OBLIGACION A,

ESTERILIZACIONES

ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 1 MES 06 AÑO 2023

I. Datos de la mascota																			
Nombre	Monita.			Sexo: M ○ H ○															
Especie	Canino ○ Felino			raza ○				Peso Aprox.											
Edad 8 Meses	Color			Pelaje				Vacunas si ○ no ○											
Estado de salud	buena ○			regular ○				mala ○											
Fiebre	si	no	Diarrea	si	no	Vomito	si	no	Inapetencia	si	no	Golpes	si	no					
Heridas	si	no	Pto veterinario	si	no	Celo	si	no	Lactancia	si	no	Ayunas	si	no					
Estado corporal	normal ○			desnutrido ○				soberest ○											

Sisben.

II. Datos del propietario			
Nombre:	JAMES BASTIDAS M.	T.I./C.C.	9808546
Dirección:		Teléfono:	3617672103
E-mail:	PISAMOS MZ 10 CASA 8	Sisben SI ○ NO ○ Nivel 1 (2) (3) ○	

hoy 48 OK

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 JAMES BASTIDAS ---------- Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Monita, especie canino ---------- felino---------- DECLARO, SOLICITO ,A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario **LUIS ALEJANDRO GIRALDO G**, m.v.z tarjeta **profesional No 43906** Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realice 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z Luis Alejandro Giraldo** ,por las posibles complicaciones en 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 ,SARPULLIDOS 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 LUIS ALEJANDRO GIRALDO** , 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 Infeccione post operatorias

. 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 James Bastidas FECHA 1-06-2023

OBSERVACIONES ----------

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 06/07/2023 B4

Ficha: 63401560750400000089

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: JAMES

Apellidos: BASTIDAS MARULANDA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 9808546

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 09/06/2023

Última actualización ciudadano: 09/06/2023

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 04 **MES** 06 **AÑO 2023**

I. Datos de la mascota																			
Nombre	Rosita					*Sexo: M* ○ *H* ✓								Sisben					
Especie	*Canino* ✓ *Felino* ○					*raza* ○					*Peso Aprox.*								
Edad Blanca In			*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: Duberly Aguirre		*T.I./C.C.* 9805387	
Dirección:		*Teléfono:* 3152420188	
E-mail: Cra 5a B) 11-20		*Sisben: SI* ○ *NO* ○ *Nivel 1* ② ③ ○	

PROCEDIMIENTO VETERINARIO (Ligia)

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 ---Duberly Aguirre---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 **LUIS ALEJANDRO GIRALDO G,** m.v.z tarjeta **profesional No 43906** Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realice 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z Luis Alejandro Giraldo** ,por las posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento , incluyendo la muerte , asi como en caso de hurto o perdida 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 ,SARPULLIDOS 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 LUIS ALEJANDRO GIRALDO** , 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 Infeccione post operatorias

. hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han expliicado 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 sote X FECHA

OBSERVACIONES ---Duberly Aguirre---

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Fecha de consulta: 05/07/2023 C7

Ficha: 6340155664920000279 4

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: JOSE DUBERLY

Apellidos: AGUIRRE FAJARDO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 9805387

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 10/09/2021

Última actualización ciudadano: 10/09/2021

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**

"La información de su encuesta debe ser revisada por inconsistencias presentadas en los procedimientos atribuibles a la recolección de información. La oficina Sisben debe realizar en un plazo no mayor a 12 meses, un proceso para dar solución a este hallazgo. En caso de que la oficina no realice este proceso en el plazo mencionado, se realizará un bloqueo preventivo de su encuesta. Si requiere mayor información por favor comunicarse con la oficina Sisbén de su municipio"

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

(8) 3

LA TEBAIDA

FUNAT

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 06 **MES** 06 **AÑO** 2023

I. Datos de la mascota																				
Nombre	Blanqui-Negri					*Sexo:* M (Ø) H ( )												Sisben		
Especie	*Canino* ( ) *Felino* (/)					*raza* ( )						*Peso Aprox.*								
Edad			*Color*			*Pelaje*						*Vacunas si* ( ) *no* ( )								
Estado de salud	*buena* (Ø)					*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* (Ø)					*desnutrido* ( )						*soberest* ( )								

II. Datos del propietario	
Nombre: Marly Alexandra Villa Holguin	*T.I./C.C.* 1097033550
Dirección: Bl Cantarito	*Teléfono:* 3205421040
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 M. Alexandra villa ---- 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 **LUIS ALEJANDRO GIRALDO G**, m.v.z tarjeta **profesional No 43906** Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realice 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z Luis Alejandro Giraldo** ,por las posibles complicaciones en 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 ,SARPULLIDOS 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 LUIS ALEJANDRO GIRALDO** , 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 io 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 Infeccione post operatorias

. hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han expiicado ios riesgos de cualquier intervención quirúrgica y io entiendo a satisfacción de iguai 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 . Alexandra Villa FECHA

OBSERVACIONES ---------- 1097033530



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

8

Registro valido

A3

Fecha de consulta: 06/06/2023

Ficha: 63401005547300000394

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MARLY ALEXANDRA

Apellidos: VILLA HOLGUIN

Tipo de documento: Tarjeta de identidad

Número de documento: 1097033530

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 16/07/2019

Última actualización ciudadano: 03/09/2019

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

10

4

LA TEBAIDA

FUNAT

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 06 MES 06 AÑO 2023

I. Datos de la mascota																		
Nombre	Cloe				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: Angie marcela morales	T.I./C.C. 1096039151.
Dirección: B/ cantarito m6s#5	Teléfono: 3153903219.
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 A. marcela m ---------- 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 **LUIS ALEJANDRO GIRALDO G**, m.v.z tarjeta **profesional No 43906** Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realice 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z Luis Alejandro Giraldo** ,por las posibles complicaciones en 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 ,SARPULLIDOS 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 LUIS ALEJANDRO GIRALDO** , 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 io 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 Infeccione post operatorias

. hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han explicado ios riesgos de cualquier intervención quirúrgica y io 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 Martha Lorena A. FECHA

41870703.

OBSERVACIONES ----------

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

10

Registro valido

A3

Fecha de consulta: 05/06/2023

Ficha: 63401007547500000644

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ANGGIE MARCELA

Apellidos: MORALES ANDUQUIA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1096039151

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 18/07/2019

Última actualización ciudadano: 26/08/2019

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

5

LA TEBAIDA

FUNAT

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 06 **MES** 06 **AÑO** 2023

I. Datos de la mascota																			
Nombre	Niña					*Sexo: M* ◯ *H* ◯												Sisben	
Especie		*Canino* ◯ *Felino* F				*raza* ◯					*Peso Aprox.*								
Edad	B/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:	Cortazar Vallesilla	*T.I./C.C.*	39571176
Dirección:		*Teléfono:*	3174736223
E-mail:	M+H, MZ1-14	*Sisben: SI* ◯ *NO* ◯ *Nivel 1* ◯ *2* ◯ *3* ◯	

B7

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 Cortazar Vallesilla 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 **LUIS ALEJANDRO GIRALDO G**, m.v.z tarjeta **profesional No 43906** Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realice 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z Luis Alejandro Giraldo** ,por las posibles complicaciones en 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 ,SARPULLIDOS 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 LUIS ALEJANDRO GIRALDO** , 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 io 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 Infeccione post operatorias

. hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han expiicado ios riesgos de cualquier intervención quirúrgica y io 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 [signature] C.C.

OBSERVACIONES ----------



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

B7

Fecha de consulta: 05/07/2023

Ficha: 63401556749400002896

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: CONSTANZA HELENA

Apellidos: VALLECILLA MORA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 39571176

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 15/10/2021

Última actualización ciudadano: 15/10/2021

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

LA TEBAIDA

FUNAT

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 07 **MES** 06 **AÑO 2023**

I. Datos de la mascota																		
Nombre	Negro			*Sexo: M* ◯ *H* ◯													Simba	
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* ◯										

II. Datos del propietario			
Nombre: Luz patricia. Roman	*T.I./C.C.*	24496807	
Dirección:	*Teléfono:*	3124422830	
E-mail: M#1 MZ 52-11	*Sisben:* SI ◯ NO ◯	*Nivel* 1 (2) 3 ◯	

PROCEDIMIENTO VETERINARIO ADelaida Arnolet

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.**

(llenar.)

