454
523

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 22/09/23	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	Victoria Bohorquez		
NOMBRE: Callejera 2.	ESPECIE: Canino		
COLOR:	RAZA: Criolla EDAD: N/A		
SEXO: H PESO:	PROCEDENCIA: puerto caicedo		

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 ( ) NO (X)	
					FECHA:	

EXAMEN CLINICO

FC: 78	FR: 15	TLLC: N/A	TEMPERATURA: 37,7	PULSO: N/O

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 (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

COMENTARIOS: normal

FECHA ENTREGA MASCOTA: 22/09/23

524

47.

435

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Victoria Bohorquez
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino; X
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: Callegera3 Raza: Criolla
Edad: N/A

Yo solicito y autorizo al médico veterinario Jherson Hernandez con tarjeta profesional 28934 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: Victoria Bohorquez CÉDULA: 38941666
FECHA: 22/09/23 CELULAR: 321 229 3717.
DIRECCIÓN: _____ BARRIO: Modelo de paz.

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 PUERTO CAICEDO

Fecha: 10/09/23		Hora: 12:45		Lugar: modelo de paz				
Nombre del propietario: Victoria Bohorquez				Cédula: 38941660				
				Celular: 3212293717.				
Cuenta con trabajo? SI X NO ____		Donde ? Proyecto						
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO	
Callejera 3	N/D		X			X		

Por qué desea recibir la ayuda? No tiene dueño

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 Victoria Bohorquez autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: Victoria Bohorquez.	Nombre:
Cédula: 38941666	Firma: Victoria Bohorquez
Propietario de la mascota	Cédula: 38941666
	Encuestador
	Fundación: ____ Asociación: ____ Otro: X





FA BENEFICIADA

47
~~487~~ 526

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 22/09/23	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	Victoria Bohorquez		
NOMBRE: Callejera 3	ESPECIE: Canina		
COLOR: Cafe	RAZA: Criolla EDAD: N/A		
SEXO: H PESO: 8 Kg	PROCEDENCIA: Puerto Caicedo		

HISTORIA DEL PACIENTE

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

EXAMEN CLINICO

FC: 78	FR: 15	TLLC: N/A	TEMPERATURA: 37.7.	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(X)					

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: 22/09/23

527

98
488

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Mansol Betancourt.
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: X Canino; _____
Hembra: _____ Macho: X
Nombre de la mascota: Sol Raza: Criolla
Edad: 6m.

Yo solicito y autorizo al médico veterinario Yherson 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: Mansol Betancourt. CÉDULA: 41.119.271

FECHA: 22/09/23. CELULAR: 3123237838

DIRECCIÓN: _____ BARRIO: Modelo de paz

48
~~49~~
52

Corporación Amazonica
NIT: 900456749-4

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 PUERTO CAICEDO

Fecha:	12/04/23	Hora:	1:30pm	Lugar: modelo de Paz				
Nombre del propietario: Marisol Betancourt				Cédula: 41119271				
				Celular: 3123237838.				
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X.		Donde ?						
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO	
Sol	6 meses			X			X.	

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 Marisol Betancourt autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: Marisol Betancourt	Nombre:
	Firma: Victoria Bohorquez
Cédula: 41119271	Cédula: 38941660
Propietario de la mascota	Encuestador
	Fundación: ___ Asociación: ___ Otro: X.





440
529

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 22/09/23	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	Marisol Betancourt.		
NOMBRE: Sol	ESPECIE: Felino		
COLOR: TRICOLOR	RAZA: Criollo EDAD: 6 meses		
SEXO: Macho PESO: 1,4K	PROCEDENCIA: Puerto Caicedo		

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: 03/julio/23	

EXAMEN CLINICO

FC: 111	FR: 23	TLLC: N/A	TEMPERATURA: 38,6	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 (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

COMENTARIOS: normal

FECHA ENTREGA MASCOTA: 22/09/23

530

49

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Marisol Betancourt
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: X Canino; ____
Hembra: X Macho: ____
Nombre de la mascota: Pitufina Raza: Criollo
Edad: 4 años

Yo solicito y autorizo al médico veterinario Cherson Hernandez con tarjeta profesional 28934 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: Marisol Betancourt CÉDULA: 41.119.271

FECHA: 22/09/23 CELULAR: 312 323 7838

DIRECCIÓN: _____ BARRIO: Modelo de Paz

942
531

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 PUERTO CAICEDO

Fecha: 12/09/23		Hora: 1:31pm		Lugar: Modelo de paz				
Nombre del propietario: Marisol Betancourt				Cédula: A1119271				
				Celular: 3123237838				
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X		Donde ?						
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO	
Pitufina	4 Años			X		X.		

Por qué desea recibir la ayuda? no cuento con dinero

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 Marisol Betancourt autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: Marisol Betancourt	Nombre:
	Firma: Victoria Bohorquez
Cédula: A1.119271	Cédula: 39841666
Propietario de la mascota	Encuestador
	Fundación: ___ Asociación: ___ Otro: X.





A

49
443
532

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 22/09/23	**MEDICO VETERIARIO:** JHERSON HERNANDEZ	**TARJETA PROFESIONAL N°**	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	Maridol Betancourt		
NOMBRE: Pitufina	**ESPECIE:** felino		
COLOR: Tigrilla.	**RAZA:** Criolla **EDAD:** 4 años		
SEXO:	**PESO:** 3,4K **PROCEDENCIA:** Puerto caicedo		

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: 13/08/23	

EXAMEN CLINICO

FC: 111	FR: 23	TLLC: n/A	TEMPERATURA: 38.7.	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 (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

COMENTARIOS: normal

FECHA ENTREGA MASCOTA: 22/09/23

533

50
9A9

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Marisol Betancourt.
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino; X
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: Catalaya Raza: Criolla
Edad: 6meses

Yo solicito y autorizo al médico veterinario Sherson Hernandez con tarjeta profesional 28934 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 alla 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: Marisol Betancourt CÉDULA: 41.119.271

FECHA: 22/09/23 CELULAR: 3123237839

DIRECCIÓN: _____ BARRIO: Modelo de Paz

50
445
534

Corporación Amazonica
NIT: 900656.749 - 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 PUERTO CAICEDO

Fecha:	12/09/23	Hora:	1:32pm	Lugar:	modelo de paz			
Nombre del propietario: Marisol Betancourt				Cédula:	41.119.271			
				Celular:	3123237839			
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X		Donde ?						
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO	
Catalaya	6m.		X			X.		

Por qué desea recibir la ayuda? no tengo plata

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

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

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

Firma: Marisol Betancourt	Nombre:
	Firma: Victoria Bohorquez
Cédula: 41.119.271	Cédula: 39841666
Propietario de la mascota	Encuestador
	Fundación: ___ Asociación: ___ Otro: X





446
536

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 22/09/23	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE: Marisol Betancourt.			
NOMBRE: Cataleya	ESPECIE:		
COLOR: Cafe	RAZA: Criolla EDAD: 6 meses		
SEXO: H. PESO: 5kg	PROCEDENCIA:		

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: 13/08/23	

EXAMEN CLINICO

FC: 76	FR: 15	TLLC: N/A	TEMPERATURA: 37.7	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 (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

COMENTARIOS: normal

FECHA ENTREGA MASCOTA: 22/09/23

537

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

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL PUTUMAYO

Corporación Amazonica NIT: 900.656.749 - 1



PLANILLA DE ASISTENCIA JORNADA DE ESTERILIZACIÓN

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 **DEPARTAMENTO DE PUTUMAYO, en ejecucion del contrato DE 31 DE JULIO 2023.**

