01

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

FUNAT

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA MES AÑO 2023

I. Datos de la mascota																		
Nombre	Mia				Sexo: M (X) H ( )													
Especie	Canino ( ) Felino X				raza ( )						Peso Aprox.						Sisben	
Edad 18 mes6			Color B - N		Pelaje				Vacunas si (X) no ( )									
Estado de salud	buena (X)				regular ( )						mala ( )							
Fiebre	si	no X	Diarrea	si	no X	Vomito	si	no X	Inapetencia	si	no X	Golpes	si	no X				
Heridas	si	no X	Tto veterinario	si	no X	Celo	si	no X	Lactancia	si	no X	Ayunas	si X	no				
Estado corporal	normal (X)				desnutrido ( )				soberest ( )									

II. Datos del propietario	
Nombre: Maiva Juliet Diaz	T.I./C.C. 1095208279
Dirección: Anapoima Mz 2 CS13a	Teléfono: 320 664 1894
-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 Maiva Díaz Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada --mia--------, 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 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 NARUTALEZA 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 dia ,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

Maiva Diaz

OBSERVACIONES

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro valido

A4

Fecha de consulta: 20/09/2023

Ficha: 63401013548100000800

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MAIRA YULIET

Apellidos: DIAZ HEREDIA

Tipo de documento: Tarjeta de identidad

Número de documento: 1095208279

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

02

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 29 MES 03 AÑO 2023

I. Datos de la mascota																		
Nombre	Milu				Sexo: M ○ H ⊗													
Especie	Canino ○ Felino X				raza ○				Peso Aprox.									
Edad Carey			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 ○								

Sisha

II. Datos del propietario			
Nombre:	Talia Ruiz	T.I./C.C.	1096034937
Dirección:		Teléfono:	3106834047
E-mail:	Arapiñuelas MZ 1-9	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.**

Talia Ruiz

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 A LA Médico Veterinario **LAURA MARCELA MAZO PATIÑO** , M.V.Z, tarjeta **profesional No 37991** 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 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 A LA M,V,Z LAURA MARCELA MAZO P,** 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 A LA M,V,Z LAURA MARCELA MAZO PATIÑO**, 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 Talia Ruiz FECHA

OBSERVACIONES ----------



Sisbén

Registro válido

A2

Fecha de consulta: 18/09/2023

Ficha: 63401021548800001139

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: TALIA MILADY

Apellidos: RUIZ MOLANO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1096038937

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 22/07/2019

Última actualización ciudadano: 27/09/2019

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

03

LA TEBAIDA

FUNAT

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 29 MES 08 AÑO 2023

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

II. Datos del propietario	
Nombre: Alexandra Herrera	T.I./C.C. 1096 033 361
Dirección: Cra 19 - A 15-79 A/ Comuna 1	Teléfono: 313 727 2709
-mail:	Sisben: SI (X) NO ( ) Nivel 1 (2) (3) ( )

Para cirugia

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 Alexandra---------- Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada ---Carin---------, 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 cirugia realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al dia ,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

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE FECHA

X Alexandra Herrera

OBSERVACIONES ----------

Sisbén

Fecha de consulta: 11/09/2023 B4

Ficha: 63401020548700000213

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ALEXANDRA

Apellidos: HERRERA PARRA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1096033361

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 09/12/2022

Última actualización ciudadano: 09/12/2022

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

04

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 29 **MES** 08 **AÑO 2023**

5

I. Datos de la mascota

Nombre			Charlote			**Sexo:** M ◯ H (X)											
Especie			**Canino** ◯ **Felino**			**raza** ◯			**Peso Aprox.**								
Edad				**Color**		**Pelaje**			**Vacunas si** ◯ **no** (X)								
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** ◯								

Sisben

II. Datos del propietario

Nombre: Gabriel Guapacha	**T.I./C.C.** 18371469
Dirección: Nueva Tebaida Mzna 26 casa 13	**Teléfono:** 3009446133
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 Gabriel Guapacha identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Charlote, 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 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

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 Gabriel A Guapacha FECHA

18371469

OBSERVACIONES ----------



Sisbén

Registro valido

Fecha de consulta: 20/09/2023

Ficha: 63401556749400000448

B5

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ARCANGEL GABRIEL

Apellidos: GUAPACHA QUINTERO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 18371469

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 04/06/2021

Última actualización ciudadano: 04/06/2021

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

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

05

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

FUNAT

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 29 MES 08 AÑO 2023

I. Datos de la mascota

Nombre	Niky			Sexo: M ( ) H (x)										Sisben	
Especie	Canino ( ) Felino x			raza ( )			Peso Aprox.								
Edad 9 meses y medio		Color		Pelaje Amarillo			Vacunas si ( ) no (x)								
Estado de salud	buena (x)			regular ( )			mala ( )								
Fiebre	si	no x	Diarrea	si	no x	Vomito	si	no x	Inapetencia	si	no x	Golpes	si	no x	
Heridas	si	no x	Tto veterinario	si	no x	Celo	si	no x	Lactancia	si	no x	Ayunas	si x	no	
Estado corporal	normal (x)			desnutrido ( )			soberest ( )								

II. Datos del propietario

Nombre: Heidy	T.I./C.C. 1088236824
Dirección: Mz L casa 17 Cristales	Teléfono: 300 6428124
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 Heidy ---------- Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada ----------, especie canino ---------- felino-X------- DECLARO, SOLICITO ,A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL 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 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

x

FECHA

OBSERVACIONES ----------



Sisbén

Fecha de consulta: 10/09/2023

Ficha: 63401008547600000130

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: JEYDY

Apellidos: BONILLA GOMEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1088236824

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 15/07/2019

Úitima actualización ciudadano: 01/08/2019

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

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

Dicolor M-480 Plus

Guía de Instalación



Registro válido

Fecha de consulta: 09/09/2023

Ficha: 634010065474000011 39



GRUPO SISBÉN IV
Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA ALEJANDRA

Apellidos: ARBOLEDA POTES

Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

Número de documento:

1096032850

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

FUNAT

LA TEBAIDA

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 22 MES 8 AÑO 2023

I. Datos de la mascota															
Nombre	tomas			Sexo: M (X) H ( )									Sisben		
Especie	Canino ( ) Felino (X)			raza (X) C				Peso Aprox.							
Edad	2		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 (O)	no	
Estado corporal	normal ( )			desnutrido ( )				soberest ( )							

II. Datos del propietario			
Nombre:	Olga s londoño	T.I./C.C.	24498137
Dirección:		Teléfono:	3202408220
mail:	Gaytcans. MMZC4.	Sisben: SI (O) NO ( ) Nivel 1 (2) (3) ( )	

PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

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

YO Olga s londoño identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada ----------, especie canino ---------- felino---X------ DECLARO, SOLICITO ,A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario **LUIS ALEJANDRO GIRALDO G**, m.v.z tarjeta **profesional No 43906** Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBÁIDA, 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 cirugia 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 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

Olga Londoño

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE

CEDULA

OBSERVACIONES ----------



Sisbén

Fecha de consulta: 10/08/2023 B5

Ficha: 63401556546800002794

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: OLGA ESTELA

Apellidos: LONDOÑO CHICA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24498137

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 20/08/2021

Última actualización ciudadano: 20/08/2021

Última actualización via registros administrativos:

15

*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

Efigas
Ahí siempre

¡Hola!

JHON JAIRO QUINTERO

Tu código de contrato es **26496**

Estar ahí siempre significa ser una red de personas trabajando por tu seguridad y calidez.

Tu factura fue expedida el 25/05/2023 10:29:22

EN TOTAL TE FACTURAMOS

Servicio público	$ 64.671
Brilla	
Otros servicios	
Valor en reclamo	$ 0
Saldo a favor	$ 0
TOTAL A PAGAR	**$ 64.671**
Si no pagas antes de	07/06/2023
Te quedas sin servicio desde	08/06/2023
Documento equivalente	1189978586
Referencia de pago	168752572

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

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

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

Gerente

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 830.056.812-8 TD 0-00021

7148

164 ANTE UNA EMERGENCIA COMUNÍCATE

ATENDEMOS TODAS TUS SOLICITUDES. SI TIENES DUDAS O REQUIERES ALGÚN SERVICIO, PONTE EN CONTACTO.

01 8000 96 63 44 LÍNEA DE SERVICIO AL CLIENTE

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

www.efigas.com.co

DATOS DE TU PREDIO

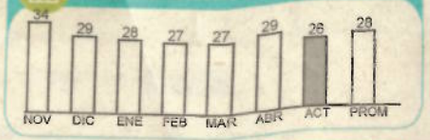
Dirección de entrega: GUAYACANES MZN 4 CS- 9
Dirección del predio: GUAYACANES MZN 4 CS- 9
Estrato: 2
Barrio: GUAYACANES, (LA TEBAIDA)
Municipio: LA TEBAIDA
Clase de servicio: RESIDENCIAL

DATOS TÉCNICOS DE TU CONSUMO

Lectura actual 3609 − Lectura anterior 3580 × Factor de corrección 0,8910 = Consumo m³ 26

Periodo de consumo: 20/ABR - 19/MAY
Días de consumo: 30
Medidor: U00081773F
Observación de no lectura

TU CONSUMO EN M3 LOS ÚLTIMOS MESES



CONCEPTO

CONCEPTO	CARGO DEL MES – CAPITAL	CARGO DEL MES – INTERESES	SALDO PENDIENTE DESPUÉS DE ESTE PAGO	CUOTAS PENDIENTES DESPUÉS DE ESTE PAGO
SERVICIO DE GAS (Número de servicio,26496)				
Consumo de gas natural	$ 80.840			
Subsidio	$ -30.140			
Cuota revisión técnica reglamentaria (Tasa 3,1685%)	$ 2.565	$ 2.858	$ 87.635	23/24
Cuota IVA (Tasa 3,1685%)	$ 487	$ 543	$ 16.651	23/24
Recargo por mora excluido de IVA	$ 4			
Recargo por mora gravado con IVA	$ 2			
Recargo por mora excluido de IVA	$ 365			
IVA	$ 543			
Recargo mora credigas	$ 1		$ 4	-9/60
Diferido alivio brilla y/o demás servicios JULIO/20 TASA 0,0000%	$ 1.746		$ 3.482	2/36
Diferido alivio consumo gas JULIO/20 TASA 0,0000%	$ 305		$ 1.540	5/36
Diferido alivio brilla y/o demás servicios MAYO/20 TASA 0,0000%	$ 3.678		$ 3.841	1/36
Diferido alivio consumo gas MAYO/20 TASA 0,0000%	$ 874		$ 2.607	3/36
TOTAL SERVICIO:	**$ 61.270**	**$ 3.401**	**$ 115.760**	

$ 6996 fenos

Paga tu factura a tiempo.

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

REVISIÓN TÉCNICA REGLAMENTARIA

El certificado de tu red de gas natural se encuentra al día. Aún te faltan 53 meses para iniciar la gestión del nuevo certificado. Espera nuestros comunicados oficiales o consulta en la línea gratuita 018000966344.

RTR

Tu cupo aprobado Brilla es de:

Consulta tu cupo en www.brilladefigas.com

*Aplica reglamento del programa

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

Brilla







(415)7709998002425(8020)0168752572360(

NO COLOQUES SELLOS SOBRE EL CO

NIT 800.202.195-3 / Responsable de IVA NUIR 3 1700100010 / VIGILADA S.S.P. / somos autorretenedores | Res. 12220 de 26-12-2022 | Autorretenedores | Res. 0124 de 01-1999 | Agentes de IVA.

Efigas Ahí siempre

www.efigas.com.co

ISO 9001 SC-CER 115018 | ISO 14001 SC-CER 522766 | ISO 45001 OS-CER 522766 | Sello de Sostenibilidad CER-SOS-21-004 | IQNet

Superservicios
Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios

SOMOS RESPONSABLES CON EL MEDIO AMBIENTE

Brilla
Creciendo contigo
www.brilladeefigas.com

PENSANDO EN TU SE

INDICADORES DE CALIDAD

DES = 0 | IPLI = 100%
IO = 100% | IRST = 100%

Ciclo 6303

ENTIDADES DE RECAUDO DÓNDE PUEDES CANCELAR TU FACTURA

PAGO EN LÍNEA www.efigas.com.co pse

PUNTOS DE PAGO

Apostar MOVIRED Susuerte DAVIplata efácil

Fadisimo energía Carulla SuperINTER SURTIMAX éxito

BANCOS

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

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

CAJEROS ELECTRÓNICOS: ATH, Servibanca

DATÁFONOS: Redeban

DÉBITO AUTOMÁTICO: COLPATRIA

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

ENTIDADES DE RECAUDO A TRAVÉS DE LAS CUALES NO INGRESA TU PAGO EN LÍNEA:

Bancolombia (convenios: Redeban) Banco Colpatria (Débito automático), Banco de Bogotá (Convenio: ATH).

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

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

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

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

TIPS USO SEGURO DEL GAS

USO EFICIENTE

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

Utiliza gasodomésticos que sean eficientes en el consumo del gas.