YO Luz P Roman ---------- Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Negro----------, especie canino ---------- felino---------- DECLARO, SOLICITO ,A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario **LUIS ALEJANDRO GIRALDO G**, m.v.z tarjeta **profesional No 43906** Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realice 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z Luis Alejandro Giraldo** ,por las posibles complicaciones en 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 ,SARPULLIDOS 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 LUIS ALEJANDRO GIRALDO** , 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 io 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 Infeccione post operatorias

. hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han expiicado ios riesgos de cualquier intervención quirúrgica y io entiendo a satisfacción de iguai manera he recibido información impresa sobre las recomendaciones a tener en cuenta en el post-operatorio y la formula médica

Luz P Roman 07-06-2023

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE FECHA

OBSERVACIONES ----------



Sisbén

Registro válido

B3

Fecha de consulta: 31/05/2023

Ficha: 63401007547500000494

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: LUZ PATRICIA

Apellidos: ROMAN

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24496807

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 31/08/2021

Última actualización ciudadano: 31/08/2021

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

16

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 08 **MES** 06 **AÑO 2023**

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

II. Datos del propietario		
Nombre:	Wendy Zapata	*T.I./C.C.* 1000132965
Dirección:		*Teléfono:* 3182760043
E-mail:	Mz 19 #13 44 #1	*Sisben: SI* ○ *NO* ○ *Nivel 1* ○ *2* ● *3* ○

PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

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

YO ---------- 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 **LUIS ALEJANDRO GIRALDO G**, m.v.z tarjeta **profesional No 43906** Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realice 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z Luis Alejandro Giraldo** ,por las posibles complicaciones en 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 ,SARPULLIDOS 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 LUIS ALEJANDRO GIRALDO** , 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 Infeccione post operatorias

. 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 X Wendy zapata FECHA

OBSERVACIONES ----------



Sisbén

Registro válido

B6

Fecha de consulta: 06/07/2023

Ficha: 63401556750400010514

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: WENDY VANESSA

Apellidos: ZAPATA SALAZAR

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1000132965

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 02/06/2023

Última actualización ciudadano: 02/06/2023

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

16

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.000.132.965

ZAPATA SALAZAR

APELLIDOS

WENDY VANESSA

NOMBRES

Wendy Vanessa Zapata S.

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 19-ABR-2003

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

20-ABR-2021 TORO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-3110000-01233647-F-1000132965-20210520 0074407825A 1 8501918015

8

LA TEBAIDA

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

FUNAT

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 11 **MES** 06 **AÑO** 2023

I. Datos de la mascota																			
Nombre	Sika			*Sexo: M* ◯ *H* ◯															
Especie	*Canino* ◯ *Felino*			*raza* ◯				*Peso Aprox.*											
Edad	Cafe/B		*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* ◯												

Sisbe

II. Datos del propietario			
Nombre:	Tatiana Beca.	*T.I./C.C.*	1006052583
Dirección:	Mz 35 - 16	*Teléfono:*	3207550611
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 ---Tatiana Beca--- Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada ---Sika---, especie canino ---------- felino---------- DECLARO, SOLICITO ,A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario **LUIS ALEJANDRO GIRALDO G**, m.v.z tarjeta **profesional No 43906** Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realice 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z Luis Alejandro Giraldo** ,por las posibles complicaciones en 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 ,SARPULLIDOS 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 LUIS ALEJANDRO GIRALDO** , 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 io 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 Infeccione post operatorias

. hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han expiicado ios riesgos de cualquier intervención quirúrgica y io 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 Tatiana Beca CIA

OBSERVACIONES ----------



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Fecha de consulta: 05/07/2023 A5

Ficha: 63401556649200002787

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: TATIANA

Apellidos: BECA PINO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1006052583

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 22/10/2021

Última actualización ciudadano: 22/10/2021

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**

"La información de su encuesta debe ser revisada por inconsistencias presentadas en los procedimientos atribuibles a la recolección de información. La oficina Sisben debe realizar en un plazo no mayor a 12 meses, un proceso para dar solución a este hallazgo. En caso de que la oficina no realice este proceso en el plazo mencionado, se realizará un bloqueo preventivo de su encuesta. Si requiere mayor información por favor comunicarse con la oficina Sisbén de su municipio"

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 12 **MES** 06 **AÑO 2023**

I. Datos de la mascota																		
Nombre	Luna			*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* ◯										

Sabe

II. Datos del propietario		
Nombre: Francia Jimenez	*T.I./C.C.* 63251536	
Dirección: Manantial de Vida Cra B- 33-3	*Teléfono:* 3215176926	
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 Francia Jimenez ---------- 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 **LUIS ALEJANDRO GIRALDO G**, m.v.z tarjeta **profesional No 43906** Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realice 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z Luis Alejandro Giraldo** ,por las posibles complicaciones en 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 ,SARPULLIDOS 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 LUIS ALEJANDRO GIRALDO** , 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 io 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 Infeccione post operatorias

. 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 io 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

X No Sabe firmar

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE FECHA

OBSERVACIONES ----------



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

A4

Fecha de consulta: 15/06/2023

Ficha: 63401014548200000426

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: FRANCIA ELEISA

Apellidos: JIMENEZ CIRO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 63251936

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 17/07/2019

Última actualización ciudadano: 27/08/2019

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

1

10

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 12 **MES** 06 **AÑO 2023**

I. Datos de la mascota																			
Nombre			Luna			*Sexo: M* ◯ *H* ⊗									Suben				
Especie	*Canino* ◯ *Felino* X					*raza* ⊗ C			*Peso Aprox.*										
Edad		*Color*				*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* ◯	*no*					
Estado corporal			*normal* ◯			*desnutrido* ◯					*soberest* ◯								

II. Datos del propietario		
Nombre: Ana Olma Grajales	*T.I./C.C.*	24497082
Dirección:	*Teléfono:*	3194932327
E-mail: Villa Maria Mz A #1	*Sisben: SI* ◯ *NO* ◯ *Nivel* 1 (2) (3) ◯	

PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

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

Ana. Olma. Grajales

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 **LUIS ALEJANDRO GIRALDO G**, m.v.z tarjeta **profesional No 43906** Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realice 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z Luis Alejandro Giraldo** ,por las posibles complicaciones en 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 ,SARPULLIDOS 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 LUIS ALEJANDRO GIRALDO** , 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 Infeccione post operatorias

. 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 ◯ Ana. olma grajales 24497082 FECHA 12-06-2023

OBSERVACIONES ----------



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

22

Registro válido

B1

Fecha de consulta: 29/05/2023

Ficha: 63401021548800000497

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ANA OLMA

Apellidos: GRAJALES MORALES

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24497082

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 05/03/2020

Última actualización ciudadano: 05/03/2020

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

(2) 11

LA TEBAIDA

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

FUNAT

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 12 **MES** 06 **AÑO 2023**

I. Datos de la mascota																			
Nombre			Lola				*Sexo: M* ◯ *H* ◯								Sisben				
Especie	*Canino* ◯ *Felino*						*raza*					*Peso Aprox.*							
Edad	amarilla		*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:	Ma. Eugenia Zapata	*T.I./C.C.*	24499802
Dirección:	Rho Carrera 47	*Teléfono:*	3148562437
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 Ma. Eugenia Zapata Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Lola, especie canino ---------- felino---------- DECLARO, SOLICITO ,A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario **LUIS ALEJANDRO GIRALDO G**, m.v.z tarjeta **profesional No 43906** Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realice 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z Luis Alejandro Giraldo** ,por las posibles complicaciones en 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 ,SARPULLIDOS 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 LUIS ALEJANDRO GIRALDO** , 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 io 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 Infeccione post operatorias

. hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han expiicado ios riesgos de cualquier intervención quirúrgica y io 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 Maria Eugenia Zapata FECHA

OBSERVACIONES ----------



2

Sisbén

Registro válido

A3

Fecha de consulta: 06/06/2023

Ficha: 63401072649200001488

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA EUGENIA

Apellidos: ZAPATA CARDONA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24499802

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 03/02/2021

Última actualización ciudadano: 03/02/2021

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

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

4

LA TEBAIDA

FUNAT

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 12 **MES** 06 **AÑO 2023**

I. Datos de la mascota																
Nombre	Gata			*Sexo: M* ◯ *H* ◯												
Especie	*Canino* ◯ *Felino*			*raza* ◯				*Peso Aprox.*								
Edad	n/y		*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:	Blanca Rosa Vanegas	*T.I./C.C.*	30271394
Dirección:	MZ 10 - 5	*Teléfono:*	3116453446
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.**

