624

29
534

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Sandra Milena
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino ~~X~~ Canino; X
Hembra: X Macho: ____
Nombre de la mascota: Lolo 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.

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: Sandra Milena CÉDULA: 69021578

FECHA: 25-02-2023 CELULAR: 3209137321

DIRECCIÓN: Ilenca BARRIO: Ilenca

~~586~~ 625

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 25-09-23	**MEDICO VETERIARIO:** JHERSON HERNANDEZ	**TARJETA PROFESIONAL N°**	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	Sandra Milena Saavedra.		
NOMBRE: Lulu	**ESPECIE:** C.		
COLOR: Beige.	**RAZA:** Criolla **EDAD:** 3 años		
SEXO: H **PESO:** 9K.	**PROCEDENCIA:** B/ 11 enero Puerto 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 ( ) NO (X)	
					FECHA:	

EXAMEN CLINICO

FC: 64	FR: 15	TLLC: N/A.	TEMPERATURA: 37,6	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 (__) 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.

29
535
626

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: 24-08-2023	**Hora:** 10:30	**Lugar:** Pto Asis					
Nombre del propietario: Sandra Milena Saavedra		**Cédula:** 69.021.528					
Sandra Milena S		**Celular:** 3209137321					
Cuenta con trabajo? SI ● NO ____	**Donde ?** Cámara de Comercio del Putumayo						
Nombre de la mascota:	**Edad:**	**Especie:**	**CANINA**	**FELINA**	**Sexo:**	**HEMBRA**	**MACHO**
Lulu	3 Años		●			●	

Por qué desea recibir la ayuda? Porque no cuento con los recursos necesarios para esterilizarla

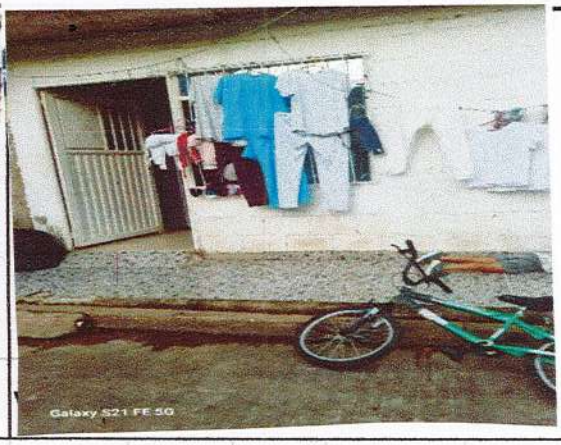
Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI ● NO ____, Por qué ? ____

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

Yo Sandra Milena Saavedra **autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica**

Firma: Sandra Milena Saavedra / Sandra.Milena Saavedra	**Nombre:** Asleidy Steffany Navisoy Almeida
	Firma:
Cédula: 69.021.528	**Cédula:** 1.123.311.390
Propietario de la mascota	**Encuestador**
	Fundación: ● **Asociación:** **Otro:**





a

627

30

30

~~587~~

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Gildardo williams Sarte A.
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino; X
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: Lund Raza: Pisbull
Edad: 6 A.

Yo solicito y autorizo al médico veterinario JHERSON HERNANDEZ con tarjeta profesional 23.394 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: 18.188.293

FECHA: 25-09-23 CELULAR: 3112307565

DIRECCIÓN: Via Principal BARRIO: B/ Montañita

~~589~~ 628

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 25-09-2023	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	GILDARDO WILLIANS JOLARTE		
NOMBRE: LUNA	ESPECIE: CANINO		
COLOR: BLANCO NEGRO	RAZA: Pitbull EDAD: 5 A		
SEXO: H	PESO: 20 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: 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: 25-09-2025

Peso 23 kilos 30

538

629

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:**	04.45 pm	**Lugar:**	Puerto Asis, Putumayo			
Nombre del propietario:	Willian Solarte			**Cédula:**	18188293			
				Celular:	3112307565			
Cuenta con trabajo? SI ____ NO X		**Donde ?**						
Nombre de la mascota:	**Edad:**	**Especie:**	**CANINA**	**FELINA**	**Sexo:**	**HEMBRA**	**MACHO**	
Luna	5 años		X			X		

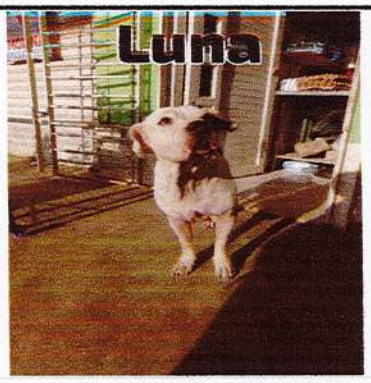
Por qué desea recibir la ayuda? No cuento conlos recursos necesarios.

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

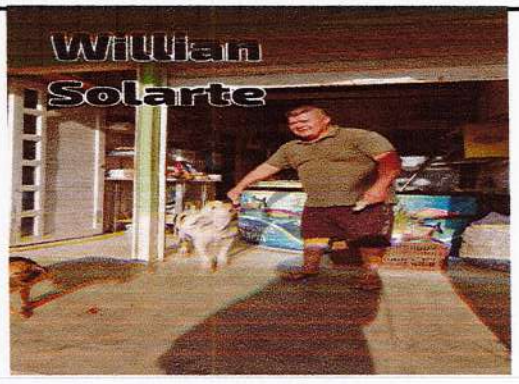
Se compromete cuidar su mascota en el proceso post quirúrgico ya que es muy importante para que tenga una recuperación exitosa ? SI X **NO** ____ **. Por qué ?** _____

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

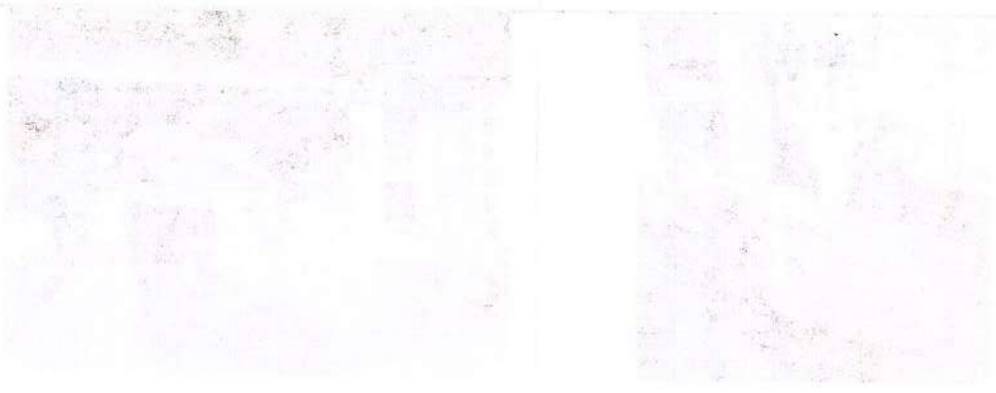
Firma:	**Nombre:** FANNY FILÓ SILVA
	Firma:
Cédula: 18.188.293	**Cédula:** 39.565.585
Propietario de la mascota	**Encuestador**
	Fundación: ____ **Asociación:**____ **Otro:**____



Mascota beneficiada



Vivienda del propietario de la mascota beneficiada



630

31
340

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Johana Moreno
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: ____ Canino; X
Hembra: X Macho: ____
Nombre de la mascota: Cindy 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: Johana Moreno. CÉDULA: 1.123.308.787
FECHA: 25-Sept-2023 CELULAR: 3204308540
DIRECCIÓN: — — — BARRIO: Alvernio

542
631

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 25-9-2023	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	JOHANA CEDEÑO		
NOMBRE: CINDY	ESPECIE: CANINO		
COLOR: CAFE	RAZA: CRIOLLO EDAD: 1 A		
SEXO: H PESO: 9K	PROCEDENCIA: PTO ASIS		

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(X) NO ( )	
					FECHA: 3 mtSts	

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

SIN 632

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

Fecha: 25 - Sept-2023	Hora: 11:30	Lugar:					
Nombre del propietario: Johana Cedeño		Cédula: 1.123.308.787.					
		Celular: 3204308546					
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X	Donde ?						
Nombre de la mascota: Cindy	Edad: 1 Año	Especie:	CANINA X	FELINA	Sexo:	HEMBRA X	MACHO

Por qué desea recibir la ayuda? No cuento 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 ? Para que se Recupere

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

Firma: Johana Moreno

Cédula: 1.123.308.787.

Propietario de la mascota

Nombre: JIMENA LOPEZ

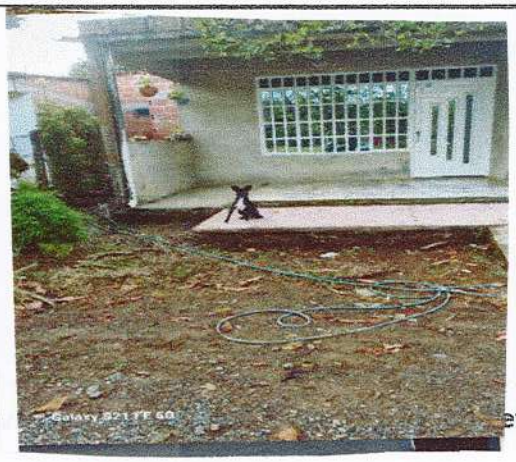
Firma: JIMENA L

Cédula: 69009640

Encuestador

Fundación: ___ Asociación: ___ Otro: X





eficiada

633

32

32

543

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Edith Valderrama
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: ____ Canino; X
Hembra: ____ Macho: X
Nombre de la mascota: Ta. Son Raza: Criollo
Edad: 4A

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: Edithvalderrama CÉDULA: 26 638 407

FECHA: 25-09-2023 , CELULAR: 3232132608

DIRECCIÓN: Obrero 2 BARRIO: Obrero 02

545
633

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 25-09-23	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	Edith Valderrama.		
NOMBRE: Taison	ESPECIE: C		
COLOR: Tricolor.	RAZA: C.	EDAD: 4 años	
SEXO: M	PESO: 4,5K	PROCEDENCIA: obrero II - Pto asís	

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: 63.	FR: 16	TLLC: N/A.	TEMPERATURA: 37,6.	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
NORMAL	

COMENTARIOS:

FECHA ENTREGA MASCOTA: 25-09-23

32

549

634

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:	23-08-2023	**Hora:**	9:35	**Lugar:**	Pto Asis		
Nombre del propietario: Edith Valderrama Altamar				**Cédula:**	26.638.407		
				Celular:	3232132108		
Cuenta con trabajo? SI ___ NO ●	**Donde ?**						
Nombre de la mascota:	**Edad:**	**Especie:**	**CANINA**	**FELINA**	**Sexo:**	**HEMBRA**	**MACHO**
Lupita	8MESES		●			●	

Por qué desea recibir la ayuda? No cuento con los recursos para esterilizarla

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

Yo EDITH VALDERRAMA ALTAMAR **autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica**

Firma: Edith Valderrama Edithvalderrama	**Nombre:** Leidy Johana Jimenez **Firma:** Leidy Jimenez
Cédula: 26.638.407	**Cédula:** 1.123.307.293
Propietario de la mascota	**Encuestador** **Fundación:** ____ **Asociación:** ____ **Otro:** ●



Mascota beneficiada



iada

635

33
546

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo CARMEN CARDONA
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino; X
Hembra: _____ Macho: X
Nombre de la mascota: REY Raza: CRIOLLO
Edad: 7 AÑO

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

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

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

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

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

FAVOR DILIGENCIAR TODOS LOS DATOS A CONTINUACIÓN

FIRMA: CARMEN CARDONA CÉDULA: 1123322926

FECHA: 22-09-2023 CELULAR: 3217645718

DIRECCIÓN: NUEVO AMANECER BARRIO: NUEVO AMANECER

548
636

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 25-04-23	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	CARMEN CARDONA		
NOMBRE: REY	ESPECIE: CANINO		
COLOR: NEGRO-BLANCO	RAZA: CRIOLLA	EDAD: 7 AÑO	
SEXO: M	PESO: 7 K	PROCEDENCIA: PTO AYS	

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: 37.8	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: 25-04-2023

547
637

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: 28-04-2023		Hora: 9:A		Lugar: A OASIS			
Nombre del propietario: CARMEN CARDONA				Cédula: 1-123322926 Celular: 3217643718			
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X		Donde ?					
Nombre de la mascota:	Edad: 7	Especie:	CANINA V	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO X

Por qué desea recibir la ayuda? FUE DE LA CALLE

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

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

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

Firma: CARMEN C.

