Datos del propietario			
Nombre:	Nora Isabel Gutierrez	T.I./C.C.	24796710
Dirección:		Teléfono:	3152992022
E-mail:	Contacto we. 03-2	Sisben: SI ◯ NO ◯	Nivel 1 (2) (3) ◯

PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

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

YO ---------- 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 E Infecciones 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 información impresa sobre las recomendaciones a tener en cuenta en el post-operatorio y la formula médica

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE Nora Isabel gutierrez FECHA FECHA

OBSERVACIONES ----------



Sisbén

Registro válido

B5

Fecha de consulta: 11/04/2023

Ficha: 63401021548800000884

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: NORA ISABEL

Apellidos: GUTIERREZ SALAZAR

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24496710

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 03/07/2020

Última actualización ciudadano: 03/07/2020

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

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 18 MES 3 AÑO 2023

I. Datos de la mascota																	
Nombre	Nina			Sexo: M ◯ H ◯												Sisben	
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 ◯										

II. Datos del propietario			
Nombre:	Claudia Liliana Cervera	T.I./C.C.	24499918
Dirección:		Teléfono:	3216185855
E-mail:	Piramos mz 10 - 13	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 Claudia Liliana Cervera ---------- 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 FECHA

Claudia liliana Cervera

OBSERVACIONES ----------



8

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 18 MES 3 AÑO 2023

I. Datos de la mascota

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

II. Datos del propietario

Nombre: Claudia Liliana Cervera T.I/C.C. 24499918

Dirección: PIZAMOS MZ 10 - 13 Teléfono: 3216285855

E-mail: Sisben SI ( ) NO ( ) Nivel 1 (2) 3 ( )

PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

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

YO Claudia Liliana Cervera ---------- Identificado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada ----------, especie canino ---------- felino ---------- DECLARO, SOLICITO ,AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Medico Veterinario **ANDRES LOMBANA TELLEZ TP 27582**, Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomia y / o orquiectomia bajo anestesia general en la condiciones que se han 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 consentimiento , 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 ,SANGRADOS DE LA PIEL , CONDICIONES TEMPORALES DEL LETARJO ,PERDIDA DE APETITO 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 FECHA

Claudia liliana Cervera

OBSERVACIONES ----------

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 18 MES 3 AÑO 2023

I. Datos de la mascota																	
Nombre	Odin			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:	Claudia liliana	T.I./C.C.	24499879
Dirección:	Cerrero,	Teléfono:	3216355855
E-mail:	Pramos mz 10-13	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 FECHA

Claudia liliana Cervero

OBSERVACIONES ----------



10

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 18 MES 3 AÑO 2023

I. Datos de la mascota																	
Nombre	Michi			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 ◯										

Sasha

II. Datos del propietario	
Nombre: Claudia L. Cervera	T.I./C.C. 27499978
Dirección:	Teléfono: 3216355855
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 Claudia Cervera ---------- 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 LETARIO ,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 FECHA

Claudia liliana Cervera

OBSERVACIONES ----------



Sisbén

Registro válido

C1

Fecha de consulta: 24/03/2023

Ficha: 63401014548200000480

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: CLAUDIA LILIANA

Apellidos: CERVERA GIL

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24499978

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 27/02/2021

Última actualización ciudadano: 27/02/2021

Última actualización via registros administrativos:

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérq[illegible]e 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