Nomero de contrato 1549

CIUDAD: PUERTO ASIS **FECHA: 25 DE SEPTIEMBRE DE 2023**

ITEM	NOMBRE DEL PROPIETARIO	CEDULA	NOMBRE DE LA MASCOTA	SEXO HEMBRA O MACHO	CANINO /FELINO	TELEFONO	BARRIO /VEREDA	FIRMA
1	Cristina Florez	1.123.301165	Garfiel	Macho	Felino	3112192950	Villa Rosa	CRISTINA FLOREZ
2	Marleny Ramirez	41.100 385	Morita	Hembra	Canino	3118003771	Villa Victoria	Marleny Ramirez
3	Karen Duque	69022126	Princesa	Hembra	Felino	3136263251	Buenos Aires	Karen Duque
4	Maria Grisales	24825689	Jovita	Hembra	Felino	3123691643	La Playa	Maria Grisales
5	Rosario Garcia	69016065	Milu	Hembra	Canina	3112227296	V. Aguila	Rosario Garcia
6	Javier Burbano	1123319008	Princesa	Hembra	Canina	3104831836	El Aguila	Javier burbano
7	Rocio Castillo	69022342	Maya	Hembra	Canino	3132785752	Villa Paz	Rocio C.
8	Ana Medina Trejos	30720874	Pola	Hembra	Canino	3203438683	20 de Julio	[illegible]
9	Erika Yuiley Quejuan	1.123316455	Sacha	Hembra	Canino	3213917366	V. Brasilia	Yuiley Q.C
10	Maria Zambrano	69026958	Pirolina	Hembra	Felino	3223448261	Buenos Aires	Maria Zambrano
11	Leydy Buesaquillo	1.123.202485	Muñeca	Hembra	Canino	3214187960	Camilo Torres	Leydy Buesaquillo
12	Rosa Diaz	69022029	Frida	Hembra	Canina	3228076243	3 Bocanas	Rosa Diaz
13	Luz Adriana Luna	1123304804	Peluche	Macho	Canino	3118633650	Villa Paz II	Luz Adriana Luna
14	Luz Adriana Luna	1123304804	Estrella	Hembra	Canino	3118653650	Villa Paz II	Luz Adriana Luna
15	Nedye Jaramillo	1123202338	Fifi	Hembra	Canino	3136977623	Villa Rosa	[illegible]
16	Nerda Figueroa	1123203421	Amber	Hembra	Canino	3209160588	Pinos	Nerda Figueroa
17	Maria Nina Ruiz	69027979	Tati	Hembra	Canina	3209357544	Pinos	Maria Nina Ruiz
18	Maria Henao	29135910	Negro	Macho	Felino	3223452004	Villa Paz I	Maria Henao
19	Jesus Gomez	1123202368	Dana	Hembra	Canino	3137920994	Villa Paz I	Jesus gomez
20	Sebastian Gomez	1123202369	Doki	Macho	Canino	3118684711	Villa Paz I	Sebastian Gomez

44

538

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

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL PUTUMAYO

Corporación Amazonica

NIT: 900.656.749 - 1



PLANILLA DE ASISTENCIA JORNADA DE ESTERILIZACIÓN

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 **DEPARTAMENTO DE PUTUMAYO, en ejecucion del contrato DE 31 DE JULIO 2023.**

Numero de Control 1549

CIUDAD: PUERTO ASIS **FECHA: 25 DE SEPTIEMBRE DE 2023**

21	Ana Medina Trejos	30720874	Bonita	Hembra	Canina	3203538683	20 de Julio		
22	Ana Medina Trejos	30720874	Sacha	Hembra	Canina	3203538683	20 de Julio		
23	Ferney Enrique Luna	97435842	Mechas	Hembra	Felina	3112152763	Buenos Aires	Ferney	
24	Deicy Emilse Diaz	1.006961711	11 de Enero	Hembra	Canina	3208581735	11 Enero	Deisy Diaz	
25	Janeth Chamorro	1.123203210	Xunior	Macho	Canino	3107995735	Villa Rosa	Janeth Ch	
26	Carmen Chamorro	27364374	Princesa	Hembra	Canina	3209682517	villa Rosa	Carmen Ch.	
27	Hector Becerra	18.111591	Manolo	Macho	Canino	3142121321	Cocaya	Hector Becerra	
28	Alexandra Cortes	69022227	Natachy	Hembra	Canino	3138460555	Metropolitano	Alexandra Cortes	
29	Sandra Suavedra	69021528	Lulu	Hembra	Canino	3209137321	11 Enero	Sandra Milena Suavedra	
30	Gildardo Williams	18.188.293	Luna	Hembra	Canino	3112307565	Montañita		
31	Johana Cedeño	1.123308787	Cindy	Hembra	Canino	3204308546	Alvernia	~~Johana Cedeño~~	
32	Edith Valderrama	26638407	Taison	Macho	Canino	3232132108	Obrero 2	Edith Valderrama	
33	Carmen Cardona	1.123322926	Rey	Macho	Canino	3217645718	Nuevo Amanecer	CARMEN CARDONA	
34	Flor Estela Muñoz	25663496	kaster	Macho	Felino	3147667936	Los Lagos	Flor Estella	
35	Ana Medina Trejos	30720874	Miranda	Hembra	Canino	3203438683	20 Julio		
36	Dileimy Gaviria	1123201277	Lulu	Hembra	Canino	3138365897	Villa Rosa	Dileimy	
37	Graidys Castillo	22269359	Sacha	Hembra	Canino	3108103264	Allende	Graidys Castillo	
38	Pablo Macuase	7.695041	Negrilla	Hembra	Canina	3133841907	Montañita	P. ~~Macuase~~	
39	Pablo Macuase	7.695041	Cholita	Hembra	Canino	3133841907	Montañita	P. ~~Macuase~~	
40	Dilia Cuellar	69026503	Cazadora	Hembra	Canino	3227807370	Camilo Torres	Dilia Cue	
41	Monica Marcela Fajardo	1123208090	Pandora	Hembra	Canino	3229051378	Sinay	Monica M. F	
42	Melida Parra	690232728	Mily	Hembra	Canina	3138142728	San Martin	merida Parra	

448

539

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

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL PUTUMAYO

Corporación Amazonica NIT: 900.656.749 - 1



PLANILLA DE ASISTENCIA JORNADA DE ESTERILIZACIÓN

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 **DEPARTAMENTO DE PUTUMAYO, en ejecucion del contrato DE 31 DE JULIO 2023.**
Numero de contrato 1549

CIUDAD: PUERTO ASIS **FECHA: 25 DE SEPTIEMBRE DE 2023**

43	Julian David Mulato	93237044	Milo	Macho	Canino	3132352714	El jardin	Julian David Mulato
44	Margareth Becerra	1123316848	Canela	Hembra	Canino	3236133317	Villa Paz II	Margareth Becerra
45	Juana Lidia Morales	66923705	Sacha	Hembra	Canino	3222933397	Prado	Juana L Morales
46	Stefhania Velasquez	1113657526	Wanda	Hembra	Canino	3205045642	Los Pinos	Stefhania Velasquez
47	Mabel Cardona Perez	1.128.394.363	Pepa	Hembra	Canino	31154140 00	Villa Paz II	Mabel C.
48	Viviana Cortes	1.123.204.441	Dalila	Hembra	Canino	3115370809	Villa Paz II	Viviana Cortéz
49	Ana Medina Trejos	30 720 874	Luna	Hembra	Canino	3203538683	20 de Julio	~~b~~
50	Mari Ojito Cabrejo	1.030558152	Sana	Hembra	Canino	3176775957	Nuevo Amanacer	Mari Ojito

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

449

540

1
450

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo CRISTINA FLOREZ
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: X Canino; _____
Hembra: _____ Macho: X
Nombre de la mascota: GARFIL Raza: CRIOLLO
Edad: LAÑO

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: CRISTINA FLOREZ CÉDULA: 1.123.301.165

FECHA: 25-9-2023 CELULAR: 3112192950

DIRECCIÓN: _____ BARRIO: VILLA ROSA

452
541

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 25-09-2023	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	CRISTINA FLOREZ		
NOMBRE: GARFIEL	ESPECIE: FELINO		
COLOR: AMARILLO	RAZA: CRIOLLA EDAD: 1 AÑO		
SEXO: M PESO: 3K	PROCEDENCIA: PTO ASIS		

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 ( ) NO (X)	
					FECHA: N.A	

EXAMEN CLINICO

FC: 110	FR: 20	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: 25-09-2023

Corporación Amazonica NIT: 900656.749-8

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 PUERTO ASIS

Fecha: 25 Sept 2023		**Hora:** 9:45 AM			**Lugar:** CASETA VILLA PAZ		
Nombre del propietario: CRISTINA FLOREZ RIVERA					**Cédula:** 1.123.301.165 **Celular:** 3117192950		
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X		**Donde ?**					
Nombre de la mascota:	**Edad:**	**Especie:**	**CANINA**	**FELINA**	**Sexo:**	**HEMBRA**	**MACHO**
GARFIL	4 AÑO			X			X

Por qué desea recibir la ayuda? PARA EL BIENESTAR DE MI MASCOTA

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

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 ?** ES MI PRIORIDA

Yo CRISTINA FLOREZ **autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica**

Firma: CRISTINA FLOREZ

Cédula: 1.123.301.165

Propietario de la mascota

Nombre: Cristina Florez Rivera

Firma: Cristina Florez Rivera

Cédula: 1.123.301.165

Encuestador Cristina Florez Rivera

Fundación: ____ **Asociación:** ____ **Otro:** ____





V ciada

543

2

Piometra

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Marleny Ramirez
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino; X
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: Morita Raza: Criollo
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

FIRMA: Marleny Ramirez CÉDULA: 41100385

FECHA: 25-Sep-2023 CELULAR: 3118003771

DIRECCIÓN: Villavictoria BARRIO: V/. Villavictoria

555
544

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 25-09-2023	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	MARLENY RAMIREZ		
NOMBRE: MORITA	ESPECIE: CANINO		
COLOR: NEGRO	RAZA: CRIOLLO	EDAD: 6 A	
SEXO: H	PESO: 8 K	PROCEDENCIA: PTO ASIS	

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: 75	FR: 30	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	PIOMETRA

LISTA DE PROBLEMAS

LISTA DE PROBLEMAS	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
PIOMETRA	