Cédula: 1-123322926

Propietario de la mascota

Nombre: CRISTINA FLOREZ

Firma: CRISTINA FLOREZ

Cédula: 1.123.301165

Encuestador

Fundación: ___ Asociación: ___ Otro: X





da

638

34

34

549

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Flor estella. M
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: X Canino: ____
Hembra: ____ Macho: X
Nombre de la mascota: Kerdio Raza: criollo
Edad: 2 A

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

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

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

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

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

POR DILIGENCIAR TODOS LOS DATOS A CONTINUACIÓN

FIRMA: Flor Estella CÉDULA: 25663496
FECHA: 25/09/023 CELULAR: 3147667936
DIRECCIÓN: Ws (AGO) BARRIO: los lagos

551
639

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 25-09-2025	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	FLOR ESTELLA M		
NOMBRE: HASTER	ESPECIE: FELINO		
COLOR: BLANCO - M.	RAZA: CRIOLLO EDAD: 2 A		
SEXO: M 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: 4 MESES	

EXAMEN CLINICO

FC: 120	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

34
550
640

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:	2:30pm	Lugar:	Puerto ASIS			
Nombre del propietario: Flor Estela Muñoz				Cédula:	25663496			
				Celular:	3147667936			
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X		Donde ?						
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO	
Caster	2 Años			X			X	

Por qué desea recibir la ayuda? No cuento con trabajo Para Pagar la Esterilización

Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X NO ____, Por qué ? Porque suele llegar todo golpeado por Pelear con los gatos en el techo...

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 ? Para que sane, y se mejore

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

Firma: Flor Stella Muñoz

Cédula: 25663496

Propietario de la mascota

Nombre: Ingrº Yohana Cedeño Moreno!

Firma: Yohana Cedeño

Cédula: 1.123.308.787.

Encuestador

Fundación: ___ Asociación: ___ Otro: X





ciada

641

35 YF

552

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Ana Medina Tejos
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino; X
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: Miranda Raza: Criolla
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: _____ CÉDULA: 30720874
FECHA: Sept 25 CELULAR: 3203438683
DIRECCIÓN: 20 de Julio BARRIO: 20 de Julio

554
642

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: MIRANDA	**ESPECIE:** CANINO		
COLOR: CAFE	**RAZA:** CRIOLLA **EDAD:** 8 A.		
SEXO: H **PESO:** 8 H	**PROCEDENCIA:** P T 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: 3 MESES		

EXAMEN CLINICO

FC: 70	FR: 20	TLLC: N.A	TEMPERATURA: 37.6	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 (__) 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

35

~~555~~
643

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: Mery Patricia Cabrera Cuellar				Cédula: 1.123.205.765 Celular: 3209299415				
Cuenta con trabajo? SI X NO ____		Donde ? Una casa de Familia						
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO	
Lula	5 años		X			X		

Por qué desea recibir la ayuda? Porque desde hace tiempo he querido esterilizarla y no había tenido el dinero. Además ya operada la perrita voy a estar tranquila sabiendo que no la van a embarazar.

Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X NO __, Por qué ? Porque yo soy la dueña y conmigo va a estar segura y no se vá a escapar asustada.

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 de su cuidado depende que se recupere pronto, además cuidándola va a estar bien de salud y podrá volver a tener su vida normal.

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

Firma: Mery cabrera

Cédula: 1.123.205.765

Propietario de la mascota

Nombre: Ana Nidia Medina T.

Firma:

Cédula: 30.720.874

Encuestador

Fundación: X Asociación:____ Otro:____



Mascota beneficiada



La Playa

Vivienda del propietario de la mascota beneficiada

644

36

36

555

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Dileimy Gaviria
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino: X
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: Lulú Raza: Pincher cruzado
Edad: 2 años y medio

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: Dileimy CÉDULA: 1122012777

FECHA: 25/09/23 CELULAR: 3138365897

DIRECCIÓN: villa rosa BARRIO: villa rosa

557
645

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 25-09-2023	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	DILEIMY GAVIRIA		
NOMBRE: LULU	ESPECIE: CANINO		
COLOR: CAFE	RAZA: PINCHER EDAD: 2 A + M		
SEXO: H	PESO: 13K 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 (X)
	QUINTUPLE(_	FECHA:	RABIA (__)	FECHA:	DESPARASITACION	
	RABIA (__)	FECHA:	LEUCEMIA (__	FECHA:	SI (X) NO ( )	
					FECHA: 5 MESES	

EXAMEN CLINICO

FC: 80	FR: 15	TLLC: N.A	TEMPERATURA: 38	PULSO: N.A

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

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

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

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

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

LISTA DE PROBLEMAS

LISTA DE PROBLEMAS	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
NORMAL	

COMENTARIOS:

FECHA ENTREGA MASCOTA: 25-09-2023

Corporación Amazonica NIT: 900.656.749-8

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:	23-08-2023	Hora:	8:30	Lugar:	Puerto Asis			
Nombre del propietario: Dileimy Gaviria Moriano				Cédula:	1123201277			
				Celular:	3165821923			
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X		Donde ?	Ama de Casa					
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO	
Lulu	3 año		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 Dileimy Gaviria Moriano autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: Dileimy.

Cédula: 1123201277

Propietario de la mascota

Nombre: Adelis Ortega

Firma:

Cédula: 69023135

Encuestador op. Salvavidas

Fundación: X Asociación:___ Otro:





647

37
558

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Graidys 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: Sacha Raza: labrador
Edad: 5 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: Graidys Castillo CÉDULA: 22.269.359
FECHA: 25 de septiembre CELULAR: 3108103264
DIRECCIÓN: allende BARRIO: allende

~~560~~
648

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 25-09-2023	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	GRATOXS CASTILLO		
NOMBRE: SASHA	ESPECIE: CANINO		
COLOR: MEIS	RAZA: LABRADOR EDAD: 3 MESES		
SEXO: H PESO: 15K	PROCEDENCIA: OASIS		

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 (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: 23-08-2023	Hora: 9:30	Lugar: Puerto Asis					
Nombre del propietario: Graidis Castillo		Cédula: C.V. 22.269.359					
		Celular: 3108103264					
Cuenta con trabajo? SI X NO ___	Donde ? Independiente						
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO
Sacha	6 mes		X			X	

Por qué desea recibir la ayuda? bajos recursos - Venezolanos

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

Firma: Graidys Castillo	Nombre: Norha Arteaga Lucia
Cédula: 22 269.359	Firma:
P	Cédula: 1123208494
	Encuestador operacion Salvajes





650

38
567

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo PABLO MACOSSE R
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino; X
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: ARCHILES Raza: CRIOLLO
Edad: 1 AÑO

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.

endo 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: P. MACOSSE.R CÉDULA: 7'675-041
FECHA: SEP/24/23 CELULAR: 3133841907
DIRECCIÓN: MINTA BARRIO: MINTA

563
651

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 25-09-2023	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	PABLO NACUASTE		
NOMBRE: NEGRILLA	ESPECIE: CANINO		
COLOR: NEGRO	RAZA: CRIOLLO	EDAD: 1 AÑO	
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: 4 MES	

EXAMEN CLINICO

FC: 75	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 (__) 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: 25-09-2023

38
562
652

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: 22-08-2023		Hora: 8:30		Lugar: Puerto Asis			
Nombre del propietario: Pablo Macuase				Cédula: 7.685 041			
				Celular: 313384 1907			
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X		Donde ?					
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO
Negrilla	8 mes		X			X	

Por qué desea recibir la ayuda? porque son abandonadas

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

Firma: XP. Macuase

Cédula: 7.685.041

Nombre: Arelis Ortega

Firma:

Cédula: 69023135

Encuestador Op. Salvavidas

Pro... ación: X Asociación: ___ Otro: X





653

39

569

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Pablo Macuase.
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino; X
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: CHOLITA Raza: CRIOLLO
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: P. Macuase CÉDULA: 7'685.041
FECHA: SEP/24/013 CELULAR: 3133841907
DIRECCIÓN: B/MANITA BARRIO: M/ONTA

566
654

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 25-09-2023	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	PABLO MACUASE		
NOMBRE: CHOLITA	ESPECIE: CANINO		
COLOR: TRICOLOR	RAZA: CRIOLLA EDAD: 4 A		
SEXO: H PESO: 7 K	PROCEDENCIA: P+O 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 mts	

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

39
565
655

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: 27-08-2023		Hora: 9:30		Lugar: Puerto Asis				
Nombre del propietario: Pablo Yacuaje				Cédula: 7.685.041				
				Celular: 3133841907				
Cuenta con trabajo? SI ___ NO ___		Donde ?						
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO	
Cholita	8 mes		X			X		

Por qué desea recibir la ayuda? Porque son abandonadas

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

Firma: P. Macuaje	Nombre: Anelis Ortega
Cédula: 7.685.041	Firma:
Propietario de la mascota	Cédula: 69023135
	Encuestador op. Salvadas
	Fundación: X Asociación: Otro:





656

40

40
567

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Dilia Cuella
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino; X
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: Cacadora Raza: Criolla
Edad: 5A

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

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

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

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

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

FAVOR DILIGENCIAR TODOS LOS DATOS A CONTINUACIÓN

FIRMA: _____ CÉDULA: 64076505
FECHA: 25-Sept. CELULAR: 3227807370
DIRECCIÓN: Cando 1en BARRIO: Ramito 1 mer

~~569~~ 657

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 25-09-2023	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	DILIA CUELLAR		
NOMBRE: CAZADORA	ESPECIE: CANINO		
COLOR: CAFE	RAZA: CRIOLLA	EDAD: 3 A	
SEXO: H	PESO: 12	PROCEDENCIA: P+O 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 mtsts	

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

40
~~568~~
658

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:	27-08-2023	Hora:	9:30	Lugar:	Puerto Asis		
Nombre del propietario: Dilia Cuellar Rivas				Cédula:	69026503		
				Celular:	3227807370		
Cuenta con trabajo? SI X NO ____		Donde ?	Independiente				
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO
Cazadora	5 año		X			X	

Por qué desea recibir la ayuda? Porque es una perra abandonada

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 Dilia Cuellar Rivas autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: Dilia Cuellar	Nombre: Arelis Ortega
Cédula: 69026503	Firma:
Propietario de la mascota	Cédula: 69023135
	Encuestador operacion salvaje
	Fundación: X Asociación: ____ Otro: ____





ada

659

47

576

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Monica Marcela FAJARDO
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino; X
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: Pandora Raza: Criolita
Edad: 2A

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: Monica M F CÉDULA: 1123208090

FECHA: 25-09-2023 CELULAR: 3229051378

DIRECCIÓN: SINAY BARRIO: Sinay

572
6.60

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 25-09-2023	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	MONICA MARCELA FAJARDO		
NOMBRE: PANDORA	ESPECIE: CANINA		
COLOR: NEGRA	RAZA: CRIOLLA EDAD: 2 A		
SEXO: H PESO: 12K	PROCEDENCIA: P TO 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

41
571
661

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

Fecha:	22-08-2023	Hora:	9:30	Lugar: Sinay				
Nombre del propietario: Monica Marcela Fajardo				Cédula: 1123208090				
				Celular: 3229051378				
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X		Donde ?						
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO	
Pandora	2 A		X			X		

Por qué desea recibir la ayuda? NO quiero CACHORROS

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

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

Yo MONICA MARCELA FAJARDO autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: Monica M F

Cédula: 1123208090

Propietario de la mascota Monica M F

Nombre: Nelly Guevara

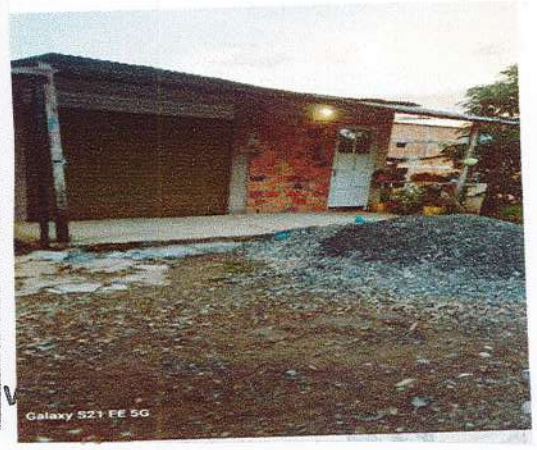
Firma: Nelly Guevara

Cédula: 69026844

Encuestador

Fundación: ___ Asociación: ___ Otro: X





Vivienda

662

38

42

573

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo melida Parra
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: ____ Canino; X
Hembra: X Macho: ____
Nombre de la mascota: MILY Raza: Criolla
Edad: 2A

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.