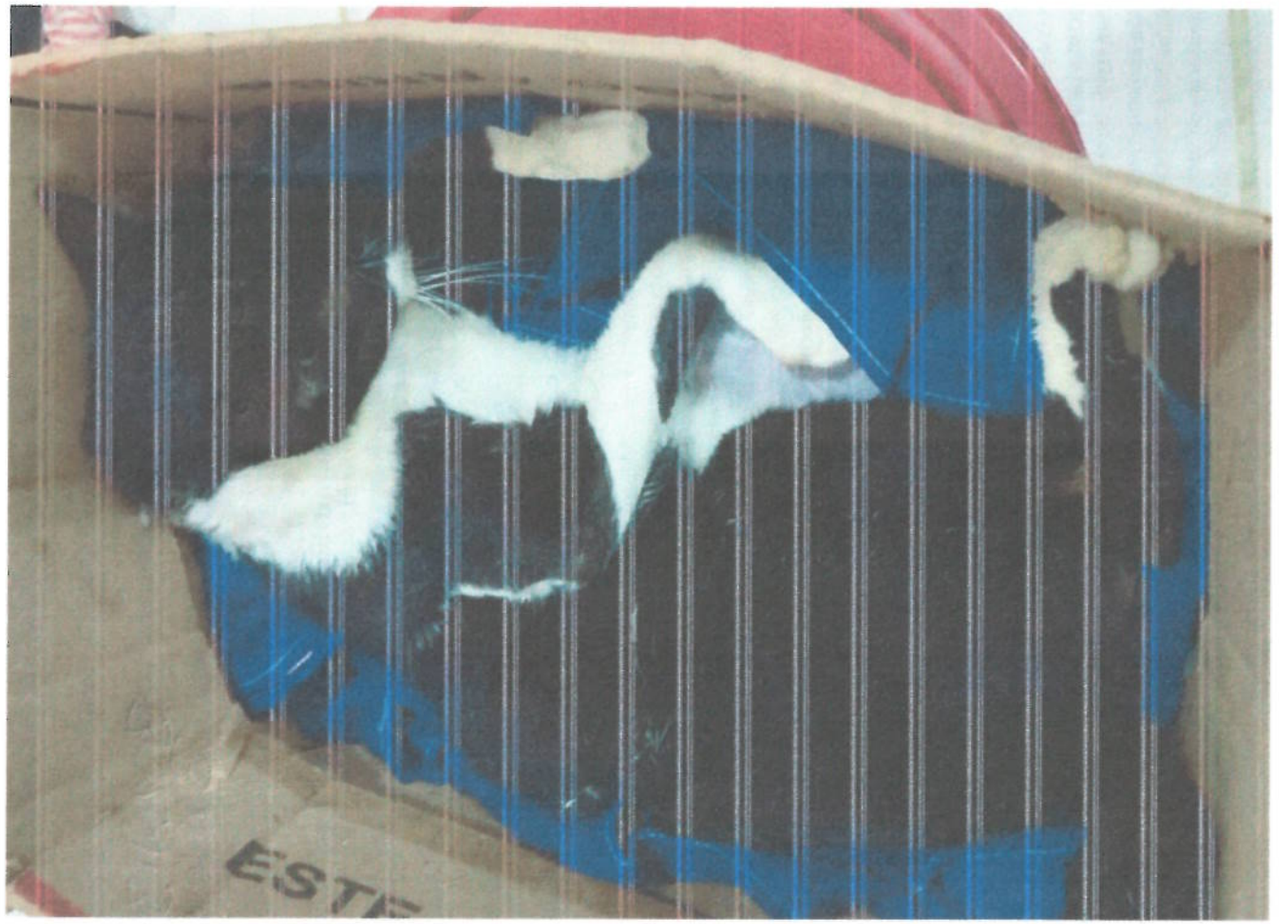
4

YO Blanca R Vanegas ---------- 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 **LUIS ALEJANDRO GIRALDO G**, m.v.z tarjeta **profesional No 43906** Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realice 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z Luis Alejandro Giraldo** ,por las posibles complicaciones en 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 ,SARPULLIDOS 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 LUIS ALEJANDRO GIRALDO** , 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 Infeccione post operatorias

. hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han expiicado ios riesgos de cualquier intervención quirúrgica y io 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 + Blanca Banegas FECHA

OBSERVACIONES ----------


ESTE

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

4

Registro valido

A4

Fecha de consulta: 05/06/2023

Ficha: 63401556649200002587

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: BLANCA ROSA

Apellidos: VANEGAS

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 30271394

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 20/08/2021

Última actualización ciudadano: 20/08/2021

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

3

B

FUNAT

LA TEBAIDA

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 12 MES 06 AÑO 2023

I. Datos de la mascota																	
Nombre	Molly			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 ○										

Criolla

II. Datos del propietario			
Nombre:	Adiela Rivas	T.I./C.C.	41898824
Dirección:	Villa maria mz A - 6	Teléfono:	3234593356
E-mail:		Sisben: SI ○ NO ○	Nivel 1 ② ③ ○

B6

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 Adiela Rivas ---------- 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 **LUIS ALEJANDRO GIRALDO G**, m.v.z tarjeta **profesional No 43906** Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realice 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z Luis Alejandro Giraldo** ,por las posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento , incluyendo la muerte , asi como en caso de hurto o perdida 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 ,SARPULLIDOS 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 LUIS ALEJANDRO GIRALDO** , 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 io 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 Infeccione post operatorias

. hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han expiicado ios riesgos de cualquier intervención quirúrgica y io 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 Adiela Rivas FECHA

OBSERVACIONES ----------



3

Registro valido

B6

Fecha de consulta: 08/06/2023

Ficha: 63401073749400001404

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ADIELA

Apellidos: RIVAS

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 41898824

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 21/01/2021

Última actualización ciudadano: 21/01/2021

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

13

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 13 **MES** 06 **AÑO 2023**

I. Datos de la mascota																			
Nombre Pluton					*Sexo: M* (X) *H* ( )										Sisben				
Especie			*Canino* ( ) *Felino* (X)				*raza* ( )				*Peso Aprox.*								
Edad 10 meses			*Color*				*Pelaje*				*Vacunas si* ( ) *no* ( )								
Estado de salud			*buena* (X)				*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: Jesus Alfonso Pal		*T.I./C.C.* 5221626	
Dirección: la alambra 4A #5-17		*Teléfono:* No tiene	
E-mail:		*Sisben: SI* (X) *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 Jesus Pal ---------- Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Pluton, especie canino ---------- felino---X----- DECLARO, SOLICITO ,A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario **LUIS ALEJANDRO GIRALDO G**, m.v.z tarjeta **profesional No 43906** Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realice 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z Luis Alejandro Giraldo** ,por las posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento , incluyendo la muerte , asi 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 ,SARPULLIDOS 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 LUIS ALEJANDRO GIRALDO** , 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 Infeccione post operatorias

. 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 Jesus Pal FECHA

OBSERVACIONES ----------



19

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 14 MES 06 AÑO 2023

I. Datos de la mascota																			
Nombre Pintada					Sexo: M ◯ H (X)												Sisben		
Especie			Canino ◯ Felino			raza ◯				Peso Aprox.									
Edad				Color		Pelaje				Vacunas si ◯ no ◯									
Estado de salud			buena (X)			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: Jesus Alfonso Pai	T.I./C.C. 5221626
Dirección: la alambia 4A #5-17	Teléfono:
E-mail:	Sisben: SI (X) 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 Jesus Pai ---------- Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Pintada, especie canino ---------- felino---X---- DECLARO, SOLICITO ,A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario **LUIS ALEJANDRO GIRALDO G**, m.v.z tarjeta **profesional No 43906** Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realice 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z Luis Alejandro Giraldo** ,por las posibles complicaciones en 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 ,SARPULLIDOS 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 LUIS ALEJANDRO GIRALDO** , 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 Infeccione post operatorias

. 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 Jesus Pai FECHA

OBSERVACIONES ----------

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 integraria a las actividades familiares, así se fortalece la confianza en los animales



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Fecha de consulta: 05/07/2023

Ficha: 5340107264920000299

B7

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: JESUS ALFONSO

Apellidos: PAI QUIÑONES

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 5221626

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 23/03/2020

Última actualización ciudadano: 23/03/2020

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

"La información de su encuesta debe ser revisada por inconsistencias presentadas en los procedimientos atribuibles a la recolección de información. La oficina Sisben debe realizar en un plazo no mayor a 12 meses, un proceso para dar solución a este hallazgo. En caso de que la oficina no realice este proceso en el plazo mencionado, se realizará un bloqueo preventivo de su encuesta. Si requiere mayor información por favor comunicarse con la oficina Sisbén de su municipio"

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

16

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 13 MES 06 AÑO 2023

I. Datos de la mascota																	
Nombre	Miñao			Sexo: M ◯ H ◯												Sisbey	
Especie	Canino ◯ Felino			raza ◯			Peso Aprox.										
Edad	Tricolor		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 M Cortez	T.I./C.C.	41370394
Dirección:	Mz 38 #22 Ht #1	Teléfono:	3203344699
e-mail:		Sisben: SI ◯ NO ◯	Nivel 1 (2) (3) ◯

PROCEDIMIENTO VETERINARIO Leandro
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"

YO Claudia Cortez 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 información impresa sobre las recomendaciones a tener en cuenta en el post-operatorio y la formula medicamentos

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE Claudia C FECHA FECHA

11

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 06 MES 06 AÑO 2023

I. Datos de la mascota

Nombre	Balboa			Sexo: M ◯ H ◯													
Especie		Canino ◯	Felino ◯	raza ◯			Peso Aprox.										
Edad	Bentley	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 ◯								

Soben

II. Datos del propietario

Nombre:	Claudia M. Galvis	T.I./C.C.	41870391
Dirección:	Mz 38/22 Mt #1	Teléfono:	3203744699
E-mail:		Sisben: SI ◯ NO ◯	Nivel 1 (2) (3) ◯

A3

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 M Galvis Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Balboa 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 06-06-2023

OBSERVACIONES Claudia gpr.



