GOBERNACION DEL PUTUMAYO

NIT. 800094164-4

REGISTRO PRESUPUESTAL DE COMPROMISOS

Registro No. **5281**

Vigencia: 2.023 **Fecha de Compromiso:** 17 de julio de 2023

Beneficiario CORPORACION AMAZONICA **Nit:** 900656749 - 8

No. C.D.P. : 3705 **Fecha de Expedición del C.D.P.:** 13 de junio de 2023 **Sin Formalidades Plenas**

Tipo de Compromiso Prestacion de Servicios

Contrato: 1549-2023 **Fecha:** 17/07/2023 **Vence:** 31/12/2023

Objeto: CONTRATO No. 1549-2023 - APOYO EN LAS ACCIONES DE SENSIBILIZACIÓN SOBRE LA TENENCIA RESPONSABLE DE MASCOTAS Y ESTERILIZACIÓN DE ANIMALES DOMÉSTICOS EN LOS MUNICIPIOS DE MOCOA PUERTO CAICEDO Y PUERTO ASÍS DEL DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO. Fuente ICLD - Inversión

Cto.Utilidad : Secretaria Desarrollo Social

Identificación Presupuestal	Concepto	Valor
Gastos-Inversión 0301 - 2.3.2.2.2.9.1.3.7.01.03 - 1002	Apoyo en las acciones de sensibilizacion sobre la tenencia responsable de mascotas y esterilizacion de animales domesticos en los municipios de Mocoa Puerto Caicedo y Puerto Asis del Departamento del Putumayo	41.040.000,00
	Total Compromisos	$41.040.000,00

Programación de Pagos

Mes	Valor
Julio	$41.040.000,00
Valor Total Prog.	$41.040.000,00

CLAUDIA CARMENZA GARCIA LUCERO
Profesional Especializado

Elaboró: MIMAYA

PUTUMAYO GOBIERNACIÓN NIT. 800.094.164-4	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: FT-OC-001
	DOCUMENTO ADICIONAL	VERSIÓN: 01
		FECHA: 24/06/2015

PROCESO N° SDSD-MC-040-2023

CLÁUSULA 1ª – OBJETO: El objeto a desarrollar en virtud de la presente relacion contractual **es : APOYO EN LAS ACCIONES DE SENSIBILIZACIÓN SOBRE LA TENENCIA RESPONSABLE DE MASCOTAS Y ESTERILIZACIÓN DE ANIMALES DOMÉSTICOS EN LOS MUNICIPIOS DE MOCOA, PUERTO CAICEDO Y PUERTO ASIS DEL DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO**

CLÁUSULA 2ª – ALCANCE DEL OBJETO: El Contratista deberá realizar la ejecución oportuna, integral y conforme a los parámetros exigidos por la Entidad, la ejecución del **APOYO EN LAS ACCIONES DE SENSIBILIZACIÓN SOBRE LA TENENCIA RESPONSABLE DE MASCOTAS Y ESTERILIZACIÓN DE ANIMALES DOMÉSTICOS EN LOS MUNICIPIOS DE MOCOA, PUERTO CAICEDO Y PUERTO ASIS DEL DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO**

CLÁUSULA 3ª – ESPECIFICACIONES TECNICAS: las especificaciones técnicas que se desarrollarán en virtud del objeto contractual se cumplirán de acuerdo a lo estipulado en la oferta económica de acuerdo a los valores pactados.

PRESUPUESTO DISCRIMINADO - VIGENCIA 2023			
ACTIVIDAD No.01. REALIZAR JORNADAS DE ESTERILIZACIONES			
ITEM	**DESCRIPCION**	**UNIDAD**	**Cantidad**
1	Las esterilizaciones del municipio de Mocoa se realizaran en el marco de una jornada masiva donde se harán 80 esterilizaciones a felinos y caninos priorizados por la Junta Defensora de Animales. En el caso de los perros se tiene en cuenta un peso aproximado de: 30 kg por animal. En el caso de los gatos se tiene en cuenta un peso aproximado de: 8 kg por animal.	Esterilización	80
2	Las esterilizaciones del municipio de Puerto Caicedo se realizaran en el marco de una jornada masiva donde se harán 50 esterilizaciones a felinos y caninos priorizados por la Junta Defensora de Animales. En el caso de los perros se tiene en cuenta un peso aproximado de: 30 kg por animal. En el caso de los gatos se tiene en cuenta un peso aproximado de: 8 kg por animal.	Esterilización	50

3	Las esterilizaciones del municipio de Puerto Asís se realizaran en el marco de una jornada masiva donde se harán 50 esterilizaciones a felinos y caninos priorizados por la Junta Defensora de Animales. En el caso de los perros se tiene en cuenta un peso aproximado de: 30 kg por animal. En el caso de los gatos se tiene en cuenta un peso aproximado de: 8 kg por animal.	Esterilización	50

DISEÑO METODÓLOGICO

Con el fin de mitigar el maltrato y la vulneración de los **derechos de los animales** ya que éstos benefician a la sociedad en diversos sentidos, no sólo en términos de la búsqueda del bienestar animal, si no de ciudadanos y ciudadanas comprometidos con la idea y la práctica de una sociedad justa los seres sintientes, y teniendo en cuenta la importancia de disminuir los casos de riegos en materia de salud pública, como: trasmisión de enfermedades por mordeduras de felinos o caninos, prevenir el aumento de reportes de atropellamientos, o agresión de los mismos y la sobrepoblación de animales callejeros en los municipios de Mocoa, Puerto Caicedo y Puerto Asís el departamento de Putumayo se realizaran las siguientes actividades

ACTIVIDAD 1

- ✓ **TRES JORNADAS MASIVAS DE ESTERILIZACIONES**: Previa focalización de las Juntas Defensoras de Animales de cada municipio priorizado, (deberán entregar a la Secretaria de Desarrollo Social la priorización) se realizará una brigada de esterilizaciones a felinos y caninos en situación de vulnerabilidad o calle en los tres (3) municipios priorizados, quedando de la siguiente manera Mocoa un total de 80 esterilizaciones, Puerto Caicedo 50 esterilizaciones y Puerto Asís 50 esterilizaciones para un total de 180 eventos quirúrgicos, el termino de las esterilizaciones que se llevará a cabo es de un (1) día por municipio.

Los municipios priorizados para las esterilizaciones Mocoa, Puerto Caicedo y Puerto Asís debido a la sobrepoblación de animales observada en los mismos.

En el caso de los perros se tiene en cuenta un peso aproximado de: 30 kg por animal.

En el caso de los gatos se tiene en cuenta un peso aproximado de: 8 kg por animal.

Nota: El Contratista deberá disponer del personal médico veterinario, técnico y/o auxiliar calificado para efectuar dicho procedimiento, aplicando los procedimientos veterinarios apropiados acorde a cada situación presentada por cada animal, haciendo aplicación oportuna de las metodologías, equipos, instalaciones, medicamentos, materias primas y todos los elementos requeridos para llevar a cabo las cirugías.

PUTUMAYO GOBERNACIÓN NIT. 800.094.164-4	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: FT-OC-001
	DOCUMENTO ADICIONAL	VERSIÓN: 01
		FECHA: 24/06/2015

PRODUCTOS A ENTREGAR.

- Registro de los beneficiarios en la Actividad correspondiente "Jornada de Esterilización", enviado por la Junta Defensoras de Animales, fotografía de las mascotas intervenidas y demás información pertinente y consentimientos informados aceptado y firmados ya que es un procedimiento quirúrgico.

Los registros deben ser claros, concisos, legibles y no presentar tachones ni enmendaduras, en bolígrafo.

4.1. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

1.4.1 OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA:

El contratista deberá desarrollar las siguientes obligaciones:

1.	Desarrollar el objeto del Contrato, en las condiciones de calidad, oportunidad, y obligaciones definidas en los documentos del proceso de contratación.
2.	Cumplir con el contrato de conformidad con las especificaciones y características técnicas exigidas en el contrato, proyecto, los estudios previos, la invitación publica y demás documentos relacionados, ejecutando todas las obligaciones que se encaminen a dar cumplimiento al contrato.
3.	Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones o trabas tanto para el cumplimiento de requisitos de ejecución como en el desarrollo del contrato.
4.	Custodiar los bienes y documentos que con ocasión de la ejecución del contrato el Departamento del Putumayo o terceros le entreguen.
5.	Velar por la conservación de la información y/o documentación digital o física debiendo ser entregada conforme a los requerimientos de la Entidad. En caso de pérdida o destrucción, se adelantarán las denuncias e investigaciones ante las autoridades correspondientes.
6.	No ingresar ni manipular elementos que pongan en riesgos la integridad personal y/o estructural de los contratistas y/o compañeros de trabajo y/o conciudadanos.
7.	Coadyuvar de forma armónica, cordial y oportuna con la información que se requiera oficialmente por parte de las demás dependencias, sin dilación alguna.
8.	En caso de que, en la actividad contractual, se llegase a desarrollar con o en dispositivos de propiedad del contratista, este entenderá igualmente que la información relacionada con la ejecución del contrato, pertenece a la Entidad Estatal y deberá entregarla mensualmente o cada vez que la requiera la Entidad, sin omitir y/o alterar, u ocultar total o parcialmente la mismas.
9.	Responder conforme a la ley por sus actuaciones u omisiones cuando con ellas cause un perjuicio a la Entidad o a terceros.

10.	Asistir a la Entidad en el análisis de reclamaciones, solicitudes y demandas que sean presentadas en el desarrollo de los trabajos por contratistas, trabajadores, propietarios de predios, autoridades competentes y terceros relacionados con el objeto del presente contrato.
11.	Los materiales e insumos deberán ser colocados y entregados en proporción específica en el lugar de ejecución de las actividades.
12.	El contratista se obliga a afiliarse y cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones, de conformidad a lo establecido en el artículo 15 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 3 de la Ley 797 de 2003 y su Decreto Reglamentario 510 de 2003; igualmente a afiliarse al Sistema General de Seguridad Social en Salud de conformidad al artículo 157 de la Ley 100 de 1993, el Inciso 1º del artículo 23 del decreto 1703 de 2002 y demás normas concordantes y que reglamenten el asunto. De conformidad con el artículo 135 de la Ley 1753 de 2015, el ingreso base de cotización para el Sistema Integral de Seguridad Social será mínimo el 40% del valor mensualizado del contrato. De conformidad con Numeral 1º del literal a) del artículo 13 del Decreto 1295 de 1994, modificado por el Artículo 2º de la ley 1562 de 2012, el contratista deberá afiliarse al Sistema General de Riesgos Laborales, para lo cual el monto de la cotización lo asumirá en su totalidad, conforme al artículo 6º de la Ley 1562 de 2012.
13.	Suscribir y mantener vigentes todas las garantías, que amparan el contrato en los términos del mismo. En tal sentido, será obligación del contratista mantenerlas indemnes de cualquier reclamación proveniente de terceros que tenga como causa las actuaciones del contratista.
14.	Entregar de manera inmediata al supervisor, toda la información, documentos que este en cualquier tiempo le solicite.
15.	Dar a conocer a la Entidad cualquier situación que indirecta o directamente pueda tener algún efecto sobre el objeto del contrato o sobre sus obligaciones.
16.	El contratista será responsable por todos los accidentes que puedan sufrir su personal, empresarios, los visitantes o terceros, como resultante de negligencia o descuido del contratista, por no tomar las precauciones o medidas de seguridad y bioseguridad. Por consiguiente, todas las indemnizaciones correspondientes serán por cuenta del contratista.
17.	Contribuir con las obligaciones tributarias y demás obligaciones acordes al tipo de contrato.
18.	Colaborar con la Gobernación del Putumayo en cualquier requerimiento que ella haga.
19.	Presentar informes de avance, requeridos por el supervisor del contrato sobre la ejecución del mismo, anexando: facturas, registro de asistencia originales a eventos, actas de entrega, registro fotográfico, reseñas y memorias y anexando los respectivos soportes de cumplimiento.

20.	Presentar el informe final de actividades dando cumplimiento a la totalidad de actividades del cronograma en cumplimiento del objeto del presente contrato, anexando los respectivos soportes de cumplimiento del objeto del contrato.
21.	Radicar las cuentas de cobro o factura en los términos y con los requisitos exigidos por la Gobernación del Putumayo.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA:

1.	Garantizar que los insumos, instrumentos, implementos, medicamentos y, en general, todos los elementos utilizados para el cumplimiento del objeto del contrato, se encuentren en óptimas condiciones, no se encuentren vencidos y sean los indicados, además que sean utilizados de la manera adecuada con calidad y ética profesional, cumpliendo las normas vigentes que rigen la materia.
2.	Practicar los procedimientos veterinarios apropiados acorde a cada situación presentada por cada animal, haciendo aplicación oportuna de las metodologías, equipos, instalaciones, medicamentos y materias primas y todos los elementos dotacionales requeridos.
3.	Dar cumplimiento a la normatividad vigente en materia de manejo y disposición de residuos de distintas tipologías.
4.	Entregar el formato de registro y las historias clínicas físicas por animal esterilizado en las fechas pactadas con el supervisor del contrato.
5.	En caso de presentarse algún evento adverso asociado al procedimiento quirúrgico el contratista debe prestar la atención inmediata al caso y asumir los gastos necesarios para la adecuada recuperación del animal.
6.	De ninguna manera se podrá cambiar en forma unilateral las obligaciones ni las especificaciones técnicas de los Ítems requeridos, como tampoco atender solicitudes de cambios, sin previa autorización de la SUPERVISIÓN del contrato.
7.	Acatar las instrucciones que para el desarrollo del contrato le imparta la secretaria de Desarrollo Social Departamental, en su calidad de supervisor del contrato y/o su delegado.
8.	Atender las observaciones y requerimientos de parte del supervisor del contrato
9.	Presentar un informe final al supervisor del contrato en el que dé cuenta de las obligaciones y actividades contractuales ejecutadas. Dicho informe debe ir acompañado con los listados de asistencia y/o entrega de los servicios y/o elementos entregados a los beneficiarios del proyecto, además de registro fotográfico de todas las actividades desarrolladas. Deberá anexarse a dicho informe el acta de recibo por parte del Almacenista Departamental.
10.	Cumplir con las condiciones, calidades, cantidades y especificaciones establecidas en el contrato para los bienes que se solicita.

11.	Elaborar y presentar ante el Departamento factura o cuenta de cobro por la entrega realizada.
12.	Constituir pólizas en los términos estipulados en el contrato.
13.	Las demás que contribuyan a garantizar el cumplimiento del contrato y las que por su naturaleza le sean atribuibles conforme al objeto y alcance del mismo.

Nota 1: El incumplimiento de cualquiera de las anteriores obligaciones podrá generar la declaratoria de terminación del contrato por incumplimiento y dará lugar a la imposición de multas.

Nota 2: El precio o precios ofertados deberán incluir todos los costos relacionados con legalización, impuestos, administración, variaciones monetarias, derechos laborales y prestaciones sociales, pérdidas y corresponderá dentro del área del contratista cerciorarse y calcular todas estas variables, por lo tanto, la secretaria de Desarrollo Social Departamental no será responsable por reclamaciones que tengan como causa los elementos antes descritos.

1.5 OBLIGACIONES DE LA ENTIDAD ESTATAL:

Además de las obligaciones y derechos contemplados en el artículo 4° y 5° de la ley 80 de 1993 y demás normas concordantes y los convenidos en el presente contrato, EL CONTRATANTE se obliga especialmente a:

1	Ejercer una actividad de vigilancia y control sobre el contrato, de manera directa e indirecta.
2	Pagar en la forma y términos establecidos en el presente documento, previo cumplimiento de los requisitos exigidos.
3	Suministrar en forma oportuna la información solicitada por el CONTRATISTA.
4	Cumplir y hacer cumplir las condiciones pactadas en los documentos que hacen parte del contrato.
5	Prestar la mayor colaboración para el desarrollo del objeto contractual.
6	Suministrar en forma oportuna la información solicitada por el contratista.
7	Resolver las peticiones presentadas por el contratista en los términos legales.
8	Velar por el cumplimiento de los lineamientos establecidos para la ejecución del contrato.
9	Delegar a la secretaria competente para que ejerza la supervisión del contrato velando por el cumplimiento de los lineamientos emitidos por la Gobernación de Putumayo para la debida ejecución del contrato hasta que este sea recibido a satisfacción.
10	Suscribir las actas de inicio, recibo parcial, de finalización y liquidación.

PUTUMAYO GOBERNACIÓN NIT. 800.094.164-4	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: FT-OC-001
	DOCUMENTO ADICIONAL	VERSIÓN: 01
		FECHA: 24/06/2015

CLÁUSULA 5ª – VALOR DEL CONTRATO:

El valor del presente contrato será de **CUARENTA Y UN MILLONES CUARENTA MIL PESOS ($41.040.000) M/CTE.**, incluido IVA y demás costos y gastos directos e indirectos

CLÁUSULA 6ª- FORMA DE PAGO:

El Departamento del Putumayo pagará al contratista el cien por ciento (100%) del valor del contrato una vez el contratista allegue factura de venta, informe de ejecución de actividades, entrega de productos establecidos, aprobación del supervisor, en el que acredite el cumplimiento total del contrato con la constancia e informe expedido por el supervisor del contrato en la cual certifique el cumplimiento de las obligaciones a entera satisfacción y la suscripción del acta de liquidación

La entidad pagará al contratista solamente los bienes y servicios brindados; siempre y cuando estos sean debidamente demostrados

La solicitud de pago deberá estar acompañada de las facturas soportes correspondientes de los servicios realizados y de la certificación sobre el pago de obligaciones asumidas por parte del contratista por concepto de salud, pensiones, aportes a cajas de compensación familiar, ICBF y SENA, del contratista y de las personas que requirió para la ejecución del objeto contractual e igualmente la constancia expedida por el supervisor del contrato en el cual certifique el cumplimiento de las obligaciones a entera satisfacción.

En la cuenta de cobro presentada, se deberá anexar certificado expedido por el revisor fiscal contador del contratista (anexar copia de la tarjeta profesional y el certificado de vigencia de la junta central de contadores) planillas de pago a los sistemas de seguridad social integral (salud, pensión y riesgos laborales) y aportes parafiscales de conformidad con la normatividad vigente, además de paz y salvo en el pago de los salarios y pagos al sistema de seguridad social integral (salud, pensión y riesgos laborales) y aportes parafiscales, de todo el personal vinculado al contratista y que sea utilizado por el mismo para la ejecución del objeto contractual.

Si el contratista no presenta la cuenta con sus soportes respectivos, dentro de la vigencia fiscal correspondiente, no podrá hacer ninguna reclamación judicial o extrajudicial de actuaciones, intereses o sobrecostos sobre el valor de la cuenta

6.5.1 DEL DERECHO DE TURNO. Según lo señalado en el Art. 19 de la Ley 1150 de 2007, la Entidad respetará el orden de presentación de los pagos por parte de los contratistas. No obstante, si las facturas no han sido correctamente elaboradas o no se acompañan los documentos requeridos para el pago, el término para pago solo empezara a contarse desde la fecha en que se haya aportado el último de los documentos. Las demoras que se presenten por estos conceptos serán responsabilidad del contratista y no tendrá por ello derecho al pago de intereses o compensación alguna por parte de la Entidad. Los pagos que al Entidad se compromete a efectuar,

quedan sujetos al P.A.C que se haga en su presupuesto, de acuerdo con las normas legales vigentes, comprometiéndose a incluir las partidas necesarias en este.

Cuando el contratista sea un auto retenedor, deberá informar en la factura esta condición a fin de no efectuar la retención.

El IVA y retención en la fuente a los pagos o abonos en cuenta, se harán de acuerdo con las disposiciones legales que regulan la materia.

Si el contratista no presenta la cuenta con sus soportes respectivos, dentro de la vigencia fiscal correspondiente, no podrá hacer ninguna reclamación judicial o extrajudicial de actuaciones, intereses o sobrecostos sobre el valor de la cuenta.

CLÁUSULA 7ª –GARANTÍA ÚNICA:

Dentro de un plazo de dos (2) días hábiles siguiente a la fecha de la firma del contrato, el contratista presentará a la Entidad una garantía única, la cual debe ser suficiente de acuerdo con las distintas clases de obligaciones amparadas.

De conformidad con el artículo 2.2.1.2.1.5.5. del Decreto 1082 de 2015, en los procesos de contratación por mínima cuantía, la constitución de garantías no es obligatoria; sin embargo por política de esta entidad y a fin de minimizar los riesgos de incumplimiento del objeto contractual, se ha determinado requerir la constitución de una garantía que ampare los riesgos de incumplimiento, calidad de servicio y calidad de los bienes de acuerdo a lo estipulado en los artículos 2.2.1.2.3.1.12, 2.2.1.2.3.1.15 y 2.2.1.2.3.1.16 del Decreto 1082 de mayo 26 de 2015.

Los riesgos que deben cubrir, el monto y la vigencia de los mecanismos de cobertura se determinan teniendo en cuenta el objeto, la naturaleza y las características del contrato a celebrar.

El Contratista se obliga a garantizar el cumplimiento de las obligaciones surgidas a favor de la Entidad Estatal, con ocasión de la ejecución del contrato, de acuerdo con la siguiente tabla:

Amparo	Valor asegurado	Vigencia del amparo
Cumplimiento de las obligaciones surgidas del contrato, o el pago de multas y demás sanciones que se deriven de su incumplimiento	10% del valor total del contrato	Desde la suscripción del contrato, durante su ejecución y 6 meses más, contados a partir de la fecha de su expedición, para todo caso deberá estar vigente hasta la liquidación, según lo preceptuado en el artículo 2.2.1.2.3.1.12 del Decreto 1082 del 2015
Calidad del servicio	10% del valor total del contrato.	Desde la suscripción del contrato, durante su ejecución y 6 meses más. En todo caso deberá estar vigente hasta su liquidación de conformidad con el artículo 2.2.1.2.3.1.15 del Decreto 1082 del 2015.

Responsabilidad civil extracontracontractual	200 S.M.L.M.V	Plazo de duración del contrato. Articulo 2.2.1.2.3.1.17 Decreto 1082 del 2015.

CLÁUSULA 8ª LUGAR DE EJECUCION DEL CONTRATO:

El contratista se obliga a ejecutar el contrato en los Municipios de Mocoa, Puerto Caicedo y Puerto Asís del Departamento del Putumayo; los bienes deberán entregarse en las Instalaciones de la Secretaría de Desarrollo Social Departamental.
Para todos los efectos legales, se establece como domicilio contractual el Municipio de Mocoa (P).

CLÁUSULA 9ª – NOTIFICACIONES:

El contratista, con la firma del presente contrato expresa que la información relacionada a continuación es verídica y autoriza con la firma electrónica en la plataforma secop ii, del presente contrato, ser notificad al correo electrónico establecido a continuación, al igual que ser comunicado de avisos, solicitudes, comunicaciones, que se deban hacer en desarrollo del presente contrato

CONTRATISTA
NOMBRE: MONICA YADIRA MONTOYA PEREZ RL. CORPORACIÓN AMAZÓNICA C.C 1.124.852.293 De Mocoa
DIRECCION: CALLE 10 NO 13 57 HUASIPANGA
CELULAR: 3118504078
CORREO ELECTRONICO: Corpoamazonica21@gmail.com

CLÁUSULA 10ª – SUPERVISIÓN:

La supervisión estará a cargo de la **Secretaria De Desarrollo Social Departamental** o quien haga sus veces, o de la persona delegada para tal fin; quien llevará a cabo el seguimiento y control del mismo y orientará al CONTRATISTA, en aquellos aspectos que éste requiera, verificando la correcta y oportuna ejecución del objeto contractual y actuará de conformidad con lo determinado por el Manual de Supervisión e Interventoría de la entidad.

El supervisor conforme a sus funciones deberá presentar un informe mensual, así como certificación del cumplimiento del objeto contractual, llevando a cabo el seguimiento y control del mismo y orientando al contratista en aquellos aspectos que este requiera, en el marco de lo pactado, verificando que durante la ejecución del contrato se mantenga el equilibrio financiero del mismo.

Las principales atribuciones de la supervisión son:

1. Verificar el cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento de ejecución y de legalización del contrato.
2. Verificar el cumplimiento de las normas tributarias.
3. Suscribir las actas incluidas la del inicio, durante la etapa contractual y post contractual, sometiendo a consideración del representante legal de la entidad las que impliquen adopción de las decisiones que

comprometan a la entidad y remitir los documentos originales a la oficina de contratación para su archivo en el expediente acompañadas de los soportes que se justifiquen.

4. Velar por el cumplimiento de las garantías y solicitar la prorroga cuando se requiera.
5. Velar por el cumplimiento del contrato en todas las partes.
6. Exigir la entrega de los bienes y servicios por parte del Contratista, con el cumplimiento de todas las especificaciones exigidas por la Gobernación en la invitación pública y en el contrato.
7. Verificar que el oferente seleccionado realice los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensión, de acuerdo con la normatividad que rige la materia.
8. Tramitar oportunamente el pago del oferente seleccionado ante la Gobernación.
9. Tramitar las Prórrogas y adicionales que fueren necesarias
10. Las demás establecidas por la Ley y los reglamentos de la entidad.

CLÁUSULA 11ª – PLAZO DEL CONTRATO:

El plazo establecido para la ejecución del contrato será de **DOS (02) MESES o hasta cumplir con las obligaciones contractuales en un 100%**. Tiempo que será contado a partir de la suscripción del acta de inicio, previo cumplimiento de requisitos de perfeccionamiento y ejecución.

VIGENCIA

La vigencia del contrato está determinada por el plazo de ejecución del contrato y cuatro (04) meses más, para efectos de liquidación.

Siempre que cualquiera de los plazos en días calendario indicados tenga vencimiento en día inhábil, se entenderá que dicho plazo vence el día hábil inmediatamente siguiente.

CLAUSULA 12ª- INDEMNIDAD:

EL CONTRATISTA contará con plena autonomía para la ejecución de las actividades pactadas; por tal razón asume en forma total y exclusiva, la responsabilidad que se derive por la calidad e idoneidad de los servicios prestados al DEPARTAMENTO, así como la responsabilidad por los perjuicios que puedan derivarse de sus acciones u omisiones.