OR DILIGENCIAR TODOS LOS DATOS A CONTINUACIÓN

FIRMA: melida Parra CÉDULA: 6902[illegible]4
FECHA: 25-09-23 CELULAR: 3138142728
DIRECCIÓN: San martin BARRIO: San martin

575
663

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

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

DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE NERIDA PAOLA

NOMBRE: MILY		ESPECIE: CANINO	
COLOR: NEGRO	RAZA: CRIOLLA	EDAD: 2 A	
SEXO: H	PESO: 3 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: 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

42
574
664

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: 25-09-23		Hora: 8:30		Lugar: Villa Paz 2			
Nombre del propietario: melida Parra				Cédula: 690232728			
				Celular: 3038412728			
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X		Donde ?					
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO
miy	2		X			X	

Por qué desea recibir la ayuda? Porque no cuento con 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 melida Parra autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: melida Parra

Cédula: 690232728

Propietario de la mascota melida Parra

Nombre: NOHA ARTEAGA

Firma: NOHA ARTEAGA

Cédula: 1423208794

Encuestador

Fundación: X Asociación: ___ Otro: ___





eficiada

665

43
546

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Julian David Mokto
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino; X
Hembra: _____ Macho: X
Nombre de la mascota: MILO Raza: CRIOLLO
Edad: 3

Yo solicito y autorizo al médico veterinario OTERSON 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: Julian David Mokto CÉDULA: 9322704[illegible]
FECHA: 23-09-23 CELULAR: 3132352714
DIRECCIÓN: Calle 21 #20-32 BARRIO: El Jardín

578
666

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 25-09-2025	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	JULIAN DAVID MULATO		
NOMBRE: MILO	ESPECIE: CANINO		
COLOR: CAFE	RAZA: CRIOLLA EDAD: 1 A		
SEXO: H PESO: 8 H	PROCEDENCIA: PIJAO		

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: 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 (__) 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: 25-09-2023

577

667

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: 22-08-2023		Hora: 3PM		Lugar: PTO ASIS			
Nombre del propietario: Julian David Mulato				Cédula: 932370444			
				Celular: 3132352714			
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X		Donde ?					
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO
Milo	1		X				X

Por qué desea recibir la ayuda? Porque ya embarato a la perra y two 6 pemtos.

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

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 interesa que se salve. y quede bien.

Yo Julian David Mulato. autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: _____

Cédula: 932370444

Propietario de la mascota

Nombre: Martha Cecilia Ramel.

Firma:

Cédula:

Encuestador

Fundación: ____ Asociación: Otro:





Vivienda

668

44

44
579

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Margareth Becerra
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino; X
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: Canela Raza: Criolla
Edad: 8m

Yo solicito y autorizo al médico veterinario JHERSON HERNANDEZ con tarjeta profesional 2839U 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: Margareth Becerra CÉDULA: 1123316848
FECHA: 25/09/23 CELULAR: 3236133317
DIRECCIÓN: VILLA PAZ II BARRIO: Villa paz II

581
669

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 21-09-2023	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	MAL GARETH BECERRA		
NOMBRE: CANELA	ESPECIE: CANINO		
COLOR: CAFE	RAZA: CRIOLLA EDAD: 8 m		
SEXO: H	PESO: 9 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 ( ) NO (X)	
					FECHA: N. A	

EXAMEN CLINICO

FC: 80	FR: 30	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

44
~~580~~
670

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:	26-08-2023	Hora:	8:30	Lugar:	Puerto Asis			
Nombre del propietario: Margareth Yurani Becerra				Cédula: 1123316848				
				Celular: 3236133317				
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X		Donde ? Ama de casa						
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO	
Canela	8 mes		X			X		

Por qué desea recibir la ayuda? NO QUIERO MAS PERROS SUFRIENDO MUCHOS

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

Firma: Margareth Becerra	Nombre: Noha ARTEAGA
Cédula: 1123316848	Firma: Noha Arteaga Lucia
Propietario de la mascota	Cédula: 1123 208 794
	Encuestador Operacion Salvando.
	Fundación: X Asociación:___ Otro:___





iada

671

45
582

Plagada
Garrapata

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Joana Lidia Morales
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: Criolla
Edad: año 8 meses

Yo solicito y autorizo al médico veterinario HARSON 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: Joana Morales CÉDULA: 66923705

FECHA: Sep 25. 2023, CELULAR: 3222933397

DIRECCIÓN: PRADO BARRIO: prado

584
672

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 25-09-2025	**MEDICO VETERIARIO:** JHERSON HERNANDEZ	**TARJETA PROFESIONAL N°**	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	JUANA LUCIA MURALES		
NOMBRE: SASHA	**ESPECIE:** CANINO		
COLOR: BLANCO	**RAZA:** CRIOLLA **EDAD:** 8 AÑOS		
SEXO: H **PESO:** 10 K	**PROCEDENCIA:** PTO 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: 5 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	HETOPARASITOS
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
HETOPARASITOS	

COMENTARIOS:

FECHA ENTREGA MASCOTA: 25-09-2023

45
~~585~~
673

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:**	11.25 am	**Lugar:**	Puerto Asis, Putumayo
Nombre del propietario:	Juana Lidia Morales			**Cédula:**	66923705
				Celular:	3133360808
Cuenta con trabajo?		**Donde ?**			
SI ___	**NO** X				

Nombre de la mascota:	**Edad:**	**Especie:**	**CANINA**	**FELINA**	**Sexo:**	**HEMBRA**	**MACHO**
Sacha	2 años		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 Juana Lidia Morales **autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica**

Firma: Juana L Morales	**Nombre:** FANNY FILÓ SILVA
Cédula: 66923705	**Firma:**
Propietario de la mascota	**Cédula:** 39.565.585
	Encuestador
	Fundación: ___ **Asociación:** ___ **Otro:** X



Mascota beneficiada



Vivienda del propietario de la mascota beneficiada

46

674

46

585

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Stefhania Velasquez
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: ____ Canino; X
Hembra: X Macho: ____
Nombre de la mascota: WANDA Raza: Criolla
Edad: 1 AÑO

Yo solicito y autorizo al médico veterinario JHERSON VETERINARIO con tarjeta profesional 78394 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: Stefhania Velasquez **CÉDULA:** 1117657526

FECHA: 25-SEP-2023 **CELULAR:** 3205045542

DIRECCIÓN: LOS PINOS **BARRIO:** LOS PINOS

~~587~~ 675

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 25-09-23	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE: Stephania Velasquez			
NOMBRE: wanda	ESPECIE: C.		
COLOR: BEIS - BLANCO	RAZA Criollo EDAD: 1 año		
SEXO: H PESO: 13K. PROCEDENCIA:			

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 ( ) NO (X)	
					FECHA:	

EXAMEN CLINICO

FC: 63	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 (__)

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

COMENTARIOS: Normal

FECHA ENTREGA MASCOTA: 25/sept/ 2023.

46
586
676

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: 25-08-2023		**Hora:** 9:35		**Lugar:** Puerto Asis			
Nombre del propietario: Stefhania Velasquez Gonzalez				**Cédula:** 1113 657 526			
				Celular: 3205045642			
Cuenta con trabajo? SI X NO ____	**Donde ?** Independiente						
Nombre de la mascota:	**Edad:**	**Especie:**	**CANINA**	**FELINA**	**Sexo:**	**HEMBRA**	**MACHO**
WANDA	7 mes		X			X	

Por qué desea recibir la ayuda? Fue compromiso hacerla esterilizar el dia que adoptada

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 Stefhania Velasquez Gonzal **autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica**

Firma: Stefhania Velasquez

Cédula: 1113657526

Propietario de la mascota

Nombre:

Firma: Aretis Ortega

Cédula: 69023135

Encuestador oper. Salvamdos

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





Vivienda del propietario de la mascota beneficiada

677

47/588

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo MABEL CARDONA PEREZ
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: ____ Canino; X
Hembra: X Macho: ____
Nombre de la mascota: PEPA Raza: CRIOLLA
Edad: NO Sabe

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: Mabel C **CÉDULA:** 1128394363

FECHA: 25-09-2023 **CELULAR:** 3154140 00

DIRECCIÓN: VILLA PAZ II **BARRIO:** VILLA PAZ II

590
678

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 25-01-23	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	Mabel Cardona Perez.		
NOMBRE: Pepa.	ESPECIE: C.		
COLOR: Blanco - Beis	RAZA: Criolla EDAD: No sabe		
SEXO: H PESO: 10K	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: 6-Feb-2023	

EXAMEN CLINICO

FC: 63	FR: 15	TLLC: N/A.	TEMPERATURA: 37.9	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: 25/09/23

47
~~584~~
679

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: 23-08-2023	Hora: 9:30	Lugar: Puerto Asis					
Nombre del propietario: Mabel Cardona Perez		Cédula: 1128394363					
		Celular: 3154140000					
Cuenta con trabajo? SI X NO	Donde ? Independiente						
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO
PEPA	N.A		X			X	

Por qué desea recibir la ayuda? para evitar mas animales

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

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 Mabel Cardona Perez autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: Mabel C.

Cédula: 1128394363

Nombre: Arelis Ortega

Firma:

Cédula: 69023135

Encuestador Operacion Salvavidas.





680

48 - 4

599

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Viviana Cortés
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino; X
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: Dalila Raza: Criollo
Edad: 5 años

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

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

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

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

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

FAVOR DILIGENCIAR TODOS LOS DATOS A CONTINUACIÓN

FIRMA: Viviana Cortés CÉDULA: 1123.204.441

FECHA: 25/09/2023 CELULAR: 3115570809

DIRECCIÓN: Villa Paz 2 BARRIO: _____

5913
681

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 25-09-2023	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	VIVIANA CORTES		
NOMBRE: DALILA	ESPECIE: CANINO		
COLOR: BLANO	RAZA: CRIOLLO EDAD: 5 AÑOS		
SEXO: H PESO: 6 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 ( ) NO (X)	
					FECHA: N.A	

EXAMEN CLINICO

FC: 70	FR: 20	TLLC: N.A	TEMPERATURA: 37-8	PULSO: N.A

CONDICIÓN 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

48
~~542~~
682

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:**	3. 45 pm	**Lugar:**	Puerto Asis, Putumayo
Nombre del propietario:	Gladys Viviana Cortes			**Cédula:**	1123204441
				Celular:	3115370809

Cuenta con trabajo? SI ____ NO X	**Donde ?**

Nombre de la mascota:	**Edad:**	**Especie:**	**CANINA**	**FELINA**	**Sexo:**	**HEMBRA**	**MACHO**
Dalila	5 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 Gladys Viviana Cortes **autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica**

Firma: Viviana Cortez	**Nombre:** LUZ STELLA VEGA MURILLO
Cédula: 1123.204.441	**Firma:**
Propietario de la mascota	**Cédula:** 63.345.592
	Encuestador
	Fundación: ____ **Asociación:** ____ **Otro:** X



Mascota beneficiada



Vivienda del propietario de la mascota beneficiada

683

49 594

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Ana Madine 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: Luna Raza: Golle
Edad: 7 año

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

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

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

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

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

FAVOR DILIGENCIAR TODOS LOS DATOS A CONTINUACIÓN

FIRMA: _____ CÉDULA: 30720874

FECHA: Sept 25 CELULAR: 3205458683,

DIRECCIÓN: 20 DE JULIO BARRIO: 20 de Julio

595
684

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: LUNA	**ESPECIE:** CANINO		
COLOR: BEIS	**RAZA:** CRIOLLA **EDAD:** 7 A		
SEXO: H **PESO:** 15K	**PROCEDENCIA:** PTO 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: 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

49
595
685

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:	Septiembre 25 de 2023	Hora:	8 a.m.	Lugar: Salón comunal Villa Paz 2				
Nombre del propietario: Mery Patricia Cabrera Cuellar				Cédula: 1.123.205.765				
				Celular: 3209299415				
Cuenta con trabajo? SI X NO ____		Donde ? en una casa de Familia						
Nombre de la mascota: Kira	Edad: 2,5 años	Especie:	CANINA x	FELINA	Sexo:	HEMBRA X	MACHO	

Por qué desea recibir la ayuda? Porque desde hace tiempo he querido esterilizarla y no había tenido el dinero. Además ya operada la perrita voy a estar tranquila sabiendo que no la van a embarazar.

Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X NO __, Por qué ? Porque yo soy la dueña y conmigo va a estar segura y no se vá a escapar asustada.

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 de su cuidado depende que se recupere pronto, además cuidándola va a estar bien de salud y podrá volver a tener su vida normal.

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

Firma: Meri Cabrera

Cédula: 1.123.205.765

Propietario de la mascota

Nombre: Ana Nidia Medina T.

Firma:

Cédula: 30.720.874

Encuestador

Fundación: X Asociación:____ Otro:____



Mascota beneficiada



La Playa

Vivienda del propietario de la mascota beneficiada

686

50

50
~~597~~

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

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

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: Mary Ayla CÉDULA: 1030538192

FECHA: 25/09/23 CELULAR: 3176775957

DIRECCIÓN: NUEVO AMANECER BARRIO: NUEVO AMANECER

599
687

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 25-09-2023	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	MARI OJITO CABRESO		
NOMBRE: SANA	ESPECIE: CANINA		
COLOR: GRIS	RAZA: CRIOLLO EDAD: 1 AÑO		
SEXO: H	PESO: 10K 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: 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

SO
518
688

Corporación Amazonica NIT: 900456749-8

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: 2:00 p.m		Lugar: Puerto Asis.			
Nombre del propietario: Mari Ojito Cabrejo				Cédula: 1030 558 152			
				Celular: 317 678 59 57			
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X		Donde ?					
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO
Sana	1 año		X			X	

Por qué desea recibir la ayuda? Porque no cuento con trabajo estable para hacerla operar

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

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 ? Para que Sane y quede bien de la cirugía

Yo Mary ojito Cabrejo autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: Mary Ojito

Cédula: 1030558152

Propietario de la mascota

Mary Ojito Cabrejo

Nombre: Ingri Yohana Cedeño Moreno

Firma: Johana Moreno

Cédula: 1.123.308.787.