COMENTARIOS:

FECHA ENTREGA MASCOTA: 25-09-2023

2
454
545

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 PUERTO ASIS

Fecha:	25-09-2023	**Hora:**	9:50 AM	**Lugar:**			
Nombre del propietario: Marleny Ramirez				**Cédula:**	41.100385		
				Celular:	3118003771		
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X	**Donde ?**						
Nombre de la mascota:	**Edad:**	**Especie:**	**CANINA**	**FELINA**	**Sexo:**	**HEMBRA**	**MACHO**
Morita	6 años		X			X	

Por qué desea recibir la ayuda? No tengo dinero

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

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 ?** Es mi Prioridad

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

Firma: Marleny Ramirez

Cédula: 41.100.385

Propietario de la mascota

Nombre: Nelly Guevara

Firma: Nelly Guevara

Cédula:

Encuestador Nelly Guevara

Fundación: **Asociación:** X **Otro:**





546

3

Prometra

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Karen Duque B.
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: X Canino; _____
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: Princesa. Raza: Criollo
Edad: 20 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: Karen Duque CÉDULA: 69022126

FECHA: 24/09/2023 CELULAR: 3136263251

DIRECCIÓN: _____ BARRIO: Buenos Aires

458
547

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 25-09-2023	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	HAREN DUQUE		
NOMBRE: PRINCESA	ESPECIE: FELINO		
COLOR: BICOLOR	RAZA: CRIOLLO EDAD: 20 MESES		
SEXO: H PESO: 2.5	PROCEDENCIA: PTO ASIS		

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: 3 MESE	

EXAMEN CLINICO

FC: 70	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	PIOMETRA

LISTA DE PROBLEMAS

LISTA DE PROBLEMAS	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
PIOMETRA	

COMENTARIOS:

FECHA ENTREGA MASCOTA: 25-04-2023

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 PUERTO ASIS

Fecha:	Septiembre 25 de 2023	Hora:	8 a.m.	Lugar: Salón comunal Villa Paz 2				
Nombre del propietario: Karen Edith Duque Burbano				Cédula: 69.022.126				
				Celular: 3136263251				
Cuenta con trabajo? SI X NO ____		Donde ? Oficios Varios						
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO	
Princesa	20 meses			X		X		

Por qué desea recibir la ayuda? Porque mi Princesa necesita ser esterilizada ya que en el barrio donde vivo hay muchos gatos en la calle y me preocupa que la embaracen.

Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X NO __, Por qué ? Porque es mi gata y debo ser responsable con ella, además no hay nadie más que la pueda llevar a la operación.

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 ? Me comprometo a cuidarla porque de esta forma la gatica se va a recuperar rápido y puede volver a su vida normal.

Yo Karen Edith Duque Burbano autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: Karen Duque B.

Cédula: 69.022.126

Propietario de la mascota

Nombre: Ana Nidia Medina T.

Firma:

Cédula: 30.720.874

Encuestador

Fundación: X Asociación:____ Otro:____

PROTECTORES DE LA NATURALEZA DOGO FUNDACIÓN



Mascota beneficiada



Barrio Buenos Aires

Vivienda del propietario de la mascota beneficiada



549

4

439

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo María Grisales
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: X Canino; ____
Hembra: X Macho: ____
Nombre de la mascota: Jovita Raza: Criolla
Edad: 8 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 Grisales CÉDULA: 24825689

FECHA: 25-09-23 CELULAR: 3123691643

DIRECCIÓN: _____ BARRIO: La playa

~~46~~ 550

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 25-09-2023	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	MARIA GRISALES		
NOMBRE: JOLITA	ESPECIE: FELINO		
COLOR: GRIS	RAZA: CRIOLLA EDAD: 8 meses		
SEXO: H PESO: 3.5	PROCEDENCIA: PTO ASIS		

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 ( ) NO (X)	
					FECHA: N.A	

EXAMEN CLINICO

FC: 70	FR: 15	TLLC: N.A	TEMPERATURA: 37.8	PULSO: N.A

CONDICION CORPORAL: CAQUECTICO(__) DELGADO(__) NORMAL(__) 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 (__) 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: 25-09-2023

7
~~960~~
551

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 PUERTO ASIS

Fecha:	Septiembre 25 de 2023	Hora:	8 a.m.	Lugar: Salón comunal Villa Paz 2				
Nombre del propietario: María Nubia Grisales Rendón.				Cédula: 24.825.689 Celular: 3123691643				
Cuenta con trabajo? SI ____ NO ____		Donde ?						
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO	
Jobita	8 meses			X		X		

Por qué desea recibir la ayuda? _____
Porque la gatica es callejera y yo la alimento y la cuido y no quiero que tenga hijos, porque esos niñitos gaticos nacen a un mundo muy cruel.

Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X NO __, Por qué ? Porque la gatica me tiene confianza y si va conmigo no se va a asustar, y porque yo debo cuidarla en todo momento

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 ? Porque es mi responsabilidad cuidarla para que la herida sane pronto.

Yo María Nubia Grisales Rendón autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica.

Firma:

MARIA GRISALES

Cédula: 24.825.689

Propietario de la mascota

Nombre: Ana Nidia Medina T.

Firma:

Cédula: 30.720.874

Encuestador

Fundación: X Asociación:____ Otro:____

PROTECTORES DE LA NATURALEZA DOGO FUNDACIÓN



Mascota beneficiada



La Playa

Vivienda del propietario de la mascota beneficiada

552

5

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Rosario 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: Milu Raza: Criolla.
Edad: 5 años

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 ma[illegible]ta, 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

FI[illegible]: Rosario Garcia CÉDULA: 69.016065

FECHA: 25 09 2023 CELULAR: 3112227296

DIRECCIÓN: _____ BARRIO: V Aguila

464
553

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 25-09-23	**MEDICO VETERIARIO:** JHERSON HERNANDEZ	**TARJETA PROFESIONAL N°**	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE ROSARIO GARCIA			
NOMBRE: MILU	**ESPECIE:** CANINO		
COLOR: BLANCO	**RAZA:** CRIOLLO **EDAD:** 5 A		
SEXO: H **PESO:** 4 K	**PROCEDENCIA:** P+O ASIS		

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: 2 MESES	

EXAMEN CLINICO

FC: 70	FR: 25	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: 25-09-2023

Corporación Amazonica NIT: 900656.749-8

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 PUERTO ASIS

Fecha:	25 - SEPT - 2023	**Hora:**	9:25	**Lugar:**	Vda El Aguila.			
Nombre del propietario: Rosario Garcia Parra.				**Cédula:**	69.016.065			
				Celular:	310 7990476			
Cuenta con trabajo? SI X NO ____	**Donde ?** Ama de Casa.							
Nombre de la mascota:	**Edad:**	**Especie:**	**CANINA**	**FELINA**	**Sexo:**	**HEMBRA**	**MACHO**	
Milú	4 Años		X			X		

Por qué desea recibir la ayuda? Porque dependo del Trabajo de mi esposo y no hay mucho recurso.

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 Rosario Garcia Parra **autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica**

Firma: Rosario Garcia

Cédula: 69.016.065

Propietario de la mascota

Nombre: Rosario P. Castillo

Firma: R Castillo P.

Cédula: 30.719.057

Encuestador

Fundación: ____ **Asociación:** ____ **Otro:** ____





iada

555

6
465

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Javier burbano
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino; X
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: Princesa Raza: Criolla
Edad: 3 años

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.

ndo 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.

FA R DILIGENCIAR TODOS LOS DATOS A CONTINUACIÓN

FIRMA: Javier burbano CÉDULA: 1123319008

FECHA: 25-09-2023 CELULAR: 3104831836

DIRECCIÓN: _____ BARRIO: El aguila.

467
556

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 25-09-2023	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	JAVIER BURBANO		
NOMBRE: PRINCESA	ESPECIE: CANINO		
COLOR: NEGRO	RAZA: CRIOLLO	EDAD: 3 A	
SEXO: H	PESO: 7 K	PROCEDENCIA: PUASIS	

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: 3 MESES	

EXAMEN CLINICO

FC: 75	FR: 25	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: 25-09-2023

Corporación Amazonica NIT: 900656.749-8

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 PUERTO ASIS

Fecha: 23 - 09 - 2023	**Hora:** 11:30AM	**Lugar:** Vda El Aguila					
Nombre del propietario: Javier Burbano		**Cédula:** 1123419008					
		Celular: 3104831836					
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X	**Donde ?**						
Nombre de la mascota:	**Edad:**	**Especie:**	**CANINA**	**FELINA**	**Sexo:**	**HEMBRA**	**MACHO**
Princesa	3 años		X			X	

Por qué desea recibir la ayuda? Porque no cuento con recursos y el Trabajo es escaso.

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 Javier Burbano **autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica**

Firma: Javier Burbano

Cédula: 1123419008

Propietario de la mascota

Nombre: Rosario P. Castillo H.