El contratista mantendrá indemne a la Gobernación del Putumayo contra todo reclamo, demanda, acción legal, que pueda causarse o surgir por daños y lesiones a personas o propiedades a terceros ocasionados por el contratista, sus subcontratistas o sus proveedores durante la ejecución de las actividades objeto del contrato hasta la liquidación definitiva del mismo. El contratista será responsable ante la entidad por todos los daños causados a las propiedades e instalaciones de la entidad ya sea por su culpa, por el personal a sus servicios, de sus subcontratistas o de sus proveedores y reconocerá y pagará el valor de tales daños o procederá a repararlos a satisfacción del Departamento del Putumayo.

CLÁUSULA 13ª – PAGO DE ESTAMPILLAS:

El oferente que resulte favorecido en el proceso de selección, deberá asumir costos de impuestos y/o estampillas previas a la ejecución del contrato.

PUTUMAYO GOBERNACIÓN NIT. 800.094.164-4	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: FT-OC-001
	DOCUMENTO ADICIONAL	VERSIÓN: 01
		FECHA: 24/06/2015

Decreto 062 del 20 de febrero de 2018 *"Por medio del cual se establece el mecanismo de recaudo de las estampillas administradas por el departamento del Putumayo y se dictan otras disposiciones*

ARTICULO 1º RECAUDO Y PAGO DE ESTAMPILLAS: *Para el caso de los contratos o negocios jurídicos incluidas sus adicionales o modificaciones, que estén gravados con las estampillas que de conformidad con las ordenanzas a que se refiere la parte motiva del presente decreto que adopto el departamento de Putumayo en los que se genere un pago en dinero a cargo del departamento, el recaudo de las estampillas se efectuará mediante retención en fuente o descuento de la totalidad del valor liquidado por ese concepto, en el primero o único pago o que se efectúe, según se trate de varios pagos o de un único pago.*

En el evento en que el primer o único pago se efectuará mediante consignación bancaria en las entidades financieras que señale la Gobernación Departamental.

PARÁGRAFO 1º: *En el evento en que el primero o único pago no alcance a cubrir la totalidad de valor de las estampillas el contratista deberá cubrir el déficit restante de la obligación.*

PARÁGRAFO 2º: *No será objeto de retención en la fuente o descuento los anticipos"*

NÚMERO	CONCEPTO ESTAMPILLA	PORCENTAJE (%) DEL VALOR DEL CONTRATO
1	ADULTO MAYOR	5%
2	ELECTRIFICACIÓN RURAL	0.5%
3	PRO CULTURA	0.5%
4	PRO DESARROLLO FRONTERIZO	0.5%
5	PRO DESARROLLO DEPARTAMENTAL	0.5%
TOTAL		7%

Ordenanza No. 766 del 20 de mayo de 2018 "Por medio del cual se expide el estatuto de rentas del departamento del Putumayo"

CLAUSULA 14ª- LIQUIDACION DEL CONTRATO:

Por ser un contrato de cuya ejecución se prolonga en el tiempo está sujeto a liquidación, la cual se realizará de acuerdo con lo previsto en los artículos 60 de la Ley 80 de 1993, modificado por el artículo 217 del Decreto-Ley 019 de 2012 y en el artículo 11 de la Ley 1150 de 2008, dentro de los cuatro (04) meses siguientes al vencimiento del plazo de ejecución.

Si los servicios que se prestan a la Gobernación del Putumayo en ejecución del contrato, están cubiertos con garantías técnicas, que implique a su vez la prestación de servicios o entrega de bienes de forma posterior al vencimiento del plazo de ejecución del contrato, en el Acta de liquidación de común acuerdo del contrato o en el acta de liquidación unilateral, se dejara constancia de esta circunstancia. Los amparos de la garantía única que se constituyan, relacionados con las obligaciones a cargo del contratista, que quedan pendientes a la fecha de suscripción del Acta de Liquidación, deberán estar vigentes hasta la satisfacción total de las mismas.

CLÁUSULA 15ª – SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS: Las controversias o diferencias que surjan entre el Contratista y la Entidad Estatal Contratante con ocasión de la firma, ejecución, interpretación, prórroga o

terminación del contrato, así como de cualquier otro asunto relacionado con el presente contrato, serán sometidas a la revisión de las partes para buscar un arreglo directo, en un término no mayor a cinco (5) días hábiles a partir de la fecha en que cualquiera de las partes comunique por escrito a la otra la existencia de una diferencia. Las controversias que no puedan ser resueltas de forma directa entre las partes, se resolverán empleado la siguiente opción: Conciliación: Cuando la controversia no pueda arreglarse de manera directa debe someterse a un procedimiento conciliatorio que se surtirá ante la Procuraduría General de la Nación, previa solicitud de conciliación elevada individual o conjuntamente por las Partes. Si en el término de ocho (8) días hábiles a partir del inicio del trámite de la conciliación, el cual se entenderá a partir de la fecha de la primera citación a las Partes que haga la Procuraduría General de la Nación, las Partes no llegan a un acuerdo para resolver sus diferencias, se podrá acudir ante la jurisdicción contencioso administrativa.

NOTA: El contratista deberá legalizar el contrato dentro de los Dos (2) días hábiles siguientes a la firma electrónica de la minuta.

PUTUMAYO GOBERNACIÓN NIT. 800.094.164-4	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: FT-OC-034
	ACTA DE COMITÉ TÉCNICO No. 001	VERSION: 01
		FECHA: 01/07/2015

CONTRATO No. 1549 DEL 14/07/2023

MOTIVO REUNIÓN:	**QUIEN CONVOCA:**
DESARROLLO DEL COMITÉ TÉCNICO NO. 02	SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL
OBJETIVO: COMITÉ TÉCNICO DEL CONTRATO 1549 DEL 30/12/23, (ACTA DE INICIO)	**FECHA**: 31 DE JULIO 2023
	LUGAR: SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL
	HORA: 10:00 A.M
	PRÓXIMA REUNIÓN: N/A
OBJETO	**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ESTERILIZACIÓN PARA LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO DENOMINADO: APOYO EN LAS ACCIONES DE SENSIBILIZACIÓN SOBRE LA TENENCIA RESPONSABLE DE MASCOTAS Y ESTERILIZACIÓN DE ANIMALES DOMÉSTICOS EN LOS MUNICIPIOS DE MOCOA, PUERTO CAICEDO Y PUERTO ASIS DEL DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO**
CONTRATANTE	GOBERNACIÓN DEL PUTUMAYO
CLASE DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS
BENEFICIARIO	GORPORACION AMAZONICA Mónica Yadira Montoya Pérez Representante Legal. CC. No.1.124.852.293 de Mocoa (P)
NIT. No.	**900.656.749-8**
VALOR TOTAL DEL CONVENIO	$ 41.040.000 M/CTE
FORMA DE PAGO	El valor del Presente contrato es la suma de hasta: **CUARENTA UN MILLLONES, CUARENTA MIL PESOS ($41.040.000 M/CTE),** incluido IVA y demás costos y gastos directos e indirectos. **FORMA DE PAGO:** El Departamento del Putumayo pagará al contratista el cien por ciento (100%) del valor del contrato una vez el contratista allegue factura de venta, informe de ejecución de actividades, entrega de productos establecidos, aprobación del supervisor, en el que acredite el cumplimiento total del contrato con la constancia e informe expedido por el supervisor del contrato en la cual certifique el cumplimiento de las obligaciones a entera satisfacción y la suscripción del acta de liquidación. La entidad pagará al contratista solamente los bienes y servicios brindados; siempre y cuando estos sean

CONTRATO No. 1549 DEL 14/07/2023

	debidamente demostrados. La solicitud de pago deberá estar acompañada de las facturas soportes correspondientes de los servicios realizados y de la certificación sobre el pago de obligaciones asumidas por parte del contratista por concepto de salud, pensiones, aportes a cajas de compensación familiar, ICBF y SENA, del contratista y de las personas que requirió para la ejecución del objeto contractual e igualmente la constancia expedida por el supervisor del contrato en el cual certifique el cumplimiento de las obligaciones a entera satisfacción. En la cuenta de cobro presentada, se deberá anexar certificado expedido por el revisor fiscal contador del contratista (anexar copia de la tarjeta profesional y el certificado de vigencia de la junta central de contadores) planillas de pago a los sistemas de seguridad social integral (salud, pensión y riesgos laborales) y aportes parafiscales de conformidad con la normatividad vigente, además de paz y salvo en el pago de los salarios y pagos al sistema de seguridad social integral (salud, pensión y riesgos laborales) y aportes parafiscales, de todo el personal vinculado al contratista y que sea utilizado por el mismo para la ejecución del objeto contractual. Si el contratista no presenta la cuenta con sus soportes respectivos, dentro de la vigencia fiscal correspondiente, no podrá hacer ninguna reclamación judicial o extrajudicial de actuaciones, intereses o sobrecostos sobre el valor de la cuenta 6.5.1 DEL DERECHO DE TURNO. Según lo señalado en el Art. 19 de la Ley 1150 de 2007, la Entidad respetará el orden de presentación de los pagos por parte de los contratistas. No obstante, si las facturas no han sido correctamente elaboradas o no se acompañan los documentos requeridos para el pago, el término para pago solo empezara a contarse desde la fecha en que se haya aportado el último de los documentos. Las demoras que se presenten por estos conceptos serán responsabilidad del contratista y no tendrá por ello derecho al pago de intereses o compensación alguna por parte de la Entidad. Los pagos que al Entidad se

PUTUMAYO GOBERNACIÓN NIT. 800.094.164-4	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: FT-OC-034
	ACTA DE COMITÉ TÉCNICO No. 001	VERSION: 01
		FECHA: 01/07/2015

CONTRATO No. 1549 DEL 14/07/2023

	comprometé a efectuar, quedan sujetos al P.A.C que se haga en su presupuesto, de acuerdo con las normas legales vigentes, comprometiéndose a incluir las partidas necesarias en este.
PLAZO DEL CONTRATO	CUATRO (02) MESES O HASTA CUMPLIR CON LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES EN UN 100%
REGISTRO BPIN No	**2023006860074 de 2023**
CDP No.	3705
RP No.	5281 de 17/07/2023

CONVOCADOS:

1. KAROLINE INCHIMA LUNA - Secretaria de Desarrollo Social Departamental.
2. YINE GETIAL -Profesional universitario – Secretaría de Desarrollo Social
3. DANIEL ARTEAGA CUSIS – Profesional de Apoyo SDSD
4. MONICA YADIRA MONTOYA PEREZ – Representante Legal Corporación Amazónica
5. MELISSA RIASCOS – Participante Junta Defensora de Animales
6. ZULLY MONTOYA -

ORDEN DEL DÍA:

1. Presentación de los participantes.
2. Organización del cronograma de la jornada de esterilización para los municipio de Mocoa, Puerto Caicedo y Puerto Asís, proyecto 1549 del 14/07/23
3. Proposiciones y varios.

DESARROLLO:

1. La Dra. Yine Getial, da la bienvenida a los participantes al segundo Comité Técnico, que tiene como finalidad la organización unánime por las partes del cronograma para las jornadas de sensibilización y esterilización del contrato 1549 del 14/07/23, denominado **"APOYO EN LAS ACCIONES DE SENSIBILIZACIÓN SOBRE LA TENENCIA RESPONSABLE DE MASCOTAS Y ESTERILIZACIÓN DE ANIMALES DOMÉSTICOS EN LOS MUNICIPIOS DE MOCOA, PUERTO CAICEDO Y PUERTO ASIS DEL DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO"**

   Lo anterior se hace, debido a algunas observaciones hechas por la Doctora KAROLINE INCHIMA LUNA - Secretaria de Desarrollo Social Departamental en calidad de supervisora del contrato mencionado con anterioridad.

2. Organización del cronograma de la jornada de esterilización para los municipio de Mocoa, Puerto Caicedo y Puerto Asís, proyecto 1549 del 14/07/23

   En fechas anteriores la CORPORACION AMAZONICA en representación legal de la

CONTRATO No. 1549 DEL 14/07/2023

Señora Mónica Yadira Montoya Pérez, hace llegar al este despacho el cronograma de actividades de las 3 jornadas de caracterización, sensibilización y esterilización del proyecto 1549 de 14/07/2023, denominado "**APOYO EN LAS ACCIONES DE SENSIBILIZACIÓN SOBRE LA TENENCIA RESPONSABLE DE MASCOTAS Y ESTERILIZACIÓN DE ANIMALES DOMÉSTICOS EN LOS MUNICIPIOS DE MOCOA, PUERTO CAICEDO Y PUERTO ASIS DEL DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO**".

Una vez recibido y analizado el cronograma de actividades; el equipo de supervisión por parte de la Secretaria de Desarrollo Social Departamental Liderado por la Doctora Karoline Inchima, referente Yine Getial y profesional de apoyo para el programa de Protección y Bienestar Animal Daniel Arteaga, se hace las siguientes apreciaciones:

- Las actividades presentadas por la CORPORACIÓN AMAZONICA, se evidencia con claridad que las actividades de alistamiento como caracterización, se encuentra dentro de los parámetros del contrato firmado por ambas partes, Sin embargo las actividades referentes a las jornadas de esterilización se encuentran muy cerca a la fecha de cierre y liquidación del contrato.
- Por otra parte, la actividad de esterilización programada para el 23 de septiembre del presente año, no es procedente realizarse ya que la Secretaria de Desarrollo Departamental deben ser partícipes de las actividades como entes de supervisión y apoyo; y para estos periodos no es autorizado el desplazamiento de los funcionarios activos.
- El profesional de Apoyo señor Daniel Arteaga, hace una apreciación que en el cronograma de actividades se presenta jornada de esterilización para el municipio de Mocoa, para el 18 de septiembre de lo cual, se le recuerda a la CORPORACIÓN AMAZONICA, que en reuniones anteriores con participación de Junta defensora de animales, fundaciones, animalistas y voluntarios, se acordó que esta actividad se reprogramaba para el 21 de septiembre del presente año.

Teniendo en cuenta las observaciones anteriores la representante legal, Señora Mónica Yadira Montoya Pérez de la CORPORACION AMAZONICA, manifiesta que no hay inconvenientes en la modificación de algunas fechas las cuales se pondrán en consideración a continuación.

FECHAS DE ESTERILZACION		
Municipio de Mocoa	21 de septiembre 2023	7:00 a.m – 5:00 p.m
Municipio de Puerto Caicedo	22 de Septiembre 2023	7:00 a.m – 3:00 p.m
Municipio de Puerto Asís	24 de Septiembre de 2023	7:00 a.m – 3:00 p.m

Las fechas expuestas en el cuadro presentado, es aprobado por el comité Técnico N. 002, entre las partes participantes.

PUTUMAYO GOBERNACIÓN NIT. 800.094.164-4	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: FT-OC-034
	ACTA DE COMITÉ TÉCNICO No. 001	VERSION: 01
		FECHA: 01/07/2015

CONTRATO No. 1549 DEL 14/07/2023

3. Proposiciones y varios.

Una vez aprobada, el cronograma de actividades desarrollado dentro del Comité Técnico N. 002, el Señor Daniel Arteaga indica las siguientes proposiciones con el fin de brindar la mejor trazabilidad del desarrollo del proyecto 1549 de 14/07/2023.

- Hacer llegar con anterioridad a las jornadas de esterilización los protocolos de manejo de residuos orgánicos, protocolos de bioseguridad y protocolos de procedimientos quirúrgicos de esterilización a utilizar para caninos y felino (hembras/machos), en condición de calle o condición de vulnerabilidad.

CONCLUSIONES:

N/A

COMPROMISOS:

- La CORPORACION AMAZONICA, por medio de la representante Legar Señora Mónica Yadira Montoya Pérez, hará llegar al despacho de la Secretaria de Desarrollo Social Departamental, los protocolos de manejo de residuos orgánicos, protocolos de Bioseguridad y protocolos de procedimiento quirúrgicos de esterilización para caninos y felinos (Macho/Hebras), en condición de calle o condición de vulnerabilidad.

- El profesional de Apoyo Daniel Arteaga como referente del programa de Protección y Bienestar animal, hará llegar a la CORPORACION AMAZONICA, los tres formatos aprobados para la caracterización de las mascotas beneficiadas.

ANEXO:

Listado de asistencia de comité de N° 1, en el marco del contrato 1549 del 17/07/23.

PUTUMAYO GOBERNACIÓN NIT.800.094.164-4	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CODIGO: FT-SG-011
	CONTROL ASISTENCIA REUNIONES EXTERNA	VERSION:01
		FECHA:11/05/2015

ACTIVIDAD:	**QUIEN ORGANIZA**	
Reunión: comite tecnico	Secretaría de Desarrollo Social	
LUGAR Secretaria de desarrollo social	**FECHA:**	**HORA:**
	31 de Julio 2023	5:00 Pm.
TEMA ATRATAR:		
Firma de acta de inicio contrato 1549 del 17/07/2023		

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	No. DOC. IDENTIDAD	ENTIDAD	CORREO ELECTRONICO	TELEFONO	FIRMA
1	Monica Montoya	1.124852.292	Corporación Amazonica	Corpoamazonica2@gmail.com	3116504078	
2	Daniel Arteaga C.	81.740374	SDSD	danielarteagacossis@gmail.com	3108052	
3	Yine Getial M.	35176130	SDSD	Yine.getial@putumayo.gov.co	3118028555	
4	Kardine Achinalenca	1.124863695	Sec Desrrollo social	Kardine.achinal@putumayo.gov.co	3212097799	

130

PUTUMAYO GOBERNACIÓN NIT. 800.094.164-4	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: FT-OC-020
	ACTA DE INICIO	VERSIÓN: 01
		FECHA: 16/07/2015

CONTRATO No. 1549 DEL 17/07/2023

Clase de contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
Contratista	CORPORACIÓN AMAZONICA Nit: 900.656.749-8 R.L. MONICA YADIRA MONTOYA PEREZ CC. No. 1.124.852.293 de Mocoa
Objeto	APOYO EN LAS ACCIONES DE SENSIBILIZACIÓN SOBRE LA TENENCIA RESPONSABLE DE MASCOTAS Y ESTERILIZACIÓN DE ANIMALES DOMÉSTICOS EN LOS MUNICIPIOS DE MOCOA, PUERTO CAICEDO Y PUERTO ASIS DEL DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
F/suscripción	17/07/2023
Fecha de R.P.	5281 del 17/07/2023
Fecha de aprobación de póliza	24/07/2023
Plazo inicial	El plazo establecido para la ejecución del contrato será de Dos (02) meses o hasta cumplir con las obligaciones contractuales en un 100%. Tiempo que será contado a partir de la suscripción del acta de inicio, previo cumplimiento de requisitos de perfeccionamiento y ejecución.
Fecha de inicio	31/07/2023
F/terminación plazo del contrato	30/09/2023 O HASTA CUMPLIR CON LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES EN UN CIEN POR CIENTO (100%)

En las instalaciones de la Secretaría de Desarrollo Social Departamental del Putumayo se reunieron: KAROLINE STEFANIE INCHIMA LUNA, en calidad de SUPERVISORA y MONICA YADIRA MONTOYA PEREZ identificado con cedula de ciudadanía Nro. 1.124.852.293 de Mocoa, en calidad de Representante Legal de la COROPORACION AMAZONICA identificado con Nit. No. 900.656.749-8, con el fin de suscribir la presente acta de inicio para la ejecución del contrato de Prestación de Servicios, previas las siguientes consideraciones:

1. Que según el Contrato No. 1549 del 17/07/2023, su plazo se pactó por el término de Dos (02) meses o hasta cumplir con las obligaciones contractuales en un 100%. Tiempo que será contado a partir de la suscripción del acta de inicio, previo cumplimiento de requisitos de perfeccionamiento y ejecución.

2. Que a fin de dar inicio a la ejecución del Contrato No. 1549 del 17/07/2023, se hace necesario suscribir la presente acta de inicio.

Con fundamento a lo anterior se acuerda:

1. Dar inicio a la ejecución del contrato No. 1549 del 17/07/2023, a partir del día treinta y uno (31) de julio de 2023.

2. Que las actividades contractuales deben culminar a más tardar el día treinta (30) de septiembre (09) de 2023.

3. El contratista se obliga a poner en conocimiento de la aseguradora la presente acta de inicio.

Para constancia de lo anterior, se firma la presente acta en Mocoa (Putumayo), a los treinta y uno (31) días del mes de julio (7) de 2023.

Por la Gobernación del Putumayo	Por el Contratista
KAROLINE STEFANIE INCHIMA LUNA	**MÓNICA YADIRA MONTOYA PEREZ** CC. No. 1.121.835.048 de Mocoa.
Secretaria de Desarrollo Social Departamental	**R.L. CORPORACION AMAZONICA** **Nit: 900.656.749-8**

Proyectó	Daniel Arteaga Cusis	Profesional de Apoyo SDSD	SDSD	
Revisó:	María José Hurtado Arias	P. Universitario Jurídico SDSD	SDSD	

INFORME TÉCNICO

132

Corporación Amazonica

NIT: 900.656.749 - 8

Mocoa, 18 de octubre de 2023

GOBERNACION DEL PUTUMAYO
Secretaria de Desarrollo Social
Correspondencia Recibida
27 OCT 2023
Recibe Adriana Obando
Hora: 11:08 am
Registro: 1098

Srs.
Gobernación del putumayo
Secretaria de desarrollo departamental
Karoline Stefanie Inchima Luna.
Ciudad

Asunto: Cobro contrato 1549 del 17/07/2023

Cordial saludo

Mediante la presente, adjunto los siguientes documentos que acreditan el cumplimiento de los requisitos exigidos para el cobro del contrato 1549 del 17/07/2023, los cuales están debidamente foliados en el siguiente orden:

Documentos aportados.

- Oficio Remisorio
- Copia del registro presupuestal
- Copia del clausulado adicional
- Copia acta de inicio
- Informe final, detallado de las actividades ejecutadas, (cronograma de actividades gravado en cd,- Acta y/o planillas de entregas (con nombres completos, N° de identificación, N° de contacto, dirección y firma original) de los beneficiarios finales del proyecto (cuando hay entrega de incentivos o capacitaciones),-- Registros fotográficos, CD con evidencias (fotos,).
- Copia del RUT vigente y firmado
- Copia pago de seguridad social, ARP, y/o parafiscales, durante la ejecución del contrato.
- Certificado de paz y salvo de aporte de seguridad social por revisor fiscal.
- Certificado de la junta central de contadores, vigente a la fecha de certificación.
- Copia de tarjeta profesional y cedula de ciudadanía del revisor fiscal.
- Facturas originales.
- Plan de distribución por municipios
- Resolución DIAN vigente (18 meses)
- Copia de póliza y aprobación de póliza vigente
- Certificado de cuenta bancaria.

Corporación Amazonica

NIT: 900.656.749 - 8

- Liquidación de impuestos (estampillas)

De acuerdo con lo anterior, mi inscripción está contenida en un total de ____ ( ) folios.

Cordialmente,

Firma
Nombre: Monica Yadira Montoya Pérez
Cédula: 1.124.852.293 expedida en Mocoa

134

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES CONTRATO 1549 de 2023

Mes	AGOSTO																															SEPTIMBRE																														
Dia	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S
fecha	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
HORA					realizacion de formato de caracterizacion		realizacion de formato de caracterizacion		socializacion y mesa de trabajo mocoa		visita a barrio villa rosa 1	socializacion pto asis					Reunion con el presidente de la junta de villa rosa 1, 2 y 3 y Vereda el Libano		focalizacion y caracterizacion de caninos y felinos en estado vulnerables b/ villa rosa 1, 2 y 3, vereda el libano							focalizacion y caracterizacion de caninos y felinos en estado vulnerables b/ villa rosa 1, 2 y 3, vereda el libano									focalizacion y caracterizacion de caninos y felinos en estado vulnerables b/ villa rosa 1, 2 y 3, vereda el libano			Entrga de caracterizacion Mocoa			entrega o envio por medio de whatsapp recomendaciones para la realizacion de la cirugia de caninos y/o felinos de mocoa		Entrga de caracterizacion puerto Caicedo		entrega o envio por medio de whatsapp recomendaciones para la realizacion de la cirugia de caninos y/o felinos de Puerto Caicedo		Entrga de caracterizacion puerto asis		entrega o envio por medio de whatsapp recomendaciones para la realizacion de la cirugia de caninos y/o felinos de Puerto Asis				jornada de esterilizacion masiva en Mocoa		jornada de esterilizacion masiva en puerto caicedo		viaje y logista para jornada de esterilizacion de puerto Asis		jornada de esterilizacion masiva en puerto asis																														
8:00 a. m.																																																																					
9:00 a. m.																																																																			
10:00 a. m.																																																																		
11:00 a. m.																																																																		
12:00 p. m.																																																																		
1:00 p. m.																																																																		
2:00 p. m.																																																																		
3:00 p. m.																																																																		

Corporación Amazonica

NIT: 900.656.749 - 8

NOMBRE DEL PROYECTO: "APOYO EN LAS ACCIONES DE SENSIBILIZACIÓN SOBRE LA TENENCIA RESPONSABLE DE MASCOTAS Y ESTERILIZACIÓN DE ANIMALES DOMÉSTICOS EN LOS MUNICIPIOS DE MOCOA, PUERTO CAICEDO Y PUERTO ASIS DEL DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO."

RESUMEN EJECUTIVO

El presente proyecto pretende disminuir el maltrato, abandono y la sobrepoblación de mascotas de compañía (felinos y caninos), algunas de las causas de este problema, se relacionan con las precarias condiciones económicas y de infraestructura de las familias, la falta de concientización sobre la tenencia responsable y los métodos sobre cómo prevenir la reproducción felina y canina.

creando conciencia ciudadana de tenencia responsable de las mismas, evitando así que se lleven a cabo procedimiento de exterminio de animales callejeros, estas prácticas que violan los derechos de los animales, y para no llegar a esos extremos se emprendió las jornadas de esterilización, mediante la ubicación y visita de los barrios más vulnerable de los municipio donde se ejecutó el proyecto, informando a la comunidad de la forma como se escogería a los beneficiarios, trasladando personal profesional y calificado con sus respectivos equipos médicos.