Encuestador

Fundación: ___ Asociación: ___ Otro: X





V da

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14948461755

(415)7707212489984(8020) 000001494846175 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 6 5 6 7 4 9	8	Impuestos y Aduanas de Puerto Asís 4 6	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona jurídica 1			

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social
CORPORACION AMAZONICA

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Putumayo 8 6	Mocoa 0 0 1

41. Dirección principal
CL 10 13 57

42. Correo electrónico corpoamazonica21@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 1 8 5 0 4 0 7 8	3 1 0 3 1 1 8 9 0 6

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
7 1 1 1	2 0 1 3 0 9 2 0	7 5 0 0	2 0 1 3 0 9 2 0	4 2 2 0	4 1 1 2		

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 5 7 1 4 4 2 4 8 5 2 5 5

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
14- Informante de exogena
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

Obligados aduaneros	Exportadores
54. Código	55. Forma / 56. Tipo / Servicio 1 2 3 / 57. Modo / 58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 09 - 18 / 17 : 43: 00

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre MONTOYA PEREZ MONICA YADIRA
985. Cargo Representante legal Certificado

Fecha generación documento PDF: 01-10-2023 11:44:30AM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14948461755

(415)7707212489984(8020) 000001494846175 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 0 0 6 5 6 7 4 9	8	Impuestos y Aduanas de Puerto Asís	4 6	

Caracteristicas y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas		64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas	8	70. Beneficio	2

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 1	
72. Número	1	
73. Fecha	2 0 1 3 0 9 0 3	
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 1 3 0 9 2 0	
77. No. Matrícula mercantil	8 0 7 6	
78. Departamento	8 6	
79. Ciudad/Municipio	4 6	

Vigencia

80. Desde		
81. Hasta		

Composición del Capital

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	0 . 0 %
84. Nacional privado	1 0 0 . 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 . 0 %
87. Extranjero privado	0 . 0 %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	4 8	2 0 1 4 1 1 2 7		
2				
3				
4				
5				

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Página 3 de 5 **Hoja 3**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14948461755

(415)7707212489984(8020) 000001494846175 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 6 5 6 7 4 9	8	Impuestos y Aduanas de Puerto Asis	4 6

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 2 1 1 0 1 4

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadani 1 3	1 1 2 4 8 5 2 2 9 3		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
MONTOYA	PEREZ	MONICA	YADIRA

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal
9 0 0 6 5 6 7 4 9	8	CORPORACION AMAZONICA

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

671 19

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Página 4 de 5 **Hoja 5**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14948461755

(415)7707212489984(8020) 000001494846175 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 6 5 6 7 4 9	8	Impuestos y Aduanas de Puerto Asis 4 6	

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento	125. Número de identificación	126. DV	127. Número de tarjeta profesional

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres

132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada

135. Fecha de nombramiento

Revisor fiscal suplente

136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional

140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres

144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada

147. Fecha de nombramiento

Contador

148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadania 1 3	1 1 2 4 8 5 9 8 8	1	2 9 5 1 2 9 T

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
YELA	RODRIGUEZ	ANDRES	FELIPE

156. Número de Identificación Tributaria (NIT)	157. DV	158. Sociedad o firma designada
9 0 0 6 5 6 7 4 9	8	CORPORACION AMAZONICA

159. Fecha de nombramiento
2 0 2 3 0 9 1 8

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

3/0
672

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Estado de la Empresa o Persona

001

Página 5 de 5 **Hoja 7**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14948461755

(415)7707212489984(8020) 000001494846175 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 6 5 6 7 4 9		Impuestos y Aduanas de Puerto Asís	4 6

Estado y beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 1	2 0 1 4 1 2 3 1		
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

673

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900656749-8	CORPORACION AMAZONICA	CLL 10 # 13 57	3118504078	corpoamazonica21@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 c			PUTUMAYO	MOCOA	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2023-07	2023-06	E	21/07/2023	69504235	TOTAL A PAGAR	
					$445.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
ESSC18	EPS-S Emssanar	901021565-8	145.000	0		0		0	8	1.400	0	146.400	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	185.600	0	0	0	0	8	1.800	0	187.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	6.100				6.100	8	100	6.200			61	6.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF63	Comfamiliar Putumayo	891200337-8	46.400	8	500	46.900	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
23.200	8	300	23.500	1
ICBF				
34.800	8	400	35.200	1
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	145.000	146.400
Pensión	1	185.600	187.400
Riesgos Laborales	1	6.100	6.200
CCF	1	46.400	46.900
ESAP	0	0	0
ICBF	1	34.800	35.200
MEN	0	0	0
SENA	1	23.200	23.500
TOTALES	6	441.100	445.600

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

674

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900656749-8	CORPORACION AMAZONICA	CLL 10 # 13 57	3118504078	corpoamazonica21@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 c			PUTUMAYO	MOCOA	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-07	2023-06	E	21/07/2023	69504235	$445.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colcanna	Subtipo	Extranjero	Cónyuge	Colombia	ING	RET	TDE	TAC	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1124852293	MONTOYA PEREZ MONICA YADIRA	1	0			N																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	ESSC18	1.160.000	145.000	14-23	1.160.000	1	6.100	CCF63	1.160.000	46.400	1.160.000	23.200	34.800	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

675

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900656749-8	CORPORACION AMAZONICA	CLL 10 # 13 57	3118594078	corpoamazonica21@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		PUTUMAYO	MOCOA		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-08	2023-07	E	11/09/2023	70802081	$456.900	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiz. exterior	Diciembre	INC	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1124852293	MONTOYA PEREZ MONICA YADIRA	1	0			N				X													230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	ESSC18	1.160.000	145.000	14-23	1.160.000	1	6.100	CCF63	1.160.000	46.400	1.160.000	23.200	34.800	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

676

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900656749-8	CORPORACION AMAZONICA	CLL 10 # 13 57	3118504078	corpoamazonica21@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		PUTUMAYO	MOCOA		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2023-08	2023-07	E	11/09/2023	70802081	TOTAL A PAGAR	
					$456.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
ESSC18	EPS-S Emssanar	901021565-8	145.000	0		0		0	31	5.100	0	150.100	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	185.600	0	0	0	0	31	6.500	0	192.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	6.100				6.100	31	300	6.400			61	6.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF63	Comfamiliar Putumayo	891200337-8	46.400	31	1.700	48.100	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
23.200	31	900	24.100	1
ICBF				
34.800	31	1.300	36.100	1
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	145.000	150.100
Pensión	1	185.600	192.100
Riesgos Laborales	1	6.100	6.400
CCF	1	46.400	48.100
ESAP	0	0	0
ICBF	1	34.800	36.100
MEN	0	0	0
SENA	1	23.200	24.100
TOTALES	6	441.100	456.900

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

678

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900656749-8	CORPORACION AMAZONICA		CLL 10 # 13 57	3118504078	corpoamazonica21@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c			PUTUMAYO	MOCOA		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2023-09	2023-08	E	11/09/2023	70802325	TOTAL A PAGAR	
					$441.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	145.000	0		0		0	0	0	0	145.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	185.600	0	0	0	0	0	0		185.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	6.100				6.100	0	0	6.100			61	6.100	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF63	Comfamiliar Putumayo	891200337-8	46.400	0	0	46.400	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
23.200	0	0	23.200	1
ICBF				
34.800	0	0	34.800	1
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	145.000	145.000
Pensión	1	185.600	185.600
Riesgos Laborales	1	6.100	6.100
CCF	1	46.400	46.400
ESAP	0	0	0
ICBF	1	34.800	34.800
MEN	0	0	0
SENA	1	23.200	23.200
TOTALES	6	441.100	441.100

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES 679

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900656749-8	CORPORACION AMAZONICA	CLL 10 # 13 57	3118504078	corpoamazonica21@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 c			PUTUMAYO	MOCOA	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2023-09	2023-08	E	11/09/2023	70802325	$441.100

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colcenia	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1124852293	MONTOYA PEREZ MONICA YADIRA	1	0			N																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS037	1.160.000	145.000	14-23	1.160.000	1	6.100	CCF63	1.160.000	46.400	1.160.000	23.200	34.800	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

680

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900656749-8	CORPORACION AMAZONICA	CLL 10 # 13 57	3118504078	corpoamazonica21@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		PUTUMAYO	MOCOA		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2023-10	2023-09	E	02/10/2023	71287750	$441.100

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	145.000	0		0		0	0	0	0	145.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	185.600	0	0	0	0	0	0		185.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	6.100				6.100	0	0	6.100			61	6.100	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF63	Comfamiliar Putumayo	891200337-8	46.400	0	0	46.400	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
23.200	0	0	23.200	1
ICBF				
34.800	0	0	34.800	1
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	145.000	145.000
Pensión	1	185.600	185.600
Riesgos Laborales	1	6.100	6.100
CCF	1	46.400	46.400
ESAP	0	0	0
ICBF	1	34.800	34.800
MEN	0	0	0
SENA	1	23.200	23.200
TOTALES	6	441.100	441.100

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

687

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900656749-8	CORPORACION AMAZONICA	CLL 10 # 13 57	3118504078	corpoamazonica21@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		PUTUMAYO	MOCOA		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-10	2023-09	E	02/10/2023	71287750	$441.100	

TALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza solo Salud	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1124852293	MONTOYA PEREZ MONICA YADIRA	1	0			N																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS037	1.160.000	145.000	14-23	1.160.000	1	6.100	CCF63	1.160.000	46.400	1.160.000	23.200	34.800	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

682

Corporación Amazonica

NIT: 900.656.749 - 8

EL SUSCRITO CONTADOR PUBLICO

CERTIFICA QUE:

Para dar cumplimiento a lo previsto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, el suscrito Revisor Fiscal EVER HAROL ZAMBRANO PEREZ identificado con numero de cedula 18.125.600 y tarjeta profesional No. 60.352-T de la **CORPORACIÓN AMAZÓNICA,** identificada con NIT No. **900.656.749- 8**, certifica que la mencionada sociedad ha realizado los pagos legalmente exigibles correspondientes a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) la referida corporacion se encuentra al día en el pago de aportes a seguridad social y aportes parafiscales.

La presenta certificación se firma a los 19 días del mes de octubre del año 2023.

EVER HAROL ZAMBRANO PEREZ
TARJETA NO 60.352 - T

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

683

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

9 6 C 9 4 D E 4 E 4 B 8 0 5 5

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **EVER HAROLD ZAMBRANO PEREZ** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 18125600 de MOCOA (PUTUMAYO) Y Tarjeta Profesional No 60352-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

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

Dado en BOGOTA a los 17 días del mes de Octubre de 2023 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

DIRECTOR GENERAL

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

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

684
34

República de Colombia
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES



60352-T

EVER HAROLD
ZAMBRANO PEREZ
C.C. 18125600
RES. INSCRIPCION 82 DEL 16/07/1998
UNIVERSIDAD DE LA AMAZONIA

JOSE ORLANDO RAMIREZ ZULUAGA
DIRECTOR GENERAL

275090 **67635**

Identificación Plástica S.A. 180942/0119

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como Contador Público de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990. Es personal e intransferible.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: (57)(1) 644 4450 o devolverla a la UAE – Junta Central de Contadores a la Carrera 16 No. 97- 46 Of.301 en Bogotá D.C.