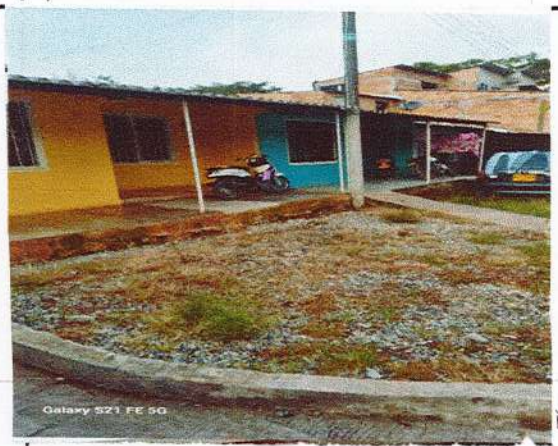
Firma: R Castillo H.

Cédula: 30.719.051

Encuestador

Fundación: ___ **Asociación:** ___ **Otro:** ___





iciada

558

7

458

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Rocio Castillo
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino; x
Hembra: x Macho: _____
Nombre de la mascota: Maya Raza: Criollo
Edad: 2 años

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: Rocio C. CÉDULA: 69.022.342

FECHA: 25-SEPT-2023 CELULAR: 3132785752

DIRECCIÓN: _____ BARRIO: B. villa paz 2.

470
559

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 25-09-2023 MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ | TARJETA PROFESIONAL N° 28394

DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE ROCIO CASTILLO

NOMBRE: MAYA | ESPECIE: CANINO

COLOR: CAFE | RAZA: CRIOLLO | EDAD: 2 A

SEXO: H | PESO: 12K | PROCEDENCIA: PTO ASIS

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:	

EXAMEN CLINICO

FC: 80 | FR: 30 | 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: 25-09-2023

7
~~469~~
560

Corporación Amazonica NIT: 900656.749-8

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 PUERTO ASIS

Fecha:	23- Sept - 2023	**Hora:**	9:40 AM	**Lugar:**	Puerto Asis			
Nombre del propietario: Rocio Castillo Castañeda				**Cédula:**	69.022.342			
				Celular:	3132785752			
Cuenta con trabajo? SI X NO ___	**Donde ?** Independiente							
Nombre de la mascota:	**Edad:**	**Especie:**	**CANINA**	**FELINA**	**Sexo:**	**HEMBRA**	**MACHO**	
Haya	2. años		X			X		

Por qué desea recibir la ayuda? porque el dueño de la perra no la cuida y mantiene pariendo.

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

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 ___ **autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica**

Firma: Rocio C.

Cédula: 69.022.342

Propietario de la mascota

Nombre: Arelis Ortega

Firma:

Cédula: 69023135

Encuestador op. Salvaguardas

Fundación: X **Asociación:** ___ **Otro:** ___





ciada

561

8
471

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Ana Medina Trejos
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino; X
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: Pola Raza: Gata
Edad: 6 años

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.

. iendo 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.

.VOR DILIGENCIAR TODOS LOS DATOS A CONTINUACIÓN

FIRMA: _____ CÉDULA: 321076[illegible]

FECHA: 25-SEP-2023 CELULAR: 3203433866 E3

DIRECCIÓN: _____ BARRIO: 20 de Nov

473
562

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 25-09-2023	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	ANA MEDINA TREJOS		
NOMBRE: POLA	ESPECIE: CANINO		
COLOR: CAFE	RAZA: CRIOLLA	EDAD: 6A	
SEXO: H	PESO: 7K	PROCEDENCIA: PTO ASIS	

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: 3 MESES	

EXAMEN CLINICO

FC: 75	FR: 20	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: 25-09-2023

8
472
563

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 PUERTO ASIS

Fecha:	Septiembre 25 de 2023	Hora:	8 a.m.	Lugar: Salón comunal Villa Paz 2				
Nombre del propietario: Ana Nidia Medina Trejos				Cédula: 30.720.874 Celular: 3203438683				
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X		Donde ?						
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO	
Pola	6 años		X			X		

Por qué desea recibir la ayuda? Porque la esterilización es una forma de demostrarle mi amor a mi perrita, además así evito que en el futuro Dios no lo quiera le dé alguna enfermedad como consecuencia de no estar operada.

Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X NO __ , Por qué ? Porque soy su mamá y debo estar con ella, de esta forma Pola se va a sentir tranquila y segura .

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 ? Porque cuidándola voy a evitar algún contratiempo que implique una infección para ella o peor aún que se quite los puntos.

Yo Ana Nidia Medina Trejos autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: _____

Cédula: 30.720.874

Propietario de la mascota

Nombre: Ana Nidia Medina T.

Firma: _____

Cédula: 30.720.874

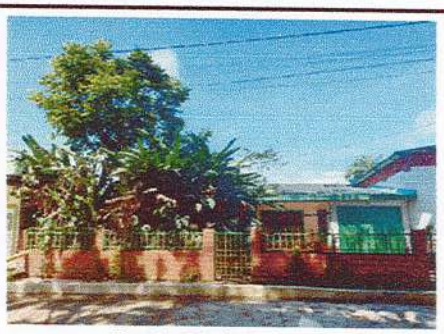
Encuestador

Fundación: X Asociación: ___ Otro: ___

PROTECTORES DE LA NATURALEZA DOGO FUNDACIÓN



Mascota beneficiada



Barrio 20 de Julio

Vivienda del propietario de la mascota beneficiada

564

9

474

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Erika Yuley Quejoan C.
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: ____ Canino; X
Hembra: X Macho: ____
Nombre de la mascota: Sacha Raza: Doberman - ceuda
Edad: 9meses.

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: Yuley Q.C. CÉDULA: 1.123.36.485.

FECHA: 25/09/2023. CELULAR: 3213917366

DIRECCIÓN: V/Brasilia. BARRIO: _____

476
565

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 25-09-2023	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	ERIKA YULET QUEJUAN		
NOMBRE: SASHA	ESPECIE: CANINO		
COLOR: NEGRO	RAZA: CRIOLLA EDAD: 9 MESES		
SEXO: H	PESO: 3 K PROCEDENCIA: PTO ASIS		

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: 3 MESES	

EXAMEN CLINICO

FC: 70	FR: 30	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: 25-09-2023

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 PUERTO ASIS

Fecha:	9 de Septiembre/2.023	**Hora:**	8.00 am	**Lugar:**	Puerto Asis, Putumayo			
Nombre del propietario:	Erika Yurley Quejuan Cordoba			**Cédula:**	1123316455			
				Celular:	321 3917366			
Cuenta con trabajo?	**Donde ?**							
SI ___ **NO** X								
Nombre de la mascota:	**Edad:**	**Especie:**	**CANINA**	**FELINA**	**Sexo:**	**HEMBRA**	**MACHO**	
Sacha	7 meses		X			X		

Por qué desea recibir la ayuda? No cuento conlos recursos necesarios.

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 Erika Yurley Quejuan Cordoba **autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica**

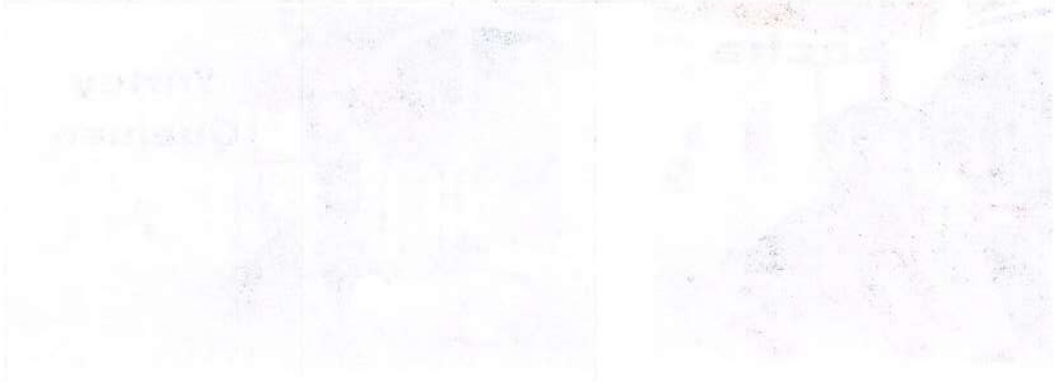
Firma: Yurley Q. C.	**Nombre:** FANNY FILÓ SILVA
Cédula: 1.123.316.455.	**Firma:** Fanny S.
Propietario de la mascota	**Cédula:** 39.565.585
	Encuestador
	Fundación: ____ **Asociación:** ____ **Otro:** ____



Mascota beneficiada



Vivienda del propietario de la mascota beneficiada



567

10

427

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo María Zambrano
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: X Canino; _____
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: Pirulina Raza: Criolla
Edad: 6 m

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 Zambrano CÉDULA: 64026958

FECHA: 25/04/23 CELULAR: 3223448261

DIRECCIÓN: _____ BARRIO: Bueno Aires

479
568

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 25-09-2023	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	MARIA ZAMBRANO		
NOMBRE: PIRULA	ESPECIE: FELINO		
COLOR: NEGRO-GRIS	RAZA: CRIOLLA EDAD: 6 MESES		
SEXO: H PESO: 3.2	PROCEDENCIA: PTO ASIS		

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: 3 MESES	

EXAMEN CLINICO

FC: 80	FR: 30	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 (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: 25-09-2023

10

478
569

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 PUERTO ASIS

Fecha:	Septiembre 25 de 2023	Hora:	8 a.m.	Lugar: Salón comunal Villa Paz 2				
Nombre del propietario: María Seneyda Zambrano Yepez				Cédula: 69.026.958 Celular: 3223448261				
Cuenta con trabajo? SI X NO ____	Donde ? Oficios Varios							
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO	
Pirulina	6 meses			X		X		

Por qué desea recibir la ayuda? Porque ya tiene los seis meses de edad y es probable que pronto entre en calor y los gatos machos la embaracen, y eso no es bueno, para qué tanto gatico ?, las personas no los cuidan y los maltratan y botan como basura.

Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X NO __, Por qué ? Porque es mi mascota y debo ser responsable con ella .

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 ? Porque cuidándola se va a recuperar pronto de la cirugía, además se evita que le dé una infección

Yo María Seneyda Zambrano Yepez autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: María Seneyda Zambrano

Cédula: 69.026.958

Propietario de la mascota

Nombre: Ana Nidia Medina T.

Firma:

Cédula: 30.720.874

Encuestador

Fundación: X Asociación:____ Otro:____

PROTECTORES DE LA NATURALEZA DOGO FUNDACIÓN



Mascota beneficiada



Barrio Buenos Aires

Vivienda del propietario de la mascota beneficiada

570

11

480

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

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

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: LEIDY BUESAQUILLO CÉDULA: 1.123202485

FECHA: 25-Sept-2023 CELULAR: 3214187960

DIRECCIÓN: _____ BARRIO: CANICO TOBES

~~482~~
571

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 25-09-2023	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	LEIDY BUESAQUILLO		
NOMBRE: MUÑECA	ESPECIE: CANINO		
COLOR: NEGRO-BLANCO	RAZA: CRIOLLA EDAD: N.A		
SEXO: H PESO: 3KL	PROCEDENCIA: PTO ASIS		

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: 3 MESES	

EXAMEN CLINICO

FC: 75	FR: 30	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: 25-09-2023

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 PUERTO ASIS

Fecha: 25-09-2023		Hora: 8.30		Lugar: CASETA VILLA PAZ				
Nombre del propietario: Leydy Buesaquillo				Cédula: 1.123.202.485				
				Celular: 3214187960				
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X		Donde ?						
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO	
MUÑECA	N.A		X			X		

Por qué desea recibir la ayuda? PARA MEJOR CALIDA DE VIDA

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

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 ? POR SU SALUD

Yo LEYDY BUESAQUILLO LOPEZ autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: LEYDY BUESAQUILLO LOPEZ

Cédula: 1123202485

Propietario de la mascota

Nombre: Cristina Florez R.

Firma: Cristina Florez R

Cédula: 1.123.301165

Encuestador Cristina Florez R.

Fundación: ___ Asociación: ___ Otro: ___





eficiada

Cristina.

573

72

485

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Rosa Díaz
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino; X
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: Frida Raza: Criollo
Edad: NA

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: Rosa Díaz CÉDULA: 69022029

FECHA: _____ CELULAR: 3228076243

DIRECCIÓN: _____ BARRIO: 3 Bocanas

485
574

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 23-04-2023	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	ROSA DIAZ		
NOMBRE: FRIDA	ESPECIE: CANINO		
COLOR: TRICOLOR	RAZA: CRIOLLO	EDAD: NA	
SEXO: H	PESO: 5K	PROCEDENCIA: PTO ASIS	

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: 3 MESES	

EXAMEN CLINICO

FC: 80	FR: 25	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 (__)

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: 25-04-2023

~~18~~ 484 575

Corporación Amazonica NIT: 900656.749-1

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 PUERTO ASIS

Fecha:	9 Septiembre 2023	**Hora:**	10:30PM	**Lugar:**	Puerto Asis, Putumayo			
Nombre del propietario: ROSA DIAZ				**Cédula:**	69022029			
				Celular:	3228076243			
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X		**Donde ?**						
Nombre de la mascota:	**Edad:**	**Especie:**	**CANINA**	**FELINA**	**Sexo:**	**HEMBRA**	**MACHO**	
Frida	N.A		X			X		

Por qué desea recibir la ayuda? No cuento con los 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 Rosa Diaz **autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica**

Firma: Rosa Diaz

Cédula: 69.022 029

Propietario de la mascota

Nombre: Nelly Guevara

Firma: Nelly Guevara

Cédula: 69022029

Encuestador Nelly Guevara

Fundación: ____ **Asociación:** ____ **Otro:** ____





576

13

486

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Luz Adriana Luna Gomez
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino; X
Hembra: _____ Macho: X
Nombre de la mascota: Peluche Raza: criollo
Edad: 1 AÑO

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: Luz Adriana Luna CÉDULA: 1123304804

FECHA: 25/09 CELULAR: 3118653650

DIRECCIÓN: villa paz II BARRIO: VILLA PAZ II

488
577

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 25-09-2023	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	LUZ ADRIANA LUNA		
NOMBRE: PELUCHE	ESPECIE: CANINO		
COLOR: BLANCO NEGRO	RAZA: CRIOLLO EDAD: 1 AÑO		
SEXO: M	PESO: 6 K PROCEDENCIA: PTO ASIS		

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: 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: 25-09-2023

13
487
578

Corporación Amazonica NIT: 900656.749-8

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 PUERTO ASIS

Fecha:	11 de Septiembre del 2.023	**Hora:**	5. 45 pm	**Lugar:**	Puerto Asis, Putumayo		
Nombre del propietario:	Luz Adriana Luna Gómez			**Cédula:**	1123304804		
				Celular:	3209822729		
Cuenta con trabajo?	**Donde ?**						
SI ___ **NO** X							
Nombre de la mascota:	**Edad:**	**Especie:**	**CANINA**	**FELINA**	**Sexo:**	**HEMBRA**	**MACHO**
Peluche	1 año		X				X

Por qué desea recibir la ayuda? No cuento con los recursos necesarios.

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 Adriana Luna Gómez **autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica**

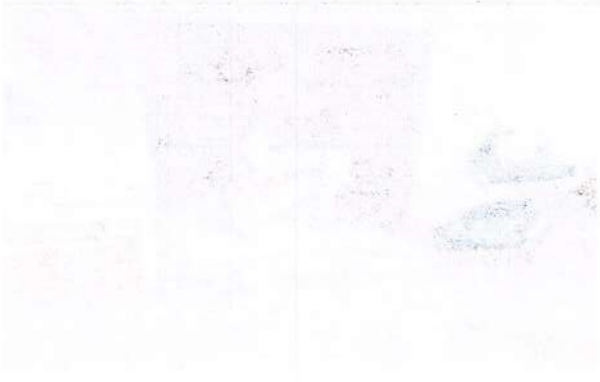
Firma: Luz Adriana Luna Gomez	**Nombre:** LUZ STELLA VEGA MURILLO ✓
Cédula: 1123304804	**Firma:**
Propietario de la mascota	**Cédula:** 63.345.592 **Encuestador**
	Fundación: ____ **Asociación:**____ **Otro:**____



Mascota beneficiada



Vivienda del propietario de la mascota beneficiada



579

74
489

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Luz Adriana Luna Gomez
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino; X
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: Estrella Raza: Criolla
Edad: 1 Año

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: Luz Adriana CÉDULA: 1123304804
FECHA: 25/09 CELULAR: 3118653650
DIRECCIÓN: VILLA PAZ II BARRIO: Villa Paz II

497
580

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 25-09-23	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	LUZ ADRIANA LUNA		
NOMBRE: ESTRELLA	ESPECIE: CRIOLLA - CANINO		
COLOR: NEGRA	RAZA: CRIOLLA EDAD: 1 A		
SEXO: H PESO: 5 K	PROCEDENCIA: PTO ASIS		

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: 70	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
NORMAL	

COMENTARIOS:

FECHA ENTREGA MASCOTA: 25-09-2023

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 PUERTO ASIS

Fecha:	26-08-2023	Hora:	8:30	Lugar:	Pto Asis			
Nombre del propietario:	Luz Adriana Luna			Cédula:	1123304804			
				Celular:	3118653650			
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X		Donde ?						
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO	
Estrella	1 año		X			X		

Por qué desea recibir la ayuda? No Cuento con los recursos económicos para estelizarla

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 Adriana Luna Gomez autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: Luz Adriana Luna

Cédula: 1123304 804

Propietario de la mascota

Nombre: Stefani Naui Sot

Firma: Stefani N.