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

11

Registro válido

A3

Fecha de consulta: 06/06/2023

Ficha: 63401556546800005791

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: CLAUDIA MILENA

Apellidos: GALVIS BELTRAN

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 41870391

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 14/03/2022

Última actualización ciudadano: 14/03/2022

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

LA TEBAIDA

FUNAT

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 13 MES 07 AÑO 2023

I. Datos de la mascota																		Sisben
Nombre	minino			Sexo: M (/) H (Ø)														
Especie	Canino (Ø) Felino (/)			raza (Ø)			Peso Aprox.											
Edad		Color		Pelaje			Vacunas si (Ø) no (Ø)											
Estado de salud	buena (Ø)			regular (Ø)			mala (Ø)											
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 (Ø)			desnutrido (Ø)			soberest (Ø)											

II. Datos del propietario	
Nombre: luz Edith marin	T.I./C.C. 52389265
Dirección: B/Nueva tebaida 2 #144 #15	Teléfono: 3134854974
E-mail:	Sisben: SI (Ø) NO (Ø) Nivel 1 (2) (3) (Ø)

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 L. Edith marin 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 **LUIS ALEJANDRO GIRALDO G**, m.v.z tarjeta **profesional No 43906** Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realice 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z Luis Alejandro Giraldo** ,por las posibles complicaciones en 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 ,SARPULLIDOS 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 LUIS ALEJANDRO GIRALDO** , 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 io 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 Infeccione post operatorias

. hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han expiicado ios riesgos de cualquier intervención quirúrgica y io 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 L. Edith M. FECHA

52389265

OBSERVACIONES ----------

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

A5

Fecha de consulta: 05/07/2023

Ficha: 63401008547600000111

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: LUZ EDITH

Apellidos: MARIN GOMEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 52389265

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindio

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 16/06/2021

Última actualización ciudadano: 16/06/2021

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

21 19

LA TEBAIDA

FUNAT

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 14 **MES** 06 **AÑO 2023**

I. Datos de la mascota																				
Nombre	Apolo			*Sexo: M* ◯ *H* ◯															S	
Especie	*Canino* ◯ *Felino*			*raza* ◯						*Peso Aprox.*										
Edad	gris				*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:	Melva Lorena Olguin	*T.I./C.C.*	41871725
Dirección:	Mz F. # 16 - Un 2	*Teléfono:*	3135276069.
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 M.LORENA ---------- 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 **LUIS ALEJANDRO GIRALDO G**, m.v.z tarjeta **profesional No 43906** Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realice 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z Luis Alejandro Giraldo** ,por las posibles complicaciones en 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 ,SARPULLIDOS 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 LUIS ALEJANDRO GIRALDO** , 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 io 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 Infeccione post operatorias

. hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han explicado ios riesgos de cualquier intervención quirúrgica y io 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

M.LORENA Holguin

OBSERVACIONES ----------



Sisbén

21

Registro válido

A3

Fecha de consulta: 02/06/2023

Ficha: 63401005547300000394

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MELVA LORENA

Apellidos: HOLGUIN MEJIA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 41871725

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 16/07/2019

Última actualización ciudadano: 03/09/2019

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

6 20

FUNAT

LA TEBAIDA

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 14 **MES** 6 **AÑO 2023**

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

Sisbén

II. Datos del propietario			
Nombre:	Carolina Higuita	*T.I./C.C.*	1096037033
Dirección:	Cantaro N° 07-2	*Teléfono:*	3108331365
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.**

Carolina Higuita

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 **LUIS ALEJANDRO GIRALDO G**, m.v.z tarjeta **profesional No 43906** Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realice 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z Luis Alejandro Giraldo** ,por las posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento , incluyendo la muerte , así como en caso de hurto o perdida 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 ,SARPULLIDOS 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 LUIS ALEJANDRO GIRALDO** , 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 io 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 Infeccione post operatorias

. hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han explicado ios riesgos de cualquier intervención quirúrgica y io 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 X FECHA Carolina Higuita

OBSERVACIONES ----------



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

6

Registro válido

Fecha de consulta: 07/06/2023 A5

Ficha: 63401021548800000693

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: CAROLINA

Apellidos: HIGUITA ALFONSO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1096037033

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 18/07/2019

Última actualización ciudadano: 24/08/2019

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

(5) 21

FUNAT

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 14 **MES** 06 **AÑO 2023**

I. Datos de la mascota																		
Nombre	Noa			*Sexo: M* ◯ *H* ◯														
Especie	*Canino* ◯ *Felino*			*raza* ◯				*Peso Aprox.*										
Edad	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:	Angie Tatiana Morales	*T.I./C.C.*	1096038445
Dirección:		*Teléfono:*	
E-mail:	Villa Adriana MZ C-15	*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 Angie T Morales Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Noa, especie canino ---------- felino---------- DECLARO, SOLICITO ,A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario **LUIS ALEJANDRO GIRALDO G**, m.v.z tarjeta **profesional No 43906** Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realice 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z Luis Alejandro Giraldo** ,por las posibles complicaciones en 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 ,SARPULLIDOS 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 LUIS ALEJANDRO GIRALDO** , 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 Infeccione post operatorias

. hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han expiicado ios riesgos de cuaiquier intervención quirúrgica y io 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

Angie Tatiana Morales

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE FECHA

OBSERVACIONES ----------



Sisbén

Registro válido

A3

Fecha de consulta: 06/06/2023

Ficha: 6340101254800000629

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ANGIE TATIANA

Apellidos: MORALES ECHEVERRY

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1096038448

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 17/07/2019

Última actualización ciudadano: 13/08/2019

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

(5)

LA TEBAIDA

FUNAT

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 14 MES 06 AÑO 2023

I. Datos de la mascota																		Sisben
Nombre	pelusa-Bendi			*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: Angie lorena Giraldo Bartolo	*T.I./C.C.* 1096040496
Dirección: B/ Ciudad Jardin MS#11	*Teléfono:* 3136465277
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 A. Lorena 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 Médico Veterinario **LUIS ALEJANDRO GIRALDO** G, m.v.z tarjeta **profesional No 43906** Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realice 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z Luis Alejandro Giraldo** ,por las posibles complicaciones en 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 ,SARPULLIDOS 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 LUIS ALEJANDRO GIRALDO** , 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 Infeccione post operatorias

. hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han expiicado ios riesgos de cuaiquier intervención quirúrgica y io entiendo a satisfacción de iguai 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 . Lorena Giraldo . 1096040496 FECHA

OBSERVACIONES ----------



Sisbén

Registro válido

A4

Fecha de consulta: 14/06/2023

Ficha: 63401007547500001203

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ANGIE LORENA

Apellidos: GIRALDO BARTOLO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1096040496

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 14/08/2019

Última actualización ciudadano: 15/08/2019

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

FUNAT

LA TEBAIDA

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 14 MES 06 AÑO 2023

I. Datos de la mascota																		
Nombre	Feny			Sexo: M ◯ H ◯												Sisben		
Especie	Canino ◯ Felino			raza ◯			Peso Aprox.											
Edad	Blanca		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:	Melva Lorena Olguin	T.I./C.C.	41871725
Dirección:		Teléfono:	3135276069
E-mail:	Mt 7#16. Unizoj	Sisben: SI ◯ NO ◯	Nivel 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯

PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

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

YO Melva L Olguin ---------- Identificat(cado (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 **LUIS ALEJANDRO GIRALDO G**, m.v.z tarjeta **profesional No 43906** Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realice 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z Luis Alejandro Giraldo** ,por las posibles complicaciones en 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 ,SARPULLIDOS 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 LUIS ALEJANDRO GIRALDO** , 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 io 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 Infeccione post operatorias

. hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han expiicado ios riesgos de cualquier intervención quirúrgica y io 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 M.Olguin FECHA

OBSERVACIONES ----------

LA TEBAIDA

FUNAT

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 14 MES 06 AÑO 2023

I. Datos de la mascota																	
Nombre	Pantera			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	Ito veterinario	si	no	Celo	si	no	Lactancia	si	no	Ayunas	si	no			
Estado corporal	normal ◯			desnutrido ◯				soberest ◯									

II. Datos del propietario			
Nombre:	Melus Lorena olguin	T.I./C.C.	41871225
Dirección:		Teléfono:	3135276069
E-mail:	Mz F # 16 Unidos	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 Melus L olguin 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 **LUIS ALEJANDRO GIRALDO G**, m.v.z tarjeta **profesional No 43906** Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realice 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z Luis Alejandro Giraldo** ,por las posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento , incluyendo la muerte , asi 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 ,SARPULLIDOS 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 LUIS ALEJANDRO GIRALDO** , 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 io 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 Infeccione post operatorias

. hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han explicado ios riesgos de cualquier intervención quirúrgica y io 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 Morena Holguin CEDULA

OBSERVACIONES ----------



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 05/07/2023

Ficha: 63401005547300000394

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MELVA LORENA

Apellidos: HOLGUIN MEJIA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 41871725

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindio

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 16/07/2019

Última actualización ciudadano: 03/09/2019

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 14 **MES** 06 **AÑO 2023**

I. Datos de la mascota																		
Nombre	Pizza			*Sexo: M* ◯ *H* ◯													Sisben	
Especie	Amarilla	*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:	Melva Lolgun.	*T.I./C.C.*	41871725
Dirección:		*Teléfono:*	3133527 6069
E-mail:	M7 F # 16 (Mza)	*Sisben: SI* ◯ *NO* ◯ *Nivel* 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯	

A3

PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

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

YO Melva Lolgun ---------- 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 **LUIS ALEJANDRO GIRALDO G**, m.v.z tarjeta **profesional No 43906** Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realice 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z Luis Alejandro Giraldo** ,por las posibles complicaciones en 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 ,SARPULLIDOS 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 LUIS ALEJANDRO GIRALDO** , 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 io 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 Infeccione post operatorias

. hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han explicado ios riesgos de cualquier intervención quirúrgica y io 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 M. LORENA HOLGUIN CC

OBSERVACIONES ----------



LA TEBAIDA

FUNAT

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 14 **MES** 06 **AÑO 2023**

I. Datos de la mascota																	
Nombre	Kira			*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:	Melva Lorena Holguin	*T.I./C.C.*	41871725
Dirección:	## Oasis de vida Mz 2 - 12	*Teléfono:*	3135276069
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 Melva L Holguin. Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Kira, especie canino ---------- felino---------- DECLARO, SOLICITO ,A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario **LUIS ALEJANDRO GIRALDO G**, m.v.z tarjeta **profesional No 43906** Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realice 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z Luis Alejandro Giraldo** ,por las posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento , incluyendo la muerte , asi 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 ,SARPULLIDOS 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 LUIS ALEJANDRO GIRALDO** , 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 io 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 Infeccione post operatorias

. hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han explicado ios riesgos de cualquier intervención quirúrgica y io 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

X M. Lorena Holguin

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE FECHA

OBSERVACIONES ----------



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 05/07/2023

Ficha: 63401005547300000394

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MELVA LORENA

Apellidos: HOLGUIN MEJIA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 41871725

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindio

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 16/07/2019

Última actualización ciudadano: 03/09/2019

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

27

ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 14 **MES** 06 **AÑO 2023**

I. Datos de la mascota																		
Nombre	Estrellita			*Sexo: M* ○ *H* ●														
Especie	Estrellita			*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:	Luz Ed. Cardona.	*T.I./C.C.*	42027864
Dirección:		*Teléfono:*	3218082437
E-mail:	Nueva tebaida #1 MZ 10 - 7.	*Sisben:*	*SI* ● *NO* ○ *Nivel* 1 ○ 2 ● 3 ○

C3

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 Ed. Cardona. identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Estrellita, especie canino ---------- felino---------- DECLARO, SOLICITO ,A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario **LUIS ALEJANDRO GIRALDO G,** m.v.z tarjeta **profesional No 43906** Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realice 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z Luis Alejandro Giraldo** ,por las posibles complicaciones en 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 ,SARPULLIDOS 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 LUIS ALEJANDRO GIRALDO** , 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 Infeccione post operatorias

. 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

Luz E. Cardona

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE

FECHA

OBSERVACIONES ----------



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 06/07/2023 C3

Ficha: 63401071749200000007

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: LUZ EDI

Apellidos: CARDONA TABORDA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 42027864

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 21/04/2023

Última actualización ciudadano: 21/04/2023

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

18

FUNAT

LA TEBAIDA

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 14 MES 06 AÑO 2023

I. Datos de la mascota																		
Nombre	Luna			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 Edit Cardona.	T.I./C.C.	42027864
Dirección:		Teléfono:	3243493932
E-mail:	M1 10-7. Mt #1	Sisben: SI ◯ NO ◯ Nivel 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯	C 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 **LUIS ALEJANDRO GIRALDO G**, m.v.z tarjeta **profesional No 43906** Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realice 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z Luis Alejandro Giraldo** ,por las posibles complicaciones en 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 ,SARPULLIDOS 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 LUIS ALEJANDRO GIRALDO** , 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 Infeccione post operatorias

. hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han expiicado ios riesgos de cualquier intervención quirúrgica y io 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

Luz Edit cardona taborda

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE

OBSERVACIONES ----------



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

18

Registro válido

C3

Fecha de consulta: 31/05/2023

Ficha: 63401071749200000007

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: LUZ EDI

Apellidos: CARDONA TABORDA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 42027864

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 21/04/2023

Última actualización ciudadano: 21/04/2023

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

17

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 15 MES 06 AÑO 2023

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

Sisben

II. Datos del propietario			
Nombre:	Veronica Giraldo	T.I./C.C.	1097722294
Dirección:		Teléfono:	3218095255
E-mail:	Villa Centenario C.S1	Sisben: SI ○ NO ○	Nivel 1 (2) (3) ○

PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

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

YO Veronica 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 Médico Veterinario **LUIS ALEJANDRO GIRALDO G**, m.v.z tarjeta **profesional No 43906** Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realice 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z Luis Alejandro Giraldo** ,por las posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento , incluyendo la muerte , así como en caso de hurto o perdida 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 ,SARPULLIDOS 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 LUIS ALEJANDRO GIRALDO** , 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 Infeccione post operatorias

. 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 Veronica Viviana Giraldo

FECHA 1097722294

OBSERVACIONES ----------

Sisbén

17

Registro válido

A4

Fecha de consulta: 30/05/2023

Ficha: 63401072649200000696

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: VERONICA BIBIANA

Apellidos: GIRALDO GOMEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1097722294

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 18/06/2020

Última actualización ciudadano: 18/06/2020

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

FUNAT

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 17 · MES 06 AÑO 2023

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

II. Datos del propietario			
Nombre:	Adela Rivas	T.I./C.C.	41898824
Dirección:		Teléfono:	3234593356
E-mail:	Villa Maria MZA-6 BC	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 Adela Rivas ---------- 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 **LUIS ALEJANDRO GIRALDO G**, m.v.z tarjeta **profesional No 43906** Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realice 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z Luis Alejandro Giraldo** ,por las posibles complicaciones en 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 ,SARPULLIDOS 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 LUIS ALEJANDRO GIRALDO** , 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 io 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 Infeccione post operatorias

. hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han expiicado ios riesgos de cualquier intervención quirúrgica y io 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 Adela Rivas FECHA

OBSERVACIONES ----------



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 05/07/2023 B6

Ficha: 63401073749400001404

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ADIELA

Apellidos: RIVAS

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 41898824

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 21/01/2021

Última actualización ciudadano: 21/01/2021

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

FUNAT

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 18 **MES** 06 **AÑO 2023**

I. Datos de la mascota																		
Nombre			Oreyana			*Sexo: M* ◯ *H* ◯									Simba			
Especie	4 Años		*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:	Daniela Piñeros	*T.I./C.C.* 1005098340
Dirección:	Cantaito Mz E3-26	*Teléfono:* 3113330266
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 Daniela Piñeros 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 **LUIS ALEJANDRO GIRALDO G**, m.v.z tarjeta **profesional No 43906** Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realice 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z Luis Alejandro Giraldo** ,por las posibles complicaciones en 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 ,SARPULLIDOS 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 LUIS ALEJANDRO GIRALDO** , 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 Infeccione post operatorias

. hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han expiicado ios riesgos de cualquier intervención quirúrgica y io 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 X FECHA

OBSERVACIONES Daniela Piñeros

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Fecha de consulta: 05/07/2023 A5

Ficha: 6340155675040000032G

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: DANIELA

Apellidos: PIÑEROS CARDONA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1005098340

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 18/11/2022

Última actualización ciudadano: 18/11/2022

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**

"La información de su encuesta debe ser revisada por inconsistencias presentadas en los procedimientos atribuibles a la recolección de información. La oficina Sisben debe realizar en un plazo no mayor a 12 meses, un proceso para dar solución a este hallazgo. En caso de que la oficina no realice este proceso en el plazo mencionado, se realizará un bloqueo preventivo de su encuesta. Si requiere mayor información por favor comunicarse con la oficina Sisbén de su municipio"

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 06 AÑO 2023

I. Datos de la mascota															
Nombre Gitana				Sexo: M ◯ H (X)										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: Luis Duque	T.I./C.C. 9373620
Dirección: M tna 52 #23 Nueva Tebaida 2	Teléfono: 3177427646
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. Duque Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Gitana, especie canino ----X---- felino---------- DECLARO, SOLICITO ,A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario **LUIS ALEJANDRO GIRALDO G**, m.v.z tarjeta **profesional No 43906** Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realice 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z Luis Alejandro Giraldo** ,por las posibles complicaciones en 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 ,SARPULLIDOS 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 LUIS ALEJANDRO GIRALDO** , 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 Infeccione post operatorias

. 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 X Luis Duque FECHA

OBSERVACIONES ----------



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

B2

Fecha de consulta: 05/07/2023

Ficha: 63401016548400000142

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: LUIS EDUARDO

Apellidos: DUQUE COLORADO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 4373620

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 15/07/2019

Última actualización ciudadano: 18/07/2019

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

LA TEBAIDA

FUNAT

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 18 **MES** 06 **AÑO 2023**

I. Datos de la mascota																		
Nombre	Kale			*Sexo: M* ◯ *H* ◯													Sisben	
Especie	Perro	*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:	Carlos Andres Ocampo	*T.I./C.C.*	1837736
Dirección:	Cartago Mz H4-21	*Teléfono:*	3137135620
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 Carlos A. Ocampo identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Kale, especie canino ---------- felino---------- DECLARO, SOLICITO ,A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario **LUIS ALEJANDRO GIRALDO G**, m.v.z tarjeta **profesional No 43906** Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realice 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z Luis Alejandro Giraldo** ,por las posibles complicaciones en 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 ,SARPULLIDOS 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 LUIS ALEJANDRO GIRALDO** , 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 io 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 Infeccione post operatorias

. hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han expiicado ios riesgos de cualquier intervención quirúrgica y io 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

OBSERVACIONES ---------- 1837736



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

A3

Fecha de consulta: 05/07/2023

Ficha: 63401007547500000744

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: CARLOS ANDRES

Apellidos: OCAMPO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 18370736

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindio

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 18/07/2019

Última actualización ciudadano: 22/08/2019

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

LA TEBAIDA

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

FUNAT

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 18 MES 06 AÑO 2023

I. Datos de la mascota																	
Nombre	Luna				Sexo: M ○ H ○												
Especie		Canino ○ Felino ○			raza ○ C			Peso Aprox.									
Edad	Bebe		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:	Sandra G.	T.I./C.C.	1094893437
Dirección:		Teléfono:	3126246332
E-mail:	Ciudad J. Mz 2-5	Sisben SI ○ NO ○	Nivel 1 ② 3 ○

PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

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

YO Sandra G. ---------- 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 **LUIS ALEJANDRO GIRALDO G**, m.v.z tarjeta **profesional No 43906** Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realice 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z Luis Alejandro Giraldo** ,por las posibles complicaciones en 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 ,SARPULLIDOS 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 LUIS ALEJANDRO GIRALDO** , 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 io 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 Infeccione post operatorias

. hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han explicado ios riesgos de cualquier intervención quirúrgica y io 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 X Sandra G. CEDULA 6

OBSERVACIONES ----------



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Fecha de consulta: 05/07/2023 A2

Ficha: 6340155674940000 5080

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: SANDRA MILENA

Apellidos: GIL MARTINEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1094893433

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 03/02/2022

Última actualización ciudadano: 03/02/2022

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

"La información de su encuesta debe ser revisada por inconsistencias presentadas en los procedimientos atribuibles a la recolección de información. La oficina Sisben debe realizar en un plazo no mayor a 12 meses, un proceso para dar solución a este hallazgo. En caso de que la oficina no realice este proceso en el plazo mencionado, se realizará un bloqueo preventivo de su encuesta. Si requiere mayor información por favor comunicarse con la oficina Sisbén de su municipio"

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

ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 18 **MES** 06 **AÑO 2023**

I. Datos de la mascota																			
Nombre	Gatubela.			*Sexo: M* ◯ *H* ◯														Sisben.	
Especie	*Canino* ◯ *Felino* X			*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:	Maria. Yesenia Valencia	*T.I./C.C.*	27123272
Dirección:	Guayacanes M7. 2-18	*Teléfono:*	3117281472
E-mail:		*Sisben:*	*SI* ◯ *NO* ◯ *Nivel* 1 (2) (3) ◯ C2

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.**

Maria Yesenia Valencia.

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 **LUIS ALEJANDRO GIRALDO G**, m.v.z tarjeta **profesional No 43906** Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realice 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z Luis Alejandro Giraldo** ,por las posibles complicaciones en 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 ,SARPULLIDOS DE LA PIEL , CONDICIONES TEMPORALES DE LETARGO ,PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE .YO exonero a la **FUNDACION NARURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y AL M,V,Z LUIS ALEJANDRO GIRALDO** , 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 Infeccione post operatorias

. 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

OBSERVACIONES ----------

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 05/07/2023

Ficha: 63401070649200000198

C2

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA TEODOLINDA

Apellidos: VALENCIA CABEZAS

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 27123272

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 20/01/2023

Última actualización ciudadano: 20/01/2023

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 19 **MES** 06 **AÑO 2023**

I. Datos de la mascota															
Nombre	Muñeca			*Sexo: M* ◯ *H* ◯											
Especie	Canino ◯ Felino			*raza* ◯			*Peso Aprox.*								
Edad	Blanca		*Color*	*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*	*no*	
Estado corporal	*normal* ◯			*desnutrido* ◯			*soberest* ◯								

II. Datos del propietario			
Nombre:	Nohemy Ramirez	*T.I./C.C.*	66657752
Dirección:	Mz 39 - 22 Int #1	*Teléfono:*	3148631811
E-mail:		*Sisben: SI* ◯ *NO* ◯ *Nivel* 1 (2) (3) ◯	

C6.

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 Nohemy Ramirez 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 **LUIS ALEJANDRO GIRALDO G**, m.v.z tarjeta **profesional No 43906** Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realice 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z Luis Alejandro Giraldo** ,por las posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento , incluyendo la muerte , así como en caso de hurto o perdida 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 ,SARPULLIDOS 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 LUIS ALEJANDRO GIRALDO** , 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 io 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 Infeccione post operatorias

. hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han expiicado ios riesgos de cualquier intervención quirúrgica y io entiendo a satisfacción de iguai 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

OBSERVACIONES ----------



LA TEBAIDA

FUNAT

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 19 MES 06 AÑO 2023

I. Datos de la mascota																		
Nombre	Pincoso				Sexo: M ◯ H ◯											Sisben		
Especie	Canino ◯ Felino				raza ◯				Peso Aprox.									
Edad	Cachorro		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:	No Hemy Ramirez	T.I./C.C.	66653752
Dirección:		Teléfono:	3148673181
E-mail:	Mz 39-22. Mt #1	Sisben: SI ◯ NO ◯	Nivel 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ C6

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 No Hemy Ramirez ---------- 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 **LUIS ALEJANDRO GIRALDO G**, m.v.z tarjeta **profesional No 43906** Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realice 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z Luis Alejandro Giraldo** ,por las posibles complicaciones en 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 ,SARPULLIDOS 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 LUIS ALEJANDRO GIRALDO** , 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 io 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 Infeccione post operatorias

. hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han expiicado ios riesgos de cuaiquier intervención quirúrgica y io entiendo a satisfacción de iguai 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: No Hemy Ramirez Rivera. FECHA

OBSERVACIONES ----------



Sisbén

Registro válido

C6

Fecha de consulta: 05/07/2023

Ficha: 63401005547300000098

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: NOHEMY

Apellidos: RAMIREZ RIVERA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 66653752