FIRMA

35
685

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **18.125.600**

ZAMBRANO PEREZ
APELLIDOS

EVER HAROLD
NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-NOV-1970**

PUERTO CAICEDO
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

11-MAY-1989 MOCOA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-6400100-01038728-M-0018125600-20180920 0062678752A 2 9905687379

686 22

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE : 8e8ba35d56704ab9d1000be177f9192b8a19d255558b2eeb27b9af38f33c6f8123da219f0b5e61f7873631aea743827f

Número de Factura: CA-111
Fecha de Emisión: 10/10/2023
Fecha de Vencimiento: 10/10/2023
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Transferencia Débito
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: CORPORACION AMAZONICA
Nombre Comercial: CORPORACION AMAZONICA
Nit del Emisor: 900656749
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen Fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: 01 - IVA
Actividad Económica: 7500

País: Colombia
Departamento: Putumayo
Municipio / Ciudad: Mocoa
Dirección: CL 10 13 57
Teléfono / Móvil: 3118504078
Correo: corpoamazonica21@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: GOBERNACION DEL PUTUMAYO
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 800094164
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia
Departamento: Putumayo
Municipio / Ciudad: Mocoa
Dirección: CALLE 8 NRO7 -40 CENTRO
Teléfono / Móvil: 4201515
Correo: almacen@putumayo.gov.co

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	Esterilizacion de canino y felinos en el municipio de mocoa	Esterilizacion de canino y felinos en el municipio de mocoa	NIU	80,00	$ 178.991,60	$ 0,00	$ 4,14	$ 2.720.673,11	19.00			$ 14.319.332,14
2	Esterilizacion de canino y felinos en el municipio de Puerto caicedo y puerto asis	Esterilizacion de canino y felinos en el municipio de Puerto caicedo y puerto asis	NIU	100,00	$ 201.680,60	$ 0,00	$ 2,82	$ 3.831.931,93	19.00			$ 20.168.062,82

Descuentos y Recargos Globales

Nro.	Tipo	Código	Descripción	%	Valor

Información Complementaria

Nro	Nombre Campo	Valor Campo

Anticipos

Nro	Valor	Fecha recibido

687 24

Referencias

Tipo de Documento Referencia	Número Referencia	Fecha Referencia

Notas Finales

Linea de negocio:

Datos Totales



Documento validado por la DIAN 2023-10-10 14:04:34
Documento generado el: 2023-10-10 14:04:33
Generado por:Solución Gratuita DIAN
Nit:800.197.268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal			34.487.388,00
Descuento detalle			0,00
Recargo detalle			6,96
Total Bruto Factura			34.487.394,96
IVA			6.552.605,04
INC			0,00
Bolsas			0,00
Otros impuestos			0,00
Total impuesto (=)			6.552.605,04
Total neto factura (=)			41.040.000,00
Descuento Global (-)			0,00
Recargo Global (+)			0,00
Total factura (=)	**COP $**	$	41.040.000,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764054555340 Rango desde: 110 Rango hasta: 200 Vigencia: 2024-08-25

688

Corporación Amazonica

NIT: 900.656.749 - 8

Señores
GOBERNACIÓN DEL PUTUMAYO
Secretaria de desarrollo departamental
Karoline Stefanie Inchima Luna.
Ciudad

Asunto: Plan de distribución por municipios.

Cordial saludo,

Por medio de la presente radicamos el porcentaje de ejecución por cada uno de los municipios intervenidos.

MUNICIPIO	VALOR	PORCENTAJE
MOCOA	17.040.000	42%
PUERTO CAICEDO	12.000.000	29%
PUERTO ASIS	12.000.000	29%
TOTAL	**41.040.000**	**100%**

Cordialmente,

MONICA YADIRA MONTOYA PEREZ
CORPORACIÓN AMAZÓNICA
REPRESENTANTE LEGAL

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

687 24

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Autorización Numeración de Facturación

1876

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 18764054555340

(415)7707212489984(8020) 001876405455534 0

5. Número de Identificación Tributaria - NIT	6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres
900656749	8				

11. Razón social
CORPORACION AMAZONICA

12. Dirección seccional
Impuestos y Aduanas de Puerto Asis — Cód. 46

24. Dirección
CL 10 13 57

25. País	26.Departamento	27. Municipio
Colombia	Putumayo	Mocoa

La U.A.E. Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, conforme a la facultad discrecional establecida en el artículo 684 - 2 del Estatuto Tributario y en virtud de lo estipulado en la Resolución 0042 del 05/05/2020, por la cual se dictan otras disposiciones en materia de sistemas de facturación; previo estudio y evaluación de la solicitud realizada por el contribuyente, representante legal o apoderado debidamente acreditado; determina autorizar los rangos de numeración de facturación y/o documento equivalente. En los casos en que se agote dicha numeración antes de culminar su vigencia, el interesado tendrá derecho a solicitar una nueva autorización, de acuerdo con el tramite establecido.

Las vigencias de los rangos de numeración de facturación, se contarán a partir de la formalización de éste documento oficial.

Si el obligado a facturar; no hubiere agotado la numeración de facturación transcurrido el término de la vigencia autorizada, con 15 días de antelación podrá solicitar la habilitación de la numeración sobrante.

Cuando se trate de una solicitud de inhabilitación de la numeración de facturación y/o documento equivalente, la vigencia es permanente, por lo tanto, no procede la habilitación de dichos rangos.

AUTORIZADO

Nota: La no adopción o violación de los sistemas técnicos de control, dará lugar a la sanción establecida en el artículo 684-2 del E.T

Firma del solicitante

Firma del funcionario autorizado

DIAN
2023-08-25 / 02:59:02 PM
Fecha Acuse de Recibo
Firmado

984. Apellidos y nombres
985. Cargo
989. Dependencia SUBDIRECCION DE FACTURA ELECTRONICA Y SOLUCI
990. Lugar administrativo
991. Organización U.A.E. DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACION
992. Área
993. Establecimiento

1001. Apellidos y nombres MONTOYA PEREZ MONICA YADIRA
1002. Tipo documento Cédula de Ciudadanía
1003. No. Identiflcación 1124852293 1004. DV 8
1005. Cod. Representación Representante Legal Principal
1006. Organización CORPORACION AMAZONICA

997. Fecha formalización 2023-08-25 14:59:02

688

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Autorización Numeración de Facturación

1876

Página 2 de 2 **Hoja No. 2**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 18764054555340

(415)7707212489984(8020) 001876405455534 0

5. Número de Identificación Tributaria - NIT	6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres
900656749	8				

11. Razón social
CORPORACION AMAZONICA

Rangos de numeración para autorizar, habilitar o inhabilitar

	29. Establecimiento	30. Modalidad	Cód.	31. Prefijo	32. Desde el número	33. Hasta el número	38. Vigencia	34. Tipo solicitud	Cód.
1	CORPORACION AMAZONICA CL 10 13 57	FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	4	CA	110	200	12	HABILITACIÓN	2
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									

AUTORIZADO

689

Aseguradora Solidaria de Colombia
¡Siempre junto a ti!

Somos la Primera Mejor Empresa para Trabajar en América Latina
Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar
AMÉRICA LATINA 2020
Categoría: Empresas nacionales con más de 500 colaboradores

Somos la Segunda Mejor Empresa para Trabajar en Colombia
Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar
COLOMBIA 2019
Categoría: Empresas con más de 500 colaboradores

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA
ENTIDAD COOPERATIVA
NIT 860.524.654-6

CERTIFICA QUE:

La señora **EGNA MAGALI LOPEZ ROMO** identificada con C.C. **69.005.461**, tiene vínculo comercial con nuestra Aseguradora en calidad de Intermediaria de Seguros, desde el 27 de junio de 2019, fecha desde la cual está facultada para ofrecer y promover la colocación de Pólizas de Automóviles, Seguros Generales, Patrimoniales y Personas.

La anterior se expide a solicitud de la interesada, en Neiva – Huila al primer (01) día de Julio de 2023

Eudeny Rocio Guzmán P.
EUDENY ROCIO GUZMAN PELAEZ
Directora Comercial Agencia Neiva

VIGILADO

690

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES - DECRETO 1082 DE 2015 - PATRICLSUSP09V4

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
5607413977

PÓLIZA No: 560 - 47 - 994000166322 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDDRA: NEIVA COD. AGENCIA: 560 RAMO: 47

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION TIPD DE IMPRESIÓN: IMPRESION

	DIA	MES	AÑO
FECHA DE EXPEDICIÓN	21	07	2023
FECHA DE IMPRESIÓN	21	07	2023

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE:: CORPORACION AMAZONICA IDENTIFICACIÓN: NIT 900.656.749-8

DIRECCIÓN: CALLE 10 13 57 BRR HUASIPANGA CIUDAD: MOCOA, PUTUMAYO TELÉFONO: 3118504078

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADD: DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO IDENTIFICACIÓN: NIT 800.094.164-4

BENEFICIARIO: DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO IDENTIFICACIÓN: NIT 800.094.164-4

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

DESCRIPCION AMPAROS CONTRATO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA
CUMPLIMIENTO	17/07/2023	30/03/2024	4,104,000.00
CALIDAD DEL SERVICIO	17/07/2023	30/03/2024	4,104,000.00

BENEFICIARIOS
NIT 800094164 - DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

OBJETO DE LA GARANTIA

EL OBJETO DE LA PRESENTE POLIZA ES GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA DERIVADAS DEL CONTRARO DE PRESTACION DE SERVICIOS N° 1549 -2023 CELEBRADO ENTRE LAS PARTES RELACIONADO CON CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ESTERILIZACIÓN PARA LA MASCOTAS Y ESTERILIZACIÓN DE ANIMALES DOMÉSTICOS EN LOS MUNICIPIOS DE MOCOA, PUERTO CAICEDO Y PUERTO ASIS DEL DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO.

Central de Seg-os Confianza
CANCELADO

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ *****8,208,000.00	$ **********25,000	$****11,000.00	$ ********6,840	$ **********42,840

NOMBRE INTERMEDIARIO	CLAVE	%PART
EGNA MAGALI LOPEZ ROMO	9462	100.00

NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO	%PART	VALOR ASEGURADO

MEDIANTE LA SOLICITUD Y CONTRATACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO, USTED EN CALIDAD DE TITULAR(ES) DE LA INFORMACIÓN; DE MANERA LIBRE, EXPRESA, VOLUNTARIA E INFORMADA, AUTORIZA A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA O A LA PERSONA NATURAL O JURÍDICA A QUIÉN ESTE ENCARGUE, A RECOLECTAR, ALMACENAR; UTILIZAR, CIRCULAR, SUPRIMIR Y EN GENERAL, A REALIZAR CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO A LOS DATOS PERSONALES POR USTED SUMINISTRADOS, PARA TODOS AQUELLOS ASPECTOS INHERENTES A LAS ACTIVIDADES COMERCIALES Y PROMOCIONALES, Y CUALQUIER OTRO RELACIONADO CON EL DESARROLLO DEL OBJETO SOCIAL PRINCIPAL DEL REFERIDA SOCIEDAD, LO QUE IMPLICA EL USO DE LOS DATOS EN ACTIVIDADES DE MERCADEO, PROMOCIÓN Y DE SER EL CASO, CUANDO LA ACTIVIDAD COMERCIAL LO REQUIERA, LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN DE LOS MISMOS A UN TERCERO (INCLUYENDO TERCEROS PAÍSES), BAJO LOS PARÁMETROS DE LA LEY 1581 DE 2.012, DECRETO 1074 DE 2015 Y DEMÁS NORMATIVIDAD VIGENTE QUE REGULE LA MATERIA. EN TODO CASO, ASEGURADORA SOLIDARIA GARANTIZA LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD, PRIVACIDAD Y DEMÁS PRINCIPIOS QUE IMPLIQUEN EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES ACORDE CON LA LEGISLACIÓN APLICABLE. ESTA AUTORIZACIÓN SE MANTENDRÁ POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DEL VÍNCULO O LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DE LA SOCIEDAD RESPONSABLE, CONFORME LO ESTABLECIDO EN SUS MANUALES Y POLÍTICAS. IGUALMENTE DECLARO QUE HE CONOCIDO LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DISPONIBLE EN_HTTPS://ASEGURADORASOLIDARIA.COM.CO/ENLACES-DE-INTERES/POLITICA-DE-PRIVACIDAD.ASPX

Las condiciones generales de su póliza se pueden descargar de nuestra Página Web www.solidaria.com.co en la opción SEGUROS – TU RESPALDO – SEGUROS PATRIMONIALES. Aseguradora Solidaria pensando en su tranquilidad, lo invita a verificar la validez de esta póliza ingresando a nuestra Página Web www.solidaria.com.co en la opción SERVICIOS – CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO.

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000560741397

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

CBDE207F0B0EFF7758

CLIENTE

Defensor del Consumidor Financiero: Manuel Guillermo Rueda Serrano * Dirección: Carrera 13 # 29-21 Oficina 221, Bogotá * Teléfono: (601) 458 7174
Fax: (601) 458 7174 * Celular: 312 342 6229 * Correo electrónico: defensoriasolidaria@gmail.com
Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:
https://aseguradorasolidaria.com.co/servicios/defensoria-del-consumidor-financiero.aspx

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia le brinda la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES 2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Aseguradora Solidaria de Colombia
¡Siempre junto a ti!