USO ADECUADO

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

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

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

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

TARIFAS DEL SERVICIO PERIODO ACTUAL

COMPONENTES TARIFARIOS	
Cargo de suministro (Gm,i,j/ 1-p):	$ 1.416,84
Cargo de Transporte (Tm,i,j/ 1-p):	$ 678,22
Cargo de distribución (Dm,i,j x fpc m,i,j):	$ 779,07
Cargo variable de comercialización (Cv m,i,j):	$ 0,00
Cargo de confiabilidad (Cc m,i,j):	$ 0,00
TARIFAS APLICADAS	
Tarifa antes de subsidio $m/3:	$ 3.179,75
Tarifa $m/3 (>20 m3):	$ 2.874,12
Tarifa Subsidiada %/m3 (< 20 m3):	$ 1.506,99
% Subsidio:	47,39%
Cargo Fijo:	$ 0,00

Poder calorífico mj /m3	42,449826
Consumo K.W.H.	306,58
Período de liquidación	Junio 2023

TASA DE INTERÉS MORATORIO 3,1400%

ÚLTIMO PAGO QUE REALIZASTE

FECHA	13/05/2023
VALOR	
ENTIDAD DE RECAUDO	BANCO DE BOGOTA

DESCRIPCIÓN DEL COBRO

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

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







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

09

4/1

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

FUNAT

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 15 **MES** 8 **AÑO 2023**

I. Datos de la mascota														
Nombre	Lola			*Sexo: M* ◯ *H* X								Sirbes		
Especie	*Canino* ◯ *Felino*			*raza* ◯			*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:	Maria B Hurtado	*T.I./C.C.*	24398640
Dirección:		*Teléfono:*	
E-mail:	Mz. 46-5 Apto 2	*Sisben: SI* ◯ *NO* ◯ *Nivel* 1 (2) (3) ◯	

PROCEDIMIENTO VETERINARIO A5

Ley 566/2000 Art. 26

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

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

YO Maria Bibiana Hurtado ---------- Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada ---------- Lola ----------, 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 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

X

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE FECHA

OBSERVACIONES ---------- Biviana Hurtado frelos



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

A5

Fecha de consulta: 19/09/2023

Ficha: 63401556749400000781

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA BIVIANA

Apellidos: HURTADO TREJOS

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24398640

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 11/06/2021

Última actualización ciudadano: 11/06/2021

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

LA TEBAIDA

FUNAT

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA MES AÑO 2023 Sisben

I. Datos de la mascota																	
Nombre	Mia			Sexo: M ◯ H (X)													
Especie	Canino (X) Felino ◯			raza ◯			Peso Aprox.										
Edad		Color Gris		Pelaje			Vacunas si ◯ no (X)										
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 (X)			desnutrido ◯			soberest ◯										

II. Datos del propietario	
Nombre: Maira Diaz	T.I./C.C. 1095208279
Dirección: Anacoima mzna 2 casa 13A	Teléfono: 3206611899
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 Maira Diaz ---------- Identif

icaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Mia ----------, especie canino ---------- felino--X------- DECLARO, SOLICITO ,A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO A LA Médico Veterinario **LAURA MARCELA MAZO PATIÑO** , M.V.Z, tarjeta **profesional No 37991** 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 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 A LA M,V,Z LAURA MARCELA MAZO P,** 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 A LA M,V,Z LAURA MARCELA MAZO PATIÑO**, 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 PROPIETARIO X Maira Diaz FECHA

OBSERVACIONES ----------



Sisbén

Registro válido

A4

Fecha de consulta: 17/10/2023

Ficha: 63401013548100000800

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MAIRA YULIET

Apellidos: DIAZ HEREDIA

Tipo de documento: Tarjeta de identidad

Número de documento: 1095208279

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

---DESPARASITACIONES

JORNADAS DE BIENESTAR

MUNICIPAL DE LA TEBAIDA

FECHA	NOMBRE Y APELLIDO	DIRECCION	TELEFONO	ANIMAL	NOMBRE	FIRMA
	Eidis Henao	M7 18 #70	3136080328	Gato 1		X Eidis Henao
	Luis eduardo Cadena	Mz 28#2	3024346176	Perro 1		Luis Eduardo
	Vesica Alejandra Franco	Casota Comunal	3141144142	Perro 1		Vesica alejandra
	Franco Javier Parra	M7 15 # 19	3007533094	Perro 1		Franco Parra
	Cristian Camilo Zapata	Mz 15 #21	3235195744	Gato 3 1 Perro		Cristian Zapata
	Miguel Rodriguez	Mz 29 # 17	3245141845	Perro 1		Miguel
	Liz Adriana Bonilla	Mz 1 # 13	3217677679	Perro 1		Liz Adriana G.
	Eidy Juliana Mejia	M7 7# 13	3107179180	Gato 2		Eidy yuliana Mejia
	Andres Mauricio Mej	M7 18 # 5	3126059748	Gato 1		Andres
	Santiago Molina.	M7 17 # 3	3135263676	Perro 1		Santiago M
	Luis Carlos Ramirez	M7 35 #23	3106363903	Perro 2		
	Leandro Laverde	M7 36 #27	3188284074	Perro 1		
	Amelia Varon.	M7 34 # 13	3206788648	Perro 3		
	Maria Cecilia Suarez	M7 34 # 14	3138207840	Perro 3		
	Janeth Rodriguez D-n	M7 14 # 18	— 0 —	Perro 1		Janeth Rodriguez
	Gloria Bernal.	M7 31 # 12	3137867668	Perro 1 1		Gloria Bernal
	Hernando Rios	M7 22 # 19	3114249142	Perro 1		
	Lucia Rico	M7 22 # 20	3148187567	Perro 2.		Lucia Rico
	Maria Fany Henao	M7 24 # 15	— 0 —	Perro 1		
	Angel Marquez	M7 15 # 15	3203802669	Perro 1		Angel
	Martha Juliath Chaux	M7 34 # 11	3140174106	Perro 2 Gato 1		Martha Chaux J.
	Lina Marcela Perez	M7 1 # 9 Piso 2	314 3606036.	Gato 1		Lina marcela perez
	Ramon Valencia	M7 7. # 34	3009980578	Perro 1		Ramon Valencia
	Eneida Jimenez	M7 17 # 2	3217771515	Perro 1		Eneida Jimenez

OBLIGACION A,

ESTERILIZACIONES

ESTERILIZACIONES GRATIS MES DE AGOSTO CON SISBEN



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

B1

Fecha de consulta: 06/08/2023

Ficha: 63401005547300000304

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: EDIVA

Apellidos: AGREDO ASTUDILLO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 34659008

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

39

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 16/06/2023

Última actualización ciudadano: 16/06/2023

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



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 34.659.008
AGREDO ASTUDILLO

APELLIDOS
EDIVA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 08-AGO-1972
TIMBIO
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
23-JUL-1996 TIMBIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2606000-00086222-F-0034659008-20081001 0003961536A 1 6130003251

02

26

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 2 **MES** 8 **AÑO 2023**

I. Datos de la mascota																				
Nombre	Firoze					*Sexo: M* (X) *H* ( )									Sisben					
Especie	*Canino* ( ) *Felino*					*raza* ( )					*Peso Aprox.*									
Edad		*Color*				*Pelaje*					*Vacunas si* ( ) *no* (X)									
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: Alvaro Gil Mancilla	*T.I./C.C.* 1097731948
Dirección: Cantarito mzna D1 casa 5	*Teléfono:* 3153498697
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"

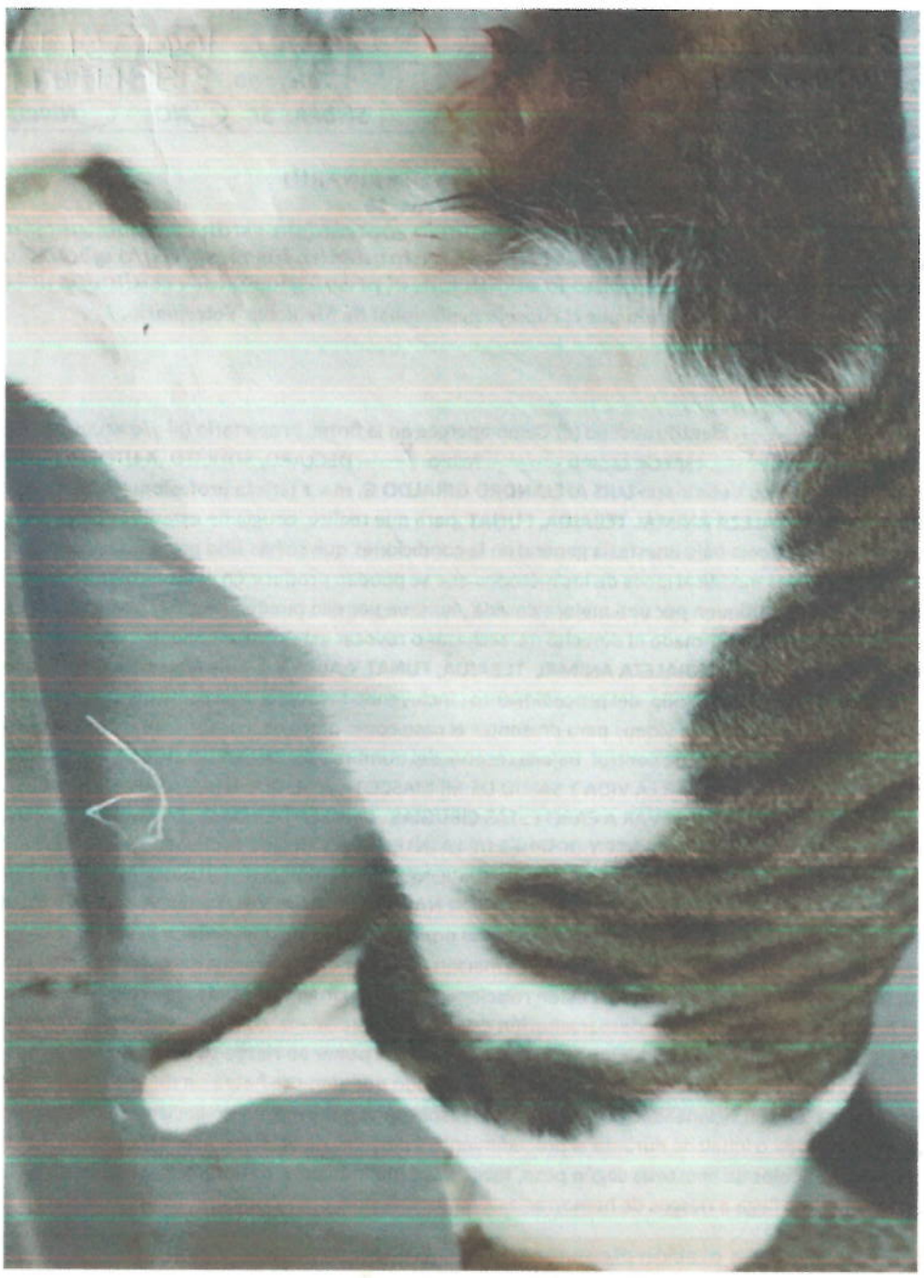
***Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinario.**

YO Alvaro Gil ---------- Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada ---Firoze---, 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 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 Alvaro Gil M. FECHA

OBSERVACIONES ----------



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 29/06/2023

Ficha: 63401559750400000605

DATOS PERSONALES

Nombres: ALVARO

Apellidos: GIL MANCILLA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1097731948

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

Última actualización ciudadano:

Última actualización via registros administrativos:

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 29/06/2023

B2

Ficha: 63401559750400000605

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ALVARO

Apellidos: GIL MANCILLA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1097731948

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

03

17

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 6 **MES** 8 **AÑO 2023**

I. Datos de la mascota														
Nombre	Manolo			***Sexo:*** M (X) H ( )								Sisben A2		
Especie	***Canino*** ( ) ***Felino***			***raza*** ( )			***Peso Aprox.***							
Edad		***Color***		***Pelaje***			***Vacunas si*** (X) ***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*** (X)			***desnutrido*** ( )			***soberest*** ( )							

II. Datos del propietario	
Nombre: Diana Valdez	***T.I./C.C.*** 41870764
Dirección: Mza I3 casa 21 Contacto	***Teléfono:*** 3145600077
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 Diana Valdez Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Manolo, 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 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

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 xDiana Valdez FECHA

OBSERVACIONES ----------



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Fecha de consulta: 18/09/2023 B2

Ficha: 63401557749400000204

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: DIANA PATRICIA

Apellidos: VALDES URBANO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 41870764

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 28/02/2023

Última actualización ciudadano: 28/02/2023

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

13 04

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 6 **MES** 8 **AÑO 2023** Sisben

I. Datos de la mascota																	
Nombre	Negra			**Sexo: M** ◯ **H** ⊘													
Especie	**Canino** ⊘ **Felino**			**raza** ⊘				**Peso Aprox.**									
Edad Negra		**Color**		**Pelaje**				**Vacunas si** ◯ **no** ◯									
Estado de salud	**buena** ◯			**regular** ◯				**mala** ◯									
Fiebre	**si**	**no** 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: Diana M Henao	**T.I./C.C.** 1096034457
Dirección:	**Teléfono:** 3105139155
E-mail: Cra 55 9-63	**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.**