Cédula: 1.123 311 390

Encuestador

Fundación: X Asociación:___ Otro:___





iciada

582

15

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Nedye Jaramillo Grefa.
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino; X
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: FIFI Raza: Criolla.
Edad: 1

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: _____ CÉDULA: 1722202338.

FECHA: 25-9-2023. CELULAR: 3136977623.

DIRECCIÓN: Villa Rosa. BARRIO: Villa Rosa.

494
583

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 25-09-2023	**MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ**	**TARJETA PROFESIONAL N°**	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	Nedye Jaramillo Sefa.		
NOMBRE: FIFI	**ESPECIE:** C		
COLOR: Bicolor	**RAZA:** Criolla **EDAD:** 1		
SEXO: H **PESO:** 5K	**PROCEDENCIA:** Villarrosa - Pto Asís		

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: 9-Junio-2023.	

EXAMEN CLINICO

FC: 65.	FR: 16	TLLC: N/A.	TEMPERATURA: 37.6.	PULSO: NA.

CONDICION CORPORAL: CAQUECTICO(__) DELGADO(__) NORMAL(__) 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 (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: 25/09/23

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 PUERTO ASIS

Fecha: 25-9-2023		**Hora:** 8:30		**Lugar:** PTO ASIS				
Nombre del propietario: Nedye Jaramillo Greta.				**Cédula:** 1723202338				
				Celular: 3136977623				
Cuenta con trabajo?		**Donde ?**						
SI ___	**NO** X							
Nombre de la mascota:	**Edad:**	**Especie:**	**CANINA**	**FELINA**	**Sexo:**	**HEMBRA**	**MACHO**	
FIFÍ	1 año		X			X		

Por qué desea recibir la ayuda? Para que mi perrita tenga mejor calidad de vida.

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

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 ?** Porque es de mi familia y es mi otra hija! Pr.

Yo Nedye Jaramillo Greta. **autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica**

Firma: _____

Cédula: 1723202338

Propietario de la mascota

Nombre: Cristina Florez

Firma: CRISTINA F.

Cédula: 1.123 301 165

Encuestador

Fundación: **Asociación:** **Otro:** X





Propietario de la mascota beneficiada

16

16

585

495

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Neyda Figueroa
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: ____ Canino: X
Hembra: X Macho: ____
Nombre de la mascota: Amber. Raza: criollo
Edad: N/A

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: Neyda Figueroa CÉDULA: 1123203421.
FECHA: 25 sept 2023 CELULAR: 3209160588
DIRECCIÓN: PINOS BARRIO: Pinos

497
586

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 25-09-23	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	Neyda Figueroa		
NOMBRE: Amber	ESPECIE: Canino		
COLOR: Bicolor	RAZA: Criolla EDAD: N.A		
SEXO: H PESO: 12K	PROCEDENCIA: Pto Asis		

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 ( ) NO (X)	
					FECHA:	

EXAMEN CLINICO

FC: 72	FR: 12	TLLC: N/A.	TEMPERATURA: 37.6	PULSO: N/A.

CONDICION CORPORAL: CAQUECTICO(__) DELGADO(__) NORMAL(__) 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 (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

COMENTARIOS: Normal.

FECHA ENTREGA MASCOTA: 25/09/2023

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 PUERTO ASIS

Fecha: 25 Sept. 23		Hora: 8:00		Lugar: Villa Paz 2.				
Nombre del propietario: Neyda Figueroa Granados				Cédula: 1123203421.				
				Celular: 3209160588				
Cuenta con trabajo? SI X NO ___		Donde? local El Punto del Repuesto						
Nombre de la mascota: Amber.	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO	
			X			X		

Por qué desea recibir la ayuda? Porque no cuento con los recursos y quiero que mi perrita. esté bien.

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

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 Neyda Figueroa Granados autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: Neyda Figueroa Granados

Cédula: 1123203421.

Propietario de la mascota

Nombre: Omaira Buchely

Firma: Omaira Buchely

Cédula: 30739387

Encuestador

Fundación: ___ Asociación: ___ Otro: X





iada

588

17.

498

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo María Nina Ruiz
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino; X
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: TOTI Raza: Pastor Aleman
Edad: 2 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: María Nina Ruiz CÉDULA: 69027.979.

FECHA: 25 sept. 2023. CELULAR: 3209357544.

DIRECCIÓN: los Pinos BARRIO: los Pinos

500
589

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 25-09-2023	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	Maria Nina Ruiz		
NOMBRE: Tafi	ESPECIE: CANINO		
COLOR: Blanco	RAZA: Pastor Aleman	EDAD: 2 años	
SEXO: H	PESO: 22	PROCEDENCIA: Los Pinos - Pto Asis.	

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 ( ) NO (X)	
					FECHA: N.A	

EXAMEN CLINICO

FC: 63.	FR: 15	TLLC: NA.	TEMPERATURA: 37.6.	PULSO: NA.

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

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: 25/09/2023.

Corporación Amazonica

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL PUTUMAYO

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

A

499
590

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

Fecha: 25 Sept 2023	**Hora:** 10:30				**Lugar:** Villa Paz 2		
Nombre del propietario: Maria Nina Ruiz					**Cédula:** 69027979. **Celular:** 3209357544		
Cuenta con trabajo? SI X NO ____	**Donde ?** Por el Romboy						
Nombre de la mascota: Tato	**Edad:** 2 años	**Especie:**	**CANINA** X	**FELINA**	**Sexo:**	**HEMBRA** X	**MACHO**

Por qué desea recibir la ayuda? Porque no cuento con los recursos económicos

Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X **NO** ____ **, Por qué ?** Porque es mi obligacion esterlizarla y es importante

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 ?** Porque es importante la recuperacion.

Yo Maria Nina Ruiz **autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica**

Firma: Maria Nina Ruiz

Cédula: 69.027979.

Propietario de la mascota

Nombre: Omaira Bucheli

Firma: Omaira B.

Cédula: 30739387

Encuestador

Fundación: ____ **Asociación:** ____ **Otro:** X





ciada

591

18

18
591

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo María Hena
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: X Canino; _____
Hembra: _____ Macho: X
Nombre de la mascota: Negro Raza: Gato Criollo.
Edad: 2 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: María Hena CÉDULA: 3223452004.

FECHA: 25/09/23 CELULAR: 29735970

DIRECCIÓN: VILLA PAZ 1 BARRIO: Villa Paz 1

593
592

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 25-09-2023	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	MAHA HENA		
NOMBRE: NEGRO	ESPECIE: FELINO		
COLOR: NEGRO	RAZA: CRIOLLO	EDAD: 2 A	
SEXO: M	PESO: 2.5	PROCEDENCIA: PTUASIS	

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 ( ) NO (X)	
					FECHA: N.A	

EXAMEN CLINICO

FC: 110	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: 25-09-2023

Corporación Amazonica

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL PUTUMAYO

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

1L

502
503

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

Fecha: 25/09/2023		Hora: 8:30		Lugar: PTO ASIS				
Nombre del propietario: Maria Lecelida Henao Aguirre				Cédula: 1223452004				
				Celular:				
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X		Donde ?						
Nombre de la mascota: NEGRO	Edad: 2	Especie:	CANINA	FELINA X	Sexo:	HEMBRA	MACHO X	

Por qué desea recibir la ayuda? Para que el gato lleve una vida tranquila

Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X NO ____, Por qué ? Porque es mi responsabilidad y Por amor a mi mascota

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 ? devo tener completo Cuidado Para que tenga una buena recuper

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

Firma: Maria Henao

Cédula: 29135910

Propietario de la mascota

Nombre: ACELA DIAZ

Firma: ACELA DIAZ

Cédula: 69027143

Encuestador

Fundación: ___ Asociación: ___ Otro: X





iada

594

19

594

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Jesus gomez
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino; ✓
Hembra: ✓ Macho: _____
Nombre de la mascota: Dana Raza: Criollo
Edad: 10 meses

Yo solicito y autorizo al médico veterinario Harbon 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.

ndo 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.