691

Salir

DATOS DE LA PÓLIZA

Número de póliza:	**994000166322**	**Número de anexo:**	**0**
Agencia:	**NEIVA**	**Ramo:**	**CUMP. ENT. ESTATALES**
Asegurado / Beneficiario:	**DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO**		
Tomador / Garantizado:	**CORPORACION AMAZONICA**		

Detalle amparos asegurados:

Amparo / Cobertura	Inicio de Vigencia	Fin de Vigencia	Valor Asegurado
CUMPLIMIENTO	lunes, 17 de julio de 2023	sábado, 30 de marzo de 2024	$4,104,000.00
CALIDAD DEL SERVICIO	lunes, 17 de julio de 2023	sábado, 30 de marzo de 2024	$4,104,000.00

Nueva Consulta | Visualizar PDF

Recomendamos utilizar versiones de navegador: Internet Explorer 7 y Netscape 8.1.3 o superiores. Configuracion : 1024 x 768
Direccion: Calle 100 No. 9A - 45. Pisos 8 y 12. PBX : 6464330
Gerencia de Tecnologia - Copyright Todos los Derechos Reservados

692

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

POLIZA SEGURO DE RESP. CIVIL EXTRACONTRACTUAL

Great Place to Work. Los Mejores Lugares para Trabajar COLOMBIA 2022
Great Place to Work. Los Mejores Lugares para Trabajar AMÉRICA LATINA 2022

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
5607414108

PÓLIZA No: 560 -74 - 994000030568 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: **NEIVA** COD. AGE: 560 RAMO: 74 PAP:

FECHA DE EXPEDICIÓN DIA	MES	AÑO	VIGENCIA DE LA PÓLIZA DESDE DIA	MES	AÑO	HORAS	VIGENCIA HASTA DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS	FECHA DE IMPRESIÓN DIA	MES	AÑO
21	07	2023	17	07	2023	23:59	30	09	2023	23:59	75	21	07	2023

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL** TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO EXPEDICION

VIGENCIA DEL ANEXO DESDE DIA	MES	AÑO	HORAS	VIGENCIA HASTA DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
17	07	2023	23:59	30	09	2023	23:59	75

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:: **CORPORACION AMAZONICA** IDENTIFICACIÓN: NIT 900.656.749-8

DIRECCIÓN: CALLE 10 13 57 BRR HUASIPANGA CIUDAD: MOCOA, PUTUMAYO TELÉFONO: 3118504078

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO** IDENTIFICACIÓN: NIT 800.094.164-4

DIRECCIÓN: CALLE 8 7 40 CENTRO CIUDAD: **MOCOA, PUTUMAYO** TELÉFONO: 4201239

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ASEGURADO: DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO NIT : 800094164

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: PUTUMAYO CIUDAD: MOCOA

DIRECCION: GOBERNACION DE PUTUMAYO

ACTIVIDAD: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

TIPO EDIFICIO: NO APLICA PARA ESTE RAMO TIPO DE RIESGO: ESTATAL MANZANA:

Central de Seguros Confianza

CANCELADO

DESCRIPCION AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
CONTRATO			
PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	$ 232,000,000.00		
CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS	232,000,000.00		
RCE PATRONAL	232,000,000.00		
VEHICULOS PROPIOS Y NO PROPIOS	232,000,000.00		
CONTAMINACION	232,000,000.00		
GASTOS MEDICOS	232,000,000.00		
RESPONSABILIDAD CIVIL CRUZADA	232,000,000.00		

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV en PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES/CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS/RCE PATRONAL/VEHICULOS PROPIOS Y NO PROPIOS/CONTAMINACION/RESPONSABILIDAD CIVIL CRUZADA

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

MEDIANTE LA PRESENTE PÓLIZA, SE AMPARAN LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES QUE CAUSE DIRECTAMENTE EL ASEGURADO CON MOTIVO DE UNA DETERMINADA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL EN QUE INCURRA, DE ACUERDO CON LA LEY COLOMBIANA, EN VIRTUD DE LA EJECUCION DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS N° 1549 DE 2023 CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ESTERILIZACIÓN PARA LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO DENOMINADO: APOYO EN LAS ACCIONES DE SENSIBILIZACIÓN SOBRE LA TENENCIA RESPONSABLE DE MASCOTAS Y ESTERILIZACIÓN DE ANIMALES DOMÉSTICOS EN LOS MUNICIPIOS DE MOCOA, PUERTO CAICEDO Y PUERTO ASIS DEL DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
NOTA
EL ASEGURADO Y /O BENEFICIARIO ES: DEPARTAMENTO DEL PUUTMAYO 800.094.164-4 / TERCEROS AFECTADOS

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICIÓN:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ ***232,000,000.00	$ **********95,342	$*********0.00	$ *******18,115	$ **********113,458

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	%PART
EGNA MAGALI LOPEZ ROMO	9462	100.00

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

(415)7701861000019(8020)000000000007000560741410

FIRMA ASEGURADOR FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

CBDE207F0B0EF87F5F CLIENTE MERGOMEZPATRI 0

Defensor del Consumidor Financiero: Manuel Guillermo Rueda Serrano * Dirección: Carrera 13 # 29-21 Oficina 221, Bogotá * Teléfono: (601) 458 7174
Fax: (601) 458 7174 * Celular: 312 342 6229 * Correo electrónico: defensoriasolidaria@gmail.com
Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:
https://aseguradorasolidaria.com.co/servicios/defensoria-del-consumidor-financiero.aspx

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

693

POLIZA SEGURO DE RESP. CIVIL EXTRACONTRACTUAL

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: NEIVA COD. AGENCIA: 560 RAMO: 74 No PÓLIZA: 994000030568 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: CORPORACION AMAZONICA IDENTIFICACIÓN: NIT 900.656.749-8

ASEGURADO: DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO IDENTIFICACIÓN: NIT 800.094.164-4

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

NOTA
AMPLAROS ADICIONALES

-DAÑO EMERGENTE Y LUCRO CESANTE
-PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES

CLIENTE

Asegurádora Solidaria de Colombia
¡ Siempre junto a ti !

694

Salir

DATOS DE LA PÓLIZA

Número de póliza:	**994000030568**	**Número de anexo:**	**0**
Agencia:	**NEIVA**	**Ramo:**	**RESP CIVIL EXT PATRI**
Asegurado / Beneficiario:	**DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO**		
Tomador / Garantizado:	**CORPORACION AMAZONICA**		

Detalle amparos asegurados:

Amparo / Cobertura	Inicio de Vigencia	Fin de Vigencia	Valor Asegurado
PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	lunes, 17 de julio de 2023	sábado, 30 de septiembre de 2023	$232,000,000.00

Nueva Consulta | Visualizar PDF

Recomendamos utilizar versiones de navegador: Internet Explorer 7 y Netscape 8.1.3 o superiores. Configuracion : 1024 x 768
Direccion: Calle 100 No. 9A - 45, Pisos 8 y 12. PBX : 6464330
Gerencia de Tecnología - Copyright Todos los Derechos Reservados

BBVA

695 ~~696~~

BBVA COLOMBIA
NIT 860.003.020-1

CERTIFICA

Que **CORPORACION AMAZONICA** identificado(a) con **número 900.656.749** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **Cuenta Corriente No 00130598000100026466** aperturada el **07 de marzo de 2022**, cuenta **activa** y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

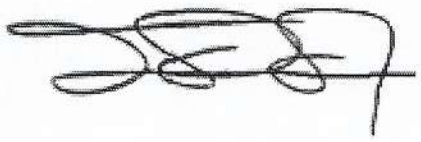
El número de cuenta podrá ser utilizada en nuestros canales como se indica a continuación:

9 dígitos: **598026466**
10 dígitos: **0598026466**
16 dígitos: **0598000100026466**

Recuerde que para pago en nómina a través de Net Cash, el formato a utilizar es de 16 dígitos.

Esta certificación se expide a solicitud del titular el día **07** de **marzo** de **2022** a las **12:07**, con destino a **Quien Interese.**

FIRMA AUTOGRAFICA

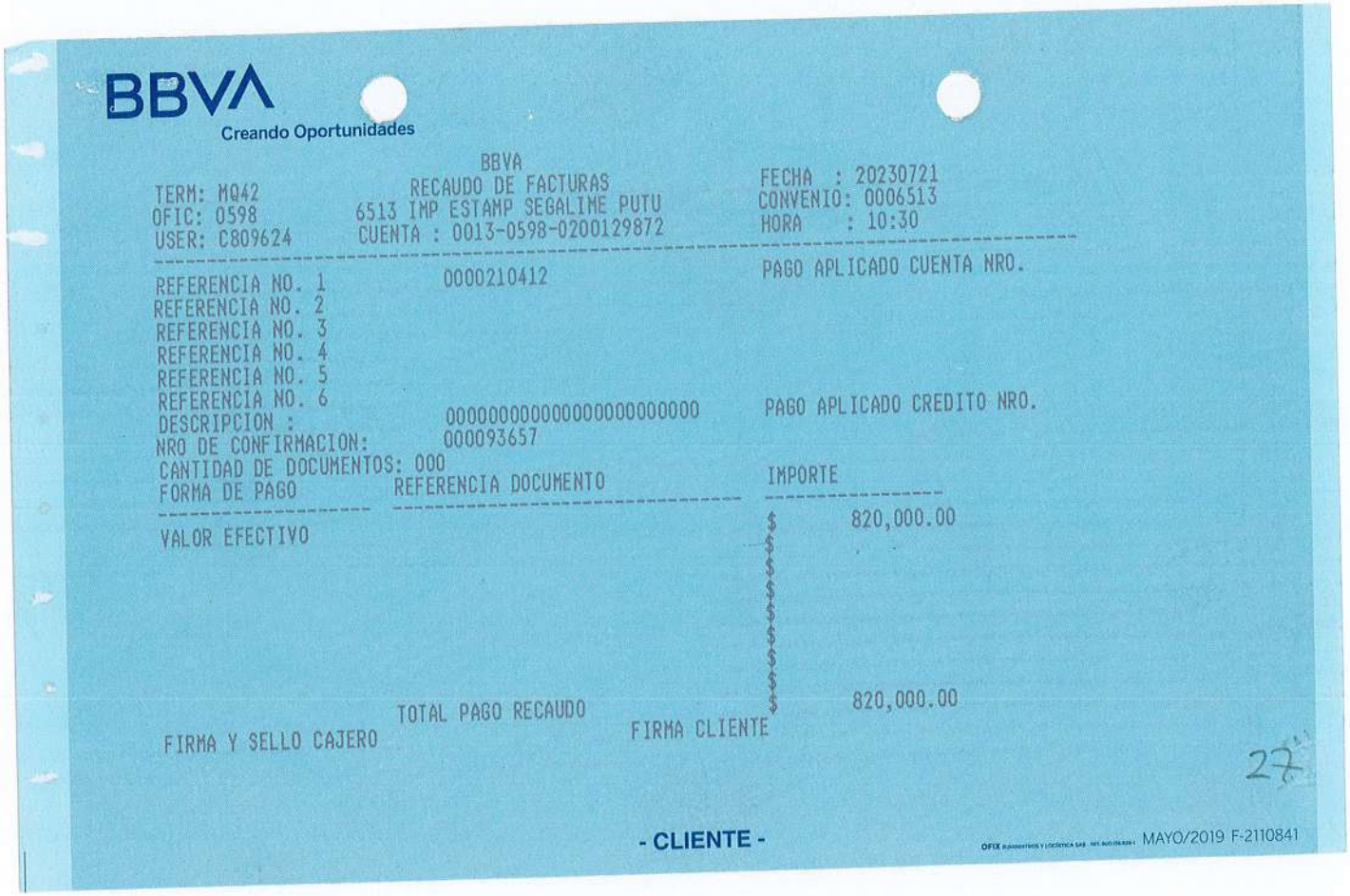


FIRMA AUTORIZADA

BBVACOLOMBIA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

BBVA COLOMBIA ESTABLECIMIENTO BANCARIO



BBVA
Creando Oportunidades

BBVA
RECAUDO DE FACTURAS
6513 IMP ESTAMP SEGALIME PUTU
CUENTA : 0013-0598-0200129872

TERM: MQ42
OFIC: 0598
USER: C809624

FECHA : 20230721
CONVENIO: 0006513
HORA : 10:30

REFERENCIA NO. 1 0000210412
REFERENCIA NO. 2
REFERENCIA NO. 3
REFERENCIA NO. 4
REFERENCIA NO. 5
REFERENCIA NO. 6
DESCRIPCION : 00000000000000000000000
NRO DE CONFIRMACION: 000093657
CANTIDAD DE DOCUMENTOS: 000

PAGO APLICADO CUENTA NRO.

PAGO APLICADO CREDITO NRO.

FORMA DE PAGO	REFERENCIA DOCUMENTO	IMPORTE
VALOR EFECTIVO		$ 820,000.00
TOTAL PAGO RECAUDO		820,000.00

FIRMA Y SELLO CAJERO

FIRMA CLIENTE

27

- CLIENTE -

OFIX MAYO/2019 F-2110841

596

BBVA

Creando Oportunidades

BBVA

TERM: MQ42 RECAUDO DE FACTURAS FECHA : 20230721
OFIC: 0598 6514 IMP ADULTO MAYOR PUTUMAY CONVENIO: 0006514
USER: C809624 CUENTA : 0013-0598-0200129856 HORA : 10:31

REFERENCIA NO. 1 0000210414 PAGO APLICADO CUENTA NRO.
REFERENCIA NO. 2
REFERENCIA NO. 3
REFERENCIA NO. 4
REFERENCIA NO. 5
REFERENCIA NO. 6
DESCRIPCION : 00000000000000000000000 PAGO APLICADO CREDITO NRO.
NRO DE CONFIRMACION: 000033781
CANTIDAD DE DOCUMENTOS: 000

FORMA DE PAGO	REFERENCIA DOCUMENTO	IMPORTE
VALOR EFECTIVO		$ 2,052,000.00
TOTAL PAGO RECAUDO		2,052,000.00

FIRMA Y SELLO CAJERO FIRMA CLIENTE

28

- CLIENTE -

OFIX SUMINISTROS Y LOGÍSTICA SAC - MAYO/2019 F-2110841

694

BBVA

Creando Oportunidades

BBVA

TERM: MQ42 RECAUDO DE FACTURAS FECHA : 20230721

OFIC: 0598 33377 IMP ESTAMP PRODEPOR PUT CONVENIO: 0033377

USER: C809624 CUENTA : 0013-0598-0200432441 HORA : 10:31

REFERENCIA NO. 1 000009006567498 PAGO APLICADO CUENTA NRO.