Los objetivos generales de esta campaña son:

- La técnica quirúrgica (operación), está diseñada y adaptada para provocar la menor molestia posible, (cirugía lateral de 1 cm) siendo así menos invasiva y de rápida recuperación.
- Evitar el nacimiento de tantos perros y gatos (sobrepoblación) sin encontrar un buen hogar para su vida, y sufriendo el abandono y maltrato de la sociedad.
- Rescatar esta fauna callejera, recuperarla y encontrarles un hogar que les ofrezca una apropiada calidad de vida.

A través de la identificación de los dueños de los animales de compañía más vulnerables, de refugios y en situación de calle, se procedió a realizar una caracterización llegando al lugar de habitación de estos, explicándoles el proceso y con llevando un compromiso asistir de los diferentes municipios del departamento del putumayo.

Para la selección de los animales de compañía se realizó caracterización por medio de la junta defensores de animales y/o rescatistas y/o animalistas de los municipios donde se ejecutó el proyecto.

BARRIÓ URCUSIQUE
VILLAGARZON - PUTUMAYO
Celular :3118504078
Email:corpoamazonica21@gmail.com
"Esterilizar es un acto de amor"

Corporación Amazonica

NIT: 900.656.749 - 8

A continuación, presento una descripción detallada del procedimiento quirúrgico que se implementa en estas jornadas:

1. Se cita al paciente con 7 horas de ayuno, se realiza recepción del paciente en la cual se especifican las condiciones generales del individuo, y se solicita un consentimiento escrito de intervención quirúrgica por parte de su propietario.
2. Para este proceso se inicia con la canalización intravenosa del paciente y se procede a sedarlo.
3. Se realiza inducción de anestesia con (ZOLAZEPAN, TILETAMINA, XILACINA)
4. Se prepara el animal mediante rasuración y embrocado de la zona a intervenir, se utiliza maquina rasuradora y solución yodada.
5. Se realiza incisión en costado derecho del abdomen, aproximadamente 1 cm. Se buscan cuernos uterinos, se expone ovarios se corta utilizando sutura absorbible (2/0 ácido piligicolico) y externa (nylon quirúrgico 3/0,) y se extrae todo (ovario histerectomía –OVH), en el caso de las hembras. en machos orquiectomía extirpación de los órganos reproductores. Esta técnica quirúrgica requiere personal entrenado
6. Una vez terminado el procedimiento de esterilización, se procede a suturar la incisión, y se lleva la paciente a reposo para su recuperación de la anestesia.
7. Finalmente se realiza la medicación del paciente con antibiótico de larga acción y analgésico- antinflamatorio. (MULTIBIO -KETOPROFENO)
8. Se entrega el paciente despierto y caminando, con la Formula y las recomendaciones de cuidado del postoperatorio, tanto verbales como escritas.

Este procedimiento requiere un tiempo aproximado de 10-15 minutos por mascota intervenida, lo cual permite un número mayor de esterilizaciones realizadas en un determinado periodo de tiempo.

Al aplicar este proceso se garantiza que los recursos públicos que se destinen para este tipo de campañas cumplan la función para la que fueron gestionados y con la garantía absoluta de excelente calidad en todo el procedimiento quirúrgico.

Nuestro veterinario Jherson Gibernan Hernandez Miranda, graduado como médico veterinario zootecnista de la Universidad Del Tolima en año 2014, en 2015 realizo un diplomado en cirugía de tejidos blandos, en la Universidad del Tolima. cuenta con una amplia experiencia en jornadas masivas de esterilización en especies pequeñas y tejidos blando, brigadista medico nacional, conferencista sobre el cuidado y prevención de las mascotas, fundador y dueño de la fundación Fiel amigo donde alberga a mas de 255

Corporación Amazonica
NIT: 900.656.749 - 8

caninos y unos 50 felinos, además está dedicado al rescate, recuperación y adopciôn de caninos y felinos.

En las jornadas de esterilización, encontramos enfermedades como piometra(patología del sistema reproductor, acumulación de material purulento al interior del órgano reproductor en hembras no esterilizas), TVT (tumos de sticker o tumor venéreo transmisible). Ectoparásitos (enfermedad producida por la picadura de garrapatas) y problemas de piel.

1. JORNADAS DE ESTERILIZACIONES.

Las esterilizaciones se realizaron a caninos y felinos de personas de escasos recursos en cada uno de los siguientes 3 municipio seleccionados:

Se realizaron 180 esterilizaciones entre caninos y felinos de personas de escasos recursos en cada uno de los siguientes tres (03) municipios:

MUNICIPIO	CANT. DE ESTERILIZACIONES
MOCOA	80
PUERTO CAICEDO	50
PUERTO ASIS	50
TOTAL	**180**

- Mocoa se realizaron 80 esterilizaciones entre caninos y felinos con la ayuda de animalistas, junta defensora de animales se realizó la caracterización en los barrios villa rosa 1y 2 y vereda el recreo, la jornada se llevó a cabo en las instalaciones del salón comunal de Villa Rosa.
- Puerto Caicedo se realizaron 50 de animalistas, junta defensora de animales se realizó la caracterización del barrio 20 de julio.
- Puerto Asís se realizaron 50 esterilizaciones con la ayuda de la fundación Dogo, Fundación operación salvavidas, Animalista independientes y asociación animalistas huellitas de corazón y la junta defensora de animales nos ayudaron realizar de manera exitosa la selección y caracterización de los animales de compañía vulnerables.

El proyecto tubo una gran acogida por la población en general, las fundaciones y juntas defensoras.

Corporación Amazonica

NIT: 900656.749 - 8

Gracias a la ayuda de las fundaciones de cada municipio se pudo llegar al foco vulnerable y así poder cumplir con el objetivo del proyecto.

MONICA YADIRA MONTOYA P
C.c. 1.124.852.293
RL Corporación Amazónica

BARRIÓ URCUSIQUE
VILLAGARZON - PUTUMAYO
Celular :3118504078
Email:corpoamazonica21@gmail.com
¨Esterilizar es un acto de amor¨

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023 ¡Gracias Dios mio por tantas bendiciones!

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL PUTUMAYO

Corporación Amazonica NIT: 900.656.749

PLANILLA DE ASISTENCIA JORNADA DE ESTERILIZACIÓN

OBJETO: Apoyo en las acciones de sensibilizacion sobre la tenencia responsable de mascotas y esterilizacion de animales domesticos en el **DEPARTAMENTO DE PUTUMAYO, en ejecucion del contrato 1529 de 31 JULIO 2023.**

1529

CIUDAD: MOCOA **FECHA: 21 DE SEPTIEMBRE DE 2023**

ITEM	NOMBRE DEL PROPIETARIO	CEDULA	NOMBRE DE LA MASCOTA	SEXO HEMBRA O MACHO	CANINO /FELINO	TELEFONO	BARRIO /VEREDA	FIRMA
1	Viviana Briñez	1.124860914	Cosmo	Macho	Felino	3227547069	Villa Rosa	
2	Wilmer Hernan Cañon	1.124856452	Niña	Hembra	Canino	3142707670	Villa Rosa	Wilmer Hernan
3	Margarita Zabala	69010068	Nera	Hembra	Canina	3204184874	Villa Rosa	Margarita Zabala
4	Carmen Yolanda Manchola	69022087	Negra	Hembra	Canina	3204184874	Villa Rosa	Carmen Yolanda M.
5	Joel Bula	1067807945	Yoguí	Macho	Canino	3016867344	Villa Rosa	Joel Bula
6	Fredy Arteaga	1124849936	Lica	Hembra	Canina	3136103565	Villa Rosa	FREDDY ARTIAGA
7	Anibal Hernandez	18102.158	Marbella	Hembra	Canina	3138222470	Villa Rosa	Anibal Hernandez
8	Luz Aida Ordoñez	48.648.783	Marquesa	Hembra	Canina	3132260250	Villa Rosa	
9	Harold Muñoz Rios	18131098	Negra	Hembra	Canina	3212452262	Villa Rosa	Harold Muñoz
10	Maria Barreiro	39835220	Lovi	Hembra	Canina	3115300045	Villa Rosa	Maria Barreiro
11	Maria Barreiro	39835220	Lupita	Hembra	Canina	3115300045	Villa Rosa	Maria Barreiro
12	Pompilio Cabrera	17637079	Tito	Macho	Canino	3213777675	Villa Rosa	Pompilio Cabrera
13	Zuleny Camacho	1.125.183.416	Kay	Macho	Canino	3219716845	Villa Rosa	
14	Zuleny Camacho	1.125.183.416	Kira	Hembra	Canino	3219716845	Villa Rosa	
15	Miguel Angel Nupa	18.126.050	Mono	Macho	Canino	3123773247	Villa Rosa	Miguel Nupa
16	Gloria Esperanza Ojeda	27354195	Karla	Hembra	Canina	3217871727	Piñayaco	
17	Flor Alba Tandioy	41170350	Brenda	Hembra	Canino	3127093820	Villa Rosa	Flor Alba Tandioy
18	Maria Alicia Pujimuy	69055096	Luna	Hembra	Canino	3135985548	Villa Rosa	Maria alicia
19	Daniela Ordoñez	1.006846383	Milo	Hembra	Felina	3223164359	Villa Rosa	Daniela Ordoñez
20	Daniela Ordoñez	1.006846383	Chiky	Hembra	Canina	3223164359	Villa Rosa	Daniela Ordoñez
21	Carolina Osorio	1.124864496	Shaky	Hembra	Canina	3208302848	Villa Rosa	Carolina Osorio
22	Viviana Meneses	52664571	Luna	Hembra	Felino	3102306632	Villa Rosa	Viviana Meneses

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023 ¡Gracias Dios mio por tantas bendiciones!

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL PUTUMAYO

Corporación Amazonica NIT: 900.656.749

PLANILLA DE ASISTENCIA JORNADA DE ESTERILIZACIÓN

OBJETO: Apoyo en las acciones de sensibilizacion sobre la tenencia responsable de mascotas y esterilizacion de animales domesticos en el **DEPARTAMENTO DE PUTUMAYO, en ejecucion del contrato 1579 de 31 JULIO 2023.**

CIUDAD: MOCOA **FECHA: 21 DE SEPTIEMBRE DE 2023**

23	Yaneth Osorio	40595491	Paco	Macho	Felino	3106085889	Villa Rosa	Yanedt Osorio
24	Yaneth Osorio	40595491	Tobi	Macho	Canino	3106085889	Villa Rosa	Yanedt Osorio
25	Fernanda Caliz	1006946784	Luna	Hembra	Canino	3223023301	Villa Rosa	Fernanda Caliz
26	Melquin Ramirez	1030620823	Luna	Hembra	Felina	3202147684	Villa Rosa	
27	Sandra Garcia	69006239	Michi	Hembra	Felino	3118793972	Villa Rosa	Sandra J. Garcia
28	Fabiola Vanegas	40620983	Lulu	Hembra	Canino	3205441749	Villa Rosa	Fabiola Vang
29	Noralba Perez	27355635	Blanca	Hembra	Canina	3132947762	Villa Rosa	Isabel P.
30	Noralba Perez	27355635	Selva	Hembra	Canina	3132947762	Villa Rosa	Isabel P.
31	Jenifer Melisa Jaramillo	1124858918	Mono 1	Macho	Felino	3176949749	Villa Rosa	Jennifer Melissa
32	Jenifer Melisa Jaramillo	1124858918	Mono 2	Macho	Felino	3176949749	Villa Rosa	Jennifer Melissa
33	Rubiela Ipia	1114.873.090	Toby	Macho	Canino	3125686786	Villa Rosa	Rubiela Ipia
34	Liliana Quiñonez	41.170.207	Baby	Hembra	Canina	3168931188	Villa Rosa	LILIANA Q
35	Jhonatan Rosero	1125409311	Esmeralda	Hembra	Canina	3105596586	Villa Rosa	Jhonatan
36	Mariela Cenon	1124865783	Estrella	Hembra	Canina	3217518478	Villa Rosa	Mariela Cenón
37	Andres Fernando Guerrero	14466108	Luna	Hembra	Canina	3223251982	Villa Rosa	Andres Fernando G.O
38	Rocio Medina	69000064	Niña	Hembra	Canina	3227134752	Villa Rosa	Rocio medina
39	Margarita Gomez	69005118	Pinina	Hembra	Canina	3107681034	Villa Rosa	Margarita Gomez
40	Yahir Andrei Gomez	1124863942	Princesa	Hembra	Canino	3223898363	Villa Rosa	Andrei Gomez
41	Yuri Ibarra	1124854805	Lupe	Hembra	Canino	3125130762	Villa Rosa	Yuri I.
42	Miladi Lorena Arango	66.725.615	LuLu	Hembra	Felino	3163426281	Villa Rosa	Miladi Lorena A.
43	Milbia Jara	48657794	Lupita	Hembra	Canino	3133154311	Villa Rosa	Milbia Jara
44	Carina Botina	1.120066075	Milu	Hembra	Felina	3142309911	Villa Rosa	
45	Rosaura Ortiz	1.12907H407	Katy	Hembra	Felina	3155405943	San Miguel	Rosaura Ortiz
46	Nelly Huaca	69026132	Niña	Hembra	Canina	3204113889	Villa Rosa	NELLY Huaca

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023 ¡Gracias Dios mio por tantas bendiciones!

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL PUTUMAYO

Corporación Amazonica NIT: 900.656.749

PLANILLA DE ASISTENCIA JORNADA DE ESTERILIZACIÓN

OBJETO: Apoyo en las acciones de sensibilizacion sobre la tenencia responsable de mascotas y esterilizacion de animales domesticos en el **DEPARTAMENTO DE PUTUMAYO, en ejecucion del contrato 1529 de 31 JULIO 2023.**

CIUDAD: MOCOA **FECHA: 21 DE SEPTIEMBRE DE 2023**

47	Edwin Giovani Hernandez	97612563	Tarqui	Hembra	Felino	3006363688	Prados		
48	Jose Humberto Mutumbajoy	1.125.181.270	Mia	Macho	Canino	3207446369	Recreo	Jose Humberto	
49	Margarita Zabala	69.010.068	Niña	Hembra	Canina	3204184871	Villa Rosa	Margarita Zabala	
50	Andrea Riascos	1.124.865.580	Guardian	Macho	Canino	3209098399	Villa Rosa	Andrea Riascos	
51	Andres Muñoz	1.124.863.853	Toni	Macho	Canino	3118609479	Villa Rosa	Andres Muñoz	
52	Daniela Ordoñez	1.006.846.383	Negro	Macho	Felino	3223164.359	Villa Rosa	Daniela Ordoñez	
53	Kelly Vargas	1.124851972	Lulu	Hembra	Canino	3222630475	Villa Rosa	Kelly Vargas	
54	Kelly Andrea Vargas	1.124851972	Perla	Hembra	Felina	3226304.75	Villa Rosa	kelly Vargas	
55	Alexander Pama	1.110.518.038	Kiara	Hembra	Canina	3206793880	Villa Rosa		
56	Xiomara Santa Cruz	1.125 179655	Tekila	Hembra	Canina	3223126189	Villa Rosa	Xiomara SantaCruz	
57	Ramiro Nupan	18.124.423	Morocha	Hembra	Canina	3212498627	Villa Rosa	Ramiro Nupan	
58	Ramiro Nupan	18.124.423	Lasi	Hembra	Canino	3212498627	Villa Rosa	Ramiro Nupan	
59	Carmen Ruiz	39835.299	Paquita	Hembra	Canino	3232326730	Villa Rosa	Carmen C. Ruiz.	
60	Policarpa Ruiz L	27355473	Mayi	Hembra	Canina	3214723135	Villa Rosa	Policarpa Ruiz L	
61	Freider Corrales	1.124 850211	Bruna	Hembra	Canina	3208878196	Villa Rosa	Freyder C.	
62	Marcela Calpa	1.124 858 234	Gabi	Hembra	Felina	3223714743	Villa Rosa		
63	Marcela Calpa	1.124 858 234	Mila	Hembra	Canina	3223714743	Villa Rosa		
64	Mary Chupal	1.124.855596	Lupita	Hembra	Canino	3208752575	Vda Recreo	MARY CHAPAL	
65	Claudia Garcia	69008760	Palto	Macho	Canino	3104516680	villa Rosa	Claudia Cerqera	
66	Carlos Mora	18128268	Quira	Hembra	Canino	3138222470	Villa Rosa	Carlos Mora	
67	Luis Alberto Quintero	1.124 854360	Tuti	Hembra	Felina	3132213256	VillaRosa	Luis Quintero	
68	Maricela Moncayo	1.124.853460	Estellita	Hembra	Canino	3208498461	Villa Rosa	Maricela Moncayo	
69	Edith Pia	39825205	Michel	Macho	Felino	3124202913	Villa Rosa		
70	Ruby Pastora Paso	1.061.431.924	Amoroso	Macho	Canino	3118223065	Villa Rosa	Ruby Paso Ch.	

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023 ¡Gracias Dios mio por tantas bendiciones!

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL PUTUMAYO

Corporación Amazonica NIT: 900.656.749

PLANILLA DE ASISTENCIA JORNADA DE ESTERILIZACIÓN

OBJETO: Apoyo en las acciones de sensibilizacion sobre la tenencia responsable de mascotas y esterilizacion de animales domesticos en el **DEPARTAMENTO DE PUTUMAYO, en ejecucion del contrato 1589 de 31 JULIO 2023.**

CIUDAD: MOCOA **FECHA: 21 DE SEPTIEMBRE DE 2023**

71	Sulaidy Jugjibioy	1.124859269	Melon	Macho	Canino	3227762130	Villa Rosa	Sulaidy Jugjibioy
72	Karen Londoño	1.120.067726	Luciana	Hembra	Felina	3223576696	Villa Rosa	Karen
73	Miryam Eliana Feijoo	1.127.072773	Lulu Hermida	Hembra	Felino	3118779967	Villa Rosa	Eliana F.B
74	Veronica Arcos	40.620.634	Micha	Hembra	Felino	3206568132	Villa Rosa	Veronica Arcos
75	Gessica Lorena Feijoo	1.124.855551	Haby	Hembra	Canina	3223245981	Villa Rosa	YuB
76	Suley Cuyato	1.083.870353	Niño	Macho	Felino	3102066730	Villa Rosa	Suley Cuyato
77	Jose Vicente Moncayo	1061985894	Toby	Macho	Canino	3116186140	Villa Rosa	Jose Vicente
78	Yuri Camila JOJOY	1.124.867346	Mia	Hembra	Felino	3102838411	Villa Rosa	Camila Jajoy
79	Yuri Camila Jajoy	1.124.867.346	Pinky	Macho	Canino	3102838411	Villa Rosa	Camila Jajoy
80	Yuri Camila Jajoy	1.124.867.346	Morocha	Hembra	Canina	3102838411	Villa Rosa	Camila Jajoy

MONICA YADIRA MONTOYA PEREZ
CC 1.124.852.293 DE MOCOA
R.L CORPORACION AMAZONICA

1

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Viviana Briñez
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: X Canino; _____
Hembra: _____ Macho: X
Nombre de la mascota: Cosmo Raza: criollo
Edad: 5 meses

Yo solicito y autorizo al médico veterinario Jherson Hernandez con tarjeta profesional 28.394 de la Fundación Fiel Amigo para realizar la esterilización y los procedimientos que sean necesarios en el curso de ésta.

Entiendo que tomarán los cuidados necesarios para proteger la vida y salud de mi mascota, sin embargo, entiendo que existen ciertos riesgos en la cirugía, incluyendo infección en el área de la operación, suturas sueltas o rotas, comezón en la piel, condición moribunda temporánea, pérdida de apetito en raras ocasiones o posible muerte.

Libero a la Fundación Fiel Amigo y a su médico veterinario de cualquier reclamo o responsabilidad de la cirugía y cualquier reclamo por reembolso de los gastos asociados por cuidado de la mascota, aun cuando el dueño o persona autorizada crea que estos gastos son asociados con la cirugía realizada en la Fundación Fiel Amigo.

Debo de llevarme la mascota el mismo día, de lo contrario habrá cargos extras, entiendo que si abandono a mi mascota en la Fundación Fiel Amigo, ésta será autorizada como su propietario y podrá disponer de ésta como considere.

Certifico que mi animal se encuentra en buen estado de salud y que no está recibiendo ningún tipo de tratamiento con otro médico veterinario.

FAVOR DILIGENCIAR TODOS LOS DATOS A CONTINUACIÓN

FIRMA: [redacted] CÉDULA: 1.724860994

FECHA: 27-Sept-2023 CELULAR: 3227547069

DIRECCIÓN: Villa Rosa BARRIO: Villa Rosa

144 (1)
54

9.

Corporación Amazonica NIT: 900656719-8

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL PUTUMAYO

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

CARACTERIZACIÓN PARA ESTERILIZACIONES GRATUITAS DE CANINOS Y FELINOS EN CONDICIÓN VULNERABLE EN EL MUNICIPIO DE MOCOA

Fecha:	22-08-2021	Hora:	9:14.	Lugar:	VILLA INSA			
Nombre del propietario: Viviana Briñez.				Cédula:	1124860994.			
				Celular:	3227547069			
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X		Donde ?						
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO	
Cosmo.	5 meses			X			X.	

Por qué desea recibir la ayuda? NO QUIERO MAS GATOS

Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X NO _____, Por qué ? _____

Se compromete cuidar su mascota en el proceso post quirúrgico ya que es muy importante para que tenga una recuperación exitosa ? SI X NO ____. Por qué ? _____

Yo Viviana Briñez autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: Viviana Briñez

Cédula: 1124860994

Propietario de la mascota

Nombre: Paola Andrea Jimenez D

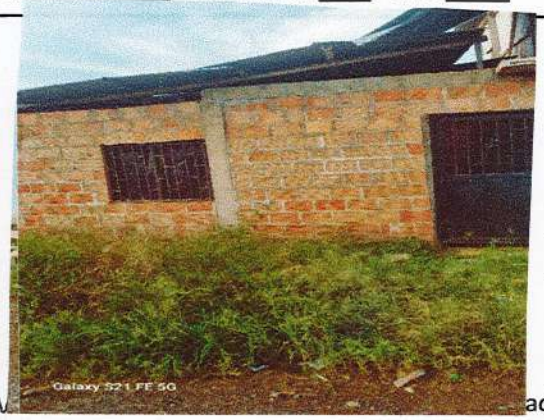
Firma: Andrea Jimenez D.

Cédula: 1124853715

Encuestador

Fundación: ____ Asociación: ____ Otro: X





V ada

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 21-09-23	**MEDICO VETERIARIO:** JHERSON HERNANDEZ	**TARJETA PROFESIONAL N°**	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE VIVIANA BRINEZ			
NOMBRE: COSMO	**ESPECIE:** F		
COLOR: BICOLOR A.	**RAZA:** CRIOLLA **EDAD:** 3 MESES		
SEXO: M **PESO:** 3.1K	**PROCEDENCIA:** MOCOA		

HISTORIA DEL PACIENTE

	CANINOS		**FELINOS**		**ESTADO REPRODUCTIVO**	
	SI(___) NO(___)		SI (___) NO (X)		ESTELIZADO( )	GESTACION (__)
VACUNACION	PUPPY (___)	FECHA:	TRIPLE (__)	FECHA:	ENTERO (X)	LACTANCIA (__)
	QUINTUPLE(_	FECHA:	RABIA (__)	FECHA:	**DESPARASITACION**	
	RABIA (__)	FECHA:	LEUCEMIA (__	FECHA:	SI (X) NO ( )	
					FECHA: 3 MESES	

EXAMEN CLINICO

FC: 75	FR: 15	TLLC: NA	TEMPERATURA: 37.5	PULSO: N.A

CONDICION CORPORAL: CAQUECTICO(__) DELGADO(__) NORMAL(X) OBESO(__) SOBREPESO(__)

ACTITUD Y TEMPERAMENTO: LETARGICO(__) ESTUPOROSO(__) COMATOSO(__) AL ERTA (X)

ESTADO DE HIDRATACION: NORMAL (X) DESHIDRATACION: 0-5% (__) 6-7% (__) 8- 9% (__) +10% (__)

MUCOSAS: PALIDAS (__) ROSADAS (X) HUMEDAS (__) SECAS(__)

MUCOSAS:	**NORMAL**	**ANORMAL**	**OBSERVACIONES:**
CONJUNTIVAL	X		
ORAL	X		
VULVAR/PREPUCIAL	X		
RECTAL	X		
OIDOS	X		
NODULOS LINFATICOS	X		
PIEL/ANEXOS	X		
LOCOMOCION	X		
A. MUSCULOESQUELETICO	X		
SISTEMA NERVIOSO	X		
A. CARDIOVASCULAR	X		
A. RESPIRATORIO	X		
A. DIGESTIVO	X		
A. GENITOURINARIO	X		

LISTA DE PROBLEMAS

LISTA DE PROBLEMAS	**DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**

COMENTARIOS: NORMAL

FECHA ENTREGA MASCOTA: 21-09-2023

146

TUT 2
5/6

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Wilmer hernan cañon
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino; X
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: Niña Raza: Criolla
Edad: 3 A

Yo solicito y autorizo al médico veterinario Helson Hernandez con tarjeta profesional 28394 de la Fundación Fiel Amigo para realizar la esterilización y los procedimientos que sean necesarios en el curso de ésta.

Entiendo que tomarán los cuidados necesarios para proteger la vida y salud de mi mascota, sin embargo, entiendo que existen ciertos riesgos en la cirugía, incluyendo infección en el área de la operación, suturas sueltas o rotas, comezón en la piel, condición moribunda temporánea, pérdida de apetito en raras ocasiones o posible muerte.

Libero a la Fundación Fiel Amigo y a su médico veterinario de cualquier reclamo o responsabilidad de la cirugía y cualquier reclamo por reembolso de los gastos asociados por cuidado de la mascota, aun cuando el dueño o persona autorizada crea que estos gastos son asociados con la cirugía realizada en la Fundación Fiel Amigo.

Debo de llevarme la mascota el mismo día, de lo contrario habrá cargos extras, entiendo que si abandono a mi mascota en la Fundación Fiel Amigo, ésta será autorizada como su propietario y podrá disponer de ésta como considere.