'OR DILIGENCIAR TODOS LOS DATOS A CONTINUACIÓN

FIRMA: Jesus gomez CÉDULA: 1123202368

FECHA: 25-09-2023 CELULAR: 3137920994

DIRECCIÓN: B- villa paz 1 BARRIO: villa paz 1

506
505

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 25-09-2023	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394

DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE: JESUS GOMEZ

NOMBRE: DANA		ESPECIE: CANINO	
COLOR: CAFE	RAZA: CRIOLLA	EDAD: 10 MESES	
SEXO: H	PESO: 13 K	PROCEDENCIA: BTO ASIS	

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 ( ) NO (X)	
					FECHA: N.A	

EXAMEN CLINICO

FC: 70	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
NORMAL	

COMENTARIOS:

FECHA ENTREGA MASCOTA: 25-09-2023

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 PUERTO ASIS

Fecha: 25/08-2023		Hora: 9:30		Lugar: Villa paz I			
Nombre del propietario: Jesus Antonio Gomez				Cédula: 1123202368			
				Celular: 3137920994			
Cuenta con trabajo? SI ✓ NO ____	Donde ? en el barrio ayende en neocreativos						
Nombre de la mascota: Dana	Edad: 10 meses	Especie:	CANINA ✓	FELINA	Sexo:	HEMBRA ✓	MACHO

Por qué desea recibir la ayuda? Para evitar que aya mas animalitos

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 Jesus Antonio Gomez Heredo autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: Jesus Gomez

Cédula: 1123202368

Propietario de la mascota

Nombre: Acela Diaz

Firma: ACELA DIAZ

Cédula: 69027143

Encuestador

Fundación: ____ Asociación: ____ Otro: X





da

597

20

20
507

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Sebastian Gomez
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino; X
Hembra: _____ Macho: X
Nombre de la mascota: Doki Raza: Criollo
Edad: 1 Año

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

FIRMA: Sebastian Gomez CÉDULA: 1123202369

FECHA: 25/09/2023 CELULAR: 3118684771

DIRECCIÓN: Villa Paz 1 BARRIO: Villa Paz 1

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 25-09-2023	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	SEBASTIAN GOMEZ		
NOMBRE: DOKI	ESPECIE: CANINO		
COLOR: NEGRO-BLANCO	RAZA: CRIOLLO	EDAD: 1	
SEXO: M	PESO: 6.3K	PROCEDENCIA: PTO ASIS	

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 ( ) NO (X)	
					FECHA: N.A	

EXAMEN CLINICO

FC: 80	FR: 20	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: 25-09-2023

Corporación Amazonica

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL PUTUMAYO

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

20
508
599

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

Fecha: 25/09/2023		Hora: 8:30		Lugar: PTO ASIS				
Nombre del propietario: Jhoan Sebastian Gomez Henao.				Cédula: 1123202364				
				Celular: 3178684777				
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X	Donde ?							
Nombre de la mascota: Doki	Edad: 1 Año	Especie:	CANINA X	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO X	

Por qué desea recibir la ayuda? Quiero que lleve una vida plena y sin Afanes

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

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 ? Quiero que tena una buena sanacion de la operación

Yo Sebastian Gomez autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: Sebastian Gomez

Cédula: 1123 202364

Propietario de la mascota

Nombre: Acela Diaz

Firma: Acela Diaz

Cédula: 69027143

Encuestador

Fundación: ____ Asociación: ____ Otro: X





ficiada

600

21

~~510~~

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Ana Medina Trejos
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino; X
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: Bonita Raza: Criolla
Edad: 5 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

FIRMA: _____ CÉDULA: 37108715

FECHA: Sept 25 CELULAR: 3203538683

DIRECCIÓN: 20 de Julio BARRIO: 20 de Julio

5/2
601

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 25-09-2023	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	ANA MEDINA TREJOS		
NOMBRE: BONITA	ESPECIE: CANINO		
COLOR: CAFE	RAZA: CRIOLLA	EDAD: 3 A	
SEXO: H	PESO: 8 K	PROCEDENCIA: PTO ASIS	

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: 70	FR: 20	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		
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: 25-09-2023

21
577
602

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 PUERTO ASIS

Fecha:	Septiembre 25 de 2023	Hora:	8 a.m.	Lugar: Salón comunal Villa Paz 2				
Nombre del propietario: Ana Nidia Medina Trejos				Cédula: 30.720.874				
				Celular: 3203438683				
Cuenta con trabajo?		Donde ?						
SI ____	NO X							
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO	
Bonita	5 años		X			X		

Por qué desea recibir la ayuda? Porque la esterilización es una forma de demostrarle mi amor a mi perrita, además así evito que en el futuro Dios no lo quiera le dé alguna enfermedad como consecuencia de no estar operada.

Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X NO __ , Por qué ? Porque soy su mamá y debo estar con ella, de esta forma Bonita se va a sentir tranquila y segura .

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 ? Porque cuidándola voy a evitar algún contratiempo que implique una infección para ella o peor aún que se quite los puntos.

Yo Ana Nidia Medina Trejos autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma:

Cédula: 30.720.874

Propietario de la mascota

Nombre: Ana Nidia Medina T.

Firma:

Cédula: 30.720.874

Encuestador

PROTECTORES DE LA NATURALEZA DOGO FUNDACIÓN

Fundación: X Asociación:____ Otro:____



Mascota beneficiada



Barrio 20 de Julio

Vivienda del propietario de la mascota beneficiada

603

22

22

5X3

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Ana Maria Trejos
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino; X
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: Sasha Raza: Criolla
Edad: 4 años

Yo solicito y autorizo al médico veterinario OTHELSON 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: 3072[illegible]

FECHA: 25/7/23 CELULAR: 3203138683

DIRECCIÓN: 20 de Julio BARRIO: 20 de Julio

5/5
604

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 25-09-2023	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	ANA MEDINA TREJO		
NOMBRE: SASHA	ESPECIE: CANINO		
COLOR: GRIS Y BLANCO	RAZA: CRIOLLO	EDAD: 4 AÑOS	
SEXO: H	PESO: 10 K	PROCEDENCIA: PTUASIS	

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: 3 MESES	

EXAMEN CLINICO

FC: 70	FR: 25	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: 25-09-2023

22

514

605

Corporación Amazonica NIT: 900858749-8

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 PUERTO ASIS

Fecha:	Septiembre 25 de 2023	Hora:	8 a.m.	Lugar: Salón comunal Villa Paz 2				
Nombre del propietario: Ana Nidia Medina Trejos				Cédula: 30.720.874				
				Celular: 3203438683				
Cuenta con trabajo?		Donde ?						
SI ___	NO X							
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO	
Sacha	4 años		X			X		

Por qué desea recibir la ayuda? Porque la esterilización es una forma de demostrarle mi amor a mi perrita, además así evito que en el futuro Dios no lo quiera le dé alguna enfermedad como consecuencia de no estar operada.

Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X NO __, Por qué ? Porque soy su mamá y debo estar con ella, de esta forma Sacha se va a sentir tranquila y segura .

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 ? Porque cuidándola voy a evitar algún contratiempo que implique una infección para ella o peor aún que se quite los puntos

Yo Ana Nidia Medina Trejos autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma:

Cédula: 30.720.874

Propietario de la mascota

Nombre: Ana Nidia Medina Trejos

Firma:

Cédula: 30.720.874

Encuestador

PROTECTORES DE LA NATURALEZA DOGO FUNDACION

Fundación: X Asociación:___ Otro:____



Mascota beneficiada



Barrio 20 de Julio

Vivienda del propietario de la mascota beneficiada

606

23

516

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Ferney Enrique Luna
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: X Canino: ____
Hembra: X Macho: ____
Nombre de la mascota: Mecha Raza: criolla
Edad: 7 mes

Yo solicito y autorizo al médico veterinario Otherson 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: Ferney CÉDULA: 97435842
FECHA: Sept 25/2013 CELULAR: 311 219 2763
DIRECCIÓN: BUENOS AIRES BARRIO: Buen Aire

~~513~~ 607

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 25-09-2023	**MEDICO VETERIARIO:** JHERSON HERNANDEZ	**TARJETA PROFESIONAL N°**	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	FELNET ENRIQUE LUNA		
NOMBRE: MECHA	**ESPECIE:** FELINO		
COLOR: GRIS	**RAZA:** CRIOLLO **EDAD:** 7 MESES		
SEXO: H **PESO:** 3.1K	**PROCEDENCIA:** PTOASIS		

HISTORIA DEL PACIENTE

	CANINOS		FELINOS		ESTADO REPRODUCTIVO	
	SI(___) NO(X)		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: 70	FR: 30	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: 25-09-2023

23

517
608

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 PUERTO ASIS

Fecha:	Septiembre 25 de 2023	Hora:	8 a.m.	Lugar: Salón comunal Villa Paz 2				
Nombre del propietario: Ferney Enrique Luna Alvarez				Cédula: 97.435.842 Celular: 3112192763				
Cuenta con trabajo? SI X NO ____		Donde ? Granja Sena						
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO	
Mechas	7 meses			X		X		

Por qué desea recibir la ayuda? Porque las gaticas se embarazan muy rápido, y esos bebés nacen es a sufrir; las personas no adoptan y son malas con los animalitos.

Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X NO __, Por qué ? Si, me comprometo porque es mi mascota y por lo tanto es mi responsabilidad apersonarme de su llevada y traída de la operación.

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 ? Porque la operación ha de ser dolorosa y la gatica se ha de sentir triste y dolorida, debo estar a su lado, y cuidarla para que se recupere pronto.

Yo Ferney Enrique Luna Alvarez autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: _____

Cédula: 97.435.842

Propietario de la mascota

Nombre: Ana Nidia Medina T.