REFERENCIA NO. 2 AMAZONICA

REFERENCIA NO. 3

REFERENCIA NO. 4

REFERENCIA NO. 5

REFERENCIA NO. 6

DESCRIPCION : 000000000000000000000000 PAGO APLICADO CREDITO NRO.

NRO DE CONFIRMACION: 000001136

CANTIDAD DE DOCUMENTOS: 000

FORMA DE PAGO	REFERENCIA DOCUMENTO	IMPORTE
VALOR EFECTIVO		$ 1,026,000.00
TOTAL PAGO RECAUDO		1,026,000.00

FIRMA Y SELLO CAJERO FIRMA CLIENTE

29

- CLIENTE -

OFIX SUMINISTROS Y LOGÍSTICA SAS - NIT. 900.130.484-1 MAYO/2019 F-2110841

698

699

	Gobernación del Putumayo Secretaría de Hacienda Departamen. Oficina Rentas		
Nombre del contratista	CORPORACION AMAZONICA	C.C. o NIT	9006567498
Dirección	CLL 10 Nº 13-57 - HUASIPANGA - MOCOA	Telefono	3118504078
Correo electrónico	CORPOAMAZONICA21@GMAIL.COM	Tipo de contratista	Jurídica
Número de contrato	1549	Vigencia	2023
Valor del contrato	$41.040.000,00	Numero de Proceso	SDSD-MC-040-2023
Tipo de contrato	Prestación de servicios.	Fecha generación	2023-07-21
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	Fecha de Contrato	2023-07-17

BBVA
21 JUL 2023
0598-SUCURSAL MOCOA
RECIBIDO CON PAGO

Estampilla	Valor	Factura	Código de barras
Desarrollo Fronterizo	$205.000,00	210412	(415)0000000006515(8020)0000210412(3900)0000205000
Cultura	$205.000,00	210413	(415)0000000006518(8020)0000210413(3900)0000205000
Pro Bienestar del Adulto Mayor	$2.052.000,00	210414	(415)0000000006514(8020)0000210414(3900)0002052000
Desarrollo Departamental	$205.000,00	210415	(415)0000000006513(8020)0000210415(3900)0000205000
Electrificacion Rural	$205.000,00	210416	(415)0000000006517(8020)0000210416(3900)0000205000
TASA PRO-DEPORTE	$1.026.000,00	210417	(415)0000000033377(8020)0000210417(3900)0001026000
Total	$3.898.000,00		KELLY TATIANA GARCIA VILLOTA

30

700

PUTUMAYO GOBERNACIÓN NIT. 800.094.164-4	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	CODIGO: FT-GPR-012
	REGISTRO DEL BANCO DE PROGRAMAS Y PROYECTOS DEPARTAMENTAL GOBERNACION DEL PUTUMAYO	VERSIÓN: 03
		FECHA: 25/11/2020

EL SUSCRITO SECRETARIO DE PLANEACIÓN DEPARTAMENTAL DEL PUTUMAYO

CERTIFICA:

Que, en la Base de Datos del Banco de Programas y Proyectos Departamental, se encuentra registrado el proyecto denominado:

APOYO EN LAS ACCIONES DE SENSIBILIZACIÓN SOBRE LA TENENCIA RESPONSABLE DE MASCOTAS Y ESTERILIZACIÓN DE ANIMALES DOMÉSTICOS EN LOS MUNICIPIOS DE MOCOA, PUERTO CAICEDO Y PUERTO ASÍS DEL DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO

CON NUMERO DE REGISTRO **BPIN (2023006860074) FECHA 13/06/2023**

ESQUEMA DE FINANCIACIÓN DEL PROYECTO

APORTANTES	VIGENCIA	VALOR	FUENTE
GOBERNACIÓN DEL PUTUMAYO	2023	$ 45.000.000,00	RECURSOS PROPIOS.
RECURSOS COOPERANTE		$00	
RECURSOS OTRAS ENTIDADES		$00	
COSTO TOTAL DEL PROYECTO		**$ 45.000.000,00**	

PLAN DE DESARROLLO DEPARTAMENTAL:
TRECE MUNICIPIOS UN SOLO CORAZÓN (2020 – 2023)

LÍNEA ESTRATÉGICA	X	SOCIAL
EJE		
DIMENSIÓN		
PILAR		

SECTOR	INCLUSIÓN SOCIAL
PROGRAMA	PROTECCIÓN Y BIENESTAR ANIMAL
SUBPROGRAMA	SOLIDARIDAD SOCIAL ANIMAL
PROYECTO	APOYO EN LAS ACCIONES DE SENSIBILIZACIÓN SOBRE LA TENENCIA RESPONSABLE DE MASCOTAS Y ESTERILIZACIÓN DE ANIMALES DOMÉSTICOS EN LOS MUNICIPIOS DE MOCOA, PUERTO CAICEDO Y PUERTO ASÍS DEL DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
META DE PRODUCTO/INDICADOR	250 / Personas apoyadas con acciones de solidaridad social en protección y bienestar animal

REGISTRO:	Primera vez	
	Actualización	x

Observaciones:

De acuerdo a Viabilidad Financiera emitida por la Dra. Karoline Stefani Inchima Luna Secretaria de Desarrollo Social del Departamento del Putumayo de fecha 30 de marzo del 2023, presenta proyecto por un valor total de $45.000.000,00.

Mediante oficio sin número recibido el 09 de junio del 2023, firmado por la Dra. Karoline Estefanie Inchima Luna Secretaria de Desarrollo Social del Departamento del Putumayo, informa que el proyecto 2023006860074 requiere cargue de recursos en plataforma SUIFP Territorio, conforme la asignación realizada en el siguiente acto administrativo: realizada en la Resolución 1147 del 24/05/2023 por un valor de $45.000.000,00. La actualización no afecta otros aspectos del proyecto. El proyecto queda por un valor total de $45.000.000,00.

El presente registro remplaza al expedido el 05/04/2023
Dado en Mocoa, a los trece (13) días del mes de junio del 2023.

DE[illegible]URBANO
Secretario de Planeación Departamental

Elaboró	Erika Hernández Luna	SPD - Banco de proyectos	Técnico Administrativo	
Revisó	Jenny Cristina Solís Enriquez	SPD - Banco de proyectos	Profesional especializado	

REPUBLICA DE COLOMBIA
GOBERNACIÓN DEL PUTUMAYO
"TRECE MUNICIPIOS UN SOLO CORAZON"
¡Gracias Dios mio por tantas bendiciones!

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

CERTIFICADO DEL REGISTRO BPIN

LA SUSCRITA SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL, EN CALIDAD DE SUPERVISORA

CERTIFICA

Que una vez revisada la base de datos del Banco de Programas y Proyectos Departamental BPIN, y teniendo en cuenta la Circular N° 014 del 09 de mayo de 2017 y demás, se certifica que el Contrato de Prestación de servicios N°. 1549 del 17 de julio del 2023, denominado **APOYO EN LAS ACCIONES DE SENSIBILIZACIÓN SOBRE TENENCIA RESPONSABLE DE MASCOTAS Y ESTERILIZACIÓN DE ANIMALES DOMÉSTICOS EN LOS MUNICIPIOS DE MOCOA, PUERTO CAICEDO Y PUERTO ASÍS DEL DEPARTAMENTO DE PUTUMAYO.** Presentando Actualizaciones u observaciones al Registro BPIN N° **2023006860074**:

- *"De acuerdo a Viabilidad Financiera emitida por la Dra. Karoline Stefani Inchima Luna Secretaria de Desarrollo Social del Departamento del Putumayo de fecha 30 de marzo del 2023, presenta proyecto por un valor total de $45.000.000,00.*
  Mediante oficio sin número recibido el 09 de junio del 2023, firmado por la Dra. Karoline Estefanie Inchima Luna Secretaria de Desarrollo Social del Departamento del Putumayo, informa que el proyecto 2023006860074 requiere cargue de recursos en plataforma SUIFP Territorio, conforme la asignación realizada en el siguiente acto administrativo: realizada en la Resolución 1147 del 24/05/2023 por un valor de $45.000.000,00. La actualización no afecta otros aspectos del proyecto. El proyecto queda por un valor total de $45.000.000,00.
  El presente registro remplaza al expedido el 05/04/2023
  Dado en Mocoa, a los trece (13) días del mes de junio del 2023".

La presente constancia se expide en Mocoa (Putumayo), al 01 día de noviembre de 2023.

KAROLINE STEFANIE INCHIMA LUNA
Secretaria de Desarrollo Social Departamental

Elaboró:	*Gehissellth Maghally Paja Becoche*	*Secretaria de Desarrollo Social Departamental*	*Profesional de Apoyo en Liquidaciones*
Revisó:	*Clara Evelin Ortega Rosales*	*Secretaria de Desarrollo Social Departamental*	*Profesional de Apoyo en Proyectos*

702

INFORME TÉCNICO DE SEGUIMIENTO Y DE APOYO A LA SUPERVISIÓN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 1549 del 17/07/2023

Mocoa (Putumayo), 1 de noviembre de 2023.

Objeto	**APOYO EN LAS ACCIONES DE SENSIBILIZACIÓN SOBRE TENENCIA RESPONSABLE DE MASCOTAS Y ESTERILIZACIÓN DE ANIMALES DOMÉSTICOS EN LOS MUNICIPIOS DE MOCOA, PUERTO CAICEDO Y PUERTO ASÍS DEL DEPARTAMENTO DE PUTUMAYO**			
Tipo	PRESTACION DE SERVICIOS			
Valor	CUARENTA Y UN MILLONES CUARENTA MIL PESOS ($41.040.000M/CTE)			
Contratante	GOBERNACIÓN DEL PUTUMAYO		**Nit.**	80094164-4
Rep. Legal	**MONICA YADIRA MONTOYA PEREZ**		**C.C.**	**1.124.852.293**
Contratista	**CORPORACIÓN AMAZONICA**		**Nit.**	900.656.749-8
Cuenta de ahorros	BBVA COLOMBIA – Sucursal Mocoa		**No.**	0598026466
Número de Contrato:	N°1549- 2023			
N° CDP	3705		**Fecha**	13 de junio de 2023
N° RP	5281		**Fecha**	17 de julio de 2023
Fecha de Suscripción	17/07/2023			
Plazo del contrato	DOS (02) MESES O HASTA CUMPLIR CON LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES EN UN 100%			
Fecha de Inicio	31 de agosto de 2023	**Fecha de Terminación No. 01:**		30 de septiembre 2023
Fecha de Suspensión No. 01:	N/A	**Fecha de Reinicio:**		N/A
Fecha de Terminación No. 02:	N/A			
Modificatorio N° 1	N/A	**Aspecto aclarar :**		N/A
Prórroga N°1	N/A	**Plazo**		N/A
Adicionales	N/A			
Forma de pago	100% final			
Pagos realizados – **Anticipo**	$0,00			
Pagos realizados – **Parcial N° 01**	$ 0,00			
Pagos realizados – **Pago final**	$ 41.040.000,00 M/CTE			
Saldo a Favor del Contratista.	$ 41.040.000,00 M/CTE			
Saldo a favor de la Gobernación	$ 0,00			
Número de Proceso:	SDSD-MC-040-2023			

INFORME TÉCNICO DE SEGUIMIENTO Y DE APOYO A LA SUPERVISIÓN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 1549 del 17/07/2023