Certifico que mi animal se encuentra en buen estado de salud y que no está recibiendo ningún tipo de tratamiento con otro médico veterinario.

FAVOR DILIGENCIAR TODOS LOS DATOS A CONTINUACIÓN

FIRMA: Wilmer hernan CÉDULA: 1124856452
FECHA: 21-09-2023 CELULAR: 3142707670
DIRECCIÓN: VILLA ROSA BARRIO: Villa rosa

1472
57
13

Corporación Amazonica NIT 900656749-8

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL PUTUMAYO

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

CARACTERIZACIÓN PARA ESTERILIZACIONES GRATUITAS DE CANINOS Y FELINOS EN CONDICIÓN VULNERABLE EN EL MUNICIPIO DE MOCOA

Fecha:	20-08-2023	Hora:	8. AM	Lugar:	VILLA ANSA 1		
Nombre del propietario: Wilner Hernan Cañon				Cédula:	1124856452		
				Celular:	3142707670		
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X		Donde ?					
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO
Nina.	3 años.		X			X	

Por qué desea recibir la ayuda? No quiero mas perros

Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X NO _____, Por qué ? _____

Se compromete cuidar su mascota en el proceso post quirúrgico ya que es muy importante para que tenga una recuperación exitosa ? SI X NO ____. Por qué ? _____

Yo Wilner hernan cañon. autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: Wilner Hernán Cañón

Cédula: 1124 856 452.

Propietario de la mascota

Nombre: Paola andrea Jimenez

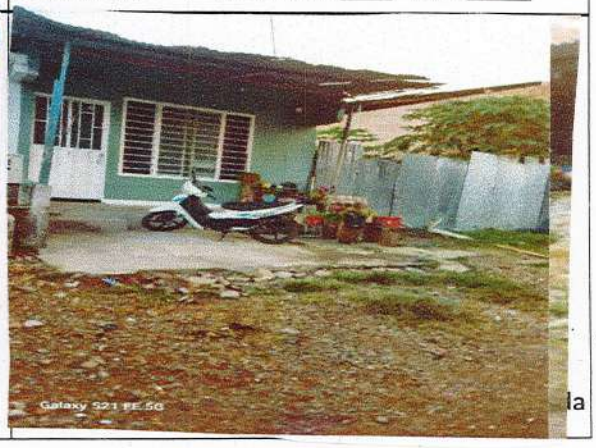
Firma: Paola Andrea Jimenez D.

Cédula: 1124853745

Encuestador

Fundación: ___ Asociación: ___ Otro: X





la

148
58

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 21-09-23	**MEDICO VETERIARIO:** JHERSON HERNANDEZ	**TARJETA PROFESIONAL N°**	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	WILMER HERNAN CAÑON		
NOMBRE: NIÑA	**ESPECIE:** C		
COLOR: CAFE	**RAZA:** CRIOLLA **EDAD:** 3 A		
SEXO: H **PESO:** 7 K	**PROCEDENCIA:** MOCOA		

HISTORIA DEL PACIENTE

VACUNACION	**CANINOS**		**FELINOS**		**ESTADO REPRODUCTIVO**	
	SI(___) NO(X)		SI (___) NO (___)		ESTELIZADO( )	GESTACION (__)
	PUPPY (___)	FECHA:	TRIPLE (__)	FECHA:	ENTERO (X)	LACTANCIA (__)
	QUINTUPLE(_	FECHA:	RABIA (__)	FECHA:	**DESPARASITACION**	
	RABIA (__)	FECHA:	LEUCEMIA (__	FECHA:	SI (X) NO ( )	
					FECHA: 5 MESES	

EXAMEN CLINICO

FC: 65	FR: 15	TLLC: NA	TEMPERATURA: 37.8	PULSO: N-A

CONDICION CORPORAL: CAQUECTICO(__) DELGADO(__) NORMAL(X) OBESO(__) SOBREPESO(__)

ACTITUD Y TEMPERAMENTO: LETARGICO(__) ESTUPOROSO(__) COMATOSO(__) AL ERTA (X)

ESTADO DE HIDRATACION: NORMAL (X) DESHIDRATACION: 0-5% (__) 6-7% (__) 8- 9% (__) +10% (__)

MUCOSAS: PALIDAS (__) ROSADAS (X) HUMEDAS (__) SECAS(__)

MUCOSAS:	NORMAL	ANORMAL	OBSERVACIONES:
CONJUNTIVAL	X		
ORAL	X		
VULVAR/PREPUCIAL		X	TUMOR VENERO TRASMISIBLE (TVT)
RECTAL	X		
OIDOS	X		
NODULOS LINFATICOS	X		
PIEL/ANEXOS	X		
LOCOMOCION	X		
A. MUSCULOESQUELETICO	X		
SISTEMA NERVIOSO	X		
A. CARDIOVASCULAR	X		
A. RESPIRATORIO	X		
A. DIGESTIVO	X		
A. GENITOURINARIO	X		

LISTA DE PROBLEMAS

LISTA DE PROBLEMAS	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
TVT TUMOR VENERO TRANSMISIBLE	

COMENTARIOS:

FECHA ENTREGA MASCOTA: 21-09-2023

149

Prometa 3

59

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Margarita Zabala
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino; X
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: Nera Raza: Criollo
Edad: 1año

Yo solicito y autorizo al médico veterinario JHERSON HERNANDEZ con tarjeta profesional 28394 de la Fundación Fiel Amigo para realizar la esterilización y los procedimientos que sean necesarios en el curso de ésta.

Entiendo que tomarán los cuidados necesarios para proteger la vida y salud de mi mascota, sin embargo, entiendo que existen ciertos riesgos en la cirugía, incluyendo infección en el área de la operación, suturas sueltas o rotas, comezón en la piel, condición moribunda temporánea, pérdida de apetito en raras ocasiones o posible muerte.

Libero a la Fundación Fiel Amigo y a su médico veterinario de cualquier reclamo o responsabilidad de la cirugía y cualquier reclamo por reembolso de los gastos asociados por cuidado de la mascota, aun cuando el dueño o persona autorizada crea que estos gastos son asociados con la cirugía realizada en la Fundación Fiel Amigo.

Debo de llevarme la mascota el mismo día, de lo contrario habrá cargos extras, entiendo que si abandono a mi mascota en la Fundación Fiel Amigo, ésta será autorizada como su propietario y podrá disponer de ésta como considere.

Certifico que mi animal se encuentra en buen estado de salud y que no está recibiendo ningún tipo de tratamiento con otro médico veterinario.

FAVOR DILIGENCIAR TODOS LOS DATOS A CONTINUACIÓN

FIRMA: Margarita Zabala CÉDULA: 69010068

FECHA: 21-09-2023 CELULAR: 3204184874

DIRECCIÓN: V/ROSA BARRIO: V Rosa

3
130
60

Corporación Amazonica NIT: 900656749-8

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL PUTUMAYO

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

CARACTERIZACIÓN PARA ESTERILIZACIONES GRATUITAS DE CANINOS Y FELINOS EN CONDICIÓN VULNERABLE EN EL MUNICIPIO DE MOCOA

Fecha: 19/agosto/2023	Hora: 9:10am	Lugar: Villarosa 1					
Nombre del propietario: Margarita Sabala		Cédula: 69010068					
		Celular: 3204184874 3102306632 whatsapp.					
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X	Donde ?						
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO
Nera	2 año		X			X.	

Por qué desea recibir la ayuda? Evitar sobrepoblación canina.

Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X NO ____, Por qué ? ____

Se compromete cuidar su mascota en el proceso post quirúrgico ya que es muy importante para que tenga una recuperación exitosa ? SI X NO ____. Por qué ? ____

Yo Margarita Zabala. autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: Margarita Zabala.	Nombre: JIMENA LOPEZ
Cédula: 69010068	Firma: JIMENA L.
Propietario de la mascota	Cédula: 69009400
	Encuestador
	Fundación: ____ Asociación: ____ Otro: X





iciada

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 21-09-2021	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE: MARGARITA ZABALA			
NOMBRE: NERA	ESPECIE: CANINA		
COLOR: NEGRO	RAZA: CRIOLLA	EDAD: 1 A.	
SEXO: H°	PESO: 5 K	PROCEDENCIA: MUCOA	

HISTORIA DEL PACIENTE

VACUNACION	CANINOS		FELINOS		ESTADO REPRODUCTIVO	
	SI(___) NO(X)		SI (___) NO (___)		ESTELIZADO( )	GESTACION (__)
	PUPPY (___)	FECHA:	TRIPLE (__)	FECHA:	ENTERO (X)	LACTANCIA (__)
	QUINTUPLE(_	FECHA:	RABIA (__)	FECHA:	DESPARASITACION	
	RABIA (__)	FECHA:	LEUCEMIA (__	FECHA:	SI (X) NO ( )	
					FECHA: 4 meses	

EXAMEN CLINICO

FC: 70	FR: 20	TLLC: NA	TEMPERATURA: 38	PULSO: N.A

CONDICION CORPORAL: CAQUECTICO(__) DELGADO(__) NORMAL(X) OBESO(__) SOBREPESO(__)

ACTITUD Y TEMPERAMENTO: LETARGICO(__) ESTUPOROSO(__) COMATOSO(__) AL ERTA (X)

ESTADO DE HIDRATACION: NORMAL (X) DESHIDRATACION: 0-5% (__) 6-7% (__) 8- 9% (__) +10% (__)

MUCOSAS: PALIDAS (__) ROSADAS (X) HUMEDAS (__) SECAS(__)

MUCOSAS:	NORMAL	ANORMAL	OBSERVACIONES:
CONJUNTIVAL	X		
ORAL	X		
VULVAR/PREPUCIAL		X	PIOMETRA
RECTAL	X		
OIDOS	X		
NODULOS LINFATICOS	X		
PIEL/ANEXOS	X		
LOCOMOCION	X		
A. MUSCULOESQUELETICO	X		
SISTEMA NERVIOSO	X		
A. CARDIOVASCULAR	X		
A. RESPIRATORIO	X		
A. DIGESTIVO	X		
A. GENITOURINARIO	X		

LISTA DE PROBLEMAS

LISTA DE PROBLEMAS	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
PIOMETRA	

COMENTARIOS:

FECHA ENTREGA MASCOTA: 21-09-2023

152

4

62

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Carmen Yolanda Manchola
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino: X
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: Negra Raza: Criollo
Edad: 7año

Yo solicito y autorizo al médico veterinario JHEISON HERNANDEZ con tarjeta profesional 28394 de la Fundación Fiel Amigo para realizar la esterilización y los procedimientos que sean necesarios en el curso de ésta.

Entiendo que tomarán los cuidados necesarios para proteger la vida y salud de mi mascota, sin embargo, entiendo que existen ciertos riesgos en la cirugía, incluyendo infección en el área de la operación, suturas sueltas o rotas, comezón en la piel, condición moribunda temporánea, pérdida de apetito en raras ocasiones o posible muerte.

Libero a la Fundación Fiel Amigo y a su médico veterinario de cualquier reclamo o responsabilidad de la cirugía y cualquier reclamo por reembolso de los gastos asociados por cuidado de la mascota, aun cuando el dueño o persona autorizada crea que estos gastos son asociados con la cirugía realizada en la Fundación Fiel Amigo.

Debo de llevarme la mascota el mismo día, de lo contrario habrá cargos extras, entiendo que si abandono a mi mascota en la Fundación Fiel Amigo, ésta será autorizada como su propietario y podrá disponer de ésta como considere.

Certifico que mi animal se encuentra en buen estado de salud y que no está recibiendo ningún tipo de tratamiento con otro médico veterinario.

FAVOR DILIGENCIAR TODOS LOS DATOS A CONTINUACIÓN

FIRMA: Carmen Yolanda M CÉDULA: 64022087

FECHA: 21-09-2023 CELULAR: 3204184874

DIRECCIÓN: V/ ROSA BARRIO: V Rosa

63
153

Corporación Amazonica NIT: 900656.749-6

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL PUTUMAYO

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

CARACTERIZACIÓN PARA ESTERILIZACIONES GRATUITAS DE CANINOS Y FELINOS EN CONDICIÓN VULNERABLE EN EL MUNICIPIO DE MOCOA

Fecha: 22-08-2023		Hora: 3P		Lugar: VILLA ROSA			
Nombre del propietario: CARMEN YOLANDA NACHOLA				Cédula: 69022087			
				Celular: 3148785574			
Cuenta con trabajo? SI ___ NO Y		Donde ?					
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO
NETA	6 A		X			Y	

Por qué desea recibir la ayuda? NO CUENTO CON RECURSOS

Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X NO _____, Por qué ? _____

Se compromete cuidar su mascota en el proceso post quirúrgico ya que es muy importante para que tenga una recuperación exitosa ? SI X NO ____. Por qué ? _____

Yo CARMEN YOLANDA NANCHOLA autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: Carmen Yolanda MZ

Cédula: 69.022 087

Propietario de la mascota

Nombre: JIMENA LOPEZ

Firma: JIMENA L

Cédula: 69009640

Encuestador

Fundación: ____ Asociación:____ Otro: X



Vi



69
154

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 21-09-2023	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	CARMEN YOLANDA MANCHOLA		
NOMBRE: NEGRA	ESPECIE: CANINO		
COLOR: NEGRO	RAZA: CRIOLLA	EDAD:	
SEXO: H	PESO: 20H	PROCEDENCIA: MOCOA	

HISTORIA DEL PACIENTE

VACUNACION	CANINOS		FELINOS		ESTADO REPRODUCTIVO	
	SI(___) NO(X)		SI (___) NO (___)		ESTELIZADO( )	GESTACION (__)
	PUPPY (___)	FECHA:	TRIPLE (__)	FECHA:	ENTERO (X)	LACTANCIA (__)
	QUINTUPLE(_	FECHA:	RABIA (__)	FECHA:	DESPARASITACION	
	RABIA (__)	FECHA:	LEUCEMIA (__	FECHA:	SI (X) NO ( )	
					FECHA: 5 MESES	

EXAMEN CLINICO

FC: 65	FR: 15	TLLC: N.A	TEMPERATURA: 37-9	PULSO: N.A

CONDICION CORPORAL: CAQUECTICO(__) DELGADO(__) NORMAL(X) OBESO(__) SOBREPESO(__)

ACTITUD Y TEMPERAMENTO: LETARGICO(__) ESTUPOROSO(__) COMATOSO(__) AL ERTA (X)

ESTADO DE HIDRATACION: NORMAL (X) DESHIDRATACION: 0-5% (__) 6-7% (__) 8- 9% (__) +10% (__)

MUCOSAS: PALIDAS (__) ROSADAS (X) HUMEDAS (__) SECAS(__)

MUCOSAS:	NORMAL	ANORMAL	OBSERVACIONES:
CONJUNTIVAL	X		
ORAL	X		
VULVAR/PREPUCIAL	X		
RECTAL	X		
OIDOS	X		
NODULOS LINFATICOS	X		
PIEL/ANEXOS	X		
LOCOMOCION	X		
A. MUSCULOESQUELETICO	X		
SISTEMA NERVIOSO	X		
A. CARDIOVASCULAR	X		
A. RESPIRATORIO	X		
A. DIGESTIVO	X		
A. GENITOURINARIO	X		

LISTA DE PROBLEMAS

LISTA DE PROBLEMAS	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
NORMAL	

COMENTARIOS:

FECHA ENTREGA MASCOTA: 21-09-2023

155

5

65

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo JOEL BULA
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino: X
Hembra: _____ Macho: X
Nombre de la mascota: YOGUI Raza: CRIOLLO
Edad: 14

Yo solicito y autorizo al médico veterinario JHELSON HERNANDEZ con tarjeta profesional 28394 de la Fundación Fiel Amigo para realizar la esterilización y los procedimientos que sean necesarios en el curso de ésta.

Entiendo que tomarán los cuidados necesarios para proteger la vida y salud de mi ascota, sin embargo, entiendo que existen ciertos riesgos en la cirugía, incluyendo infección en el área de la operación, suturas sueltas o rotas, comezón en la piel, condición moribunda temporánea, pérdida de apetito en raras ocasiones o posible muerte.

Libero a la Fundación Fiel Amigo y a su médico veterinario de cualquier reclamo o responsabilidad de la cirugía y cualquier reclamo por reembolso de los gastos asociados por cuidado de la mascota, aun cuando el dueño o persona autorizada crea que estos gastos son asociados con la cirugía realizada en la Fundación Fiel Amigo.

Debo de llevarme la mascota el mismo día, de lo contrario habrá cargos extras, entiendo que si abandono a mi mascota en la Fundación Fiel Amigo, ésta será autorizada como su propietario y podrá disponer de ésta como considere.

Certifico que mi animal se encuentra en buen estado de salud y que no está recibiendo ningún tipo de tratamiento con otro médico veterinario.

FAVOR DILIGENCIAR TODOS LOS DATOS A CONTINUACIÓN

FIRMA: JoelBula CÉDULA: 1067807945
FECHA: 21/09/23 CELULAR: 3016867344
DIRECCIÓN: Vereda Villarosa BARRIO: VILLA ROSA

5
1 66
155

Corporación Amazonica NIT: 900656749-8

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL PUTUMAYO

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

CARACTERIZACIÓN PARA ESTERILIZACIONES GRATUITAS DE CANINOS Y FELINOS EN CONDICIÓN VULNERABLE EN EL MUNICIPIO DE MOCOA

Fecha:	19. Agosto.	Hora:	8:00.	Lugar: VILLA NUSA				
Nombre del propietario: Joel Bula				Cédula: 1067807945				
				Celular: 3016867344.				
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X.		Donde ?						
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO	
Yogui	14.		X				X	

Por qué desea recibir la ayuda? NO QUIERO QUE LE PEGUEN UNA ENFERMEDAD, ES MUY CALLEJERO

Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X NO _____, Por qué ? _____

Se compromete cuidar su mascota en el proceso post quirúrgico ya que es muy importante para que tenga una recuperación exitosa ? SI X NO ____. Por qué ? _____

Yo Joel Bula. autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: Joel Bala.

Cédula: 1067807945

Propietario de la mascota

Nombre: Paola Andrea Jimenez

Firma: Andrea Jimenez D.

Cédula: 1124853715

Encuestador

Fundación: ___ Asociación:___ Otro: X





15X 67

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 21-09-2023	**MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ**	**TARJETA PROFESIONAL N°**	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE JOEL RUIA			
NOMBRE: TOGUI	**ESPECIE:** CANINO		
COLOR: CAFE	**RAZA:** CRIOLLO **EDAD:**		
SEXO: H **PESO:** 17K	**PROCEDENCIA:** MOCOA		

HISTORIA DEL PACIENTE

	CANINOS		FELINOS		ESTADO REPRODUCTIVO	
	SI(___) NO(X)		SI (___) NO (___)		ESTELIZADO( )	GESTACION (__)
VACUNACION	PUPPY (___)	FECHA:	TRIPLE (__)	FECHA:	ENTERO (X)	LACTANCIA (__)
	QUINTUPLE(_	FECHA:	RABIA (__)	FECHA:	**DESPARASITACION**	
	RABIA (__)	FECHA:	LEUCEMIA (___	FECHA:	SI (X) NO ( )	
					FECHA: 5 MESES	

EXAMEN CLINICO

FC: 75	FR: 12	TLLC: N.A	TEMPERATURA: 37.8	PULSO: N.A

CONDICION CORPORAL: CAQUECTICO(__) DELGADO(__) NORMAL(X) OBESO(__) SOBREPESO(__)

ACTITUD Y TEMPERAMENTO: LETARGICO(__) ESTUPOROSO(__) COMATOSO(__) AL ERTA (X)

ESTADO DE HIDRATACION: NORMAL (X) DESHIDRATACION: 0-5% (__) 6-7% (__) 8- 9% (__) +10% (__)

MUCOSAS: PALIDAS (__) ROSADAS (X) HUMEDAS (__) SECAS(__)

MUCOSAS:	NORMAL	ANORMAL	OBSERVACIONES:
CONJUNTIVAL	X		
ORAL	X		
VULVAR/PREPUCIAL	X		
RECTAL	X		
OIDOS	X		
NODULOS LINFATICOS	X		
PIEL/ANEXOS	X		
LOCOMOCION	X		
A. MUSCULOESQUELETICO	X		
SISTEMA NERVIOSO	X		
A. CARDIOVASCULAR	X		
A. RESPIRATORIO	X		
A. DIGESTIVO	X		
A. GENITOURINARIO	X		

LISTA DE PROBLEMAS

LISTA DE PROBLEMAS	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
NORMAL	

COMENTARIOS:

FECHA ENTREGA MASCOTA: 21-09-2023

158

6

68

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo EDDY ORTIZ
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino; X
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: LICA Raza: piboll
Edad: 2 AÑOS

Yo solicito y autorizo al médico veterinario JHOLSON HERNANDEZ con tarjeta profesional 28394 de la Fundación Fiel Amigo para realizar la esterilización y los procedimientos que sean necesarios en el curso de ésta.

Entiendo que tomarán los cuidados necesarios para proteger la vida y salud de mi mascota, sin embargo, entiendo que existen ciertos riesgos en la cirugía, incluyendo infección en el área de la operación, suturas sueltas o rotas, comezón en la piel, condición moribunda temporánea, pérdida de apetito en raras ocasiones o posible muerte.

Libero a la Fundación Fiel Amigo y a su médico veterinario de cualquier reclamo o responsabilidad de la cirugía y cualquier reclamo por reembolso de los gastos asociados por cuidado de la mascota, aun cuando el dueño o persona autorizada crea que estos gastos son asociados con la cirugía realizada en la Fundación Fiel Amigo.

Debo de llevarme la mascota el mismo día, de lo contrario habrá cargos extras, entiendo que si abandono a mi mascota en la Fundación Fiel Amigo, ésta será autorizada como su propietario y podrá disponer de ésta como considere.

Certifico que mi animal se encuentra en buen estado de salud y que no está recibiendo ningún tipo de tratamiento con otro médico veterinario.

FAVOR DILIGENCIAR TODOS LOS DATOS A CONTINUACIÓN

NOMBRE: EDDY ORTIZ CÉDULA: 1124849936
FECHA: 21/09/2023 CELULAR: 3136103565
DIRECCIÓN: Cll [illegible] BARRIO: [illegible]

159 6 69

Corporación Amazonica NIT: 900656749-8

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL PUTUMAYO

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

CARACTERIZACIÓN PARA ESTERILIZACIONES GRATUITAS DE CANINOS Y FELINOS EN CONDICIÓN VULNERABLE EN EL MUNICIPIO DE MOCOA

Fecha:	22-08-2023	Hora:	3:30	Lugar:	Mocoa			
Nombre del propietario: Fredy Arteaga				Cédula:	1124849936			
				Celular:	3136103565.			
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X		Donde ?						
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO	
Lica.	3años		X			X.		

Por qué desea recibir la ayuda? Porque no cuento con el dinero suficiente para poder operarla.

Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X NO _____, Por qué ? _____

Se compromete cuidar su mascota en el proceso post quirúrgico ya que es muy importante para que tenga una recuperación exitosa ? SI X NO ____. Por qué ? _____

Yo Fredy Arteaga autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: Fredy Arteaga.

Cédula: 1124849936.

Propietario de la mascota

Nombre: Alba Arteaga

Firma: Alba

Cédula: 69005238

Encuestador

Fundación: ___ Asociación: ___ Otro: X





160
70

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 21-09-23	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	FREDY ARTEAGA		
NOMBRE: LICA	ESPECIE: CANINA		
COLOR: BLANCO-BAYO	RAZA: CRIOLLA	EDAD: 2 AÑOS	
SEXO: H	PESO: 21 K	PROCEDENCIA: NOCOA	

HISTORIA DEL PACIENTE

VACUNACION	CANINOS		FELINOS		ESTADO REPRODUCTIVO	
	SI(___) NO(X)		SI (___) NO (___)		ESTELIZADO( )	GESTACION (__)
	PUPPY (___)	FECHA:	TRIPLE (__)	FECHA:	ENTERO (X)	LACTANCIA (__)
	QUINTUPLE(_	FECHA:	RABIA (__)	FECHA:	DESPARASITACION	
	RABIA (__)	FECHA:	LEUCEMIA (__	FECHA:	SI (X) NO ( )	
					FECHA: 6 MESES	

EXAMEN CLINICO

FC: 70	FR: 12	TLLC: NA	TEMPERATURA: 37.9	PULSO: N.A

CONDICION CORPORAL: CAQUECTICO(__) DELGADO(__) NORMAL(X) OBESO(__) SOBREPESO(__)

ACTITUD Y TEMPERAMENTO: LETARGICO(__) ESTUPOROSO(__) COMATOSO(__) AL ERTA (X)

ESTADO DE HIDRATACION: NORMAL (X) DESHIDRATACION: 0-5% (__) 6-7% (__) 8- 9% (__) +10% (__)

MUCOSAS: PALIDAS (__) ROSADAS (X) HUMEDAS (__) SECAS(__)

MUCOSAS:	NORMAL	ANORMAL	OBSERVACIONES:
CONJUNTIVAL	X		
ORAL	X		
VULVAR/PREPUCIAL	X		
RECTAL	X		
OIDOS	X		
NODULOS LINFATICOS	X		
PIEL/ANEXOS	X		
LOCOMOCION	X		
A. MUSCULOESQUELETICO	X		
SISTEMA NERVIOSO	X		
A. CARDIOVASCULAR	X		
A. RESPIRATORIO	X		
A. DIGESTIVO	X		
A. GENITOURINARIO	X		

LISTA DE PROBLEMAS

LISTA DE PROBLEMAS	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
NORMAL	

COMENTARIOS:

FECHA ENTREGA MASCOTA: 21-09-2023

167

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Anibal Hernandez
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino; X
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: Marbella Raza: Criolla
Edad: N.A

Yo solicito y autorizo al médico veterinario OHELSON HERNANDEZ con tarjeta profesional 28394 de la Fundación Fiel Amigo para realizar la esterilización y los procedimientos que sean necesarios en el curso de ésta.

Entiendo que tomarán los cuidados necesarios para proteger la vida y salud de mi mascota, sin embargo, entiendo que existen ciertos riesgos en la cirugía, incluyendo infección en el área de la operación, suturas sueltas o rotas, comezón en la piel, condición moribunda temporánea, pérdida de apetito en raras ocasiones o posible muerte.