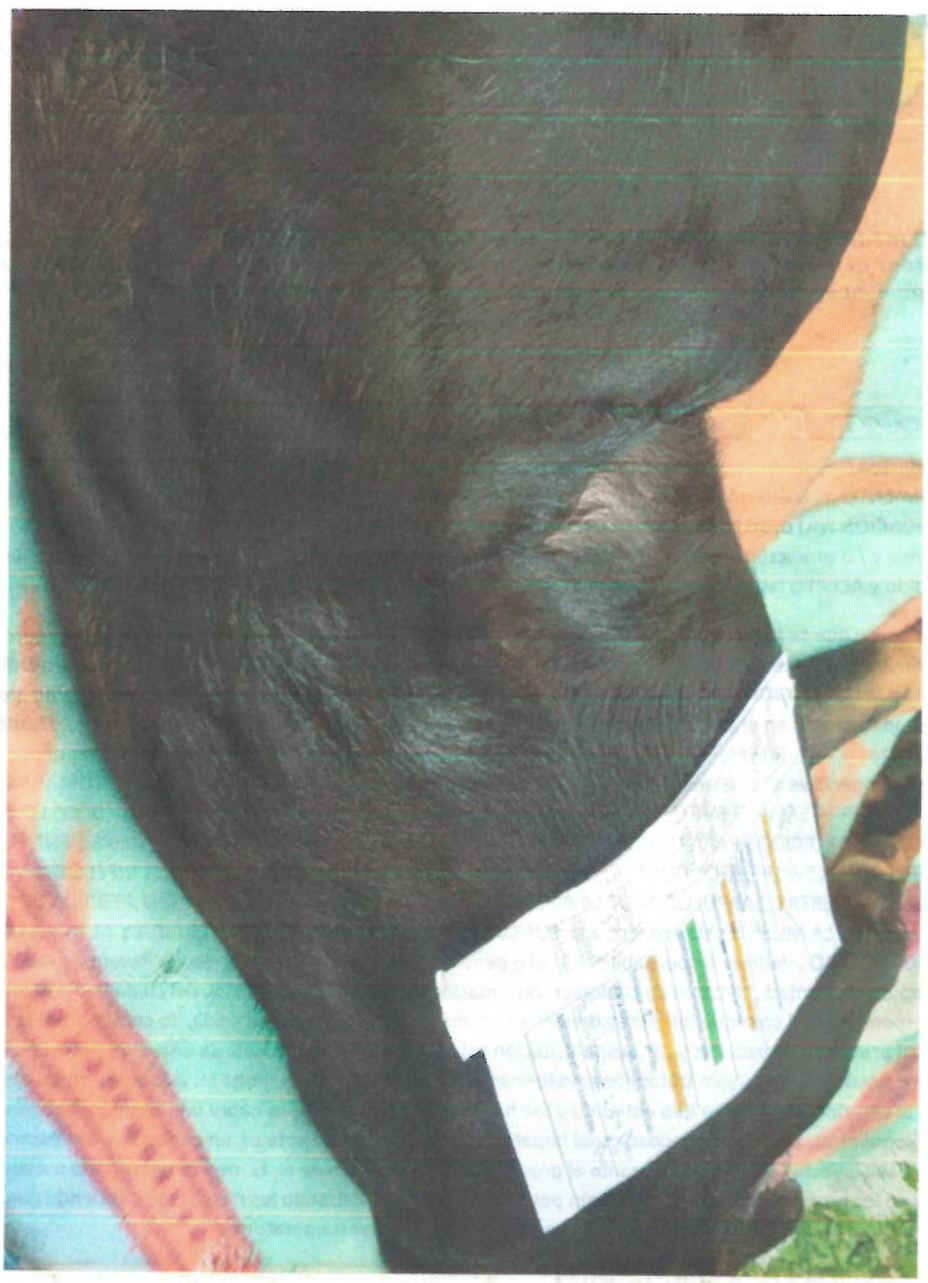
YO Diana M Henao ---------- Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada ----------, especie canino ---------- felino---------- DECLARO, SOLICITO ,A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario **LUIS ALEJANDRO GIRALDO G,** m.v.z tarjeta **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

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 FECHA 6-8-2023

OBSERVACIONES Diana Marcela Henao



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

C4

Fecha de consulta: 18/09/2023

Ficha: 63401021548800000251

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: DIANA MARCELA

Apellidos: HENAO CASAS

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1096034452

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 15/07/2019

Última actualización ciudadano: 13/09/2019

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

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

(11) 05

FUNAT

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 6 MES 8 AÑO 2023 Sisben

I. Datos de la mascota																			
Nombre Laila					Sexo: M ◯ H ⊗														
Especie			Canino X ◯ Felino			raza ◯					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 X	no					
Estado corporal			normal ⊗			desnutrido ◯					soberest ◯								

Sisben

II. Datos del propietario		
Nombre: Alicia Perez Martinez	T.I./C.C. 31770011 31770012	
Dirección: cra 54 52 # 24	Teléfono: 3116222278	
E-mail:	Sisben: SI ◯ NO ◯ Nivel 1 (2) (3) ◯	

PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

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

YO ---------- Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada ------Laila----, 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 , 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 25/7/23

OBSERVACIONES ----------



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

A5

Fecha de consulta: 19/09/2023

Ficha: 63401556749400000644

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ALICIA

Apellidos: PEREZ MARTINEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 31770011

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 02/07/2021

Última actualización ciudadano: 02/07/2021

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

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

14 06

ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 06 MES 8 AÑO 2023

I. Datos de la mascota																			
Nombre	Coco			Sexo: M ○ H X														S	
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:	Adriana Castaño	T.I./C.C.	
Dirección:		Teléfono:	3009834233
E-mail:	Perla del e B2/403	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.**

Adriana Castaño

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 Adriana Castaño FECHA

OBSERVACIONES ----------

	LISTA DE BENEFICIARIOS	MES DE JUNIO	2023				
fecha	NOMBERE Y APELLIDO	DO CUMENTO D	DIRECCION	TELFONO	CANINO	FELINO	SISBEN
1-jun	JAMES BASTILLAS	9808546	PISAMOS MZ 10 CASA 8	3117672103		HEMBRA	B4
4-jun	DUBERLY AGUIRRE	9805387	CRA 5A BIS 11 20	3152420188	HEMBRA		C7
6-jun	CONSTANZA E VALLESILLA	39571176	NUEVA TEBAIDA MZ 1 14	3174736223		HEMBRA	B7
6-jun	ANGGIE M ARCELA MORAL	1096039151	CANTARITO MZ G NUMERO 1	3153903214	HEMBRA		A3
6-jun	WENDY ZAPATA	1000132965	NUEVA TEBAIDA MZ 19 13	3182760043		HEMBRA	B6
6-jun	MARLY ALEXANDRA VILLA	1007033550	CANTARITO	3205421040		MACHO	A3
7-jun	LUZ PATRACIA ROMAN	24496307	NUEVA TEBAIDA 1 MZ 52 11	3124422830	MACHO		B3
10-jun	JONIER A BOLAÑOS	1096036928	NUEVA TEBAIDA 1 MZ 21 21	3228405749	HEMBRA		B3
11-jun	TATIANA BECA	1006052583	NUEVA TEBAIDA MZ 35 16	3207850611	HEMBRA		A5
12-jun	BLANCA ROSA VANEGAS	30271339 4	NUEVA TEBAIDA 2 MZ 10 5	3116453446		HEMBRA	A4
12-jun	ADIELA RIVAS	41898324	VILLA MARIA MZ A 6	3234593356	HEMBRA		B6
12-jun	FRANSIA J MENEZ	63251530	MANANTIAL DE VIDA MZ 33	3215176926		HEMBRA	A4
12-jun	MARIA EUGENIA ZAPATA	24499302	ALTO CANAGUAY CASA 7	3148562437		HEMBRA	A3
12-jun	ANA OLMA GRAJALES	24497082	VILLA MARIA MZ A 1	3194932327		HEMBRA	B1
12-jun	CINDY L BERNAL	1078750295	NUEVA TEBAIDA 2 MZ 49 21	3102879482		HEMBRA	A4
13-jun	JESUS ALFOZO PAI	5221526	LA ALAMBRA 4A 5 17	NO TIENE		MACHO	B7
13-jun	LUZ EDITH MARIN	52389265	NUEVA TEBAIDA MZ 44 15	3134854974		MACHO	A5
13-jun	CLAUDIA GALVIZ	41870391	NUEVA TEBAIDA MZ 38 22	3203344699	HEMBRA		A3
13-jun	CLAUDIA GALVIZ	41870391	NUEVA TEBAIDA MZ 38 22	3203344699		HEMBRA	A3
13-jun	YAIRA F ERNANDA DUQUE	1007512 2386	NUEVA TEBAIDA 2 MZ 42 8	3212207638		HEMBRA	A4
13-jun	YAIRA F ERNANDA DUQUE	1007512 2386	NUEVA TEBAIDA 2 MZ 42 8	3212207638		MACHO	A4
14-jun	LUZ EDTH CARDONA	42027364	NUEVA TEBAIDA MZ 10 7	3213493932		HEMBRA	C3
14-jun	JESUS ALFOZO PAI	5221526	LA ALAMBRA 4A 5 17	NO TIENE		MACHO	B7
14-jun	MELVA LORENA ALGUIN	41871725	UNIDOS MZ F 16	3135276069		HEMBRA	A3
14-jun	MELVA LORENA ALGUIN	41871725	UNIDOS MZ F 16	3135276069		HEMBRA	A3
14-jun	MELVA LORENA ALGUIN	41871725	UNIDOS MZ F 16	3135276069		HEMBRA	A3
14-jun	MELVA LORENA ALGUIN	41871725	UNIDOS MZ F 16	3135276069		MACHO	A3
14-jun	CAROLINA HIGUITA	1096037033	CANTARITO MZ D7 2	3108331365	HEMBRA		A5
14-jun	ANGUIE TATIANA MORALE	1096038448	VILLA ADRIANA MZ C 15	322738976	HEMBRA		A3
14-jun	LORENA GIRALDO BARTEL	1096040496	CIUDAD JARDIN MZ 5 11	3136465277		HEMBRA	A4
15-jun	VERONICA GIRALDO	1097722294	VILLA CENTENARIO C 51	3218095255		MACHO	A4
17-jun	ADIELA RIVAS	41898324	VILLA MARIA MZ A 6	3234593356	HEMBRA		B6
18-jun	DANIELA PIÑEROS	1005098340	CANTARITO MZ E3 26	3113330266	MACHO		A5
18-jun	LUIS DUQUE	4373620	NUEVA TEBAIDA MZ 52 23	3177427646	HEMBRA		B2
18-jun	CARLOS A OCAMPO	18370736	CANTARITO MZ 4 28	3137135620	MACHO		A3
18-jun	SANDRA GIL	1094983433	CIUDAD JARDIN MZ 2 5	3126246332	HEMBRA		A2
18-jun	MARIA TEOLINDA VALENC	27123272	GUAYACANES 2 MZ 2 18	3117231372		HEMBRA	C2

Sisbén

Registro válido

B1

Fecha de consulta: 22/11/2022

Ficha: 63401018548600000282

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ADRIANA

Apellidos: CASTRO GALLEGO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 42011877

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 16/07/2019

Última actualización ciudadano: 19/09/2019

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

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



14

18 07

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 08 **MES** 8 **AÑO 2023**

I. Datos de la mascota																		
Nombre			Morocha				**Sexo: M** ◯ **H** (X)							Sisben				
Especie			**Canino** ◯ **Felino** X				**raza** ◯				**Peso Aprox.**							
Edad Negro 5				**Color**			**Pelaje**				**Vacunas si** (X) **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** (X)				**desnutrido** ◯				**soberest** ◯							

II. Datos del propietario	
Nombre: Viviana Hurtado Trejos	**T.I./C.C.** 24398640
Dirección: Nueva Tebaida 2 casa 5	**Teléfono:** 3146130763
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.**