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

38

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

FUNAT

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 19 **MES** 06 **AÑO 2023**

I. Datos de la mascota																
Nombre	Mirringo			*Sexo: M* ◯ *H* ⊗											Sisben	
Especie	*Canino* ◯ *Felino* X			*raza* ⊗ C			*Peso Aprox.*									
Edad		*Color*		*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* ◯	*no*		
Estado corporal	*normal* ◯			*desnutrido* ◯			*soberest* ◯									

II. Datos del propietario			
Nombre:	Martha R Calmons	*T.I./C.C.*	1097392208
Dirección:	Mz 28-32	*Teléfono:*	3045082282
E-mail:		*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.**

YO Martha R Calmons 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 **LUIS ALEJANDRO GIRALDO G**, m.v.z tarjeta **profesional No 43906** Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realice cirugia de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leido ,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 Luis Alejandro Giraldo** .por las posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento , incluyendo la muerte , así como en caso de hurto o perdida 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 ,SARPULLIDOS 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 LUIS ALEJANDRO GIRALDO** , 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 io 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 Infeccione post operatorias

. 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

OBSERVACIONES ----------

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

12

Registro válido

Fecha de consulta: 09/06/2023 A3

Ficha: 63401012548000000020

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MARTHA ROCIO

Apellidos: CARMONA AGUDELO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1097392208

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 12/07/2019

Última actualización ciudadano: 25/07/2019

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.097.392.208**

CARMONA AGUDELO

APELLIDOS

MARTHA ROCIO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-JUL-1988**

CALARCA
(QUINDIO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

28-JUL-2006 CALARCA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2601000-00243303-F-1097392208-20100701 **0022543202A 1** 24848235

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

FUNAT

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 19 MES 06 AÑO 2023

I. Datos de la mascota														
Nombre	Cuñado			Sexo: M ○ H ○									Sisben	
Especie	Canino ○ Felino ○			raza ○ C			Peso Aprox.							
Edad	B1.9 m		Color		Pelaje		Vacunas si ○ no ○							
Estado de salud	buena ○			regular ○			mala ○							
Fiebre	si	no	Diarrea	si	no	Vomito	si	no	Inapetencia	si	no	Golpes	si	no
Heridas	si	no	Tto veterinario	si	no	Celo	si	no	Lactancia	si	no	Ayunas	si	no
Estado corporal	normal ○			desnutrido ○			soberest ○							

II. Datos del propietario			
Nombre:	Gloria Alzate	T.I./C.C.	24999991
Dirección:		Teléfono:	3122993362
E-mail:	M1 #2 Mz. 58-2	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 Gloria J 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 GLORIA INES ALZATE

FECHA

OBSERVACIONES ----------



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 05/07/2023 **B4**

Ficha: 63401008547600000350

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: 16/07/2019

Última actualización ciudadano: 17/08/2019

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 19 MES 06 AÑO 2023

I. Datos de la mascota																		
Nombre	Michi			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 ○									

Suben

II. Datos del propietario			
Nombre:	Merly J Botero	T.I./C.C.	1096033818
Dirección:		Teléfono:	3142830128
E-mail:	M#1 Mz 54 - 28	Sisben: SI ○ NO ○ Nivel 1 2 3 ○	

A5

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 Merly J Botero ---------- 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 **LUIS ALEJANDRO GIRALDO G**, m.v.z tarjeta **profesional No 43906** Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realice 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z Luis Alejandro Giraldo** ,por las posibles complicaciones en 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 ,SARPULLIDOS 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 LUIS ALEJANDRO GIRALDO** , 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 Infeccione post operatorias

. 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 Merly J. Botero FECHA 19-06-2023

OBSERVACIONES ----------



Sisbén

Registro válido A5

Fecha de consulta: 22/03/2023

Ficha: 63401557750600000035

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MERLY JANETH

Apellidos: BOTERO CASTAÑEDA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1096033818

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 05/03/2023

Última actualización ciudadano: 05/03/2023

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

LA TEBAIDA

FUNAT

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 19 MES 06 AÑO 2023

I. Datos de la mascota																		
Nombre	Lulu			Sexo: M ◯ H ◯													Sisben	
Especie		Canino ◯ Felino		raza ◯			Peso Aprox.											
Edad	Negra	Color	Blanca	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:	Isabel Quintero	T.I./C.C.	1094969338
Dirección:		Teléfono:	3137899223
E-mail:	Casa mz 2- 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 Isabel Quintero Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Lulu, 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 tomer 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 Isabel Quintero 1094969338 FECHA

OBSERVACIONES ----------



Sisbén

Registro válido

B1

Fecha de consulta: 05/07/2023

Ficha: 63401073749400001389

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA ISABEL

Apellidos: GIRALDO QUINTERO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1094969338

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 10/11/2020

Última actualización ciudadano: 10/11/2020

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

42

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 19 **MES** 06 **AÑO 2023**

I. Datos de la mascota																		
Nombre	Niky			*Sexo: M* ○ *H* ○														
Especie	*Canino* ○ *Felino*			*raza* ○				*Peso Aprox.*										
Edad	Amarilla - B		*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:	Jorge A. Bolaños	*T.I./C.C.* 1096036928
Dirección:	MZ 1 # 21-21	*Teléfono:* 3225405749
E-mail:		*Sisben: SI* ○ *NO* ○ *Nivel 1* ② ③ ○

A2

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 A Bolaños 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 **LUIS ALEJANDRO GIRALDO G**, m.v.z tarjeta **profesional No 43906** Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realice 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z Luis Alejandro Giraldo** ,por las posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento , incluyendo la muerte , asi 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 ,SARPULLIDOS 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 LUIS ALEJANDRO GIRALDO** , 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 Infeccione post operatorias

. 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

OBSERVACIONES ---------- 1096036928 ----------

LA TEBAIDA

FUNAT

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 14 **MES** 06 **AÑO 2023**

I. Datos de la mascota														
Nombre	Lupita				*Sexo:* M ◯ H ◯									
Especie		*Canino* ◯ *Felino* ◯			*raza* ◯			*Peso Aprox.*						
Edad	Beige		*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:	Yonatha Bolaños	*T.I./C.C.*	1096037533
Dirección:	Mza Canagua 28 i	*Teléfono:*	3206938643
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.**

Yonatha Bolaños

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 **LUIS ALEJANDRO GIRALDO G**, m.v.z tarjeta **profesional No 43906** Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realice 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z Luis Alejandro Giraldo** ,por las posibles complicaciones en 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 ,SARPULLIDOS 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 LUIS ALEJANDRO GIRALDO** , 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 Infeccione post operatorias

. hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han expiicado 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

X Yonatan Bolaños

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE FECHA

OBSERVACIONES ----------



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

B3

Pobreza moderada

Fecha de consulta: 05/07/2023

Ficha: 63401021548800001038

DATOS PERSONALES

Nombres: YONATAN

Apellidos: BOLAÑOS ERAZO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1096034530

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 22/07/2019

Última actualización ciudadano: 18/04/2023

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

FUNAT

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 19 MES 06 AÑO 2023

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

II. Datos del propietario			
Nombre:	Juliana escobar	T.I./C.C.	1005098662
Dirección:		Teléfono:	3147707975
E-mail:	M#2 ME 49-26	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 Juliana escobar identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Morgan, 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

X Juliana Escobar

OBSERVACIONES ----------



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

B4

Fecha de consulta: 05/07/2023

Ficha: 63401019548900000153

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: YULIANA ALEJANDRA

Apellidos: ESCOBAR CARTAGENA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1005098662

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 15/07/2019

Última actualización ciudadano: 28/10/2021

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

LA TEBAIDA

FUNAT

ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 19 MES 06 AÑO 2023

I. Datos de la mascota																				
Nombre Sabrina						Sexo: M ( ) H (X)													Sisben	
Especie			Canino (X) Felino			raza ( )					Peso Aprox.									
Edad AMARILLA			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 (X)			desnutrido ( )					soberest ( )									

II. Datos del propietario	
Nombre: Katiuska Pérez Paternina	T.I./C.C. 1003361948
Dirección: B. Elcantanto MD2 - Casa 3	Teléfono: 310 243 2539
E-mail:	Sisben: SI ( ) NO (X) 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 Katiuska Perez ---------- Identificado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada ----------, especie canino - ---------- felino---------- DECLARO, SOLICITO ,A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario **LUIS ALEJANDRO GIRALDO G**, m.v.z tarjeta **profesional No 43906** Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realice 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z Luis Alejandro Giraldo** ,por las posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento , incluyendo la muerte , asi como en caso de hurto o perdida 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 ,SARPULLIDOS 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 LUIS ALEJANDRO GIRALDO** , 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 estan 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 Infeccione post operatorias

. 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 Katiuska Perez C.C.