Libero a la Fundación Fiel Amigo y a su médico veterinario de cualquier reclamo o responsabilidad de la cirugía y cualquier reclamo por reembolso de los gastos asociados por cuidado de la mascota, aun cuando el dueño o persona autorizada crea que estos gastos son asociados con la cirugía realizada en la Fundación Fiel Amigo.

Debo de llevarme la mascota el mismo día, de lo contrario habrá cargos extras, entiendo que si abandono a mi mascota en la Fundación Fiel Amigo, ésta será autorizada como su propietario y podrá disponer de ésta como considere.

Certifico que mi animal se encuentra en buen estado de salud y que no está recibiendo ningún tipo de tratamiento con otro médico veterinario.

FAVOR DILIGENCIAR TODOS LOS DATOS A CONTINUACIÓN

MA: Anibal Hernandez CÉDULA: 18602158

FECHA: 21-09-23 CELULAR: 3138222470

DIRECCIÓN: Villa Rosa BARRIO: V. Rosa

Corporación Amazonica NIT: 900656749-8

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL PUTUMAYO

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

CARACTERIZACIÓN PARA ESTERILIZACIONES GRATUITAS DE CANINOS Y FELINOS EN CONDICIÓN VULNERABLE EN EL MUNICIPIO DE MOCOA

Fecha:	21-09-2023	Hora:		Lugar:			
Nombre del propietario: Anibal Hernández Quiroz				Cédula: 18.102.158 Celular:			
Cuenta con trabajo? SI X NO ____		Donde ? Agricultor					
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO
Marbella	N.A		X			X	

Por qué desea recibir la ayuda? NO TENGO DINERO PARA OPERARLA

Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X NO _____, Por qué ? _____

Se compromete cuidar su mascota en el proceso post quirúrgico ya que es muy importante para que tenga una recuperación exitosa ? SI X NO ____. Por qué ? _____

Yo Anibal Hernández autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: Jose Anibal Hernandez

Cédula: 18102158

Propietario de la mascota

Nombre: JIMENA LOPEZ

Firma: JIMENA L.

Cédula: 69009640

Encuestador

Fundación: ____ Asociación: ____ Otro: X





ciada

163

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 21-09-23	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	ANIBAL HERNANDEZ		
NOMBRE: MALDITA	ESPECIE: CANINA		
COLOR: TRIGUEÑO	RAZA: CRIOLLA EDAD: N.A		
SEXO: H PESO: 15K	PROCEDENCIA: MOCUA		

HISTORIA DEL PACIENTE

	CANINOS		FELINOS		ESTADO REPRODUCTIVO	
VACUNACION	SI(___) NO(X)		SI (___) NO (___)		ESTELIZADO( )	GESTACION (__)
	PUPPY (___)	FECHA:	TRIPLE (__)	FECHA:	ENTERO (X)	LACTANCIA (__)
	QUINTUPLE(_	FECHA:	RABIA (__)	FECHA:	DESPARASITACION	
	RABIA (__)	FECHA:	LEUCEMIA (__	FECHA:	SI (X) NO ( )	
					FECHA: 5 MESES	

EXAMEN CLINICO

FC: 70	FR: 17	TLLC: N.A	TEMPERATURA: 38	PULSO: N.A

CONDICION CORPORAL: CAQUECTICO(__) DELGADO(__) NORMAL(X) OBESO(__) SOBREPESO(__)

ACTITUD Y TEMPERAMENTO: LETARGICO(__) ESTUPOROSO(__) COMATOSO(__) AL ERTA (X)

ESTADO DE HIDRATACION: NORMAL(X) DESHIDRATACION: 0-5% (__) 6-7% (__) 8- 9% (__) +10% (__)

MUCOSAS: PALIDAS (__) ROSADAS (__) HUMEDAS (X) SECAS(__)

MUCOSAS:	NORMAL	ANORMAL	OBSERVACIONES:
CONJUNTIVAL	X		
ORAL	X		
VULVAR/PREPUCIAL	X		
RECTAL	X		
OIDOS	X		
NODULOS LINFATICOS	X		
PIEL/ANEXOS	X		
LOCOMOCION	X		
A. MUSCULOESQUELETICO	X		
SISTEMA NERVIOSO	X		
A. CARDIOVASCULAR	X		
A. RESPIRATORIO	X		
A. DIGESTIVO	X		
A. GENITOURINARIO	X		

LISTA DE PROBLEMAS

LISTA DE PROBLEMAS	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
NORMAL	

COMENTARIOS:

FECHA ENTREGA MASCOTA: 21-09-2023

164

Piometra

29

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Luz Aida Ordoñez Acosta
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: ___ Canino; X
Hembra: X Macho: ___
Nombre de la mascota: Marquesa Raza: Criolla
Edad: 9 Meses

Yo solicito y autorizo al médico veterinario JHERSON HERNANDEZ con tarjeta profesional 28394 de la Fundación Fiel Amigo para realizar la esterilización y los procedimientos que sean necesarios en el curso de ésta.

Entiendo que tomarán los cuidados necesarios para proteger la vida y salud de mi scotá, sin embargo, entiendo que existen ciertos riesgos en la cirugía, incluyendo infección en el área de la operación, suturas sueltas o rotas, comezón en la piel, condición moribunda temporánea, pérdida de apetito en raras ocasiones o posible muerte.

Libero a la Fundación Fiel Amigo y a su médico veterinario de cualquier reclamo o responsabilidad de la cirugía y cualquier reclamo por reembolso de los gastos asociados por cuidado de la mascota, aun cuando el dueño o persona autorizada crea que estos gastos son asociados con la cirugía realizada en la Fundación Fiel Amigo.

Debo de llevarme la mascota el mismo día, de lo contrario habrá cargos extras, entiendo que si abandono a mi mascota en la Fundación Fiel Amigo, ésta será autorizada como su propietario y podrá disponer de ésta como considere.

Certifico que mi animal se encuentra en buen estado de salud y que no está recibiendo ningún tipo de tratamiento con otro médico veterinario.

FAVOR DILIGENCIAR TODOS LOS DATOS A CONTINUACIÓN

FIRMA: Marquesa CÉDULA: 48648783
FECHA: 21 Sep. CELULAR: 3132260250
DIRECCIÓN: Villa Rosa Uno BARRIO: Villa Rosa 1

8/165

Corporación Amazonica NIT: 900656749-8

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL PUTUMAYO

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

CARACTERIZACIÓN PARA ESTERILIZACIONES GRATUITAS DE CANINOS Y FELINOS EN CONDICIÓN VULNERABLE EN EL MUNICIPIO DE MOCOA

Fecha: 22-09-2023		Hora: 9:17			Lugar: VILLA NUSA 1		
Nombre del propietario: Luz Aida Ordoñez Acosta					Cédula: 48648783 Celular: 3132260250		
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X		Donde ?					
Nombre de la mascota: Marquesa	Edad: 9 meses	Especie:	CANINA X	FELINA	Sexo:	HEMBRA X	MACHO

Por qué desea recibir la ayuda? NO QUIERO MAS PERRO NO. TENGO DINERO PARA MANTENERLOS

Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X NO _____, Por qué ? _____

Se compromete cuidar su mascota en el proceso post quirúrgico ya que es muy importante para que tenga una recuperación exitosa ? SI X NO ___. Por qué ? _____

Yo Luz Aida Ordoñez A. autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: [signature]

Cédula: 48648783

Propietario de la mascota

Nombre: Paola Andrea Jimenez D.

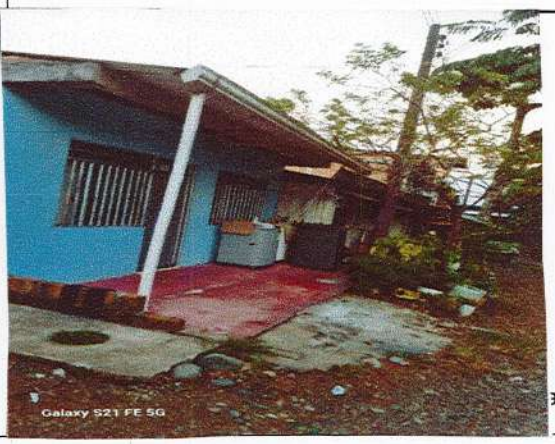
Firma: Paola Andrea Jimenez D.

Cédula: 1124853715

Encuestador

Fundación: ___ Asociación: ___ Otro: X





166
76

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 21-09-2023	**MEDICO VETERIARIO:** JHERSON HERNANDEZ	**TARJETA PROFESIONAL N°**	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	LUZ AIDA ORDOÑES ACOSTA		
NOMBRE: MARQUESA	**ESPECIE:** CANINA		
COLOR: TRICOLOR	**RAZA:** CRIOLLA **EDAD:** 9 MESES		
SEXO: H **PESO:** 18 K	**PROCEDENCIA:** MANCUA		

HISTORIA DEL PACIENTE

	CANINOS		FELINOS		ESTADO REPRODUCTIVO	
	SI(___) NO(X)		SI (___) NO (___)		ESTELIZADO( )	GESTACION (__)
VACUNACION	PUPPY (___)	FECHA:	TRIPLE (__)	FECHA:	ENTERO (X)	LACTANCIA (__)
	QUINTUPLE(_	FECHA:	RABIA (__)	FECHA:	**DESPARASITACION**	
	RABIA (__)	FECHA:	LEUCEMIA (__	FECHA:	SI (X) NO ( )	
					FECHA: 3 MESES	

EXAMEN CLINICO

FC: 75	FR: 13	TLLC: N.A	TEMPERATURA: 38	PULSO: N.A

CONDICION CORPORAL: CAQUECTICO(__) DELGADO(__) NORMAL(X) OBESO(__) SOBREPESO(__)

ACTITUD Y TEMPERAMENTO: LETARGICO(__) ESTUPOROSO(__) COMATOSO(__) AL ERTA (X)

ESTADO DE HIDRATACION: NORMAL (X) DESHIDRATACION: 0-5% (__) 6-7% (__) 8- 9% (__) +10% (__)

MUCOSAS: PALIDAS (__) ROSADAS (X) HUMEDAS (__) SECAS(__)

MUCOSAS:	NORMAL	ANORMAL	OBSERVACIONES:
CONJUNTIVAL	X		
ORAL	X		
VULVAR/PREPUCIAL	X		
RECTAL	X		
OIDOS	X		
NODULOS LINFATICOS	X		
PIEL/ANEXOS	X		
LOCOMOCION	X		
A. MUSCULOESQUELETICO	X		
SISTEMA NERVIOSO	X		
A. CARDIOVASCULAR	X		
A. RESPIRATORIO	X		
A. DIGESTIVO	X		
A. GENITOURINARIO		X	PIOMETRA

LISTA DE PROBLEMAS

LISTA DE PROBLEMAS	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
PIOMETRA	

COMENTARIOS:

FECHA ENTREGA MASCOTA: 21-09-2023

167

9.
77

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Harold Muñoz Rios
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino; X
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: Negra Raza: Criollo
Edad: 2 años

Yo solicito y autorizo al médico veterinario Jhoson Hernandez con tarjeta profesional 28394 de la Fundación Fiel Amigo para realizar la esterilización y los procedimientos que sean necesarios en el curso de ésta.

Entiendo que tomarán los cuidados necesarios para proteger la vida y salud de mi mascota, sin embargo, entiendo que existen ciertos riesgos en la cirugía, incluyendo infección en el área de la operación, suturas sueltas o rotas, comezón en la piel, condición moribunda temporánea, pérdida de apetito en raras ocasiones o posible muerte.

Libero a la Fundación Fiel Amigo y a su médico veterinario de cualquier reclamo o responsabilidad de la cirugía y cualquier reclamo por reembolso de los gastos asociados por cuidado de la mascota, aun cuando el dueño o persona autorizada crea que estos gastos son asociados con la cirugía realizada en la Fundación Fiel Amigo.

Debo de llevarme la mascota el mismo día, de lo contrario habrá cargos extras, entiendo que si abandono a mi mascota en la Fundación Fiel Amigo, ésta será autorizada como su propietario y podrá disponer de ésta como considere.

Certifico que mi animal se encuentra en buen estado de salud y que no está recibiendo ningún tipo de tratamiento con otro médico veterinario.

FAVOR DILIGENCIAR TODOS LOS DATOS A CONTINUACIÓN

FIRMA: Harold Muñoz CÉDULA: 18131098
FECHA: 21-09-23 CELULAR: 3212452262
DIRECCIÓN: Villa Rosa 1 BARRIO: Villa Rosa 1

168 9
8.

Corporación Amazonica NIT: 900566749-8

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL PUTUMAYO

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

CARACTERIZACIÓN PARA ESTERILIZACIONES GRATUITAS DE CANINOS Y FELINOS EN CONDICIÓN VULNERABLE EN EL MUNICIPIO DE MOCOA

Fecha:	22-08-2021	Hora:	9 AM	Lugar:	VILLA MISA		
Nombre del propietario: Jon Jard muñoz				Cédula: 18131098			
				Celular: 3212452262.			
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X		Donde ?					
Nombre de la mascota: negra	Edad: 2 años	Especie:	CANINA X	FELINA	Sexo:	HEMBRA X	MACHO

Por qué desea recibir la ayuda? PARA EVITAR ENFERMEDADES

Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X NO _____, Por qué ? _____

Se compromete cuidar su mascota en el proceso post quirúrgico ya que es muy importante para que tenga una recuperación exitosa ? SI X NO ____. Por qué ? _____

Yo Juandara MUÑOZ autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: _____

Cédula: 18131098

Propietario de la mascota

Nombre: Paola Andrea Jimenez D

Firma: Andrea Jimenez Delgado

Cédula: 1124853715

Encuestador

Fundación: ___ Asociación: ___ Otro: X





ada

169 ~~219~~

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 21-09-23	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	HAROL D. MUÑOZ 2105		
NOMBRE: NEGRA	ESPECIE: CANINO		
COLOR: NEGRO	RAZA: CRIOLLO EDAD: 2 AÑOS		
SEXO: H PESO: 12K	PROCEDENCIA: MOCOA		

HISTORIA DEL PACIENTE

VACUNACION	CANINOS		FELINOS		ESTADO REPRODUCTIVO	
	SI(___) NO(X)		SI (___) NO (___)		ESTELIZADO( )	GESTACION (__)
	PUPPY (___)	FECHA:	TRIPLE (__)	FECHA:	ENTERO (X)	LACTANCIA (__)
	QUINTUPLE(_	FECHA:	RABIA (__)	FECHA:	DESPARASITACION	
	RABIA (__)	FECHA:	LEUCEMIA (__	FECHA:	SI (X) NO ( )	
					FECHA: 4 MESES	

EXAMEN CLINICO

FC: 70	FR: 13	TLLC: N.A	TEMPERATURA: 37.9	PULSO: NA

CONDICION CORPORAL: CAQUECTICO(__) DELGADO(__) NORMAL(X) OBESO(__) SOBREPESO(__)

ACTITUD Y TEMPERAMENTO: LETARGICO(__) ESTUPOROSO(__) COMATOSO(__) AL ERTA (X)

ESTADO DE HIDRATACION: NORMAL (X) DESHIDRATACION: 0-5% (__) 6-7% (__) 8- 9% (__) +10% (__)

MUCOSAS: PALIDAS (__) ROSADAS (X) HUMEDAS (__) SECAS(__)

MUCOSAS:	NORMAL	ANORMAL	OBSERVACIONES:
CONJUNTIVAL	X		
ORAL	X		
VULVAR/PREPUCIAL	X		
RECTAL	X		
OIDOS	X		
NODULOS LINFATICOS	X		
PIEL/ANEXOS	X		
LOCOMOCION	X		
A. MUSCULOESQUELETICO	X		
SISTEMA NERVIOSO	X		
A. CARDIOVASCULAR	X		
A. RESPIRATORIO	X		
A. DIGESTIVO	X		
A. GENITOURINARIO	X		

LISTA DE PROBLEMAS

LISTA DE PROBLEMAS	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
NORMAL	

COMENTARIOS:

FECHA ENTREGA MASCOTA: 21-09-2023

170

10

80

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo María Barreiro
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: ____ Canino: X
Hembra: X Macho: ____
Nombre de la mascota: Lovi Raza: Criolla
Edad: 6 años.

Yo solicito y autorizo al médico veterinario JACKSON HERNANDEZ con tarjeta profesional 28394 de la Fundación Fiel Amigo para realizar la esterilización y los procedimientos que sean necesarios en el curso de ésta.

Entiendo que tomarán los cuidados necesarios para proteger la vida y salud de mi mascota, sin embargo, entiendo que existen ciertos riesgos en la cirugía, incluyendo infección en el área de la operación, suturas sueltas o rotas, comezón en la piel, condición moribunda temporánea, pérdida de apetito en raras ocasiones o posible muerte.

Libero a la Fundación Fiel Amigo y a su médico veterinario de cualquier reclamo o responsabilidad de la cirugía y cualquier reclamo por reembolso de los gastos asociados por cuidado de la mascota, aun cuando el dueño o persona autorizada crea que estos gastos son asociados con la cirugía realizada en la Fundación Fiel Amigo.

Debo de llevarme la mascota el mismo día, de lo contrario habrá cargos extras, entiendo que si abandono a mi mascota en la Fundación Fiel Amigo, ésta será autorizada como su propietario y podrá disponer de ésta como considere.

Certifico que mi animal se encuentra en buen estado de salud y que no está recibiendo ningún tipo de tratamiento con otro médico veterinario.

FAVOR DILIGENCIAR TODOS LOS DATOS A CONTINUACIÓN

FIRMA: María Barreiro CÉDULA: 39835220

FECHA: 2/2003 CELULAR: 3116300046

DIRECCIÓN: Villa Rosa BARRIO: Villa Rosa

10
17
9T

Corporación Amazonica NIT: 900656749-8

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL PUTUMAYO

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

CARACTERIZACIÓN PARA ESTERILIZACIONES GRATUITAS DE CANINOS Y FELINOS EN CONDICIÓN VULNERABLE EN EL MUNICIPIO DE MOCOA

Fecha: 19/08/2023		Hora: 3PM		Lugar: Recreo - villa rusa			
Nombre del propietario: Maria Barreiro				Cédula: 39.935.220			
				Celular: 3115300045.			
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X		Donde ?					
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO
Luby	5 AÑO		X			X	

Por qué desea recibir la ayuda? Evitar sobrepoblación canina.

Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X NO _____, Por qué ? _____

Se compromete cuidar su mascota en el proceso post quirúrgico ya que es muy importante para que tenga una recuperación exitosa ? SI X NO ____. Por qué ? _____

Yo MARIA BARREIRO autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: _____

Cédula: 39835220

Propietario de la mascota

Nombre: JIMENA LOPEZ

Firma: JIMENA L.

Cédula: 69009610

Encuestador

Fundación: ____ Asociación: ____ Otro: X





172 82

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 21-09-2021	**MEDICO VETERIARIO:** JHERSON HERNANDEZ	**TARJETA PROFESIONAL N°**	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE MARIA BARRERO			
NOMBRE: LOVI	**ESPECIE:** CANINA		
COLOR: GRIS - BLANCO	**RAZA:** CRIOLLA	**EDAD:** 6 AÑOS	
SEXO: H	**PESO:** 15K	**PROCEDENCIA:** MUCOA	

HISTORIA DEL PACIENTE

VACUNACION	**CANINOS**		**FELINOS**		**ESTADO REPRODUCTIVO**	
	SI(___) NO(X)		SI (___) NO (___)		ESTELIZADO( )	GESTACION (__)
	PUPPY (___)	FECHA:	TRIPLE (__)	FECHA:	ENTERO (X)	LACTANCIA (__)
	QUINTUPLE(_	FECHA:	RABIA (__)	FECHA:	**DESPARASITACION**	
	RABIA (__)	FECHA:	LEUCEMIA (__	FECHA:	SI (X) NO ( )	
					FECHA: 1 AÑO	

EXAMEN CLINICO

FC: 75	FR: 20	TLLC: N.A	TEMPERATURA: 38	PULSO: N.A

CONDICION CORPORAL: CAQUECTICO(__) DELGADO(__) NORMAL(X) OBESO(__) SOBREPESO(__)

ACTITUD Y TEMPERAMENTO: LETARGICO(__) ESTUPOROSO(__) COMATOSO(__) AL ERTA (__)

ESTADO DE HIDRATACION: NORMAL (__) DESHIDRATACION: 0-5% (__) 6-7% (__) 8- 9% (__) +10% (__)

MUCOSAS: PALIDAS (__) ROSADAS (X) HUMEDAS (__) SECAS(__)

MUCOSAS:	**NORMAL**	**ANORMAL**	**OBSERVACIONES:**
CONJUNTIVAL	X		
ORAL	X		
VULVAR/PREPUCIAL	X		
RECTAL	X		
OIDOS	X		
NODULOS LINFATICOS	X		
PIEL/ANEXOS	X		
LOCOMOCION	X		
A. MUSCULOESQUELETICO	X		
SISTEMA NERVIOSO	X		
A. CARDIOVASCULAR	X		
A. RESPIRATORIO	X		
A. DIGESTIVO	X		
A. GENITOURINARIO	X		

LISTA DE PROBLEMAS

LISTA DE PROBLEMAS	**DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**
NORMAL	

COMENTARIOS:

FECHA ENTREGA MASCOTA: 21-09-2023

173

11

Y83

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo María Barreiro
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: X Canino: ____
Hembra: X Macho: ____
Nombre de la mascota: Rupifa Raza: Criolla.
Edad: 9 meses.

Yo solicito y autorizo al médico veterinario JHERSON HERNANDEZ con tarjeta profesional 28394 de la Fundación Fiel Amigo para realizar la esterilización y los procedimientos que sean necesarios en el curso de ésta.

Entiendo que tomarán los cuidados necesarios para proteger la vida y salud de mi mascota, sin embargo, entiendo que existen ciertos riesgos en la cirugía, incluyendo infección en el área de la operación, suturas sueltas o rotas, comezón en la piel, condición moribunda temporánea, pérdida de apetito en raras ocasiones o posible muerte.

Libero a la Fundación Fiel Amigo y a su médico veterinario de cualquier reclamo o responsabilidad de la cirugía y cualquier reclamo por reembolso de los gastos asociados por cuidado de la mascota, aun cuando el dueño o persona autorizada crea que estos gastos son asociados con la cirugía realizada en la Fundación Fiel Amigo.

Debo de llevarme la mascota el mismo día, de lo contrario habrá cargos extras, entiendo que si abandono a mi mascota en la Fundación Fiel Amigo, ésta será autorizada como su propietario y podrá disponer de ésta como considere.

Certifico que mi animal se encuentra en buen estado de salud y que no está recibiendo ningún tipo de tratamiento con otro médico veterinario.

FAVOR DILIGENCIAR TODOS LOS DATOS A CONTINUACIÓN

FIRMA: María Barreiro CÉDULA: 39835220

FECHA: 21 CELULAR: 3165300046

DIRECCIÓN: Villa Rosa BARRIO: ____

174 11 84

Corporación Amazonica NIT. 900656749-8

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL PUTUMAYO

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023 ¡Gracias Dios mío por tantas bendiciones!

CARACTERIZACIÓN PARA ESTERILIZACIONES GRATUITAS DE CANINOS Y FELINOS EN CONDICIÓN VULNERABLE EN EL MUNICIPIO DE MOCOA

Fecha: 19/08/2023		Hora: 3.PM		Lugar: Recreo				
Nombre del propietario: Maria barreiro				Cédula: 39.835.220				
				Celular:				
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X		Donde ?						
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO	
Lupita	9 m.		X.			X.		

Por qué desea recibir la ayuda? Evitar Sobrepoblacion

Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X NO _____, Por qué ? _____

Se compromete cuidar su mascota en el proceso post quirúrgico ya que es muy importante para que tenga una recuperación exitosa ? SI X. NO ____. Por qué ? _____

Yo MARIA barreiro autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: _____

Cédula: 39835220

Propietario de la mascota

Nombre: JIMENA LOPEZ

Firma: JIMENA L

Cédula: 69009640

Encuestador

Fundación: ____ Asociación: ____ Otro: X





ida

175 85

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 21-09-2023	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE: MARIA BARRERO			
NOMBRE: LUPITA	ESPECIE: FELINO		
COLOR: NEGRO	RAZA: CRIOLLO	EDAD: 9 MESES	
SEXO: H	PESO: 6 H	PROCEDENCIA: NUEVA	

HISTORIA DEL PACIENTE

	CANINOS		FELINOS		ESTADO REPRODUCTIVO	
VACUNACION	SI(___) NO(___)		SI (___) NO (X)		ESTELIZADO( )	GESTACION (__)
	PUPPY (___)	FECHA:	TRIPLE (__)	FECHA:	ENTERO (X)	LACTANCIA (__)
	QUINTUPLE(_	FECHA:	RABIA (__)	FECHA:	DESPARASITACION	
	RABIA (__)	FECHA:	LEUCEMIA (___	FECHA:	SI (X) NO ( )	
					FECHA: 3 MESES	

EXAMEN CLINICO

FC: 110	FR: 25	TLLC: N.A	TEMPERATURA: 38.	PULSO: N.A

CONDICION CORPORAL: CAQUECTICO(__) DELGADO(__) NORMAL(X) OBESO(__) SOBREPESO(__)

ACTITUD Y TEMPERAMENTO: LETARGICO(__) ESTUPOROSO(__) COMATOSO(__) AL ERTA (__)

ESTADO DE HIDRATACION: NORMAL (X) DESHIDRATACION: 0-5% (__) 6-7% (__) 8- 9% (__) +10% (__)

MUCOSAS: PALIDAS (__) ROSADAS (X) HUMEDAS (__) SECAS(__)

MUCOSAS:	NORMAL	ANORMAL	OBSERVACIONES:
CONJUNTIVAL	X		
ORAL	X		
VULVAR/PREPUCIAL	X		
RECTAL	X		
OIDOS	X		
NODULOS LINFATICOS	X		
PIEL/ANEXOS	X		
LOCOMOCION	X		
A. MUSCULOESQUELETICO	X		
SISTEMA NERVIOSO	X		
A. CARDIOVASCULAR	X		
A. RESPIRATORIO	X		
A. DIGESTIVO	X		
A. GENITOURINARIO	X		

LISTA DE PROBLEMAS

LISTA DE PROBLEMAS	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
NORMAL	

COMENTARIOS:

FECHA ENTREGA MASCOTA: 21-09-2023

176

12

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Bompilio Cabrera
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino; X
Hembra: _____ Macho: X
Nombre de la mascota: Tito Raza: Pincher
Edad: 4 A.