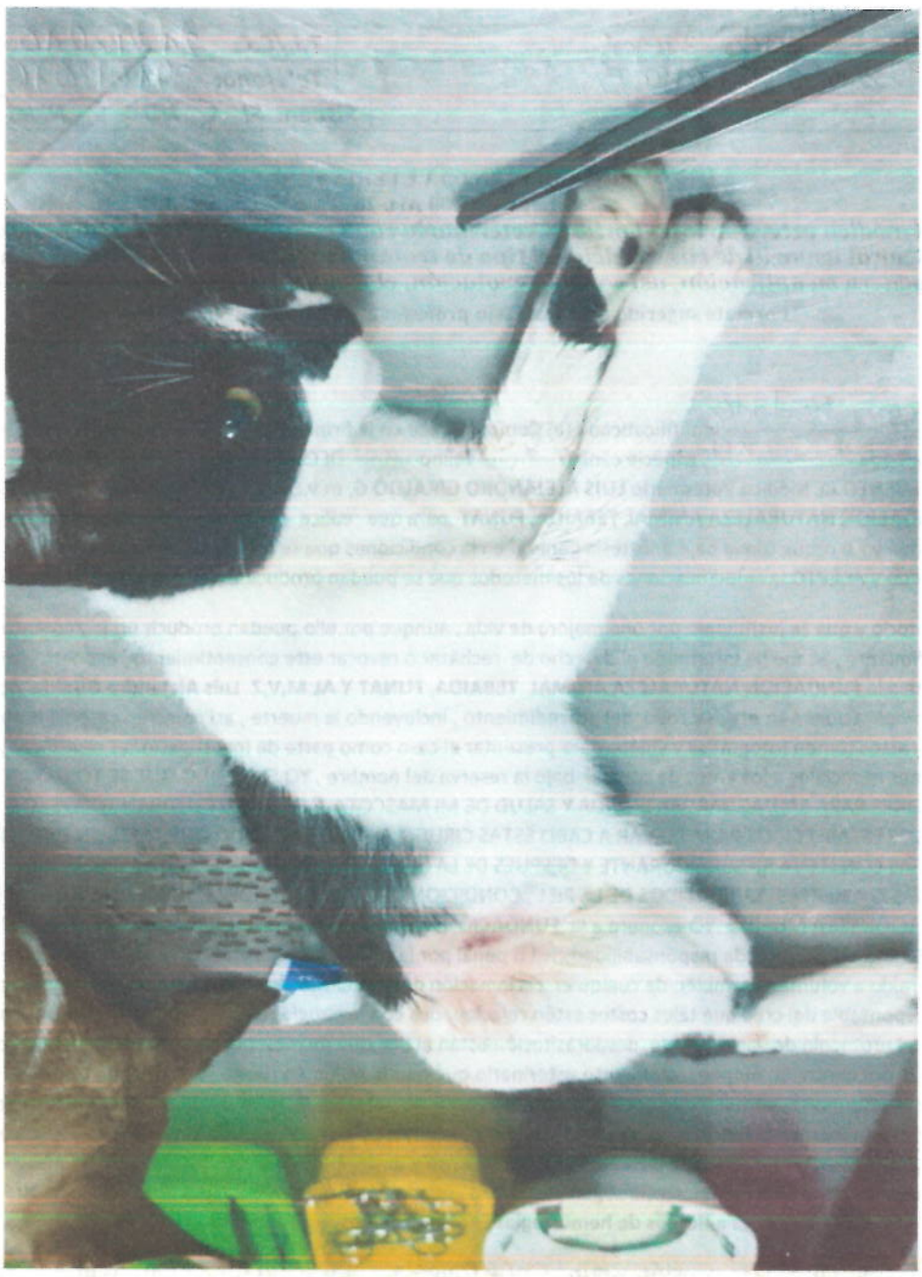
YO Viviana hurtado identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Morocha, especie canino -X- felino---------- DECLARO, SOLICITO ,A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario **LUIS ALEJANDRO GIRALDO G**, m.v.z tarjeta **profesional No 43906** Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realice 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

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 Viviana Hurtado FECHA

OBSERVACIONES ----------



Sisbén

Registro válido

A5

Fecha de consulta: 18/09/2023

Ficha: 63401556749400000781

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA BIVIANA

Apellidos: HURTADO TREJOS

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24398640

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 11/06/2021

Última actualización ciudadano: 11/06/2021

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

(19)

08

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

FUNAT

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 8 MES 8 AÑO 2023

I. Datos de la mascota													
Nombre	Bolivar			Sexo: M X H ○								S.Sben	
Especie	Canino X	Felino ○		raza ○			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:	Katerine Gonzalez	T.I./C.C.	1096041319.
Dirección:	Cantaro Mz B3-2	Teléfono:	3147866888
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 Katerine Gonzalez Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Bolivar, 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 expiicado los riesgos de cualquier intervención quirúrgica y lo 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

Carolina Gonzalez

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE FECHA

OBSERVACIONES ----------

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

A3

Fecha de consulta: 18/09/2023

Ficha: 63401072649200001149

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: KATERINE

Apellidos: GONZALEZ GONZALEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1096041319

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 18/11/2020

Última actualización ciudadano: 18/11/2020

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

22 09

FUNAT

LA TEBAIDA

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 09 **MES** 8 **AÑO 2023**

I. Datos de la mascota																	
Nombre	Katy			*Sexo: M* ◯ *H* ⊗													
Especie	*Canino* ◯ *Felino* X			*raza* ⊗				*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* ◯									

Sisbes

II. Datos del propietario			
Nombre:	Monica Rendon	*T.I./C.C.*	1098306805
Dirección:		*Teléfono:*	3206188036
E-mail:	Mz 54-9.	*Sisben: SI* ◯ *NO* ◯ *Nivel 1* ◯ *2* ◯ *3* ◯	

Lyra.

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 Monica Rendon 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 Monica Rendon 1098306805 FECHA

OBSERVACIONES ----------



Sisbén

Registro válido

B7

Fecha de consulta: 24/07/2023

Ficha: 63401020548700000090

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MONICA JULIETH

Apellidos: RENDON LOPEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1098306805

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 15/07/2019

Última actualización ciudadano: 19/07/2019

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

8 10

LA TEBAIDA

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

FUNAT

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 9 **MES** 8 **AÑO 2023**

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

II. Datos del propietario			
Nombre:	Luisa M. Ribera	*T.I./C.C.*	1093225705
Dirección:	Mz. 15-20	*Teléfono:*	3223918360
E-mail:		*Sisben* SI ◯ NO ◯ *Nivel* 1 (2) 3 ◯	

0692783443

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.**

May Bernal.

Luisa M Ribera

YO ---------- Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada ----------, especie canino ---------- felino---X--- DECLARO, SOLICITO ,A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL 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 LUISA RIVERA

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE FECHA

OBSERVACIONES ----------



9 11

FUNAT

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 6 **MES** 8 **AÑO 2023**

I. Datos de la mascota																			
Nombre	Salvaje					*Sexo: M* ◯ *H* ⊗									S				
Especie	*Canino* ◯ *Felino* X					*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:	Luisa F Rivera	*T.I./C.C.* 1093228708
Dirección:		*Teléfono:* 3223918360
E-mail:	Mtti mz 15-20	*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 Luisa F Rivera ---------- Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada ----------, especie canino ---------- felino X DECLARO, SOLICITO ,A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL 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 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

LUISA RIVERA

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE FECHA

OBSERVACIONES ----------



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

B3

Fecha de consulta: 18/09/2023

Ficha: 63401012548000000552

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: LUISA MARIA

Apellidos: RIVERA MARIN

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1093228708

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 17/07/2019

Última actualización ciudadano: 06/08/2019

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

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

12

6

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

FUNAT

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 10 **MES** 8 **AÑO 2023**

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

Suber

II. Datos del propietario			
Nombre:	Cesar Augusto Rojas	*T.I./C.C.*	9809612
Dirección:	44#1 Mz 41-26	*Teléfono:*	3042468065
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.**

YO Cesar Augusto Rojas ---------- identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada LuLu ----------, 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 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 Cesar Augusto Rojas FECHA

OBSERVACIONES ----------



Sisbén

Registro válido

C2

Fecha de consulta: 18/09/2023

Ficha: 63401557750600000309

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: CESAR AUGUSTO

Apellidos: ROJAS CASTAÑEDA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 9809612

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 14/07/2023

Última actualización ciudadano: 14/07/2023

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 10 **MES** 8 **AÑO 2023**

I. Datos de la mascota																	
Nombre	Gaviel			*Sexo: M* ⊗ *H* ○													
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* ○								

Sisben

II. Datos del propietario		
Nombre: Deysi A Gaña.	*T.I./C.C.*	1076040407
Dirección: Cra 9a - 7-10	*Teléfono:*	3007583612
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 Deysi A Gaña ---------- Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Gaviel ----------, especie canino ---------- felino--X------ DECLARO, SOLICITO ,A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Medico Veterinario **ANDRES LOMBANA TELLEZ TP 22582,** Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído ,comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía o el post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida , aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento , SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este cometimiento , exonero civil y penalmente a la FUNDACION **NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z ANDRES LOMBANA TELLEZ** ,por las posibles complicaciones ele el desarrollo del procedimiento , incluyendo la muerte , así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas ,educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre , YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA ,Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS , PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS ,SAPULLIDOS DE LA PIEL , CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO ,PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE .YO exonero a la **FUNDACION NARURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y AL M,V,Z ANDRES LOMBAN TELLEZ** de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad , también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animal ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día ,que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza , edad minimizando los riesgos .que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de

OBSERVACIONES ---------- X Deysi Gaña C ----------



Sisbén

Fecha de consulta: 30/06/2023

Ficha: 63401069546800000306

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: DEISSY ALEJANDRA

Apellidos: GAÑAN GAÑAN

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1096040407

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACION ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 21/05/2020

Última actualización ciudadano: 21/05/2020

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

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

36

14

LA TEBAIDA

FUNAT

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 10 **MES** 8 **AÑO 2023**

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

II. Datos del propietario			
Nombre:	Floricita Morales	*T.I./C.C.*	1059 814 973
Dirección:	villa C casa 45	*Teléfono:*	3128418681
E-mail:		*Sisben: SI* ◯ *NO* ◯ *Nivel* 1 (2) (3) ◯	

PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

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

YO ---------- Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada ----------, especie canino ---------- felino---------- DECLARO, SOLICITO ,A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario **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 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 X Floricita Morales.t CEDULA

OBSERVACIONES ----------


DOLCE

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

A3

Fecha de consulta: 18/09/2023

Ficha: 63401072649200002139

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: FLORECITA

Apellidos: MORALES TAMAYO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1059814942

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 28/04/2023

Última actualización ciudadano: 28/04/2023

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

10 15

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 10 MES 08 AÑO 2023 Sisben

I. Datos de la mascota																		
Nombre	Manchas			Sexo: M ◯ H (X)														
Especie	Canino ◯ Felino			raza ◯			Peso Aprox.											
Edad		Color		Pelaje			Vacunas si ◯ no (X)											
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 (X)			desnutrido ◯			soberest ◯											

II. Datos del propietario	
Nombre: Fabiola Velasquez	T.I./C.C. 24590273
Dirección: MZ 7 Casa 4 Nueva Tebaida 1	Teléfono: 3122070972
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 Fabiola Velasquez identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Manchas, 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 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 Fabiola Velasquez FECHA

OBSERVACIONES ----------



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

A2

Fecha de consulta: 18/09/2023

Ficha: 63401067749200000015

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: FABIOLA

Apellidos: VELASQUEZ AMOROCHO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24590273

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 14/07/2023

Última actualización ciudadano: 14/07/2023

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

16

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 10 **MES** 08 **AÑO 2023**

I. Datos de la mascota																			
Nombre	Merlin			**Sexo:** M (X) H ( )										Sisben					
Especie	**Canino** ( ) **Felino**			**raza** ( )			**Peso Aprox.**												
Edad		**Color**		**Pelaje**			**Vacunas si** (X) **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** (X)			**desnutrido** ( )			**soberest** ( )												

II. Datos del propietario	
Nombre: Ofil bonilla	**T.I./C.C.** 41923483
Dirección: Mza 48 casa 3 Nueva Tebaida 2	**Teléfono:** 3207517008
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 Ofil bonilla Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Merlin, 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 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

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 FECHA

OBSERVACIONES OFIR Boniya



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

B5

Fecha de consulta: 10/07/2023

Ficha: 63401069546800000252

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: OFIR

Apellidos: BONILLA VASCO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 41923483

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 01/03/2020

Última actualización ciudadano: 01/03/2020

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:	**GERARDO RAMIREZ ZULUAGA**
Dirección:	**Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205**
Teléfono:	**7542444**
Correo Electrónico:	**sisben@latebaida-quindio.gov.co**

16

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 10 MES 8 AÑO 2023

I. Datos de la mascota																	
Nombre	Chimuelo			Sexo: M ⊗ H ○										Sisben			
Especie	Canino ○ Felino			raza ⊗ C			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: Diana Milena Cano		T.I./C.C. 1096034373	
Dirección: La Silva - MZ - 1 - 17		Teléfono: 3172813338	
E-mail:	Sisben SI ○ NO ○ Nivel 1 2 3 ○ B3		

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 Diana Cano ---------- Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada ---Chimuelo---, especie canino ---------- felino---------- DECLARO, SOLICITO ,A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Medico Veterinario **ANDRES LOMBANA TELLEZ TP 22582**, Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído ,comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía o el post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida , aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento , SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este cometimiento , exonero civil y penalmente a la FUNDACION **NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z ANDRES LOMBANA TELLEZ** ,por las posibles complicaciones ele el desarrollo del procedimiento , incluyendo la muerte , así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas ,educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre , YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA ,Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS , PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS ,SAPULLIDOS DE LA PIEL , CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO ,PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE .YO exonero a la **FUNDACION NARURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y AL M,V,Z ANDRES LOMBAN TELLEZ** de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad , también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animal ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día ,que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza , edad minimizando los riesgos .que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias intra y postoperatorias . hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han explicado los riesgos de cualquier intervención quirúrgica y lo entiendo a satisfacción de igual manera he recibido infección impresa sobre las recomendaciones a tener en cuenta en el post-operatorio y la formula médica