Firma: _____

Cédula: 30.720.874
Encuestador

PROTECTORES DE LA NATURALEZA DOGO FUNDACIÓN

Fundación: X Asociación:____ Otro:____



Mascota beneficiada



Barrio Buenos Aires

Vivienda del propietario de la mascota beneficiada

609

24

24

519

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Delcy Emilse Díaz Torres
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino; X
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: Tomy Raza: Criollo
Edad: 3 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.

iendo 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.

'VOR DILIGENCIAR TODOS LOS DATOS A CONTINUACIÓN

FIRMA: Deisy Diaz. CÉDULA: 1006.961.711

FECHA: 25-sep-2023 CELULAR: 3208581735

DIRECCIÓN: 11 DE ENERO 1A I BARRIO: 11 de Enero 1a I.

521
610

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 25-09-2023	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	DELCY EMILSE DIAZ		
NOMBRE: TOMY	ESPECIE: CANINO		
COLOR: NEGRA	RAZA: CRIOLLO	EDAD: 3 A.	
SEXO: H	PESO: 8K	PROCEDENCIA: PTO ASIS	

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 ( ) NO (X)	
					FECHA: N.A	

EXAMEN CLINICO

FC: 75	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
NORMAL	

COMENTARIOS:

FECHA ENTREGA MASCOTA: 25-09-2023

24
S20
611

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 PUERTO ASIS

Fecha:	Septiembre 25 de 2023	Hora:	8 a.m.	Lugar: Salón comunal Villa Paz 2				
Nombre del propietario: Delcy Emilse Diaz Torres				Cédula: 1.006.961.711 Celular: 3208581735				
Cuenta con trabajo? SI ____ NO X	Donde ?							
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO	
Tammy	3,6 años		X			X		

Por qué desea recibir la ayuda?

Porque amo a mi perrita, y al esterilizarla cuido su salud y evito que le nazcan hijitos a sufrir.

Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X NO __, Por qué ? Porque no hay quien más la lleve, además así yo puedo estar pendiente de ella

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 ? Porque su salud es importante y si no la cuido se le pueden zafar los puntos ya que ella mismo se los puede quitar. Por eso hay que estar muy pendiente de ella.

Yo Delcy Emilse Diaz Torres autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma:
Delcy Diaz

Cédula: 1.006.961.711

Propietario de la mascota

Nombre: Ana Nidia Medina T.

Firma:

Cédula: 36.720.874

Encuestador

Fundación: X Asociación:____ Otro:____

PROTECTORES DE LA NATURALEZA DOGO FUNDACIÓN



Mascota beneficiada



Barrio 11 de Enero

Vivienda del propietario de la mascota beneficiada

612

25

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Janeth Chamena
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino; X
Hembra: _____ Macho: X
Nombre de la mascota: Yogur Raza: criolla
Edad: NA

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: Janeth Ch CÉDULA: 1123203210
FECHA: 25-09-2023. CELULAR: 3107088735
DIRECCIÓN: Villa mis 01 BARRIO: Villa Rosa

524
613

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 25-09-2023	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	JANETH CHAMORRO		
NOMBRE: YUNUE	ESPECIE: CANINO		
COLOR: NEGRO MANCHA	RAZA: CRIOLLO	EDAD: N.A	
SEXO: M	PESO: 12K	PROCEDENCIA: PTO ASIS	

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: 75	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
NORMAL	

COMENTARIOS:

FECHA ENTREGA MASCOTA: 25-09-2023

Corporación Amazonica

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL PUTUMAYO

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

25
~~523~~
614

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

Fecha: 25-09-2023	**Hora:**		**Lugar:**					
Nombre del propietario: Janeth Chamorro			**Cédula:** 1123203210					
			Celular: 3107901 6735.					
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X	**Donde ?**							
Nombre de la mascota:	**Edad:**	**Especie:**	**CANINA**	**FELINA**	**Sexo:**	**HEMBRA**	**MACHO**	
Yunior	N.A		X				X	

Por qué desea recibir la ayuda? NO TENGO DINERO

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

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 Janeth Chamorro **autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica**

Firma: Janeth Yaneth Ch.

Cédula: 1123203210

Propietario de la mascota

Nombre: Nelly Guevara

Firma: Nelly Guevara

Cédula: 69022029

Encuestador Nelly Guevara

Fundación: ___ **Asociación:** X **Otro:** ___





ciada

615

26

26
525

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

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

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: Carmen Ch. CÉDULA: 27364374.
FECHA: 25.09.203 CELULAR: 3209682517
DIRECCIÓN: Villa Rosa BARRIO: Villa Rosa.

527
616

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 25-09-25	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	CARMEN CHAMORRO		
NOMBRE: PRINCESA	ESPECIE: CANINO		
COLOR: NEGRA	RAZA: CRIOLLA	EDAD: N.A	
SEXO: H	PESO: 4K	PROCEDENCIA: PTO ASIS	

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 ( ) NO (X)	
					FECHA: N-A	

EXAMEN CLINICO

FC: 65	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
NORMAL	

COMENTARIOS:

FECHA ENTREGA MASCOTA:

Corporación Amazonica

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL PUTUMAYO

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

26

526

617

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

Fecha:	25-09-2023	Hora:	9:30	Lugar:	PTO ASIS			
Nombre del propietario: Carmen Chamorro				Cédula:	27364374			
				Celular:	3107995735.			
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X		Donde ?						
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO	
Princesa	N.A		X			+		

Por qué desea recibir la ayuda? Para evitar que se reproduzca.

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 Chamorro autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: Carmen Chamorro

Cédula: 27364374

Propietario de la mascota

Nombre: Nelly Guevara

Firma: Nelly Guevara

Cédula: 69026844

Encuestador Nelly Guevara

Fundación: ___ Asociación: X Otro: ____





mascota beneficiada

618

27

528

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Hector Becerra
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino; X
Hembra: _____ Macho: X
Nombre de la mascota: MANOLO Raza: Criollo
Edad: 8 AÑOS

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: Hector Becerra CÉDULA: 18.111.541

FECHA: 25.09.23 CELULAR: 314.212.1321

DIRECCIÓN: B/ Cocaina BARRIO: Puerto Asis

530
619

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 25-09-2023	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	HECTOR BECERRA		
NOMBRE: MANUO	ESPECIE: CANINO		
COLOR: BLANCO	RAZA: CRIOLLA EDAD: 8 A		
SEXO: M PESO: 17 K	PROCEDENCIA: PTO ASIS		

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: 1 mes	

EXAMEN CLINICO

FC:	FR:	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: 25-09-2023

~~27~~ 529 620

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 PUERTO ASIS

Fecha:	9 de Septiembre/2.023	**Hora:**	10 am	**Lugar:**	Puerto Asis, Putumayo			
Nombre del propietario:	Hector Becerra			**Cédula:**	18 111 591			
				Celular:	314 2121321			
Cuenta con trabajo? **SI** ____ **NO** X		**Donde ?**						
Nombre de la mascota:	**Edad:**	**Especie:**	**CANINA**	**FELINA**	**Sexo:**	**HEMBRA**	**MACHO**	
Manolo	8 años		X				X	

Por qué desea recibir la ayuda? No cuento con los recursos necesarios.

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 Hector Becerra **autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica**

Firma: Hector Becerra

Cédula: 18.111591

Propietario de la mascota

Nombre: -MARTHA CECILIA REINEL

Firma: Martha Cecilia Reinel

Cédula: 41 125 423

Encuestador

Fundación: ____ **Asociación:** ____ **Otro:** X



Mascota beneficiada



Vivienda del propietario de la mascota beneficiada

621

28
531

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo alexandra Paulina cortes
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino; X
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: Natacha Raza: Criolla
Edad: 1 año

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: alexandra cortes. CÉDULA: 69022227.

FECHA: 25/09/23. CELULAR: 3138460555.

DIRECCIÓN: METROPOLITANO BARRIO: metropolitana.

535
622

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 25-09-2023	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	ALEXANDRA PAULINA WILTES		
NOMBRE: NATACHA	ESPECIE: CANINO		
COLOR: BEIS	RAZA: CRIOLLA	EDAD: 1 A	
SEXO: H	PESO: 8 K	PROCEDENCIA: PTO ASIS	

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: 80	FR: 30	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: 25-09-2023

28
533
623

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 PUERTO ASIS

Fecha:	22-08-2023	Hora:	3:00 p.m	Lugar: Puerto Asís.				
Nombre del propietario: Alexandra Paulina Cortez				Cédula: 69.022.227.				
				Celular: 3138460555				
Cuenta con trabajo?		Donde ?						
SI ___	NO X							
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO	
Natasha	1 Año.		X			X		

Por qué desea recibir la ayuda? No cuento con trabajo Para. Pagar la cirugia,..

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

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 ? Porque deseo que se recupere...

Yo Alexandra Paulina Cortez autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: Alexandra Cortez	Nombre: Ingri Yohana Cedeño Moreno
Cédula: 69.022.227.	Firma: Yohana Moreno
Propietario de la mascota	Cédula: 1.123.309.787. Encuestador
	Fundación: ___ Asociación: ___ Otro: X





ciada