OBSERVACIONES ----------



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Fecha de consulta: 05/07/2023

Ficha: 6340155674940001012 9 C1

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: KATIUSKA

Apellidos: PEREZ PATERNINA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1003361948

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 13/01/2023

Última actualización ciudadano: 13/01/2023

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**

"La información de su encuesta debe ser revisada por inconsistencias presentadas en los procedimientos atribuibles a la recolección de información. La oficina Sisben debe realizar en un plazo no mayor a 12 meses, un proceso para dar solución a este hallazgo. En caso de que la oficina no realice este proceso en el plazo mencionado, se realizará un bloqueo preventivo de su encuesta. Si requiere mayor información por favor comunicarse con la oficina Sisbén de su municipio"

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 22 MES 06 AÑO 2023

I. Datos de la mascota																		
Nombre	Michi			Sexo: M ◯ H ◯														
Especie	8 meses			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:	Lina María Monsalve	T.I./C.C.	1187194[illegible]
Dirección:		Teléfono:	3224809876
E-mail:	14 de Agosto Mz 8-20	Sisben SI ◯ NO ◯ Nivel 1 (2) (3) ◯	

A3

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 Lina M. Monsalve ---------- 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 Lina María Monsalve FECHA FECHA 22-06-2023

OBSERVACIONES ----------



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

A3

Fecha de consulta: 11/05/2023

Ficha: 63401008547600000253

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: LINAMARIA

Apellidos: MONSALVE GRAJALES

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 41871947

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 19/04/2023

Última actualización ciudadano: 19/04/2023

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

1 - 10

22

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

FUNAT

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 25 MES 06 AÑO 2023

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

II. Datos del propietario			
Nombre:	Dra. Olm. Giraldes	T.I./C.C.	24497082
Dirección:		Teléfono:	3208243952
E-mail:	Mz 1 # 1 Mz 54 - 12	Sisben: SI ◯ NO ◯	Nivel 1 (2) 3 ◯

B1

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"

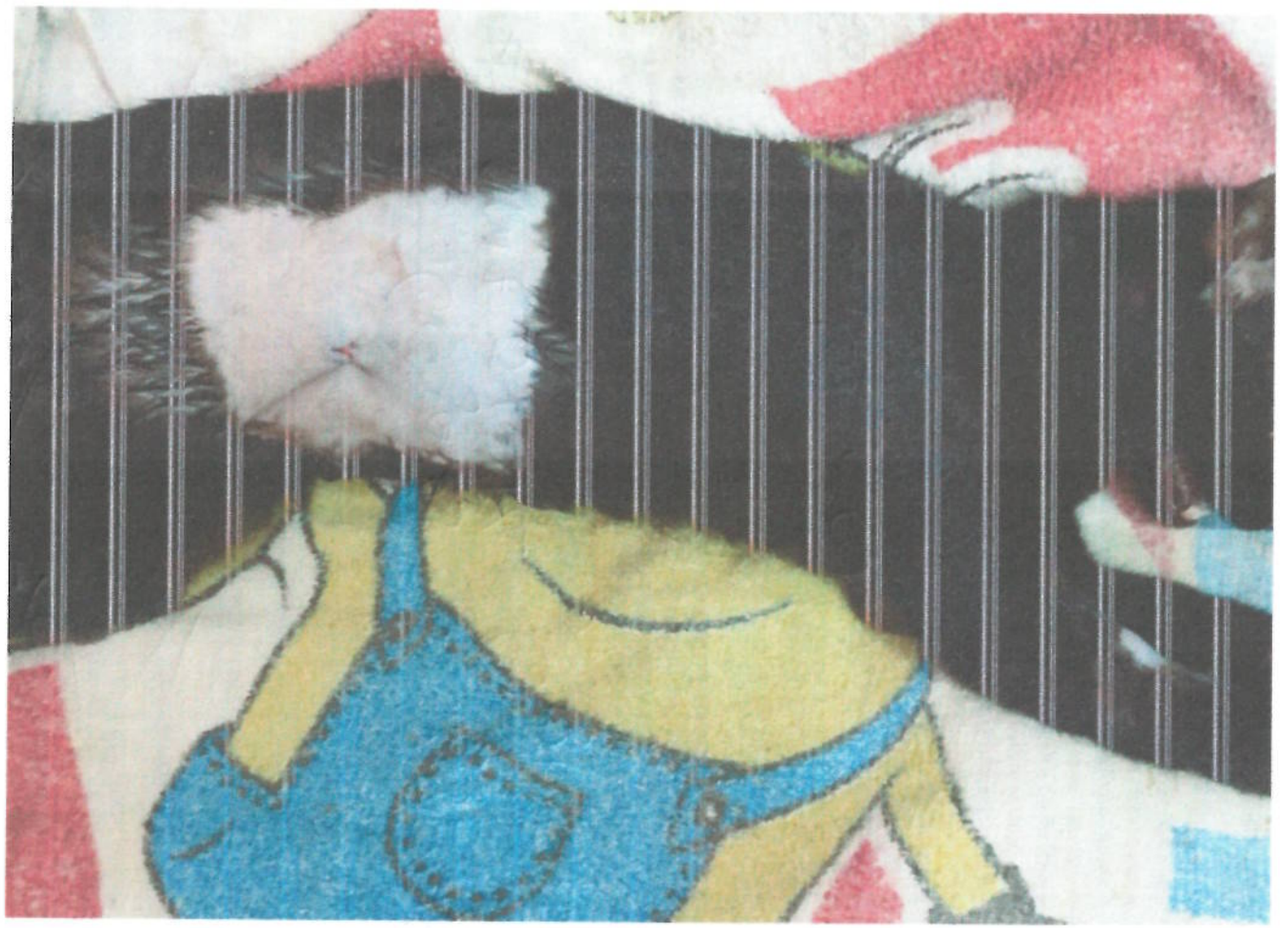
***Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinario.**

YO Dra. Olm Giraldes 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 **LUIS ALEJANDRO GIRALDO G**, m.v.z tarjeta **profesional No 43906** Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realice 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z Luis Alejandro Giraldo** ,por las posibles complicaciones en 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 ,SARPULLIDOS 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 LUIS ALEJANDRO GIRALDO** , 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 saiud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso io 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 Infeccione post operatorias

. hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han expiicado ios riesgos de cuaiquier intervención quirúrgica y io 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 Dra. Olm Giraldes

OBSERVACIONES ----------



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

B1

Fecha de consulta: 05/07/2023

Ficha: 63401021548800000497

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ANA OLMA

Apellidos: GRAJALES MORALES

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24497082

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 05/03/2020

Última actualización ciudadano: 05/03/2020

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

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 12 MES 06 AÑO 2023

I. Datos de la mascota																		
Nombre	Mathma				Sexo: M ◯ H ◯											Sisben		
Especie	Canino ◯ Felino ◯				raza ◯				Peso Aprox.									
Edad	Ama.			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:	Cindy L. Bernal.	T.I./C.C.	1078750925
Dirección:		Teléfono:	3102879482
E-mail:	Mz 49-21 Mt A2	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.**

Cindy Bernal

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 **LUIS ALEJANDRO GIRALDO G,** m.v.z tarjeta **profesional No 43906** Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realice 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z Luis Alejandro Giraldo** ,por las posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento , incluyendo la muerte , asi 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 ,SARPULLIDOS 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 LUIS ALEJANDRO GIRALDO** , 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 Infeccione post operatorias

. 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 X FECHA

OBSERVACIONES ---------- Cindy Bernal ----------

---

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



Sisbén

Registro válido

A4

Fecha de consulta: 06/07/2023

Ficha: 63401556749400002645

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: CINDY LIZETH

Apellidos: BERNAL MAHECHA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1078750925

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



LA TEBAIDA

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

FUNAT

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 28 MES 06 AÑO 2023

I. Datos de la mascota																			
Nombre	Bertulia				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:	Luz Angelica Castilla	T.I./C.C.	24498030
Dirección:		Teléfono:	3208402838
E-mail:	Pifano ber/mz 8-20	Sisben: Si ◯ NO ◯ Nivel 1 (2) 3 ◯	

B2

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 A. Castilla identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Bertulia, 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 Luz A. Castilla FECHA 28-06-2023

OBSERVACIONES ----------

Sisbén

Registro válido

B2

GRUPO SISBÉN IV
Pobreza moderada

Fecha de consulta: 09/03/2022

Ficha: 63401013548100001333

DATOS PERSONALES

Nombres: LUZ ANGELICA

Apellidos: CASTILLO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24498030

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindio

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 05/11/2020

Última actualización ciudadano: 05/11/2020

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