X Diana Cano

OBSERVACIONES ----------

---

(4) 18

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

FUNAT

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 10 **MES** 8 **AÑO 2023**

I. Datos de la mascota																	
Nombre	Pelusa			*Sexo: M* ◯ *H* X												Sisben	
Especie	*Canino* ◯ *Felino* X			*raza* ◯			*Peso Aprox.*										
Edad		*Color* X		*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* (6)	*no*			
Estado corporal	*normal* ◯			*desnutrido* ◯			*soberest* ◯										

II. Datos del propietario			
Nombre:	Andrea Hernandez	*T.I./C.C.*	24815711
Dirección:		*Teléfono:*	3134455690
E-mail:	M7 6 # 8 H + # 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 Andrea Hernandez identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Pelusa, 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 Andrea Hernandez FECHA

OBSERVACIONES ----------



Sisbén

Registro válido

B5

Fecha de consulta: 18/08/2023

Ficha: 63401073749400001921

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: YECIL ANDREA

Apellidos: HERNANDEZ ARIAS

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24815711

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 09/04/2021

Última actualización ciudadano: 09/04/2021

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

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

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Fecha de consulta: 18/07/2023 B3

Ficha: 63401556649200000213

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: DIANA MILENA

Apellidos: CANO CANO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1096034373

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 21/05/2021

Última actualización ciudadano: 21/05/2021

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

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

FUNAT

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 10 MES 8 AÑO 2023

I. Datos de la mascota																	
Nombre			Martan			Sexo: M (X) H									Sisben.		
Especie			Canino ( ) Felino (X)			raza				Peso Aprox.							
Edad	A/bueno		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:	Melba R Gomez	T.I./C.C.	24991441
Dirección:		Teléfono:	3128212866
E-mail:	Fubay / Mz 2-43	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 Melba. R Gomez ---------- 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 X Melba Gomez

OBSERVACIONES ----------



Sisbén

Registro válido

B6

Fecha de consulta: 09/08/2023

Ficha: 63401019548900000439

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MILBA ROSA

Apellidos: GOMEZ VELASQUEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24497441

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 05/11/2020

Última actualización ciudadano: 04/01/2022

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

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

164 ANTE UNA EMERGENCIA COMUNÍCATE 01 8000 96 63 44 LÍNEA DE SERVICIO AL CLIENTE

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

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

¡Hola!

ANA EDILMA SUAREZ OSPINA

Tu código de contrato es **80602**

Estar ahí siempre significa ser una red de personas trabajando por tu seguridad y calidez.

Tu factura fue expedida el 25/05/2023 10:29:22

EN TOTAL TE FACTURAMOS

Servicio público	$ 5.357
Brilla	
Otros servicios	
Valor en reclamo	$ 0
Saldo a favor	$.0
TOTAL A PAGAR	**$ 5.357**
Si pagas antes de	07/06/2023
Pagando en periodo desde	
Documento equivalente	1189986644
	168778493

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

pse

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

Esta factura prestará mérito ejecutivo de conformidad con el artículo 130 Ley 142-94.

Gerencia

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIONES S.A.S. NIT 830.046.617-8

3507

DATOS DE TU PREDIO

Dirección de entrega: TURBAY AYALA MZN 2 CS- 43 | Dirección del predio: TURBAY AYALA MZN 2 CS- 43 | Estrato: 1

Barrio: TURBAY AYALA, (LA TEBAIDA) | Municipio: LA TEBAIDA | Clase de servicio: RESIDENCIAL

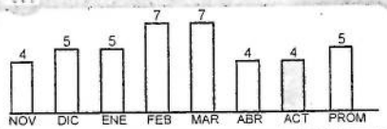
DATOS TÉCNICOS DE TU CONSUMO

Lectura actual: 1824 | Lectura anterior: 1819 | Factor de corrección: 0,8910 | Consumo: 4

Período de consumo: 20/ABR - 19/MAY | Días de consumo: 30 | Medidor: D-996021K

Observación de no lectura:

TU CONSUMO EN LOS ÚLTIMOS MESES



CONCEPTO

SERVICIO DE GAS (Número de servicio,83779)			
Consumo de gas natural	$ 12.722		
Subsidio	$ -7.365		
TOTAL SERVICIO:	**$ 5.357**	**$**	**$**

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

REVISIÓN TÉCNICA REGLAMENTARIA

El certificado de tu red de gas natural se encuentra al día. Aún te faltan 40 meses para iniciar la gestión del nuevo certificado. Espera nuestros comunicados oficiales o consulta en la línea gratuita 018000966344.

RIR

Tu cupo aprobado Brilla es de:

$ 4.055.000

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

Brilla







(415)7099980024258020)0168778493(3900)0000005357(96)20230707

NO DOBLAR LAS LÍNEAS SOBRE EL CÓDIGO DE BARRAS

4

20

FUNAT

LA TEBAIDA

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 11 MES 8 AÑO 2023

I. Datos de la mascota															
Nombre Tricolor		Juan		Sexo: M ◯ H ⊗											
Especie		Canino ◯ Felino X		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: Maryelin Castillo		T.I./C.C.	1165715
Dirección:		Teléfono:	3215257831
E-mail: Bozze Mt E-9		Sisben: SI ◯ NO ◯ Nivel 1 (2) 3 ◯	

pst

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 Maryelin Castillo Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Juan, 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 expiicado los 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 ----------

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

A3

Fecha de consulta: 18/09/2023

Ficha: 63401556749400002029

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MAYERLIN ADRIANA

Apellidos: CASTILLO ARTEAGA

Tipo de documento: Permiso Por Protección Temporal

Número de documento: 1165715

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 13/07/2021

Última actualización ciudadano: 13/07/2021

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

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

12 21

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 11 **MES** 8 **AÑO 2023** Sisben

I. Datos de la mascota																			
Nombre Viury					**Sexo: M** (X) **H** ( )										Parvovirus. Sisben				
Especie Canino			**Canino** (X) **Felino**			**raza** ( )				**Peso Aprox.**									
Edad 11 años				**Color**		**Pelaje**				**Vacunas si** (X) **no** ( )									
Estado de salud			**buena** (X)			**regular** ( )				**mala** ( )									
Fiebre	**si**	**no** X	**Diarrea**	**si**	**no** X	**Vomito**	**si**	**no** X	**Inapetencia**	**si**	**no** X	**Golpes**	**si**	**no** X					
Heridas	**si**	**no** X	**Tto veterinario**	**si**	**no**	**Celo**	**si**	**no**	**Lactancia**	**si** X	**no**	**Ayunas**	**si** X	**no**					
Estado corporal			**normal** (X)			**desnutrido** ( )				**soberest** ( )									

II. Datos del propietario	
Nombre: Gilma Rosa Barrera	**T.I./C.C.** 24807062.
Dirección: M 52 casa #8	**Teléfono:** 3002306968.
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 Gilma R Barrera ---------- 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 FECHA

Gilma Rosa Barrera
24807062

OBSERVACIONES ----------



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

B7

Fecha de consulta: 18/09/2023

Ficha: 63401070649200000201

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: GILMA ROSA

Apellidos: BARRERA BARRERA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24807062

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 01/03/2020

Última actualización ciudadano: 01/03/2020

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

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

A 22

FUNAT

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 11 MES 8 AÑO 2023

I. Datos de la mascota															
Nombre	Lara			*Sexo: M* ◯ *H* ⊗								Sisbey			
Especie	*Canino* ⊗ *Felino*			*raza* ✕			*Peso Aprox.*								
Edad 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* ◯								

II. Datos del propietario			
Nombre:	Angela Vanegas Debra	*T.I./C.C.*	41872744
Dirección:		*Teléfono:*	3106349070
E-mail:	Davide	*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 Angela V. Debra ---------- Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada ----------, 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 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

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE FECHA

OBSERVACIONES Angela Vanegas

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

B3

Fecha de consulta: 18/09/2023

Ficha: 63401072649200001398

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ANGELA CRISTINA

Apellidos: VANEGAS DEVIA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 41872244

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

34 23

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 12 **MES** 8 **AÑO 2023**

I. Datos de la mascota															
Nombre	Lupe			*Sexo: M* ◯ *H* ⊗											
Especie	*Canino* ◯ *Felino* X			*raza* ⊗ C			*Peso Aprox.*								
Edad Dura		*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: Orfelina Acosta.		*T.I./C.C.*	24495973
Dirección:		*Teléfono:*	3218724098
E-mail: Guyana Mz. 4-4.		*Sisben: SI* ◯ *NO* ◯ *Nivel* 1 (2) (3) ◯	

PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

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

YO ---------- 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

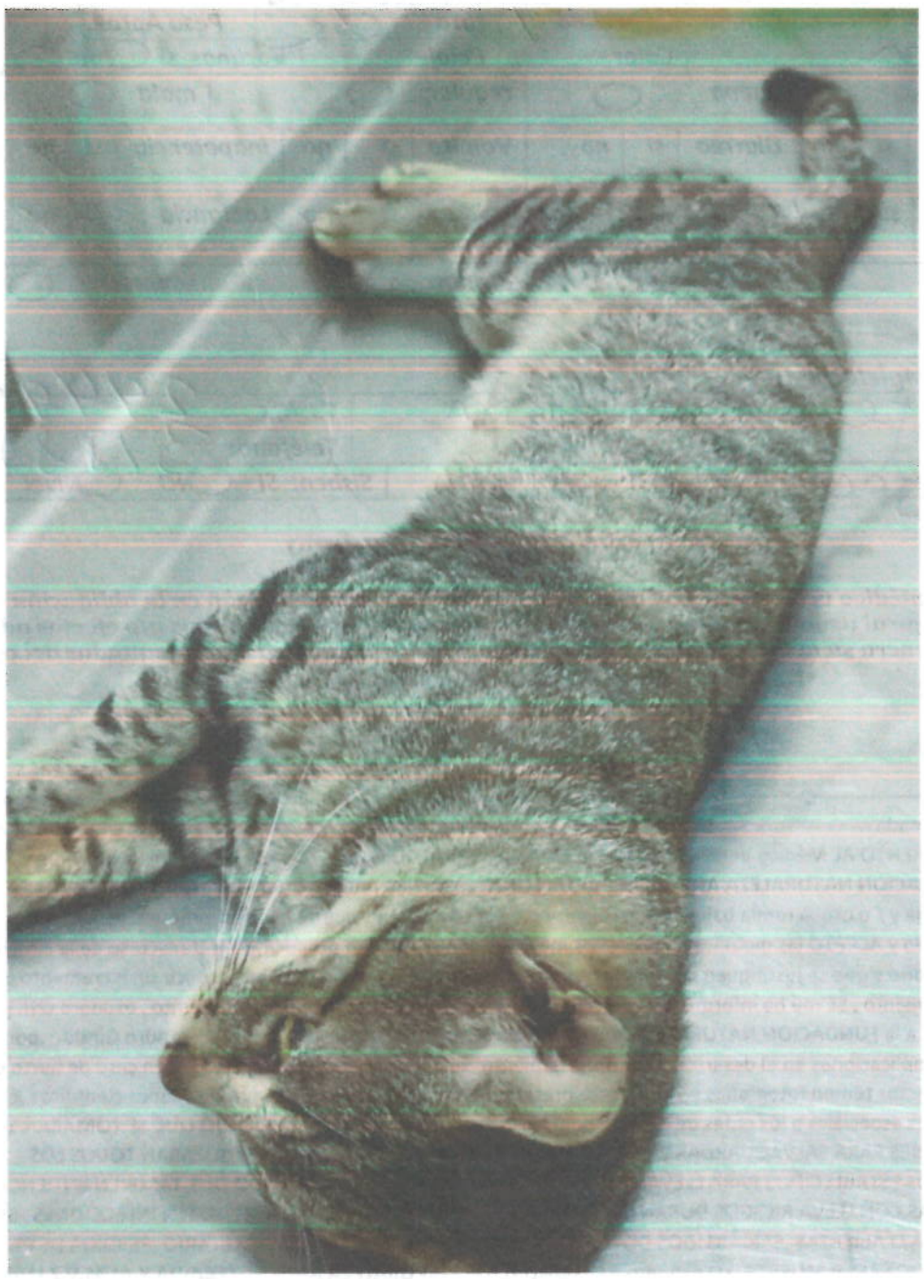
. hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han explicado los riesgos de cualquier intervención quirúrgica y lo entiendo a satisfacción de igual manera he recibido información impresa sobre las recomendaciones a tener en cuenta en el post-operatorio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

X Orfelina acosta cam riño

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE

FECHA

OBSERVACIONES ----------



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Fecha de consulta: 18/09/2023

A4

Ficha: 63401020548700000468

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ORFELINA

Apellidos: ACUESTA CAMPIÑO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24495973

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

"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

24

31

FUNAT

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 12 **MES** 8 **AÑO 2023**

I. Datos de la mascota																	
Nombre	Black			*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* X	*Diarrea*	*si*	*no* X	*Vomito*	*si*	*no* X	*Inapetencia*	*si*	*no* X	*Golpes*	*si*	*no*
Heridas	*si*	*no* X	*Tto veterinario*	*si* X	*no*	*Celo*	*si*	*no* X	*Lactancia*	*si* X	*no*	*Ayunas*	*si*	*no*
Estado corporal	*normal* ◯			*desnutrido* ◯					*soberest* ◯					

II. Datos del propietario		
Nombre:	Margarita Arciniegas	*T.I./C.C.* 41951936
Dirección:		*Teléfono:*
E-mail:	Centro	*Sisben: SI* ◯ *NO* ◯ *Nivel 1* (2) (3) ◯

PROCEDIMIENTO VETERINARIO Madres Animalista.