Yo solicito y autorizo al médico veterinario JHELSON HERNANDEZ con tarjeta profesional 253944 de la Fundación Fiel Amigo para realizar la esterilización y los procedimientos que sean necesarios en el curso de ésta.

Entiendo que tomarán los cuidados necesarios para proteger la vida y salud de mi mascota, sin embargo, entiendo que existen ciertos riesgos en la cirugía, incluyendo infección en el área de la operación, suturas sueltas o rotas, comezón en la piel, condición moribunda temporánea, pérdida de apetito en raras ocasiones o posible muerte.

Libero a la Fundación Fiel Amigo y a su médico veterinario de cualquier reclamo o responsabilidad de la cirugía y cualquier reclamo por reembolso de los gastos asociados por cuidado de la mascota, aun cuando el dueño o persona autorizada crea que estos gastos son asociados con la cirugía realizada en la Fundación Fiel Amigo.

Debo de llevarme la mascota el mismo día, de lo contrario habrá cargos extras, entiendo que si abandono a mi mascota en la Fundación Fiel Amigo, ésta será autorizada como su propietario y podrá disponer de ésta como considere.

Certifico que mi animal se encuentra en buen estado de salud y que no está recibiendo ningún tipo de tratamiento con otro médico veterinario.

FAVOR DILIGENCIAR TODOS LOS DATOS A CONTINUACIÓN

FIRMA: Bompilio Cabrera CÉDULA: 17637079
FECHA: 21-Sep. 23 CELULAR: 321377675
DIRECCIÓN: Villa Rosa 1 BARRIO: Villa Rosa 1

117 12 87

Corporación Amazonica NIT: 900656719-8

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL PUTUMAYO

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

CARACTERIZACIÓN PARA ESTERILIZACIONES GRATUITAS DE CANINOS Y FELINOS EN CONDICIÓN VULNERABLE EN EL MUNICIPIO DE MOCOA

Fecha:	21-08-2021	Hora:	2:30	Lugar:	Villa Rosa 7.			
Nombre del propietario: Pompilio Cabrera				Cédula:	176370 79			
				Celular:	3273776 75			
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X		Donde ?						
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO	
Tito	4		X				X	

Por qué desea recibir la ayuda? ES MUY TERRITORIAL

Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X NO _____, Por qué ? _____

Se compromete cuidar su mascota en el proceso post quirúrgico ya que es muy importante para que tenga una recuperación exitosa ? SI X NO ___. Por qué ? _____

Yo Pompilio Cabrera autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: Pompilio Cabrera

Cédula: 17 637 079

Propietario de la mascota Pompilio Cabrera

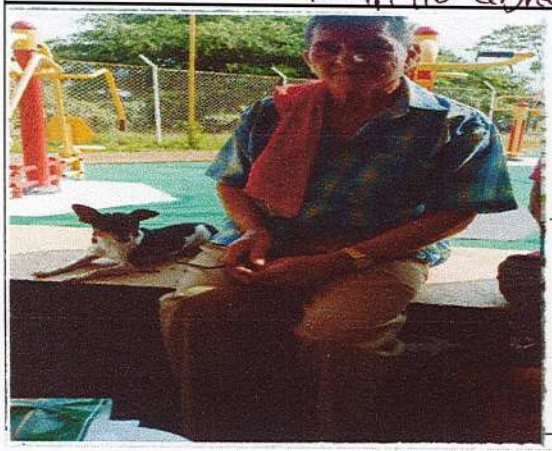
Nombre: JIMENA LOPEZ

Firma: JIMENA L

Cédula: 69009640

Encuestador

Fundación: ___ Asociación: ___ Otro: X





da

178 ~~88~~

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 21-09-23	**MEDICO VETERIARIO:** JHERSON HERNANDEZ	**TARJETA PROFESIONAL N°**	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	POMPILIO CABRERA		
NOMBRE: TITO	**ESPECIE:** CANINO		
COLOR: NEGRO - BLANCO	**RAZA:** PINCHER **EDAD:** 4 AÑOS		
SEXO: M	**PESO:** 3K **PROCEDENCIA:** MUCUA		

HISTORIA DEL PACIENTE

	CANINOS		FELINOS		ESTADO REPRODUCTIVO	
	SI(___) NO(X)		SI (___) NO (___)		ESTELIZADO( )	GESTACION (__)
VACUNACION	PUPPY (___)	FECHA:	TRIPLE (__)	FECHA:	ENTERO (A)	LACTANCIA (__)
	QUINTUPLE(_	FECHA:	RABIA (__)	FECHA:	**DESPARASITACION**	
	RABIA (__)	FECHA:	LEUCEMIA (___	FECHA:	SI (X) NO ( )	
					FECHA: 3 meses	

EXAMEN CLINICO

FC: 70	FR: 13	TLLC: NA	TEMPERATURA: 37-5	PULSO: NA

CONDICION CORPORAL: CAQUECTICO(__) DELGADO(__) NORMAL(X) OBESO(__) SOBREPESO(__)

ACTITUD Y TEMPERAMENTO: LETARGICO(__) ESTUPOROSO(__) COMATOSO(__) AL ERTA(X)

ESTADO DE HIDRATACION: NORMAL (X) DESHIDRATACION: 0-5% (__) 6-7% (__) 8- 9% (__) +10% (__)

MUCOSAS: PALIDAS (__) ROSADAS (X) HUMEDAS (__) SECAS(__)

MUCOSAS:	NORMAL	ANORMAL	OBSERVACIONES:
CONJUNTIVAL	X		
ORAL	X		
VULVAR/PREPUCIAL	X		
RECTAL	X		
OIDOS	X		
NODULOS LINFATICOS	X		
PIEL/ANEXOS	X		
LOCOMOCION	X		
A. MUSCULOESQUELETICO	X		
SISTEMA NERVIOSO	X		
A. CARDIOVASCULAR	X		
A. RESPIRATORIO	X		
A. DIGESTIVO	X		
A. GENITOURINARIO	X		

LISTA DE PROBLEMAS

LISTA DE PROBLEMAS	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
NORMAL	

COMENTARIOS:

FECHA ENTREGA MASCOTA: 21-09-2023

179

13
89

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Zdenny Camacho
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino; X
Hembra: _____ Macho: X
Nombre de la mascota: Ray Raza: Criollo
Edad: 2 A.

Yo solicito y autorizo al médico veterinario DARSON HERNANDEZ con tarjeta profesional 28.394 de la Fundación Fiel Amigo para realizar la esterilización y los procedimientos que sean necesarios en el curso de ésta.

Entiendo que tomarán los cuidados necesarios para proteger la vida y salud de mi mascota, sin embargo, entiendo que existen ciertos riesgos en la cirugía, incluyendo infección en el área de la operación, suturas sueltas o rotas, comezón en la piel, condición moribunda temporánea, pérdida de apetito en raras ocasiones o posible muerte.

Libero a la Fundación Fiel Amigo y a su médico veterinario de cualquier reclamo o responsabilidad de la cirugía y cualquier reclamo por reembolso de los gastos asociados por cuidado de la mascota, aun cuando el dueño o persona autorizada crea que estos gastos son asociados con la cirugía realizada en la Fundación Fiel Amigo.

Debo de llevarme la mascota el mismo día, de lo contrario habrá cargos extras, entiendo que si abandono a mi mascota en la Fundación Fiel Amigo, ésta será autorizada como su propietario y podrá disponer de ésta como considere.

Certifico que mi animal se encuentra en buen estado de salud y que no está recibiendo ningún tipo de tratamiento con otro médico veterinario.

FAVOR DILIGENCIAR TODOS LOS DATOS A CONTINUACIÓN

FIRMA: _____ CÉDULA: 1125183476
FECHA: 21-Sep-023 CELULAR: 3219716845
DIRECCIÓN: Villa Rosa 1 BARRIO: Villa Rosa 1.

13

180 90

3

Corporación Amazonica NIT: 900656749-8

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL PUTUMAYO

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

CARACTERIZACIÓN PARA ESTERILIZACIONES GRATUITAS DE CANINOS Y FELINOS EN CONDICIÓN VULNERABLE EN EL MUNICIPIO DE MOCOA

Fecha:	21-08-2023	Hora:	3 PM	Lugar:	villarosa 1		
Nombre del propietario: Zuleni Camacho				Cédula: 1125183416			
				Celular: 3026139759			
Cuenta con trabajo? Si ___ NO X		Donde ?					
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO
Kay.	3 año		X				X

Por qué desea recibir la ayuda? ELLOS SUFREN MUCHO CUADO TIENEN PERROS

Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X NO _____, Por qué ? _____

Se compromete cuidar su mascota en el proceso post quirúrgico ya que es muy importante para que tenga una recuperación exitosa ? SI X NO ____. Por qué ? _____

Yo Zuleni Camacho autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma:	Nombre: Dada Andrea Jimenez D.
Cédula: 1125183416	Firma: Dada Andrea Jimenez
Propietario de la mascota	Cédula: 1124853715 Encuestador
	Fundación: ___ Asociación: ___ Otro: X





ada

181

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 21-09-2021	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	ZULEMA CAMACHO		
NOMBRE: KAT	ESPECIE: CANINO		
COLOR: NEGRO	RAZA: CRIOLLA EDAD: 2 A		
SEXO: M PESO: 5K	PROCEDENCIA: MUCUA		

HISTORIA DEL PACIENTE

VACUNACION	CANINOS		FELINOS		ESTADO REPRODUCTIVO	
	SI(___) NO(X)		SI (___) NO (___)		ESTELIZADO( )	GESTACION (__)
	PUPPY (___)	FECHA:	TRIPLE (__)	FECHA:	ENTERO (X)	LACTANCIA (__)
	QUINTUPLE(_	FECHA:	RABIA (__)	FECHA:	DESPARASITACION	
	RABIA (__)	FECHA:	LEUCEMIA (__	FECHA:	SI (X) NO ( )	
					FECHA: 4 MESES	

EXAMEN CLINICO

FC: 70	FR: 13	TLLC: NA	TEMPERATURA: 38.2	PULSO: NA

CONDICION CORPORAL: CAQUECTICO(__) DELGADO(__) NORMAL(X) OBESO(__) SOBREPESO(__)

ACTITUD Y TEMPERAMENTO: LETARGICO(__) ESTUPOROSO(__) COMATOSO(__) AL ERTA (X)

ESTADO DE HIDRATACION: NORMAL (X) DESHIDRATACION: 0-5% (__) 6-7% (__) 8- 9% (__) +10% (__)

MUCOSAS: PALIDAS (__) ROSADAS (X) HUMEDAS (__) SECAS(__)

MUCOSAS:	NORMAL	ANORMAL	OBSERVACIONES:
CONJUNTIVAL	X		
ORAL	X		
VULVAR/PREPUCIAL	X		
RECTAL	X		
OIDOS	X		
NODULOS LINFATICOS	X		
PIEL/ANEXOS	X		
LOCOMOCION	X		
A. MUSCULOESQUELETICO	X		
SISTEMA NERVIOSO	X		
A. CARDIOVASCULAR	X		
A. RESPIRATORIO	X		
A. DIGESTIVO	X		
A. GENITOURINARIO	X		

LISTA DE PROBLEMAS

LISTA DE PROBLEMAS	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
NORMAL	

COMENTARIOS:

FECHA ENTREGA MASCOTA: 21-09-2023

182

14.

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Zdenny Camacho
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino; X
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: Kira Raza: Criolla
Edad: 9 meses

Yo solicito y autorizo al médico veterinario JHERSON HERNANDEZ con tarjeta profesional 28394 de la Fundación Fiel Amigo para realizar la esterilización y los procedimientos que sean necesarios en el curso de ésta.

Entiendo que tomarán los cuidados necesarios para proteger la vida y salud de mi mascota, sin embargo, entiendo que existen ciertos riesgos en la cirugía, incluyendo infección en el área de la operación, suturas sueltas o rotas, comezón en la piel, condición moribunda temporánea, pérdida de apetito en raras ocasiones o posible muerte.

Libero a la Fundación Fiel Amigo y a su médico veterinario de cualquier reclamo o responsabilidad de la cirugía y cualquier reclamo por reembolso de los gastos asociados por cuidado de la mascota, aun cuando el dueño o persona autorizada crea que estos gastos son asociados con la cirugía realizada en la Fundación Fiel Amigo.

Debo de llevarme la mascota el mismo día, de lo contrario habrá cargos extras, entiendo que si abandono a mi mascota en la Fundación Fiel Amigo, ésta será autorizada como su propietario y podrá disponer de ésta como considere.

Certifico que mi animal se encuentra en buen estado de salud y que no está recibiendo ningún tipo de tratamiento con otro médico veterinario.

FAVOR DILIGENCIAR TODOS LOS DATOS A CONTINUACIÓN

FIRMA: _____ CÉDULA: 1125183476

FECHA: 21-Sep.023 CELULAR: 3219716845

DIRECCIÓN: VILLA ROSA 1 BARRIO: Villa Rosa 1.

14
183
93
4

Corporación Amazonica

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL PUTUMAYO

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

CARACTERIZACIÓN PARA ESTERILIZACIONES GRATUITAS DE CANINOS Y FELINOS EN CONDICIÓN VULNERABLE EN EL MUNICIPIO DE MOCOA

Fecha:	21-08-2023	Hora:	9:35	Lugar: Villarosa 1				
Nombre del propietario: Zuleni camacho				Cédula: 1125183416				
				Celular: 3026139759				
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X		Donde ?						
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO	
Kira	7meses		X			X		

Por qué desea recibir la ayuda? No quiero que tenga perros

Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X NO _____, Por qué ? _____

Se compromete cuidar su mascota en el proceso post quirúrgico ya que es muy importante para que tenga una recuperación exitosa ? SI X NO ____. Por qué ? _____

Yo Zuleni camacho autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: _____

Cédula: 1125183416

Propietario de la mascota

Nombre: Paola Andrea Jimenez

Firma: Paola andrea Jimenez

Cédula: 1124853755

Encuestador

Fundación: ___ Asociación: ___ Otro: X





ada

184 94

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 21-09-23	**MEDICO VETERIARIO:** JHERSON HERNANDEZ	**TARJETA PROFESIONAL N°**	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	ZULENNY CANACHO		
NOMBRE: HIRA	**ESPECIE:** CANINA		
COLOR: NEGRO	**RAZA:** CRIOLLA **EDAD:** 9 MESES		
SEXO: H **PESO:** 3K	**PROCEDENCIA:** MOCOA		

HISTORIA DEL PACIENTE

	CANINOS		FELINOS		ESTADO REPRODUCTIVO	
	SI(___) NO(X)		SI (___) NO (___)			
VACUNACION	PUPPY (___)	FECHA:	TRIPLE (__)	FECHA:	ESTELIZADO( )	GESTACION (__)
	QUINTUPLE(_	FECHA:	RABIA (__)	FECHA:	ENTERO (X)	LACTANCIA (__)
	RABIA (__)	FECHA:	LEUCEMIA (__	FECHA:	**DESPARASITACION**	
					SI(X) NO ( )	
					FECHA: 2 MESES	

EXAMEN CLINICO

FC: 70	FR: 15	TLLC: N.A	TEMPERATURA: 38.2	PULSO: N.A

CONDICION CORPORAL: CAQUECTICO(__) DELGADO(__) NORMAL(X) OBESO(__) SOBREPESO(__)

ACTITUD Y TEMPERAMENTO: LETARGICO(__) ESTUPOROSO(__) COMATOSO(__) AL ERTA (X)

ESTADO DE HIDRATACION: NORMAL (X) DESHIDRATACION: 0-5% (__) 6-7% (__) 8- 9% (__) +10% (__)

MUCOSAS: PALIDAS (__) ROSADAS (X) HUMEDAS (__) SECAS(__)

MUCOSAS:	NORMAL	ANORMAL	OBSERVACIONES:
CONJUNTIVAL	X		
ORAL	X		
VULVAR/PREPUCIAL	X		
RECTAL	X		
OIDOS	X		
NODULOS LINFATICOS	X		
PIEL/ANEXOS	X		
LOCOMOCION	X		
A. MUSCULOESQUELETICO	X		
SISTEMA NERVIOSO	X		
A. CARDIOVASCULAR	X		
A. RESPIRATORIO	X		
A. DIGESTIVO	X		
A. GENITOURINARIO	X		

LISTA DE PROBLEMAS

LISTA DE PROBLEMAS	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
NORMAL	

COMENTARIOS:

FECHA ENTREGA MASCOTA: 21-09-2023

185

15

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Miguel Angel Lopez
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino: X
Hembra: _____ Macho: X
Nombre de la mascota: mono Raza: Criollo
Edad: 3AÑOS

Yo solicito y autorizo al médico veterinario JHELSON HERNANDEZ con tarjeta profesional 28394 de la Fundación Fiel Amigo para realizar la esterilización y los procedimientos que sean necesarios en el curso de ésta.

Entiendo que tomarán los cuidados necesarios para proteger la vida y salud de mi mascota, sin embargo, entiendo que existen ciertos riesgos en la cirugía, incluyendo infección en el área de la operación, suturas sueltas o rotas, comezón en la piel, condición moribunda temporánea, pérdida de apetito en raras ocasiones o posible muerte.

Libero a la Fundación Fiel Amigo y a su médico veterinario de cualquier reclamo o responsabilidad de la cirugía y cualquier reclamo por reembolso de los gastos asociados por cuidado de la mascota, aun cuando el dueño o persona autorizada crea que estos gastos son asociados con la cirugía realizada en la Fundación Fiel Amigo.

Debo de llevarme la mascota el mismo día, de lo contrario habrá cargos extras, entiendo que si abandono a mi mascota en la Fundación Fiel Amigo, ésta será autorizada como su propietario y podrá disponer de ésta como considere.

Certifico que mi animal se encuentra en buen estado de salud y que no está recibiendo ningún tipo de tratamiento con otro médico veterinario.

FAVOR DILIGENCIAR TODOS LOS DATOS A CONTINUACIÓN

NOMBRE: Miguel Lopez CÉDULA: 78126050
FECHA: 21-09-2021 CELULAR: 3123773294
DIRECCIÓN: B/villa rosa 7 BARRIO: B/Villa Rosa 7

15

Corporación Amazonica NIT: 900656749-8

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL PUTUMAYO

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

CARACTERIZACIÓN PARA ESTERILIZACIONES GRATUITAS DE CANINOS Y FELINOS EN CONDICIÓN VULNERABLE EN EL MUNICIPIO DE MOCOA

Fecha:	21-08-2021	Hora:	8 AM	Lugar:	B/ Villa Rosa 7			
Nombre del propietario: Miguel Angel Lupe				Cédula:	18126050			
				Celular:	3123773397			
Cuenta con trabajo? SI X. NO ____		Donde ? Construccion						
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO	
mono	3 año		X.				X	

Por qué desea recibir la ayuda? Porque Pelea cuando andan las perras en calor

Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X. NO _____, Por qué ? _____

Se compromete cuidar su mascota en el proceso post quirúrgico ya que es muy importante para que tenga una recuperación exitosa ? SI X. NO ____. Por qué ? _____

Yo Miguel Angel Lupe Pasto autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: Miguel Lupe

Cédula: 18126050 MOCOA

Propietario de la mascota

Nombre: JIMENA LUPE

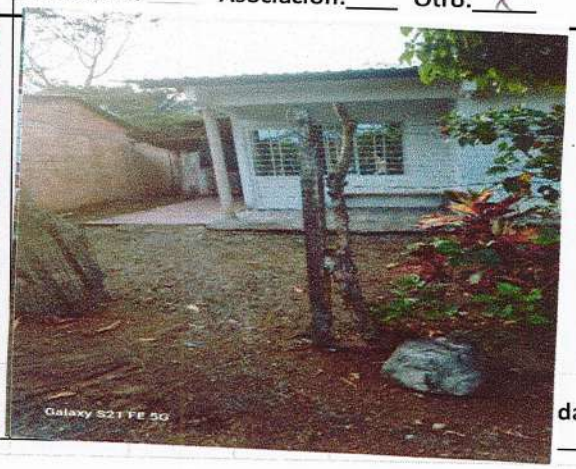
Firma: 69009640

Cédula: 69009640

Encuestador

Fundación: Asociación:____ Otro: X





da

187
97

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 21-09-23	**MEDICO VETERIARIO:** JHERSON HERNANDEZ	**TARJETA PROFESIONAL N°**	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	MIGUEL ANGEL NUPU		
NOMBRE: MUNO	**ESPECIE:** CANINO		
COLOR: BEIS	**RAZA:** CRIOLLA **EDAD:** 3 A		
SEXO: M **PESO:** 15#	**PROCEDENCIA:** MUCUA		

HISTORIA DEL PACIENTE

VACUNACION	**CANINOS**		**FELINOS**		**ESTADO REPRODUCTIVO**	
	SI(___) NO(X)		SI (___) NO (___)		ESTELIZADO( )	GESTACION (__)
	PUPPY (___)	FECHA:	TRIPLE (__)	FECHA:	ENTERO (X)	LACTANCIA (__)
	QUINTUPLE(_	FECHA:	RABIA (__)	FECHA:	**DESPARASITACION**	
	RABIA (__)	FECHA:	LEUCEMIA (__	FECHA:	SI X NO ( )	
					FECHA: 4 meses	

EXAMEN CLINICO

FC: 75	FR: 14	TLLC: N.A	TEMPERATURA: 38	PULSO: N.A

CONDICION CORPORAL: CAQUECTICO(__) DELGADO(__) NORMAL(X) OBESO(__) SOBREPESO(__)

ACTITUD Y TEMPERAMENTO: LETARGICO(__) ESTUPOROSO(__) COMATOSO(__) AL ERTA (X)

ESTADO DE HIDRATACION: NORMAL (X) DESHIDRATACION: 0-5% (__) 6-7% (__) 8- 9% (__) +10% (__)

MUCOSAS: PALIDAS (__) ROSADAS (X) HUMEDAS (__) SECAS(__)

MUCOSAS:	**NORMAL**	**ANORMAL**	**OBSERVACIONES:**
CONJUNTIVAL	X		
ORAL	X		
VULVAR/PREPUCIAL	X		
RECTAL	X		
OIDOS	X		
NODULOS LINFATICOS	X		
PIEL/ANEXOS	X		
LOCOMOCION	X		
A. MUSCULOESQUELETICO	X		
SISTEMA NERVIOSO	X		
A. CARDIOVASCULAR	X		
A. RESPIRATORIO	X		
A. DIGESTIVO	X		
A. GENITOURINARIO	X		

LISTA DE PROBLEMAS

LISTA DE PROBLEMAS	**DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**
NORMAL	

COMENTARIOS:

FECHA ENTREGA MASCOTA: 21-09-2023

188

16
18

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Ma. Gloria Garcia
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino: X
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: Karla Raza: Criolla.
Edad: 4 años

Yo solicito y autorizo al médico veterinario JHOELSON HERNANDEZ con tarjeta profesional 28394 de la Fundación Fiel Amigo para realizar la esterilización y los procedimientos que sean necesarios en el curso de ésta.

Entiendo que tomarán los cuidados necesarios para proteger la vida y salud de mi mascota, sin embargo, entiendo que existen ciertos riesgos en la cirugía, incluyendo infección en el área de la operación, suturas sueltas o rotas, comezón en la piel, condición moribunda temporánea, pérdida de apetito en raras ocasiones o posible muerte.

Libero a la Fundación Fiel Amigo y a su médico veterinario de cualquier reclamo o responsabilidad de la cirugía y cualquier reclamo por reembolso de los gastos asociados por cuidado de la mascota, aun cuando el dueño o persona autorizada crea que estos gastos son asociados con la cirugía realizada en la Fundación Fiel Amigo.

Debo de llevarme la mascota el mismo día, de lo contrario habrá cargos extras, entiendo que si abandono a mi mascota en la Fundación Fiel Amigo, ésta será autorizada como su propietario y podrá disponer de ésta como considere.

Certifico que mi animal se encuentra en buen estado de salud y que no está recibiendo ningún tipo de tratamiento con otro médico veterinario.