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 Margarita Arciniegas 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 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

Ruth margarita Arciniegas

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE FECHA

OBSERVACIONES ----------



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

B7

Fecha de consulta: 02/08/2023

Ficha: 63401556750600005441

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: RUT MARGARITA

Apellidos: ARCINIEGAS ESPAÑA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 41951936

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 03/06/2022

Última actualización ciudadano: 03/06/2022

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

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

29

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 12 **MES** 3 **AÑO 2023**

I. Datos de la mascota																		
Nombre			Juana			*Sexo: M* ◯ *H* (X)												
Especie	X		*Canino* ◯ *Felino*			*raza* ◯			*Peso Aprox.*									
Edad				*Color*		*Pelaje*			*Vacunas si* ◯ *no* (X)									
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: luzmila toro	*T.I./C.C.* 28740515
Dirección: Nueva Tebaida etapa 1	*Teléfono:*
E-mail:	*Sisben: SI* ◯ *NO* ◯ *Nivel 1* (2) (3) ◯

PROCEDIMIENTO VETERINARIO
Ley 566/2000 Art. 26

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

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

YO luzmila toro ---------- Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada ---Juana----------, 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 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

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 luz mila toro FECHA

OBSERVACIONES ----------



26

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023 30

FUNAT

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 17 **MES** 8 **AÑO 2023**

I. Datos de la mascota																			
Nombre	Manchas			**Sexo: M** ◯ **H** (X)															
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** ◯									

102 Sisben

II. Datos del propietario	
Nombre: luzmila toro	**T.I./C.C.** 28746515
Dirección: Nueva Tebaida etapa 1	**Teléfono:**
E-mail:	**Sisben: SI** ◯ **NO** ◯ **Nivel 1** (2) (3) ◯

PROCEDIMIENTO VETERINARIO
Ley 566/2000 Art. 26

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

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

YO luzmila toro ---------- Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Manchas, 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 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

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 luzmila toro FECHA

OBSERVACIONES ----------



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Fecha de consulta: 18/09/2023

Ficha: 63401556750600007285

B3

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA LUZMILA

Apellidos: TORO CARVAJAL

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 28740515

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 18/07/2022

Última actualización ciudadano: 05/08/2022

Última actualización via registros administrativos:

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

"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 13 **MES** 08 **AÑO 2023**

I. Datos de la mascota

Nombre			Zoe			**Sexo:** M ◯ H ⊗									Sisben		
Especie			**Canino** ◯ **Felino**			**raza** ⊗ C			**Peso Aprox.**								
Edad B/n				**Color**		**Pelaje**			**Vacunas si** ◯ **no** ◯								
Estado de salud			**buena** ◯			**regular** ◯			**mala** ◯								
Fiebre	**si**	**no**	**Diarrea**	**si**	**no**	**Vomito**	**si**	**no**	**Inapetencia**	**si**	**no**	**Golpes**	**si**	**no**			
Heridas	**si**	**no**	**Tto veterinario**	**si**	**no**	**Celo**	**si**	**no**	**Lactancia**	**si**	**no**	**Ayunas**	**si**	**no**			
Estado corporal			**normal** ◯			**desnutrido** ◯			**soberest** ◯								

II. Datos del propietario

Nombre: Yaira F. Duque G.	**T.I./C.C.** 1007512386
Dirección: B/ Nueva Tebaida 2 # 42 18	**Teléfono:** 3212207638
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 Yaira Fernanda Duque ---------- 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 Yaira Duque 1007512386 FECHA

OBSERVACIONES ----------



LA TEBAIDA

FUNAT

ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 13 **MES** 08 **AÑO 2023**

I. Datos de la mascota

Nombre			Nevo			**Sexo: M** X **H** ○									Sisben				
Especie			**Canino** ○ **Felino**			**raza** ○				**Peso Aprox.**									
Edad	n/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** ○									

II. Datos del propietario

Nombre:	Yaira F. Duque G.	**T.I./C.C.**	1007512386
Dirección:	B/H. Tebaida. 2 #42-3	**Teléfono:**	3122207638
E-mail:		**Sisben:** SI ○ **NO** ○ **Nivel** 1 (2) (3) ○	

PROCEDIMIENTO VETERINARIO A Y

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.**

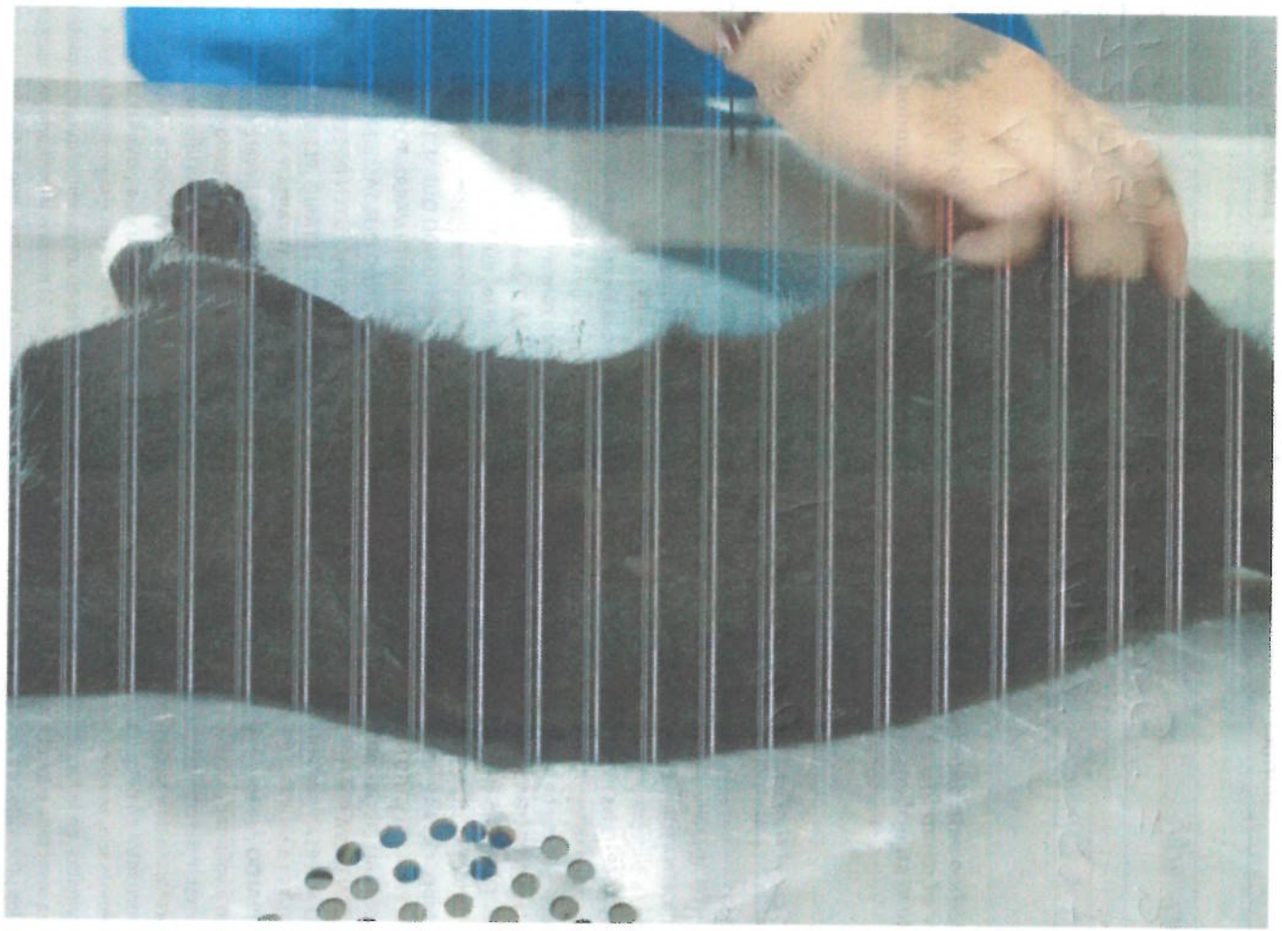
YO ---Y. Fernanda Duque G.--- Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la maseota llamada ----------, especie canino ---------- felino---------- DECLARO, SOLICITO ,A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario **LUIS ALEJANDRO GIRALDO G**, m.v.z tarjeta **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 Yaira Duque FECHA

1007512386

OBSERVACIONES ----------



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

A4

Fecha de consulta: 06/07/2023

Ficha: 63401021548800000335

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: YAIRA FERNANDA

Apellidos: DUQUE GIL

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1007512386

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 16/07/2019

Última actualización ciudadano: 16/05/2023

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

33

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 13 MES 3 AÑO 2023 Sisben

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

Sisben

II. Datos del propietario	
Nombre: Michel dahiana Ramirez	T.I./C.C. 1095558161
Dirección: la alambia cra 4a #6-57	Teléfono: 3207788168
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.**

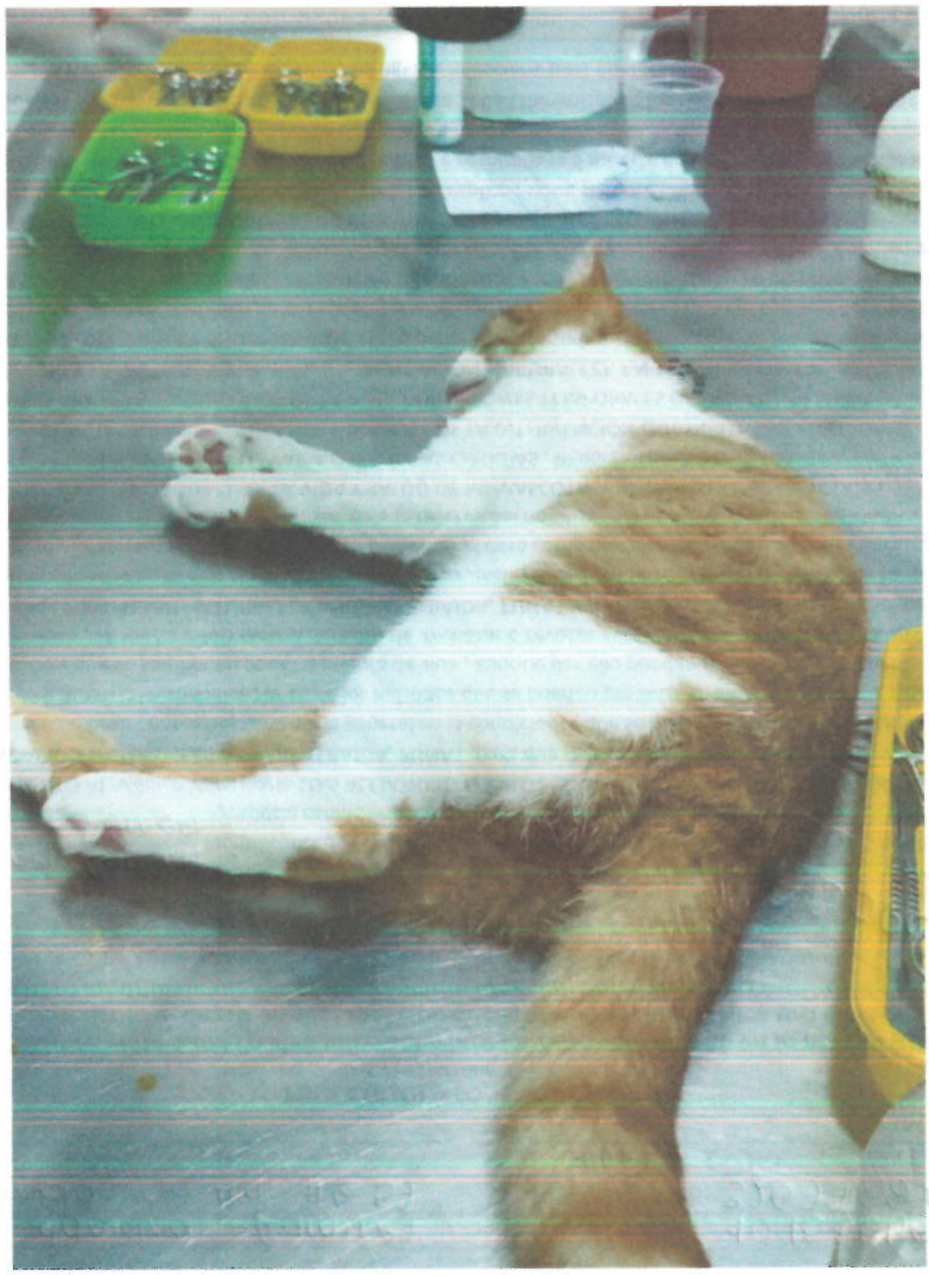
ADOPCION

YO Michel Ramirez Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada ---Romeo---, 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 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 Michel Serna FECHA

OBSERVACIONES ----------



Sisbén

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

A3

Fecha de consulta: 18/09/2023

Ficha: 63401012548000000138

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MICHEL DAHIANA

Apellidos: RAMIREZ SERNA

Tipo de documento: Tarjeta de identidad

Número de documento: 1095551361

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 15/07/2019

Última actualización ciudadano: 05/08/2019

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

37 30

FUNAT

LA TEBAIDA

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 14 MES 8 AÑO 2023

I. Datos de la mascota																		
Nombre			Minie			*Sexo: M* ⊗ *H* ○									Sasbey			
Especie			*Canino* ○ *Felino* X			*raza* ○			*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:	Miriam Lopez	*T.I./C.C.*	31902105
Dirección:	B/ La Hacienda Mz 7	*Teléfono:*	3022631273
E-mail:		*Sisben: SI* ○ *NO* ○ *Nivel 1* (2) (3) ○	

PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

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

YO ---------- Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada ----------, especie canino ---------- felino---------- DECLARO, SOLICITO ,A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario **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 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 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 X [signature] FECHA

OBSERVACIONES ----------

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

B5

Fecha de consulta: 18/09/2023

Ficha: 63401021548800000161

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MIRIAM

Apellidos: LOPEZ RUIZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 31902105

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 15/07/2019

Última actualización ciudadano: 19/09/2019

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

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

27 31

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 14 **MES** 8 **AÑO 2023**

I. Datos de la mascota																		
Nombre			Martin			*Sexo: M* (Y) *H* ( )									Mary Sisben			
Especie			*Canino* ( ) *Felino*			*raza* ( )			*Peso Aprox.*									
Edad				*Color*		*Pelaje*			*Vacunas si* ( ) *no* (X)									
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: Yecil Andrea hernandez	*T.I./C.C.* 24815711
Dirección: Nueva Tebaida mzna 6 casa 8	*Teléfono:* 3218736805
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 Yecil Andrea ---------- Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Martin ----------, 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 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 Marcela Upegui FECHA

OBSERVACIONES ----------



28 32

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 14 **MES** 8 **AÑO 2023**

I. Datos de la mascota																			
Nombre			Tomy			*Sexo: M* (X) *H* ( )									marg				
Especie			*Canino* ( ) *Felino*			*raza* ( )			*Peso Aprox.*										
Edad				*Color*		*Pelaje*			*Vacunas si* ( ) *no* (X)										
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* (X)			*desnutrido* ( )			*soberest* ( )										

II. Datos del propietario	
Nombre: Yecil Andrea hernandez	*T.I./C.C.* 24815711
Dirección: Nueva Tebaida Mz 6 casa 8	*Teléfono:* 3218736861
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 Yecil Andrea ---------- Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada ---Tomy---, 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 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 +Elvia Ramirez FECHA

OBSERVACIONES E



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

B5

Fecha de consulta: 18/09/2023

Ficha: 63401073749400001921

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: YECIL ANDREA

Apellidos: HERNANDEZ ARIAS

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24815711

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 09/04/2021

Última actualización ciudadano: 09/04/2021

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

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

33

24

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 14 **MES** 8 **AÑO 2023**

I. Datos de la mascota																		
Nombre	Max			*Sexo: M* (X) *H* ( )														
Especie	*Canino* ( ) *Felino* (X)			*raza* ( )				*Peso Aprox.*										
Edad		*Color*		*Pelaje*				*Vacunas si* (X) *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* (X)			*desnutrido* ( )				*soberest* ( )										

Sisben

II. Datos del propietario	
Nombre: A Margarita Aranjegas	*T.I./C.C.* 41951436
Dirección: Carrera 9 #7-36	*Teléfono:* 3115277251
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 Margarita Aranjegas ---------- Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada ---- Max ----------, 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 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 Ruth margarita Aranjegas FECHA

OBSERVACIONES ----------



Sisbén

Registro válido

B7

Fecha de consulta: 16/08/2023

Ficha: 63401556750600005441

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: RUT MARGARITA

Apellidos: ARCINIEGAS ESPAÑA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 41951936

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 03/06/2022

Última actualización ciudadano: 03/06/2022

Última actualización via registros administrativos: 24

***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

25

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 17 MES 8 AÑO 2023

I. Datos de la mascota																			
Nombre	Pachita			Sexo: M ◯ H (Y)															
Especie	Canino ◯ Felino (X)			raza ◯				Peso Aprox.											
Edad		Color		Pelaje				Vacunas si ◯ no (X)											
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: Nelsy molano	T.I./C.C. 38202566
Dirección: Anapoima mzna 5 casa 8	Teléfono: 3235226005
E-mail:	Sisben: SI ◯ NO ◯ Nivel 1 (2) (3) ◯

A4

PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

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

YO Nelsy molano Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Pachita, 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 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 Nelcy Molano FECHA

OBSERVACIONES ----------

Sisbén

Registro válido

A4

Fecha de consulta: 18/09/2023

Ficha: 63401021548800001139

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: NELCY

Apellidos: MOLANO RAMIREZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 38202566

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 22/07/2019

Última actualización ciudadano: 27/09/2019

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



42 36

LA TEBAIDA

FUNAT

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 15 **MES** 8 **AÑO 2023**

I. Datos de la mascota																		
Nombre Maya					*Sexo: M* ◯ *H* (X)													
Especie Criollo			*Canino* (X) *Felino*				*raza* ◯				*Peso Aprox.*							
Edad 9-5 años				*Color*			*Pelaje*				*Vacunas si* ◯ *no* ◯							
Estado de salud			*buena* (X)				*regular* ◯				*mala* ◯							
Fiebre	*si*	*no* X	*Diarrea*	*si*	*no* X		*Vomito*	*si*	*no* X		*Inapetencia*	*si*	*no* X		*Golpes*	*si*	*no* X	
Heridas	*si*	*no* X	*Tto veterinario*	*si*	*no*		*Celo*	*si*	*no* X		*Lactancia*	*si*	*no* X		*Ayunas*	*si*	*no* X	
Estado corporal			*normal* (X)				*desnutrido* ◯				*soberest* ◯							

Sisbey

II. Datos del propietario			
Nombre: Maryori Milan Buitrago		*T.I./C.C.* 1116433926	
Dirección: Br. Profesores Cr. 9C #8-63 piso 1		*Teléfono:* 3114358684	
E-mail: maryoriybuitrago70@gmail.com		*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 Maryori Milan ---------- 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 Maryori Milan B. FECHA

OBSERVACIONES ----------



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

B2

Fecha de consulta: 18/09/2023

Ficha: 63401556749400007535

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MARYORY

Apellidos: MILLAN BUITRAGO

Tipo de documento: Tarjeta de identidad

Número de documento: 1116433926

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 08/07/2022

Última actualización ciudadano: 09/08/2022

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

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

40 36

FUNAT

LA TEBAIDA

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 15 **MES** 9 **AÑO 2023**

I. Datos de la mascota														
Nombre	Luka			*Sexo: M* ⊗ *H* ○								Sisben		
Especie	*Canino* ○ *Felino*			*raza* ⊗ ○			*Peso Aprox.*							
Edad Amarillo		*Color*		*Pelaje*			*Vacunas si* ○ *no* ○							
Estado de salud	*buena* ○			*regular* ○			*mala* ○							
Fiebre	*si*	*no* 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: Marco A Rodriguez		*T.I./C.C.*	94225812
Dirección:		*Teléfono:*	3113181437
E-mail: MZ 20-16- Apt #		*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 MARCO A RODRIGUE ---------- 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 X FECHA

OBSERVACIONES ---------- Marco Rodriguez



06

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

FUNAT

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 29 MES 08 AÑO 2023

I. Datos de la mascota																				
Nombre			Gus				Sexo: M ( ) H (x)											Sisben		
Especie			Canino ( ) Felino				raza ( )				Peso Aprox.									
Edad	9 meses y medio			Color	Blanco		Pelaje				Vacunas si ( ) no (x)									
Estado de salud			buena (x)				regular ( )				mala ( )									
Fiebre	si	no x	Diarrea	si	no x		Vomito	si	no x		Inapetencia	si	no x		Golpes	si	no x			
Heridas	si	no x	Tto veterinario	si	no x		Celo	si	no x		Lactancia	si	no x		Ayunas	si x	no			
Estado corporal			normal (x)				desnutrido ( )				soberest ( )									

II. Datos del propietario	
Nombre: Heidy	T.I./C.C. 1088273824
Dirección: M2 L casa 17 Cristales	Teléfono: 300 642 8424
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 Heidy ---------- Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada ---Gus----------, 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 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 FECHA

x Jeffry Bolaños G

OBSERVACIONES ----------



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

B3

Fecha de consulta: 18/09/2023

Ficha: 63401556750600007198

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MARCO AURELIO

Apellidos: RODRIGUEZ MORENO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 94225812

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 24/07/2023

Última actualización ciudadano: 24/07/2023

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

ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 15 **MES** 8 **AÑO 2023**

I. Datos de la mascota

Nombre	Gata/nna			**Sexo: M** ○ **H** X									Sosben.		
Especie	Bneglama	**Canino** ○ **Felino**		**raza** X			**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** 0	**no**	
Estado corporal		**normal** ○			**desnutrido** ○				**soberest** ○						

II. Datos del propietario

Nombre:	Soraida Varon	**T.I./C.C.**	24497587
Dirección:	14 de Agosto #16	**Teléfono:**	3128976344
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.**

Lorem.

YO Soraida Varon ---------- Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada ---Nña---------, 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 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 satisfaccion 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 Zoraida

Sisbén

Registro válido

B7

Fecha de consulta: 19/09/2023

Ficha: 63401015548300000382

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ZORAIDA

Apellidos: VARON USMA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24497587

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 17/07/2019

Última actualización ciudadano: 07/08/2019

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

ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 13 **MES** 8 **AÑO 2023**

I. Datos de la mascota																	
Nombre	Lulu			*Sexo: M* ◯ *H* X										Sisben			
Especie	*Canino* ◯ *Felino*			*raza* X			*Peso Aprox.*										
Edad tricolor	*Color*			*Pelaje* X			*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*
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: Olga I. Posada.		*T.I./C.C.*	41953299
Dirección:		*Teléfono:*	3009573154
E-mail: mz 15-21 Mt#1		*Sisben:* SI ◯ NO ◯ *Nivel* 1 ② ③ ◯	

PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

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

YO ---------- 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 FECHA

OBSERVACIONES ----------



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

B2

Fecha de consulta: 18/09/2023

Ficha: 63401559750400000298

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: GLORIA INES

Apellidos: POSADA OCAMPO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 41953299

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

LA TEBAIDA

FUNAT

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 22 **MES** 8 **AÑO 2023**

I. Datos de la mascota																	
Nombre	Dana			*Sexo: M* ◯ *H* ◯												Subio	
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:	Sebastian Valbuena	*T.I./C.C.*	1074086815
Dirección:	Planta de Agua	*Teléfono:*	3206312617
E-mail:		*Sisben: SI* ◯ *NO* ◯ *Nivel 1* ② *3* ◯	

Planta de Agua

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.**

Sebastian Valbuena

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 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 planta FECHA Subio

OBSERVACIONES ----------



Conoce aquí la nueva metodología Sisbén IV
Conoce aquí qué es el Sisben y cómo funciona

Sisbén

Fecha de consulta: 27/07/2023

Ficha: 63401073649200000640

C3
GRUPO SISBÉN I
Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: SEBASTIAN

Apellidos: VALBUENA RUBIO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1007408615

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 19/03/2

Última actualización ciudadano: 19/03/2

Última actualización via registros administrativos:

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

A1→A5 Pobreza extrema | B1→B7 Pobreza moderada | C1→C18 Vulnerabilidad | D1→D21 Ni pobre ni vulnerable

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

Contacto Oficina SISBEN

40

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

FUNAT

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 22 MES 9 AÑO 2023

I. Datos de la mascota																			
Nombre	Gata			Sexo: M ◯ H ☒															
Especie	Sin	Canino ◯	Felino		raza ☒ C				Peso Aprox.										
Edad			Color		Pelaje				Vacunas si ◯ no ◯										
Estado de salud	para	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:	Teresa Colorado	T.I./C.C.	37044648
Dirección:		Teléfono:	3223386426
e-mail:	Cra 10 Calle 16 Bis 10 07	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 ---------- Teresa Colorado ---------- 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

X Teresa Colorado

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE FECHA

OBSERVACIONES ----------



ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

FUNAT

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 22 MES 8 AÑO 2023

I. *Datos de la mascota*

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

B4

Fecha de consulta: 01/08/2023

Ficha: 63401008547600000289

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: TERESA DEJESUS

Apellidos: COLORADO GRANADA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 34044648

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 15/07/2019

Última actualización ciudadano: 05/08/2019

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

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 22 MES 08 AÑO 2023

I. Datos de la mascota																			
Nombre	Luna					Sexo: M ◯ H X													
Especie	Canino ◯ Felino X					raza X C						Peso Aprox.						Sisben	
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 ◯										

3153596386

II. Datos del propietario			
Nombre:	Gloria A Ospina.	T.I./C.C.	24498663
Dirección:		Teléfono:	3153596386
mail:	Carrera 8 - 6-53	Sisben: SI ◯ NO ◯ Nivel 1 2 3 ◯	

Adelaida.