FAVOR DILIGENCIAR TODOS LOS DATOS A CONTINUACIÓN

FIRMA: Ma. CÉDULA: 27.354.195
FECHA: 09-21-2023 CELULAR: 3217871727
DIRECCIÓN: PINATAR BARRIO: Pinayaco - Villa Rosa

16,189

Corporación Amazonica NIT: 900656.769-8

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL PUTUMAYO

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

CARACTERIZACIÓN PARA ESTERILIZACIONES GRATUITAS DE CANINOS Y FELINOS EN CONDICIÓN VULNERABLE EN EL MUNICIPIO DE MOCOA

Fecha: 09-21-2023		Hora:		Lugar: Villa roja 1.				
Nombre del propietario: Gloria Esperanza Ojeda Garcia				Cédula: 27.354.195				
				Celular: 321.787 1727.				
Cuenta con trabajo?		Donde ?						
SI ___	NO X							
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO	
Karla	4 años		X			X		

Por qué desea recibir la ayuda? ES UNA CALLEJERA

Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X NO _____, Por qué ? _____

Se compromete cuidar su mascota en el proceso post quirúrgico ya que es muy importante para que tenga una recuperación exitosa ? SI X NO ____. Por qué ? _____

Yo Gloria Ojeda Garcia autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: _____

Cédula: 27.354.195 Mocoa Putumayo

Propietario de la mascota

Nombre: GLORIA OJEDA

Firma: _____

Cédula: 27.354.195

Encuestador

Fundación: ____ Asociación: ____ Otro: ____





ada

190
~~100~~

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 21-09-2021	**MEDICO VETERIARIO:** JHERSON HERNANDEZ	**TARJETA PROFESIONAL N°**	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	MARIA GLORIA GARCIA		
NOMBRE: KARLA	**ESPECIE:** CANINA		
COLOR: CAFE	**RAZA:** CRIOLLA **EDAD:** 4 A		
SEXO: H **PESO:** 14 K	**PROCEDENCIA:** MUCOA		

HISTORIA DEL PACIENTE

	CANINOS		FELINOS		ESTADO REPRODUCTIVO	
VACUNACION	SI(___) NO(X)		SI (___) NO (___)		ESTELIZADO( )	GESTACION (__)
	PUPPY (___)	FECHA:	TRIPLE (__)	FECHA:	ENTERO (X)	LACTANCIA (__)
	QUINTUPLE(_	FECHA:	RABIA (__)	FECHA:	**DESPARASITACION**	
	RABIA (__)	FECHA:	LEUCEMIA (___	FECHA:	SI (X) NO ( )	
					FECHA: 3 MESES	

EXAMEN CLINICO

FC: 65	FR: 15	TLLC: N.A	TEMPERATURA: 38	PULSO: N.A

CONDICION CORPORAL: CAQUECTICO(__) DELGADO(__) NORMAL(X) OBESO(__) SOBREPESO(__)

ACTITUD Y TEMPERAMENTO: LETARGICO(__) ESTUPOROSO(__) COMATOSO(__) AL ERTA (X)

ESTADO DE HIDRATACION: NORMAL (X) DESHIDRATACION: 0-5% (__) 6-7% (__) 8- 9% (__) +10% (__)

MUCOSAS: PALIDAS (__) ROSADAS (X) HUMEDAS (__) SECAS(__)

MUCOSAS:	NORMAL	ANORMAL	OBSERVACIONES:
CONJUNTIVAL	X		
ORAL	X		
VULVAR/PREPUCIAL	X		
RECTAL	X		
OIDOS	X		
NODULOS LINFATICOS	X		
PIEL/ANEXOS	X		
LOCOMOCION	X		
A. MUSCULOESQUELETICO	X		
SISTEMA NERVIOSO	X		
A. CARDIOVASCULAR	X		
A. RESPIRATORIO	X		
A. DIGESTIVO	X		
A. GENITOURINARIO	X		

LISTA DE PROBLEMAS

LISTA DE PROBLEMAS	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
NORMAL	

COMENTARIOS:

FECHA ENTREGA MASCOTA: 21-09-2023

191

17

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Flor Alba Tandioy
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: ____ Canino; X
Hembra: X Macho: ____
Nombre de la mascota: Brenda Raza: criollo
Edad: 4 AÑOS.

Yo solicito y autorizo al médico veterinario JHELSON HERNANDEZ con tarjeta profesional 28394 de la Fundación Fiel Amigo para realizar la esterilización y los procedimientos que sean necesarios en el curso de ésta.

Entiendo que tomarán los cuidados necesarios para proteger la vida y salud de mi cota, sin embargo, entiendo que existen ciertos riesgos en la cirugía, incluyendo infección en el área de la operación, suturas sueltas o rotas, comezón en la piel, condición moribunda temporánea, pérdida de apetito en raras ocasiones o posible muerte.

Libero a la Fundación Fiel Amigo y a su médico veterinario de cualquier reclamo o responsabilidad de la cirugía y cualquier reclamo por reembolso de los gastos asociados por cuidado de la mascota, aun cuando el dueño o persona autorizada crea que estos gastos son asociados con la cirugía realizada en la Fundación Fiel Amigo.

Debo de llevarme la mascota el mismo día, de lo contrario habrá cargos extras, entiendo que si abandono a mi mascota en la Fundación Fiel Amigo, ésta será autorizada como su propietario y podrá disponer de ésta como considere.

Certifico que mi animal se encuentra en buen estado de salud y que no está recibiendo ningún tipo de tratamiento con otro médico veterinario.

FAVOR DILIGENCIAR TODOS LOS DATOS A CONTINUACIÓN

...MA: Flor Alba Tandioy CÉDULA: 47770350
FECHA: 27-09-2023 CELULAR: 3127093820
DIRECCIÓN: VILLA ROSA 1 BARRIO: VILLA ROSA 1

17
192
102

Corporación Amazonica NIT: 900656749-8

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL PUTUMAYO

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

CARACTERIZACIÓN PARA ESTERILIZACIONES GRATUITAS DE CANINOS Y FELINOS EN CONDICIÓN VULNERABLE EN EL MUNICIPIO DE MOCOA

Fecha:	21-08-2023	Hora:	10 AM	Lugar:	VILLA ROSA 1			
Nombre del propietario: Flor Alba Tandioy				Cédula:	41.170350			
				Celular:	312 709 3820			
Cuenta con trabajo? SI X NO ____	Donde ? San Andres							
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO	
Brenda.	4 AÑOS		X			X.		

Por qué desea recibir la ayuda? Para evitar la sobre poblacion

Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X .NO _____, Por qué ? _____

Se compromete cuidar su mascota en el proceso post quirúrgico ya que es muy importante para que tenga una recuperación exitosa ? SI X . NO ____ . Por qué ? _____

Yo Flor Alba Tandioy autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: Flor Alba Tandioy

Cédula: 41 770 350

Propietario de la mascota

Nombre: JIMENA LOPEZ

Firma: JIMENA L.

Cédula: 69009640

Encuestador

Fundación: ____ Asociación: ____ Otro: X





ciada

193
103

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 21-09-2023	**MEDICO VETERIARIO:** JHERSON HERNANDEZ	**TARJETA PROFESIONAL N°**	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	FLOR ALBA TANDIOY		
NOMBRE: BRENDA	**ESPECIE:** CANINO		
COLOR: BEIS	**RAZA:** CRIOLLA **EDAD:** 4 A		
SEXO: H **PESO:** 19K	**PROCEDENCIA:** MOCOA		

HISTORIA DEL PACIENTE

	CANINOS		FELINOS		ESTADO REPRODUCTIVO	
	SI(___) NO(X)		SI (___) NO (___)		ESTELIZADO( )	GESTACION (__)
VACUNACION	PUPPY (___)	FECHA:	TRIPLE (__)	FECHA:	ENTERO (X)	LACTANCIA (__)
	QUINTUPLE(_	FECHA:	RABIA (__)	FECHA:	**DESPARASITACION**	
	RABIA (__)	FECHA:	LEUCEMIA (__	FECHA:	SI (X) NO ( )	
					FECHA: 5 meses	

EXAMEN CLINICO

FC: 75	FR: 12	TLLC: N.A	TEMPERATURA: 37-8	PULSO: N.A

CONDICION CORPORAL: CAQUECTICO(__) DELGADO(__) NORMAL(X) OBESO(__) SOBREPESO(__)

ACTITUD Y TEMPERAMENTO: LETARGICO(__) ESTUPOROSO(__) COMATOSO(__) AL ERTA (__)

ESTADO DE HIDRATACION: NORMAL (X) DESHIDRATACION: 0-5% (__) 6-7% (__) 8- 9% (__) +10% (__)

MUCOSAS: PALIDAS (__) ROSADAS (__) HUMEDAS (X) SECAS(__)

MUCOSAS:	NORMAL	ANORMAL	OBSERVACIONES:
CONJUNTIVAL	X		
ORAL	X		
VULVAR/PREPUCIAL	X		
RECTAL	X		
OIDOS	X		
NODULOS LINFATICOS	X		
PIEL/ANEXOS	X		
LOCOMOCION	X		
A. MUSCULOESQUELETICO	X		
SISTEMA NERVIOSO	X		
A. CARDIOVASCULAR	X		
A. RESPIRATORIO	X		
A. DIGESTIVO	X		
A. GENITOURINARIO	X		

LISTA DE PROBLEMAS

LISTA DE PROBLEMAS	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
NORMAL	

COMENTARIOS:

FECHA ENTREGA MASCOTA: 21-09-2023

194

18
104

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Mariadelcia Pujimuy
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino; X
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: Luna Raza: Criolla
Edad: 6 años

Yo solicito y autorizo al médico veterinario JHELSON HERNANDEZ con tarjeta profesional 28394 de la Fundación Fiel Amigo para realizar la esterilización y los procedimientos que sean necesarios en el curso de ésta.

Entiendo que tomarán los cuidados necesarios para proteger la vida y salud de mi mascota, sin embargo, entiendo que existen ciertos riesgos en la cirugía, incluyendo infección en el área de la operación, suturas sueltas o rotas, comezón en la piel, condición moribunda temporánea, pérdida de apetito en raras ocasiones o posible muerte.

Libero a la Fundación Fiel Amigo y a su médico veterinario de cualquier reclamo o responsabilidad de la cirugía y cualquier reclamo por reembolso de los gastos asociados por cuidado de la mascota, aun cuando el dueño o persona autorizada crea que estos gastos son asociados con la cirugía realizada en la Fundación Fiel Amigo.

Debo de llevarme la mascota el mismo día, de lo contrario habrá cargos extras, entiendo que si abandono a mi mascota en la Fundación Fiel Amigo, ésta será autorizada como su propietario y podrá disponer de ésta como considere.

Certifico que mi animal se encuentra en buen estado de salud y que no está recibiendo ningún tipo de tratamiento con otro médico veterinario.

FAVOR DILIGENCIAR TODOS LOS DATOS A CONTINUACIÓN

NOMBRE: Mariadelcia CÉDULA: 64055096
FECHA: 21-09-2023 CELULAR: 3736985540
DIRECCIÓN: VILLA ROSA 2 BARRIO: Villa Rosa 2do5

Corporación Amazonica NIT. 900656739-8

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL PUTUMAYO

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

CARACTERIZACIÓN PARA ESTERILIZACIONES GRATUITAS DE CANINOS Y FELINOS EN CONDICIÓN VULNERABLE EN EL MUNICIPIO DE MOCOA

Fecha:		Hora:		Lugar: VILLA ROSA 2				
Nombre del propietario: MARIA ALICIA PUJIMUY				Cédula: 69055096				
				Celular: 3135985540				
Cuenta con trabajo? SI X NO ___		Donde ? CASA DE FAMILIA HACIENDO ASEO						
Nombre de la mascota: DAYANA(UNA	Edad: 6	Especie:	CANINA X	FELINA	Sexo:	HEMBRA X	MACHO	

Por qué desea recibir la ayuda? PARA NO VERLA SUFRIR NU TENGA MAS BEBES

Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X NO _____, Por qué ? _____

Se compromete cuidar su mascota en el proceso post quirúrgico ya que es muy importante para que tenga una recuperación exitosa ? SI X NO ____. Por qué ? _____

Yo Maria Alicia Pujimuy Juscamaygar autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: [signature]

Cédula: 69055096

Propietario de la mascota

Nombre: JIMENA LOPEZ

Firma: JIMENA L

Cédula: 69009610

Encuestador

Fundación: ____ Asociación: ____ Otro: X





ada

195
196

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 21-09-23	**MEDICO VETERIARIO:** JHERSON HERNANDEZ	**TARJETA PROFESIONAL N°**	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	MARIA ALICIA PUJIMUY		
NOMBRE: LUNA	**ESPECIE:** CANINO		
COLOR: CAFE	**RAZA:** CRIOLLA **EDAD:** 6 AÑOS		
SEXO: H **PESO:** 12H	**PROCEDENCIA:** MANAURE		

HISTORIA DEL PACIENTE

	CANINOS		**FELINOS**		**ESTADO REPRODUCTIVO**	
VACUNACION	SI(___) NO(X)		SI (___) NO (___)		ESTELIZADO( )	GESTACION (__)
	PUPPY (___)	FECHA:	TRIPLE (__)	FECHA:	ENTERO (X)	LACTANCIA (__)
	QUINTUPLE(_	FECHA:	RABIA (__)	FECHA:	**DESPARASITACION**	
	RABIA (__)	FECHA:	LEUCEMIA (__	FECHA:	SI (X) NO ( )	
					FECHA: 2 MESES	

EXAMEN CLINICO

FC: 75	FR: 15	TLLC: N.A	TEMPERATURA: 38	PULSO: N.A

CONDICION CORPORAL: CAQUECTICO(__) DELGADO(__) NORMAL(X) OBESO(__) SOBREPESO(__)

ACTITUD Y TEMPERAMENTO: LETARGICO(__) ESTUPOROSO(__) COMATOSO(__) AL ERTA (X)

ESTADO DE HIDRATACION: NORMAL (__) DESHIDRATACION: 0-5% (__) 6-7% (__) 8- 9% (__) +10% (__)

MUCOSAS: PALIDAS (__) ROSADAS (X) HUMEDAS (__) SECAS(__)

MUCOSAS:	**NORMAL**	**ANORMAL**	**OBSERVACIONES:**
CONJUNTIVAL	X		
ORAL	X		
VULVAR/PREPUCIAL	X		
RECTAL	X		
OIDOS	X		
NODULOS LINFATICOS	X		
PIEL/ANEXOS	X		
LOCOMOCION	X		
A. MUSCULOESQUELETICO	X		
SISTEMA NERVIOSO	X		
A. CARDIOVASCULAR	X		
A. RESPIRATORIO	X		
A. DIGESTIVO	X		
A. GENITOURINARIO	X		

LISTA DE PROBLEMAS

LISTA DE PROBLEMAS	**DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**
NORMAL	

COMENTARIOS:

FECHA ENTREGA MASCOTA: 21-09-2023

197

19

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Daniela Ordoñez
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: X. Canino; _____
Hembra: X. Macho: _____
Nombre de la mascota: Milu Raza: Criollo
Edad: 1 Año y medio

Yo solicito y autorizo al médico veterinario Jherson Hernandez con tarjeta profesional 28394 de la Fundación Fiel Amigo para realizar la esterilización y los procedimientos que sean necesarios en el curso de ésta.

Entiendo que tomarán los cuidados necesarios para proteger la vida y salud de mi mascota, sin embargo, entiendo que existen ciertos riesgos en la cirugía, incluyendo infección en el área de la operación, suturas sueltas o rotas, comezón en la piel, condición moribunda temporánea, pérdida de apetito en raras ocasiones o posible muerte.

Libero a la Fundación Fiel Amigo y a su médico veterinario de cualquier reclamo o responsabilidad de la cirugía y cualquier reclamo por reembolso de los gastos asociados por cuidado de la mascota, aun cuando el dueño o persona autorizada crea que estos gastos son asociados con la cirugía realizada en la Fundación Fiel Amigo.

Debo de llevarme la mascota el mismo día, de lo contrario habrá cargos extras, entiendo que si abandono a mi mascota en la Fundación Fiel Amigo, ésta será autorizada como su propietario y podrá disponer de ésta como considere.

Certifico que mi animal se encuentra en buen estado de salud y que no está recibiendo ningún tipo de tratamiento con otro médico veterinario.

FAVOR DILIGENCIAR TODOS LOS DATOS A CONTINUACIÓN

FIRMA: Daniela Ordoñez CÉDULA: 1006876383
FECHA: 21-09-2021 CELULAR: 3223164359
DIRECCIÓN: V/villa rosa 7 BARRIO: V/villa rosa 1

19
108 108

Corporación Amazonica NIT: 900656769-8

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL PUTUMAYO

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

CARACTERIZACIÓN PARA ESTERILIZACIONES GRATUITAS DE CANINOS Y FELINOS EN CONDICIÓN VULNERABLE EN EL MUNICIPIO DE MOCOA

Fecha: 20-08-2021		Hora: 10 AM		Lugar: Villa Nora 1.			
Nombre del propietario: Yirgela Daniela Ordoñez Fajardo				Cédula: 1006876383.			
				Celular: 3223164359			
Cuenta con trabajo? SI ____ NO X.		Donde ?					
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO
Milu.	1A6M			X.		X	

Por qué desea recibir la ayuda? porque así evita la sobre Poblacion

Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X. NO _____, Por qué ? _____

Se compromete cuidar su mascota en el proceso post quirúrgico ya que es muy importante para que tenga una recuperación exitosa ? SI X. NO ____. Por qué ? _____

Yo Daniela Ordoñez fajardo. autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: Daniela Ordoñez	Nombre: JIMENA LOPEZ
Cédula: 1006876383	Firma: JIMENA L
Propietario de la mascota	Cédula: 69009611U
	Encuestador
	Fundación: ____ Asociación: ____ Otro: X





ciada

99 109

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 21-09-23	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE DANIELA ORDOÑEZ			
NOMBRE: MILU	ESPECIE: FELINO		
COLOR: AMARILLO	RAZA: CRIOLLO EDAD: 1 A + M		
SEXO: H	PESO: 3K. PROCEDENCIA: NARIÑA		

HISTORIA DEL PACIENTE

	CANINOS		FELINOS		ESTADO REPRODUCTIVO	
VACUNACION	SI(___) NO(___)		SI (___) NO (X)		ESTELIZADO( )	GESTACION (__)
	PUPPY (___)	FECHA:	TRIPLE (__)	FECHA:	ENTERO (X)	LACTANCIA (__)
	QUINTUPLE(_	FECHA:	RABIA (__)	FECHA:	DESPARASITACION	
	RABIA (__)	FECHA:	LEUCEMIA (__	FECHA:	SI (X) NO ( )	
					FECHA: 3 meses	

EXAMEN CLINICO

FC: 110	FR: 25	TLLC: N.A	TEMPERATURA: 38	PULSO: N.A

CONDICION CORPORAL: CAQUECTICO(__) DELGADO(__) NORMAL(X) OBESO(__) SOBREPESO(__)

ACTITUD Y TEMPERAMENTO: LETARGICO(__) ESTUPOROSO(__) COMATOSO(__) AL ERTA (X)

ESTADO DE HIDRATACION: NORMAL (X) DESHIDRATACION: 0-5% (__) 6-7% (__) 8- 9% (__) +10% (__)

MUCOSAS: PALIDAS (__) ROSADAS (X) HUMEDAS (__) SECAS(__)

MUCOSAS:	NORMAL	ANORMAL	OBSERVACIONES:
CONJUNTIVAL	X		
ORAL	X		
VULVAR/PREPUCIAL	X		
RECTAL	X		
OIDOS	X		
NODULOS LINFATICOS	X		
PIEL/ANEXOS	X		
LOCOMOCION	X		
A. MUSCULOESQUELETICO	X		
SISTEMA NERVIOSO	X		
A. CARDIOVASCULAR	X		
A. RESPIRATORIO	X		
A. DIGESTIVO	X		
A. GENITOURINARIO	X		

LISTA DE PROBLEMAS

LISTA DE PROBLEMAS	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
NORMAL	

COMENTARIOS:

FECHA ENTREGA MASCOTA: 21-09-2023

200

Sarna 20
170

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Daniela Ordoñez.
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino; X.
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: QUIKI. Raza: CRIOLLO.
Edad: 1A y medio.

Yo solicito y autorizo al médico veterinario JHERSON HERNANDEZ con tarjeta profesional 23394 de la Fundación Fiel Amigo para realizar la esterilización y los procedimientos que sean necesarios en el curso de ésta.

Entiendo que tomarán los cuidados necesarios para proteger la vida y salud de mi mascota, sin embargo, entiendo que existen ciertos riesgos en la cirugía, incluyendo infección en el área de la operación, suturas sueltas o rotas, comezón en la piel, condición moribunda temporánea, pérdida de apetito en raras ocasiones o posible muerte.

Libero a la Fundación Fiel Amigo y a su médico veterinario de cualquier reclamo o responsabilidad de la cirugía y cualquier reclamo por reembolso de los gastos asociados por cuidado de la mascota, aun cuando el dueño o persona autorizada crea que estos gastos son asociados con la cirugía realizada en la Fundación Fiel Amigo.

Debo de llevarme la mascota el mismo día, de lo contrario habrá cargos extras, entiendo que si abandono a mi mascota en la Fundación Fiel Amigo, ésta será autorizada como su propietario y podrá disponer de ésta como considere.

Certifico que mi animal se encuentra en buen estado de salud y que no está recibiendo ningún tipo de tratamiento con otro médico veterinario.

FAVOR DILIGENCIAR TODOS LOS DATOS A CONTINUACIÓN

NOMBRE: Daniela Ordoñez. CÉDULA: 1006SA6383.
FECHA: 21-09-2021 CELULAR: 3223164889.
DIRECCIÓN: V/villa rosa 1 BARRIO: V/villa rosa 1

20
2021 - 111

Corporación Amazonica NIT 900656749-8

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL PUTUMAYO

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

CARACTERIZACIÓN PARA ESTERILIZACIONES GRATUITAS DE CANINOS Y FELINOS EN CONDICIÓN VULNERABLE EN EL MUNICIPIO DE MOCOA

Fecha:	20-08-2021	Hora:	3PM	Lugar:	villa rosa 1.			
Nombre del propietario: Angela Daniela Ordoñez Fajardo				Cédula:	1006846383			
				Celular:	3223164359.			
Cuenta con trabajo? SI ___ NO ___	Donde ?							
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO	
Chiky	1A 6m.		X			X.		

Por qué desea recibir la ayuda? ME DA PESAR UN TANTO PERRO EN LA CALLE

Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X. NO _____, Por qué ? _____

Se compromete cuidar su mascota en el proceso post quirúrgico ya que es muy importante para que tenga una recuperación exitosa ? SI X. NO ____. Por qué ? _____

Yo Daniela Ordoñez. fajardo. autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: Daniela Ordoñez

Cédula: 1006846383

Propietario de la mascota

Nombre: JIMENA LOPEZ

Firma: JIMENA L

Cédula: 69009640

Encuestador

Fundación: ____ Asociación: ____ Otro: X





iada

202
772

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 21-09-2023	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	DANIELA ORDOÑEZ		
NOMBRE: QUIKI	ESPECIE: CANINO		
COLOR: NEGRO CAFE	RAZA: CRIOLLO EDAD: 1 A + M		
SEXO: H PESO: 5 K	PROCEDENCIA: NUCUA		

HISTORIA DEL PACIENTE

	CANINOS		FELINOS		ESTADO REPRODUCTIVO	
VACUNACION	SI(___) NO(X)		SI (___) NO (___)		ESTELIZADO( )	GESTACION (__)
	PUPPY (___)	FECHA:	TRIPLE (__)	FECHA:	ENTERO (X)	LACTANCIA (__)
	QUINTUPLE(_	FECHA:	RABIA (__)	FECHA:	DESPARASITACION	
	RABIA (__)	FECHA:	LEUCEMIA (__	FECHA:	SI X NO ( )	
					FECHA: 3 MESES	

EXAMEN CLINICO

FC: 65	FR: 15	TLLC: N.A	TEMPERATURA: 38	PULSO: N.A

CONDICION CORPORAL: CAQUECTICO(__) DELGADO(__) NORMAL(X) OBESO(__) SOBREPESO(__)

ACTITUD Y TEMPERAMENTO: LETARGICO(__) ESTUPOROSO(__) COMATOSO(__) AL ERTA (X)

ESTADO DE HIDRATACION: NORMAL (X) DESHIDRATACION: 0-5% (__) 6-7% (__) 8- 9% (__) +10% (__)

MUCOSAS: PALIDAS (__) ROSADAS (X) HUMEDAS (__) SECAS(__)

MUCOSAS:	NORMAL	ANORMAL	OBSERVACIONES:
CONJUNTIVAL	X		
ORAL	X		
VULVAR/PREPUCIAL	X		
RECTAL	X		
OIDOS	X		
NODULOS LINFATICOS	X		
PIEL/ANEXOS		X	DERMATITIS
LOCOMOCION	X		
A. MUSCULOESQUELETICO	X		
SISTEMA NERVIOSO	X		
A. CARDIOVASCULAR	X		
A. RESPIRATORIO	X		
A. DIGESTIVO	X		
A. GENITOURINARIO	X		

LISTA DE PROBLEMAS

LISTA DE PROBLEMAS	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
DERMATITIS	

COMENTARIOS:

FECHA ENTREGA MASCOTA: 21-09-2023

203

21

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Carolina Osorio
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino; X
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: Shaky Raza: Criollo
Edad: 4 AÑOS

Yo solicito y autorizo al médico veterinario JHELSON HERNANDEZ con tarjeta profesional 28394 de la Fundación Fiel Amigo para realizar la esterilización y los procedimientos que sean necesarios en el curso de ésta.

Entiendo que tomarán los cuidados necesarios para proteger la vida y salud de mi mascota, sin embargo, entiendo que existen ciertos riesgos en la cirugía, incluyendo infección en el área de la operación, suturas sueltas o rotas, comezón en la piel, condición moribunda temporánea, pérdida de apetito en raras ocasiones o posible muerte.

Libero a la Fundación Fiel Amigo y a su médico veterinario de cualquier reclamo o responsabilidad de la cirugía y cualquier reclamo por reembolso de los gastos asociados por cuidado de la mascota, aun cuando el dueño o persona autorizada crea que estos gastos son asociados con la cirugía realizada en la Fundación Fiel Amigo.

Debo de llevarme la mascota el mismo día, de lo contrario habrá cargos extras, entiendo que si abandono a mi mascota en la Fundación Fiel Amigo, ésta será autorizada como su propietario y podrá disponer de ésta como considere.

Certifico que mi animal se encuentra en buen estado de salud y que no está recibiendo ningún tipo de tratamiento con otro médico veterinario.

FAVOR DILIGENCIAR TODOS LOS DATOS A CONTINUACIÓN

FIRMA: Carolina Osorio CÉDULA: 1124864496

FECHA: 21 Sep 2023 CELULAR: 3208302848

DIRECCIÓN: VILLA ROSA BARRIO: U. Villa Roga

21

204 774

Corporación Amazonica NIT: 900656749-8

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL PUTUMAYO

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

CARACTERIZACIÓN PARA ESTERILIZACIONES GRATUITAS DE CANINOS Y FELINOS EN CONDICIÓN VULNERABLE EN EL MUNICIPIO DE MOCOA

Fecha: 19-08-2023		Hora: 8:00m		Lugar: Villa Rosa 1			
Nombre del propietarió: Carolina Osorio				Cédula: 1124864496			
				Celular: 3208302848			
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X		Donde ?					
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO
Shaky	4 años		X			X	

Por qué desea recibir la ayuda? Porque está viejita y No tenemos los Recursos Para Pagar.

Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X NO _____, Por qué ? _____

Se compromete cuidar su mascota en el proceso post quirúrgico ya que es muy importante para que tenga una recuperación exitosa ? SI X NO ____. Por qué ? _____

Yo Carolina Osorio autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: Carolina Osorio

Cédula: 1124864496

Propietario de la mascota

Nombre: Alejandra Barreiro

Firma: Aleja Barreiro

Cédula: 1006950046

Encuestador Alejandra.

Fundación: ___ Asociación: ___ Otro: X





ada

175
205

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 21-09-23	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	CAROLINA OSORIO		
NOMBRE: SHAKY	ESPECIE: CANINO		
COLOR: CAFE	RAZA: CRIOLLO EDAD: 4 A		
SEXO: H PESO: 4 K	PROCEDENCIA: MONCORA		

HISTORIA DEL PACIENTE

	CANINOS		FELINOS		ESTADO REPRODUCTIVO	
VACUNACION	SI(___) NO(X)		SI (___) NO (___)		ESTELIZADO( )	GESTACION (_)
	PUPPY (___)	FECHA:	TRIPLE (__)	FECHA:	ENTERO (X)	LACTANCIA (__)
	QUINTUPLE(_	FECHA:	RABIA (__)	FECHA:	DESPARASITACION	
	RABIA (__)	FECHA:	LEUCEMIA (__	FECHA:	SI (X) NO ( )	
					FECHA:	

EXAMEN CLINICO

FC: 70	FR: 20	TLLC: N.A	TEMPERATURA: 38	PULSO: N.A

CONDICION CORPORAL: CAQUECTICO(__) DELGADO(__) NORMAL(X) OBESO(__) SOBREPESO(__)

ACTITUD Y TEMPERAMENTO: LETARGICO(__) ESTUPOROSO(__) COMATOSO(__) AL ERTA (X)

ESTADO DE HIDRATACION: NORMAL (X) DESHIDRATACION: 0-5% (__) 6-7% (__) 8- 9% (__) +10% (__)

MUCOSAS: PALIDAS (__) ROSADAS (X) HUMEDAS (__) SECAS(__)

MUCOSAS:	NORMAL	ANORMAL	OBSERVACIONES:
CONJUNTIVAL	X		
ORAL	X		
VULVAR/PREPUCIAL	X		
RECTAL	X		
OIDOS	X		
NODULOS LINFATICOS	X		
PIEL/ANEXOS	X		
LOCOMOCION	X		
A. MUSCULOESQUELETICO	X		
SISTEMA NERVIOSO	X		
A. CARDIOVASCULAR	X		
A. RESPIRATORIO	X		
A. DIGESTIVO	X		
A. GENITOURINARIO	X		

LISTA DE PROBLEMAS

LISTA DE PROBLEMAS	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
NORMAL	

COMENTARIOS:

FECHA ENTREGA MASCOTA: 21-09-2023

206

22

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Viviana Meneses.
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: X Canino; _____
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: Luna. Raza: Criollo
Edad: 1año

Yo solicito y autorizo al médico veterinario JHOSON HERNANDEZ con tarjeta profesional 28394 de la Fundación Fiel Amigo para realizar la esterilización y los procedimientos que sean necesarios en el curso de ésta.

Entiendo que tomarán los cuidados necesarios para proteger la vida y salud de mi mascota, sin embargo, entiendo que existen ciertos riesgos en la cirugía, incluyendo infección en el área de la operación, suturas sueltas o rotas, comezón en la piel, condición moribunda temporánea, pérdida de apetito en raras ocasiones o posible muerte.

Libero a la Fundación Fiel Amigo y a su médico veterinario de cualquier reclamo o responsabilidad de la cirugía y cualquier reclamo por reembolso de los gastos asociados por cuidado de la mascota, aun cuando el dueño o persona autorizada crea que estos gastos son asociados con la cirugía realizada en la Fundación Fiel Amigo.

Debo de llevarme la mascota el mismo día, de lo contrario habrá cargos extras, entiendo que si abandono a mi mascota en la Fundación Fiel Amigo, ésta será autorizada como su propietario y podrá disponer de ésta como considere.

Certifico que mi animal se encuentra en buen estado de salud y que no está recibiendo ningún tipo de tratamiento con otro médico veterinario.

FAVOR DILIGENCIAR TODOS LOS DATOS A CONTINUACIÓN

FIRMA: Viviana Meneses CÉDULA: 52664571.
FECHA: 21/9/2023 CELULAR: 3102306632.
DIRECCIÓN: Villa rosa 1 BARRIO: villa rosa 1.

22 257
177

Corporación Amazonica NIT: 900656749-8

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL PUTUMAYO

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

CARACTERIZACIÓN PARA ESTERILIZACIONES GRATUITAS DE CANINOS Y FELINOS EN CONDICIÓN VULNERABLE EN EL MUNICIPIO DE MOCOA

Fecha:	19/agosto	Hora:	9:10am	Lugar:	Villa rosa 1			
Nombre del propietario: Viviana Meneses				Cédula:	52664571			
				Celular:	3102306632.			
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X		Donde ?						
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO	
Luna	1año.			X		X		

Por qué desea recibir la ayuda? Evitar Sobrepoblación Canina Felino y maltrato

Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X NO _____, Por qué ? _____

Se compromete cuidar su mascota en el proceso post quirúrgico ya que es muy importante para que tenga una recuperación exitosa ? SI X. NO ____. Por qué ? _____

Yo Viviana Meneses. Beltrán. autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: Viviana Meneses.B.

Cédula: 52 664571

Propietario de la mascota

Nombre: JIMENA LOPEZ

Firma: JIMENA L

Cédula:

Encuestador

Fundación: ____ Asociación: ____ Otro: ✓





...iada

208
175

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 21-09-23	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE: VIVIANA MENESES			
NOMBRE: LUNA	ESPECIE: FELINO		
COLOR: NEGRO - BLANCO	RAZA: CRIOLLO	EDAD: 1 A	
SEXO: H	PESO: 2 K	PROCEDENCIA: MUCUA	

HISTORIA DEL PACIENTE

	CANINOS		FELINOS		ESTADO REPRODUCTIVO	
VACUNACION	SI(___) NO(___)		SI (___) NO (X)		ESTELIZADO( )	GESTACION (__)
	PUPPY (___)	FECHA:	TRIPLE (__)	FECHA:	ENTERO (X)	LACTANCIA (__)
	QUINTUPLE(_	FECHA:	RABIA (__)	FECHA:	DESPARASITACION	
	RABIA (__)	FECHA:	LEUCEMIA (__	FECHA:	SI (X) NO ( )	
					FECHA: 1 mes	

EXAMEN CLINICO

FC: 110	FR: 25	TLLC: N.A	TEMPERATURA: 38	PULSO: N.A

CONDICION CORPORAL: CAQUECTICO(__) DELGADO(__) NORMAL(X) OBESO(__) SOBREPESO(__)

ACTITUD Y TEMPERAMENTO: LETARGICO(__) ESTUPOROSO(__) COMATOSO(__) AL ERTA (X)

ESTADO DE HIDRATACION: NORMAL (X) DESHIDRATACION: 0-5% (__) 6-7% (__) 8- 9% (__) +10% (__)

MUCOSAS: PALIDAS (__) ROSADAS (X) HUMEDAS (__) SECAS(__)

MUCOSAS:	NORMAL	ANORMAL	OBSERVACIONES:
CONJUNTIVAL	X		
ORAL	X		
VULVAR/PREPUCIAL	X		
RECTAL	X		
OIDOS	X		
NODULOS LINFATICOS	X		
PIEL/ANEXOS	X		
LOCOMOCION	X		
A. MUSCULOESQUELETICO	X		
SISTEMA NERVIOSO	X		
A. CARDIOVASCULAR	X		
A. RESPIRATORIO	X		
A. DIGESTIVO	X		
A. GENITOURINARIO	X		

LISTA DE PROBLEMAS

LISTA DE PROBLEMAS	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
NORMAL	

COMENTARIOS:

FECHA ENTREGA MASCOTA: 21-09-2023

209

23
~~19~~

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Yanedt osorio
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: X Canino; _____
Hembra: _____ Macho: X
Nombre de la mascota: paco Raza: criollo
Edad: 2A

Yo solicito y autorizo al médico veterinario JHOELSON HERNANDEZ con tarjeta profesional 28394 de la Fundación Fiel Amigo para realizar la esterilización y los procedimientos que sean necesarios en el curso de ésta.

Entiendo que tomarán los cuidados necesarios para proteger la vida y salud de mi mascota, sin embargo, entiendo que existen ciertos riesgos en la cirugía, incluyendo infección en el área de la operación, suturas sueltas o rotas, comezón en la piel, condición moribunda temporánea, pérdida de apetito en raras ocasiones o posible muerte.

Libero a la Fundación Fiel Amigo y a su médico veterinario de cualquier reclamo o responsabilidad de la cirugía y cualquier reclamo por reembolso de los gastos asociados por cuidado de la mascota, aun cuando el dueño o persona autorizada crea que estos gastos son asociados con la cirugía realizada en la Fundación Fiel Amigo.

Debo de llevarme la mascota el mismo día, de lo contrario habrá cargos extras, entiendo que si abandono a mi mascota en la Fundación Fiel Amigo, ésta será autorizada como su propietario y podrá disponer de ésta como considere.

Certifico que mi animal se encuentra en buen estado de salud y que no está recibiendo ningún tipo de tratamiento con otro médico veterinario.

FAVOR DILIGENCIAR TODOS LOS DATOS A CONTINUACIÓN

F A: Yanedt osorio CÉDULA: 40595491

FECHA: 21 09 CELULAR: 3106085889

DIRECCIÓN: VILLA RICA 2 BARRIO: Villarosa 2.

23
210
120

Corporación Amazonica NIT: 900656749-8

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL PUTUMAYO

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

CARACTERIZACIÓN PARA ESTERILIZACIONES GRATUITAS DE CANINOS Y FELINOS EN CONDICIÓN VULNERABLE EN EL MUNICIPIO DE MOCOA

Fecha:	21-08-2021	Hora:	3 PM	Lugar: VILLA ROSA 2				
Nombre del propietario: Yanet Osorio Iles				Cédula: 40595491				
				Celular: 3106085889				
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X		Donde ?						
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO	
Paco	18 Meses			X			X	

Por qué desea recibir la ayuda? LLEGA A LA CASA GOLPEADO

Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X NO ___, Por qué ? ___

Se compromete cuidar su mascota en el proceso post quirúrgico ya que es muy importante para que tenga una recuperación exitosa ? SI X NO ___. Por qué ? ___

Yo Yanet Osorio Iles autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: Yanedt Osorio	Nombre: JIMENA LOPEZ
Cédula: 40595491	Firma: JIMENA L
Propietario de la mascota	Cédula:
	Encuestador
	Fundación: ___ Asociación: ___ Otro: X





ada

211
121

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 21-09-2023	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	TANENT OSORIO		
NOMBRE: PACO	ESPECIE: FELINO		
COLOR: NEGRO-BLANCO	RAZA: CRIOLLO	EDAD: 2 A	
SEXO: M	PESO: 2.K	PROCEDENCIA: NUEVA	

HISTORIA DEL PACIENTE

VACUNACION	CANINOS		FELINOS		ESTADO REPRODUCTIVO	
	SI(___) NO(___)		SI (___) NO (X)		ESTELIZADO( )	GESTACION (__)
	PUPPY (___)	FECHA:	TRIPLE (__)	FECHA:	ENTERO (X)	LACTANCIA (__)
	QUINTUPLE(_	FECHA:	RABIA (__)	FECHA:	DESPARASITACION	
	RABIA (__)	FECHA:	LEUCEMIA (__	FECHA:	SI (X) NO ( )	
					FECHA: 2 meses	

EXAMEN CLINICO

FC: 110	FR: 22	TLLC: NA	TEMPERATURA: 38.1	PULSO: N-A

CONDICION CORPORAL: CAQUECTICO(__) DELGADO(__) NORMAL(X) OBESO(__) SOBREPESO(__)

ACTITUD Y TEMPERAMENTO: LETARGICO(__) ESTUPOROSO(__) COMATOSO(__) AL ERTA (X)

ESTADO DE HIDRATACION: NORMAL (X) DESHIDRATACION: 0-5% (__) 6-7% (__) 8- 9% (__) +10% (__)

MUCOSAS: PALIDAS (__) ROSADAS (X) HUMEDAS (__) SECAS(__)

MUCOSAS:	NORMAL	ANORMAL	OBSERVACIONES:
CONJUNTIVAL	X		
ORAL	X		
VULVAR/PREPUCIAL	X		
RECTAL	X		
OIDOS	X		
NODULOS LINFATICOS	X		
PIEL/ANEXOS	X		
LOCOMOCION	X		
A. MUSCULOESQUELETICO	X		
SISTEMA NERVIOSO	X		
A. CARDIOVASCULAR	X		
A. RESPIRATORIO	X		
A. DIGESTIVO	X		
A. GENITOURINARIO	X		

LISTA DE PROBLEMAS

LISTA DE PROBLEMAS	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
NORMAL	

COMENTARIOS:

FECHA ENTREGA MASCOTA: 21-09-2021

212

29

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Yaneth Osorio
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino; X
Hembra: _____ Macho: X
Nombre de la mascota: TOBI Raza: criollo
Edad: 2 A

Yo solicito y autorizo al médico veterinario JHELSON HERNANDEZ con tarjeta profesional 28394 de la Fundación Fiel Amigo para realizar la esterilización y los procedimientos que sean necesarios en el curso de ésta.

Entiendo que tomarán los cuidados necesarios para proteger la vida y salud de mi mascota, sin embargo, entiendo que existen ciertos riesgos en la cirugía, incluyendo infección en el área de la operación, suturas sueltas o rotas, comezón en la piel, condición moribunda temporánea, pérdida de apetito en raras ocasiones o posible muerte.

Libero a la Fundación Fiel Amigo y a su médico veterinario de cualquier reclamo o responsabilidad de la cirugía y cualquier reclamo por reembolso de los gastos asociados por cuidado de la mascota, aun cuando el dueño o persona autorizada crea que estos gastos son asociados con la cirugía realizada en la Fundación Fiel Amigo.

Debo de llevarme la mascota el mismo día, de lo contrario habrá cargos extras, entiendo que si abandono a mi mascota en la Fundación Fiel Amigo, ésta será autorizada como su propietario y podrá disponer de ésta como considere.

Certifico que mi animal se encuentra en buen estado de salud y que no está recibiendo ningún tipo de tratamiento con otro médico veterinario.

FAVOR DILIGENCIAR TODOS LOS DATOS A CONTINUACIÓN

FIRMA: Yaneth Osorio CÉDULA: 40595491

FECHA: 21-09-2021 CELULAR: 310 6085889

DIRECCIÓN: VILLA ANSA 2 BARRIO: Bellarosa 2

Corporación Amazonica NIT: 900656749-8

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL PUTUMAYO

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

CARACTERIZACIÓN PARA ESTERILIZACIONES GRATUITAS DE CANINOS Y FELINOS EN CONDICIÓN VULNERABLE EN EL MUNICIPIO DE MOCOA

Fecha: 21-08-2021		Hora: 8 30		Lugar: Villa Nsa			
Nombre del propietario: Yanet Osorio Iles				Cédula: 40595 491			
				Celular: 3106085889			
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X		Donde ?					
Nombre de la mascota: Tobi	Edad: 2 años	Especie:	CANINA X	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO X

Por qué desea recibir la ayuda? ES CALLEJERO Y PELEA MACHO

Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X NO ____, Por qué ? ____

Se compromete cuidar su mascota en el proceso post quirúrgico ya que es muy importante para que tenga una recuperación exitosa ? SI X NO ____. Por qué ? ____

Yo Yanet Osorio Iles. autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: Yaneth Osorio

Cédula: 40595491

Propietario de la mascota

Nombre: JIMENA LOPEZ

Firma: JIMENA L

Cédula: 69009640

Encuestador

Fundación: ___ Asociación: ___ Otro: 1





ada

214
124

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 21-09-2023	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	TANETH OSORIO		
NOMBRE: TOBI	ESPECIE: CANINO		
COLOR: NEGRO - BLANCO	RAZA: CRIOLLO	EDAD: 2- A	
SEXO: M	PESO: 6 K	PROCEDENCIA: MUCUA	

HISTORIA DEL PACIENTE

	CANINOS		FELINOS		ESTADO REPRODUCTIVO	
VACUNACION	SI(___) NO(X)		SI (___) NO (___)		ESTELIZADO( )	GESTACION (__)
	PUPPY (___)	FECHA:	TRIPLE (__)	FECHA:	ENTERO (X)	LACTANCIA (__)
	QUINTUPLE(_	FECHA:	RABIA (__)	FECHA:	DESPARASITACION	
	RABIA (__)	FECHA:	LEUCEMIA (__	FECHA:	SI (X) NO ( )	
					FECHA: 3 MESES	

EXAMEN CLINICO

FC: 37	FR: 15	TLLC: N.A	TEMPERATURA: 37.8	PULSO: N.A

CONDICION CORPORAL: CAQUECTICO(__) DELGADO(__) NORMAL(X) OBESO(__) SOBREPESO(__)

ACTITUD Y TEMPERAMENTO: LETARGICO(__) ESTUPOROSO(__) COMATOSO(__) AL ERTA (X)

ESTADO DE HIDRATACION: NORMAL (X) DESHIDRATACION: 0-5% (__) 6-7% (__) 8- 9% (__) +10% (__)

MUCOSAS: PALIDAS (__) ROSADAS (X) HUMEDAS (__) SECAS(__)

MUCOSAS:	NORMAL	ANORMAL	OBSERVACIONES:
CONJUNTIVAL	X		
ORAL	X		
VULVAR/PREPUCIAL	X		
RECTAL	X		
OIDOS	X		
NODULOS LINFATICOS	X		
PIEL/ANEXOS	X		
LOCOMOCION	X		
A. MUSCULOESQUELETICO	X		
SISTEMA NERVIOSO	X		
A. CARDIOVASCULAR	X		
A. RESPIRATORIO	X		
A. DIGESTIVO	X		
A. GENITOURINARIO	X		

LISTA DE PROBLEMAS

LISTA DE PROBLEMAS	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
NORMA	

COMENTARIOS:

FECHA ENTREGA MASCOTA: 21-09-2023

215

28

125

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Fernanda Lotz
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino: X
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: LUNA Raza: CRIOLLO
Edad: 1 AÑO

Yo solicito y autorizo al médico veterinario JHORSON HERNANDEZ con tarjeta profesional 28394 de la Fundación Fiel Amigo para realizar la esterilización y los procedimientos que sean necesarios en el curso de ésta.

Entiendo que tomarán los cuidados necesarios para proteger la vida y salud de mi mascota, sin embargo, entiendo que existen ciertos riesgos en la cirugía, incluyendo infección en el área de la operación, suturas sueltas o rotas, comezón en la piel, condición moribunda temporánea, pérdida de apetito en raras ocasiones o posible muerte.

Libero a la Fundación Fiel Amigo y a su médico veterinario de cualquier reclamo o responsabilidad de la cirugía y cualquier reclamo por reembolso de los gastos asociados por cuidado de la mascota, aun cuando el dueño o persona autorizada crea que estos gastos son asociados con la cirugía realizada en la Fundación Fiel Amigo.

Debo de llevarme la mascota el mismo día, de lo contrario habrá cargos extras, entiendo que si abandono a mi mascota en la Fundación Fiel Amigo, ésta será autorizada como su propietario y podrá disponer de ésta como considere.

Certifico que mi animal se encuentra en buen estado de salud y que no está recibiendo ningún tipo de tratamiento con otro médico veterinario.

FAVOR DILIGENCIAR TODOS LOS DATOS A CONTINUACIÓN

FIRMA: Fernanda CÉDULA: 1006946784
FECHA: 21-09-2023 CELULAR: 3223023301
DIRECCIÓN: VILLA MISA BARRIO: VILLA MISA

25
226
216

Corporación Amazonica NIT: 900656749-8

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL PUTUMAYO

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

CARACTERIZACIÓN PARA ESTERILIZACIONES GRATUITAS DE CANINOS Y FELINOS EN CONDICIÓN VULNERABLE EN EL MUNICIPIO DE MOCOA

Fecha: 21-09-2023	Hora:		Lugar: VILLA ROSA				
Nombre del propietario: Lisseth Fernanda Calis			Cédula: 1006946784				
			Celular: 3223023301				
Cuenta con trabajo? SI X NO ____	Donde ? INDEPENDIENTE						
Nombre de la mascota: Luna	Edad: AÑO	Especie:	CANINA X	FELINA	Sexo:	HEMBRA X	MACHO

Por qué desea recibir la ayuda? NO quiero que tenga cachorros

Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X NO _____, Por qué ? _____

Se compromete cuidar su mascota en el proceso post quirúrgico ya que es muy importante para que tenga una recuperación exitosa ? SI X NO ____. Por qué ? _____

Yo Fernanda Calis Mutumbajoy autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: Fernanda Calis M.

Cédula: 1006946784

Propietario de la mascota

Nombre: JIMENA LOPEZ

Firma: JIMENA L.

Cédula: 69009640

Encuestador

Fundación: ____ Asociación: ____ Otro: X





iciada

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 21-09-2023	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	FERNANDA CALIZ		
NOMBRE: LUNA	ESPECIE: CANINO		
COLOR: NEGRO	RAZA: CRIOLLA EDAD: 1 AÑO		
SEXO: H PESO: 3 K	PROCEDENCIA: NUNCA		

HISTORIA DEL PACIENTE

VACUNACION	CANINOS		FELINOS		ESTADO REPRODUCTIVO	
	SI(___) NO(X)		SI (___) NO (___)		ESTELIZADO( )	GESTACION (__)
	PUPPY (___)	FECHA:	TRIPLE (__)	FECHA:	ENTERO (X)	LACTANCIA (__)
	QUINTUPLE(_	FECHA:	RABIA (__)	FECHA:	DESPARASITACION	
	RABIA (__)	FECHA:	LEUCEMIA (__	FECHA:	SI (X) NO ( )	
					FECHA: 2 meses	

EXAMEN CLINICO

FC: 65	FR: 15	TLLC: N.A	TEMPERATURA: 37	PULSO: N.A

CONDICION CORPORAL: CAQUECTICO(__) DELGADO(__) NORMAL(X) OBESO(__) SOBREPESO(__)

ACTITUD Y TEMPERAMENTO: LETARGICO(__) ESTUPOROSO(__) COMATOSO(__) AL ERTA (X)

ESTADO DE HIDRATACION: NORMAL (X) DESHIDRATACION: 0-5% (__) 6-7% (__) 8- 9% (__) +10% (__)

MUCOSAS: PALIDAS (__) ROSADAS (X) HUMEDAS (__) SECAS(__)

MUCOSAS:	NORMAL	ANORMAL	OBSERVACIONES:
CONJUNTIVAL	X		
ORAL	X		
VULVAR/PREPUCIAL	X		
RECTAL	X		
OIDOS	X		
NODULOS LINFATICOS	X		
PIEL/ANEXOS	X		
LOCOMOCION	X		
A. MUSCULOESQUELETICO	X		
SISTEMA NERVIOSO	X		
A. CARDIOVASCULAR	X		
A. RESPIRATORIO	X		
A. DIGESTIVO	X		
A. GENITOURINARIO	X		

LISTA DE PROBLEMAS

LISTA DE PROBLEMAS	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
NORMAL	

COMENTARIOS:

FECHA ENTREGA MASCOTA: 21-09-2023

218

228

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Melquin Ramirez
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: X Canino; _____
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: Luna Raza: CRIOLLA
Edad: 8 meses

Yo solicito y autorizo al médico veterinario CARLSON HERNANDEZ con tarjeta profesional 28394 de la Fundación Fiel Amigo para realizar la esterilización y los procedimientos que sean necesarios en el curso de ésta.

Entiendo que tomarán los cuidados necesarios para proteger la vida y salud de mi mascota, sin embargo, entiendo que existen ciertos riesgos en la cirugía, incluyendo infección en el área de la operación, suturas sueltas o rotas, comezón en la piel, condición moribunda temporánea, pérdida de apetito en raras ocasiones o posible muerte.

Libero a la Fundación Fiel Amigo y a su médico veterinario de cualquier reclamo o responsabilidad de la cirugía y cualquier reclamo por reembolso de los gastos asociados por cuidado de la mascota, aun cuando el dueño o persona autorizada crea que estos gastos son asociados con la cirugía realizada en la Fundación Fiel Amigo.

Debo de llevarme la mascota el mismo día, de lo contrario habrá cargos extras, entiendo que si abandono a mi mascota en la Fundación Fiel Amigo, ésta será autorizada como su propietario y podrá disponer de ésta como considere.

Certifico que mi animal se encuentra en buen estado de salud y que no está recibiendo ningún tipo de tratamiento con otro médico veterinario.

FAVOR DILIGENCIAR TODOS LOS DATOS A CONTINUACIÓN

FIRMA: _____ CÉDULA: 1030620823

FECHA: 21-09-23 CELULAR: 3202147684

DIRECCIÓN: VILLA ROSA BARRIO: Villa Rosa

26

Corporación Amazonica NIT: 900656749-8

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL PUTUMAYO

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

CARACTERIZACIÓN PARA ESTERILIZACIONES GRATUITAS DE CANINOS Y FELINOS EN CONDICIÓN VULNERABLE EN EL MUNICIPIO DE MOCOA

Fecha: 19/agosto/2023		Hora: 10 AM		Lugar: villa rosa 1				
Nombre del propietario: Melquin Ramirez				Cédula: 1030620823				
				Celular: 3202147684				
Cuenta con trabajo? SI ____ NO X		Donde ?						
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO	
Luna	8 meses			X		X.		

Por qué desea recibir la ayuda? NO QUIERO MAS GATOS

Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X NO _____, Por qué ? _____

Se compromete cuidar su mascota en el proceso post quirúrgico ya que es muy importante para que tenga una recuperación exitosa ? SI X NO ____. Por qué ? _____

Yo Melquin Ramirez autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma:	Nombre: JIMENA LOPEZ
Cédula: 1030620823	Firma: JIMENA L
Propietario de la mascota	Cédula: 69009610
	Encuestador
	Fundación: ____ Asociación: ____ Otro: X





ada