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 A Ospina 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 ei 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 Gloria. Ospina C.C.

OBSERVACIONES ----------



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

A4

Fecha de consulta: 19/09/2023

Ficha: 63401556750400008725

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: GLORIA NANCY

Apellidos: OSPINA FRANCO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24498663

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 12/05/2023

Última actualización ciudadano: 12/05/2023

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

47

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 23 MES 8 AÑO 2023

I. Datos de la mascota																
Nombre	Gatubela.			Sexo: M ◯ H X												
Especie	Canino ◯ Felino X			raza Criolla				Peso Aprox.								
Edad	9 M		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:	Estefania perez perez	T.I./C.C. 1096040665
Dirección:		Teléfono: 3228308123
E-mail:	villa mams casa 3	Sisben: SI ◯ NO ◯ Nivel 1 2 3 ◯

B4.

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 Estefania perez perez Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada ----------, especie canino ---------- felino--X------ DECLARO, SOLICITO ,A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Medico Veterinario **ANDRES LOMBANA TELLEZ TP 22582**, Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído ,comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía o el post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida , aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento , SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este cometimiento , exonero civil y penalmente a la FUNDACION **NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z ANDRES LOMBANA TELLEZ** ,por las posibles complicaciones ele el desarrollo del procedimiento , incluyendo la muerte , así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas ,educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre , YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA ,Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS , PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS ,SAPULLIDOS DE LA PIEL , CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO ,PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE .YO exonero a la **FUNDACION NARURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y AL M,V,Z ANDRES LOMBAN TELLEZ** de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad , también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animal ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día ,que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza , edad minimizando los riesgos .que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias intra y postoperatorias . hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han explicado los riesgos de cualquier intervención quirúrgica y lo entiendo a satisfacción de igual manera he recibido información impresa sobre las recomendaciones a tener en cuenta en el post-operatorio y la formula médica

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE Estefania perez perez FECHA FECHA

OBSERVACIONES ----------



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

2

B4

Fecha de consulta: 15/08/2023

Ficha: 63401021548800001167

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ESTEFANIA

Apellidos: PEREZ PEREZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1096040665

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 29/07/2019

Última actualización ciudadano: 29/07/2019

Última actualización via registros administrativos:

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

"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

71

44

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 23 **MES** 8 **AÑO 2023**

I. Datos de la mascota																		
Nombre Manchas					**Sexo: M** (X) **H** ( )													
Especie			**Canino** (X) **Felino**			**raza** ( )				**Peso Aprox.** 18								
Edad 1 Año				**Color**		**Pelaje**				**Vacunas si** ( ) **no** (X)								
Estado de salud			**buena** (X)			**regular** ( )				**mala** ( )								
Fiebre	**si**	**no** X	**Diarrea**	**si**	**no** X	**Vomito**	**si**	**no** X	**Inapetencia**	**si** X	**no**	**Golpes**	**si**	**no** X				
Heridas	**si** X	**no**	**Tto veterinario**	**si**	**no** X	**Celo**	**si**	**no** X	**Lactancia**	**si**	**no** X	**Ayunas**	**si** X	**no**				
Estado corporal			**normal** (X)			**desnutrido** ( )				**soberest** ( )								

Sisben

II. Datos del propietario	
Nombre: Maria Esfride Ramirez Cardona	**T.I./C.C.** 24487932
Dirección: Carrera 10 # 9 567	**Teléfono:** 310 3137950259
E-mail:	**Sisben: SI** ( ) **NO** ( ) **Nivel** 1 (2) (3) ( )

PROCEDIMIENTO VETERINARIO Matadero

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 FECHA

X

María E Ram 24487932

OBSERVACIONES ----------



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Fecha de consulta: 18/09/2023 A5

Ficha: 63401557749400000192

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA ESFRIDE

Apellidos: RAMIREZ CARDONA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24487932

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 23/02/2023

Última actualización ciudadano: 23/02/2023

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 28 MES 08 AÑO 2023

I. Datos de la mascota

Nombre	Cody Vega			Sexo: M (X) H ( )										Sisben	
Especie	Canino ( ) Felino			raza ( )			Peso Aprox.								
Edad		Color		Pelaje			Vacunas si (X) 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 (X)			desnutrido ( )			soberest ( )								

II. Datos del propietario

Nombre: Blanca Alberis Arango	T.I./C.C. 24499901
Dirección: familia13@hotmail.com	Teléfono: 3148027492
E-mail: la alambia cra 9A #5-45	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 Blanca Arango Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Cody, 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 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

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 FECHA

OBSERVACIONES Blanca Alberis Arango



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

A5

Fecha de consulta: 19/09/2023

Ficha: 63401007547500000445

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: BLANCA ALBERIS

Apellidos: ARANGO QUINTERO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24499901

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 06/05/2020

Última actualización ciudadano: 06/05/2020

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

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

LA TEBAIDA

FUNAT

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 29 MES 8 AÑO 2023

I. Datos de la mascota

Nombre			Mona			Sexo: M ◯ H X							Sisbeo		
Especie			Canino ◯ Felino X			raza X C			Peso Aprox.						
Edad	Blanco			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 B Pinilla	T.I./C.C.	1093860373
Dirección:		Teléfono:	
E-mail:	Villa Mam Casa 14.	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"

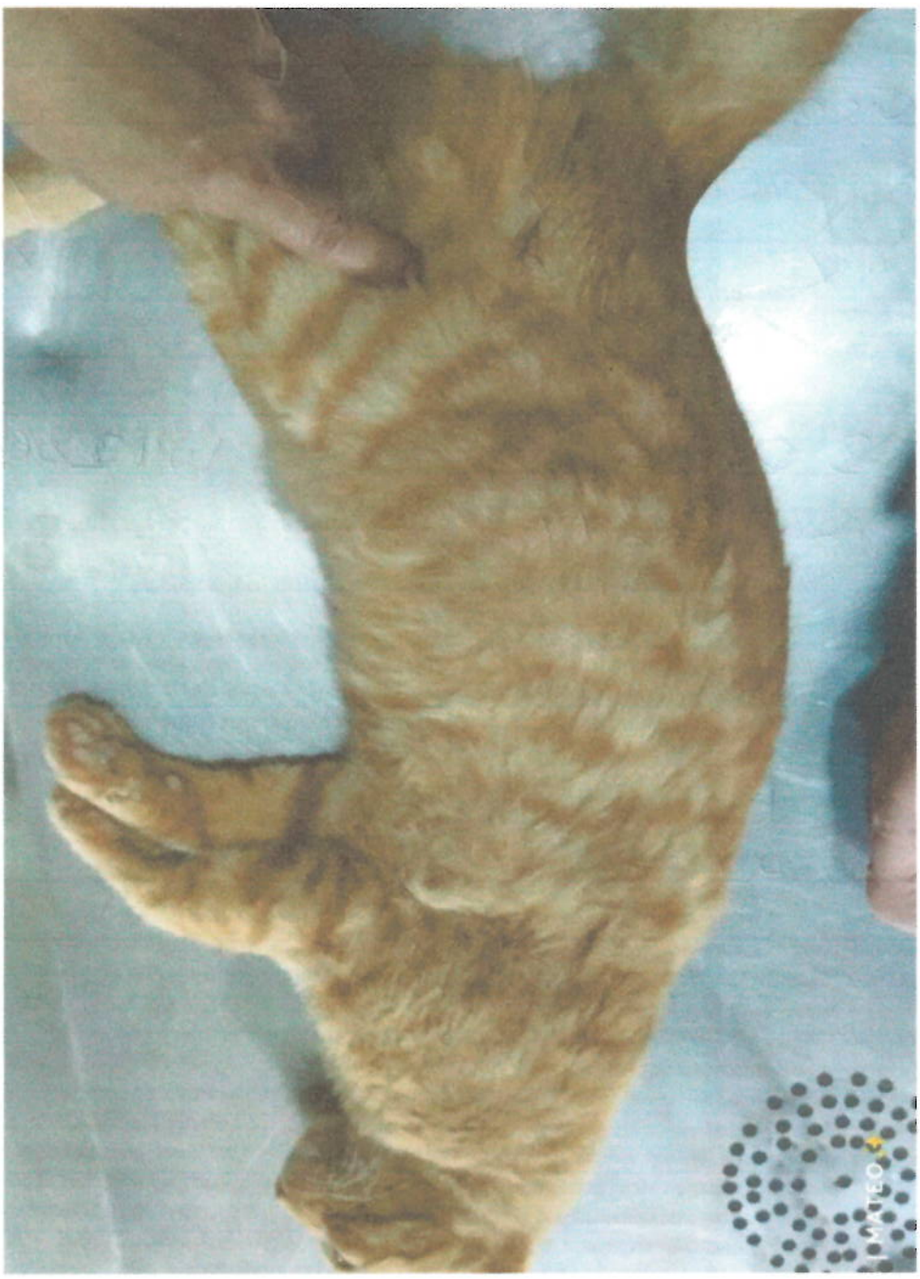
***Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinario.**

YO Ana B pinilla. ---------- 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 X Ana B Pinilla

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE FECHA

OBSERVACIONES ----------



El futuro es de todos

DNP Departamento Nacional de Planeación

Sisbén

Registro válido **A5**

GRUPO SISBÉN
Pobreza extrema

Fecha de Consulta **24/09/2021**

Ficha **63401067749200000015**

DATOS PERSONALES

Nombres **ANA BELEN**

Apellidos **PINILLA VELASQUEZ**

Tipo de documento **Registro civil**

Número de documento **1092860373**

Municipio **La Tebaida**

Departamento **Quindío**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente **31/01/2020**

Última actualización del ciudadano **31/01/2020**

Última actualización vía registros administrativos

* Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén más cercana

A1→A5 Pobreza extrema | B1→B7 Pobreza moderada | C1→C18 Vulnerabilidad | D1→D21 Ni pobre ni vulnerable

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA MES AÑO 2023

I. Datos de la mascota													
Nombre	Luna.			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:	Luz Divia Garcia.	T.I./C.C.	31416912
Dirección:		Teléfono:	3214600245
E-mail:	M7 48- C 25 Mt #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 ---------- Identiicaticado (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 A LA Médico Veterinario **LAURA MARCELA MAZO PATIÑO** , M.V.Z, tarjeta **profesional No 37991** 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 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 A LA M,V,Z LAURA MARCELA MAZO P,** 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 A LA M,V,Z LAURA MARCELA MAZO PATIÑO**, 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 Luz Divia FECHA

OBSERVACIONES ----------



Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 28/10/2021

Ficha: 63401072649200001358

B4

GRUPO SISBÉN IV
Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: LUZ DIVIA

Apellidos: GARCIA PARRA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 31416912

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 22/01/2021

Última actualización ciudadano: 22/01/2021

Última actualización via registros administrativos:

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



Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

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

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA MES AÑO 2023

I. Datos de la mascota												
Nombre	Lupe			*Sexo: M* ◯ *H* X								S
Especie	*Canino* ◯ *Felino* X			*raza* X			*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:	MARIA Olfanery Ramirez	*T.I./C.C.*	41870552
Dirección:		*Teléfono:*	3138205675
E-mail:	Mirador MZ A-13	*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 ---------- Identiicaticado (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 A LA Médico Veterinario **LAURA MARCELA MAZO PATIÑO** , M.V.Z, tarjeta **profesional No 37991** 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 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 A LA M,V,Z LAURA MARCELA MAZO P,** 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 A LA M,V,Z LAURA MARCELA MAZO PATIÑO**, 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 maria olfanery Ramirez FECHA

OBSERVACIONES ----------



ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA MES AÑO 2023

I. Datos de la mascota																	
Nombre	Pesla			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:	Maria Orfanery Ramirez	T.I./C.C.	41870552
Dirección:		Teléfono:	3132205675
E-mail:	Mraz01 MZ A.13	Sisben: SI ◯ NO ◯	Nivel 1 (2) (3) ◯

PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

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

YO Maria Orfanery Ramirez ---------- Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada ----------, especie canino ---------- felino---X--- DECLARO, SOLICITO ,A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO A LA Médico Veterinario **LAURA MARCELA MAZO PATIÑO** , M.V.Z, tarjeta **profesional No 37991** 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 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 A LA M,V,Z LAURA MARCELA MAZO P,** 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 A LA M,V,Z LAURA MARCELA MAZO PATIÑO**, 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 Maria Orfanery Ramirez FECHA

OBSERVACIONES ----------



Sisbén

Registro válido

A3

Fecha de consulta: 17/10/2023

Ficha: 63401007547500000375

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA ORFANERY

Apellidos: RAMIREZ BEDOYA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 41870552

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 16/07/2019

Última actualización ciudadano: 06/09/2019

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