ACTIVIDAD No.01. JORNADA DE ESTERILIZACIONES							
ITEM	Descripción	Unidad	Cantidad	Precio Unitario	Valor Total	Evidencias	% cumplimiento item
1.1	Las esterilizaciones del municipio de Mocoa se realizaran en el marco de una jornada masiva donde se harán 80 esterilizaciones a felinos y caninos priorizados por la Junta Defensora de Animales. En el caso de los perros se tiene en cuenta un peso aproximado de: 30 kg por animal. En el caso de los gatos se tiene en cuenta un peso aproximado de: 8 kg por animal.	Mes	80	$ 213.000	$ 17,040.000	Se anexa la documentación de caracterización de población canina y felina a atender en condición vulnerable pertenecientes al barrio Villa Rosa 1, 2 y Vereda el Recreo. Se entrega también listado de asistencia a jornada de esterilización y formatos de consentimiento, autorización y responsabilidad de cuidados post-operatorio por parte del dueño o tenedor responsable. Fueron atendidos 80 mascotas en condición vulnerable.	100 %
1.2	Las esterilizaciones del municipio de Puerto Caicedo se realizaran en el marco de una jornada masiva donde se harán 50 esterilizaciones a felinos y caninos priorizados por la Junta Defensora de Animales. En el caso de los perros se tiene en cuenta un peso aproximado de: 30 kg por animal. En el caso de los gatos se tiene en cuenta un peso aproximado de: 8 kg por animal.	Mes	50	$ 240,000	$ 12,000,000	Se anexa la documentación de caracterización de población canina y felina a atender en condición vulnerable pertenecientes al barrio 20 de julio. Se entrega también listado de asistencia a jornada de esterilización y formatos de consentimiento, autorización y responsabilidad de cuidados post-operatorio por parte del dueño o tenedor responsable. Fueron atendidos 50 mascotas en condición vulnerable.	100 %
1.3	Las esterilizaciones del municipio de Puerto Asís se realizaran en el marco de una jornada masiva donde se harán 50 esterilizaciones a felinos y caninos priorizados por la Junta Defensora de Animales. En el caso de los perros se tiene en cuenta un peso aproximado de: 30 kg por animal. En el caso de los gatos se tiene en cuenta un peso aproximado de: 8 kg por animal.	Mes	50	$ 240.000	$ 12,000,000	Se anexa la documentación de caracterización de población canina y felina a atender en condición vulnerable. La caracterización fue dada con la participación de la Fundación DOGO, Fundación operación salvavidas, animalistas independientes, asociación animalista huellitas de corazón y junta defensoras de animales. Se entrega también listado de asistencia a jornada de esterilización y formatos de consentimiento, autorización y responsabilidad de cuidados post-operatorio por parte del dueño o tenedor responsable. Fueron atendidos 50 mascotas en condición vulnerable.	100 %
TOTAL				**$ 41.040.000**		La ejecución del contrato cumple con un porcentaje del **100%**	

INFORME TÉCNICO DE SEGUIMIENTO Y DE APOYO A LA SUPERVISIÓN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 1549 del 17/07/2023

DESCRIPCIÓN	
POBLACIÓN BENEFICIADA	Más de 200 personas de los municipios de Mocoa, Puerto Caicedo y Puerto Asís-Putumayo, capacitadas sobre tenencia responsable de mascotas y 180 esterilizaciones a caninos y felinos.
ALCENCE DEL PROYECTO	realizar la ejecución oportuna, integral y conforme a los parámetros exigidos por la Entidad, la ejecución del **APOYO EN LAS ACCIONES DE SENSIBILIZACIÓN SOBRE LA TENENCIA RESPONSABLE DE MASCOTAS Y ESTERILIZACIÓN DE ANIMALES DOMÉSTICOS EN LOS MUNICIPIOS DE MOCOA, PUERTO CAICEDO Y PUERTO ASIS DEL DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO.**
MUNICIPIOS BENEFICIADOS	Mocoa, Puerto Caicedo, Puerto Asís.
OBSERVACIONES	Una vez revisado el informe aportado por el CONTRATISTA se evidencia un porcentaje de cumplimiento del **100%** por valor de **$41.040.000,00** M/CTE que corresponde al total de las actividades ejecutadas en el contrato. Este contrato se ejecutó en los municipios de Mocoa, Puerto Caicedo, Puerto Asís y se articuló con las juntas defensoras de animales quienes con el operador caracterizaron las mascotas a esterilizar teniendo en cuenta requisitos como nivel de vulnerabilidad. Lo anterior, con el fin de disminuir la sobrepoblación y mitigar el maltrato animal, el abandono, enfermedades zoonoticas, entre otras causas.
Secretaria de Desarrollo Social Departamental:	**KAROLINE STEFANIE INCHIMA LUNA** Secretaria de Desarrollo Social Departamental
Elaboró:	*Daniel Arteaga Cusis – Profesional de apoyo al programa de protección y bienestar animal de la SDSD.*
Revisó:	*Yine Getial Muñoz – Profesional Universitario de la SDSD*
Revisó:	*Jessika Esthefania Ramos Zamudio - Profesional Apoyo Jurídico de la SDSD*

REPUBLICA DE COLOMBIA
GOBERNACIÓN DEL PUTUMAYO
"TRECE MUNICIPIOS UN SOLO CORAZON"
¡Gracias Dios mio por tantas bendiciones!

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 / 2023

ACTA DE RECIBO FINAL
CONTRATO No. 1549 DEL 17/07/2023

TIPO DE CONTRATO	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS**			
OBJETO	**APOYO EN LAS ACCIONES DE SENSIBILIZACIÓN SOBRE TENENCIA RESPONSABLE DE MASCOTAS Y ESTERILIZACIÓN DE ANIMALES DOMÉSTICOS EN LOS MUNICIPIOS DE MOCOA, PUERTO CAICEDO Y PUERTO ASÍS DEL DEPARTAMENTO DE PUTUMAYO**			
VALOR INICIAL	**$41.040.000,00 M/CTE**			
VALOR MODIFICADO	**$0,00 M/CTE**			
VALOR FINAL	**$41.040.000,00 M/CTE**			
SALDO NO EJECUTADO A FAVOR DE LA GOBERNACION	**$0,00 M/CTE**			
FECHA INICIO	31/07/2023	**FECHA DE TERMINACIÓN No.1**	30/09/2023	
PLAZO	**DOS (02) MESES. O HASTA CUMPLIR CON LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES EN UN 100%.**			
FECHA DE ACLARATORIO No. 1	N/A	**ASPECTO A ACLARAR:**	N/A	
FECHA DE PRORROGA No.1	N/A	**PLAZO**	N/A	
FECHA DE TERMINACION No. 2	N/A			
FECHA DE MODIFICATORIO No. 1	N/A	**ASPECTO A MODIFICAR:**	N/A	
CONTRATISTA	**CORPORACIÓN AMAZONICA Nit: 900.656.749-8 R/L MONICA YADIRA MONTOYA PEREZ C.C 1.124.852.293 de Mocoa (P)**			

En la oficina de la Secretaría de Desarrollo Social Departamental, en la ciudad de Mocoa (Putumayo), al 01 día del mes de noviembre del 2023, se reunieron:

1. **MONICA YADIRA MONTOYA PEREZ** identificado con cédula de ciudadanía No. **1.124.852.293 de Mocoa (P)**, y que en lo sucesivo se denominará **EL CONTRATISTA.**

2. **KAROLINE STEFANIE INCHIMA LUNA**, Secretaria de Desarrollo Social Departamental, quien funge como **SUPERVISORA** del Contrato No. 1549 del 17 de julio del 2023.

Con el propósito, de celebrar la presente Acta de Recibo Final del Contrato No. 1549 del 17 de julio del 2023, cuyo objeto es: **APOYO EN LAS ACCIONES DE SENSIBILIZACIÓN SOBRE TENENCIA RESPONSABLE DE MASCOTAS Y ESTERILIZACIÓN DE ANIMALES DOMÉSTICOS EN LOS MUNICIPIOS DE MOCOA, PUERTO CAICEDO Y PUERTO ASÍS DEL DEPARTAMENTO DE PUTUMAYO,** mediante la suscripción de la presente Acta, se deja constancia que el **CONTRATISTA**, en el período comprendido entre el 31 de julio de 2023 hasta el 30 de septiembre de 2023, ejecutó y entregó informe de las actividades correspondientes a: ACTIVIDAD N° 1. JORNADA DE ESTERILIZACIONES,

ACTA DE RECIBO FINAL
CONTRATO No. 1549 DEL 17/07/2023

relacionadas en la Factura N° CA-111 expedida el 10 de octubre de 2023, el cual se dio cumplimiento del 100% de la ejecución de la actividad.

BALANCE DEL CONTRATO	
VALOR CONTRATO INICIAL	$41.040.000,00
VALOR DISMINUIDO DEL CONTRATO	$ 0,00
VALOR FINAL DEL CONTRATO	$41.040.000,00
VALOR ANTICIPO	$ 0,00
SALDO DISMINUIDO A FAVOR DE LA GOBERNACION	$ 0,00

VALORES ACUMULADOS DEL CONTRATO	
VALOR ACUMULADO EJECUTADO:	$41.040.000,00
VALOR ACUMULADO AMORTIZADO:	$ 0,00
VALOR A PAGAR PRESENTE ACTA FINAL:	$41.040.000,00
PORCENTAJE ACUMULADO DE AVANCE FINANCIERO:	100%
SALDO DEL CONTRATO	$ 0,00

Para que produzca efectos vinculantes, esta Acta de Recibo Final, debe ser suscrita por **EL SUPERVISOR** Y **EL CONTRATISTA** en cuestión.

En constancia, se firma en Mocoa (Putumayo) a los al 01 día del mes de noviembre del 2023, por quienes en ella intervinieron.

CONTRATISTA	SUPERVISOR
CORPORACIÓN AMAZONICA Nit: 900.656.749-8 **R/L MONICA YADIRA MONTOYA PEREZ C.C** **1.124.852.293 de Mocoa (P)**	**KAROLINE STEFANIE INCHIMA LUNA** Secretaria de Desarrollo Social Departamental

Proyectó:	*Gehisselith Maghally Paja Becoche*	*P. de Apoyo en Liquidaciones*	*Secretaria de Desarrollo Social Departamental*	
Revisó:	*Daniel Arteaga Cusis*	*P. de Apoyo al programa de Protección y Bienestar Animal*	*Secretaria de Desarrollo Social Departamental.*	
Revisó:	*Yine Getial Muñoz*	*Profesional Universitario de la SDSD*	*Secretaria de Desarrollo Social Departamental*	
Revisó:	*Jessika Esthefania Ramos Zamudio*	*Profesional Apoyo Jurídico de la SDSD*	*Secretaria de Desarrollo Social Departamental*	

705

REPUBLICA DE COLOMBIA
GOBERNACIÓN DEL PUTUMAYO
"TRECE MUNICIPIOS UN SOLO CORAZON"
¡Gracias Dios mio por tantas bendiciones!

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO
CONTRATO No. 1549 DEL 17/07/2023

TIPO DE CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
OBJETO	**APOYO EN LAS ACCIONES DE SENSIBILIZACIÓN SOBRE TENENCIA RESPONSABLE DE MASCOTAS Y ESTERILIZACIÓN DE ANIMALES DOMÉSTICOS EN LOS MUNICIPIOS DE MOCOA, PUERTO CAICEDO Y PUERTO ASÍS DEL DEPARTAMENTO DE PUTUMAYO**
VALOR INICIAL	$41.040.000,00 M/CTE
VALOR MODIFICADO	$0,00
VALOR FINAL	$41.040.000,00 M/CTE
SALDO NO EJECUTADO A FAVOR DE LA GOBERNACION	$0,00
PLAZO	DOS (02) MESES O HASTA CUMPLIR CON LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES EN UN 100%.
FECHA DE INICIO	31/07/2022
FECHA DE TERMINACIÓN	30/09/2023
CONTRATISTA	**CORPORACIÓN AMAZONICA Nit: 900.656.749-8** **R/L MONICA YADIRA MONTOYA PEREZ C.C 1.124.852.293 de Mocoa (P)**

La suscrita Secretaría de Desarrollo Social Departamental, Certifica que; la **CORPORACIÓN AMAZONICA**, Representada Legalmente por: **MONICA YADIRA MONTOYA PEREZ** identificado con cédula de ciudadanía No. No. **1.124.852.293 de Mocoa (P)**, ejecutó a satisfacción el **100%** del contrato N° 1549 del 17 de julio del 2023, cuyo objeto es: **APOYO EN LAS ACCIONES DE SENSIBILIZACIÓN SOBRE TENENCIA RESPONSABLE DE MASCOTAS Y ESTERILIZACIÓN DE ANIMALES DOMÉSTICOS EN LOS MUNICIPIOS DE MOCOA, PUERTO CAICEDO Y PUERTO ASÍS DEL DEPARTAMENTO DE PUTUMAYO.** Con un valor de ejecución de **CUARENTA Y UN MILLONES CUARENTA MIL PESOS ($41.040.000,00) M/CTE** del total del contrato.

En constancia, se firma en Mocoa (Putumayo) al 01 día del mes de noviembre de 2023.

KAROLINE STEFANIE INCHIMA LUNA
Secretaria de Desarrollo Social Departamental

Proyectó:	*Gehisselith Maghally Paja Becoche*	*P. de Apoyo en Liquidaciones*	*Secretaria de Desarrollo Social Departamental*	
Revisó:	*Daniel Arteaga Cusis*	*P. de Apoyo al programa de Protección y Bienestar Animal*	*Secretaria de Desarrollo Social Departamental.*	
Revisó:	*Yine Getial Muñoz*	*Profesional Universitario de la SDSD*	*Secretaria de Desarrollo Social Departamental*	
Revisó:	*Jessika Esthefania Ramos Zamudio*	*Profesional Apoyo Jurídico de la SDSD*	*Secretaria de Desarrollo Social Departamental*	

Palacio Departamental Mocoa Calle 8 N°. 7 - 40, Código postal: 860001
Conmutador (+ 578) 4201515 - Fax: 4295196 - Página web: www.putumayo.gov.co

PUTUMAYO GOBERNACIÓN NIT. 800.094.164-4	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CODIGO: FT-OC-121
	INFORME DE SUPERVISION Y CUMPLIMIENTO DE CONTRATO	VERSION: 01
		FECHA: 03/11/2015

DATOS DEL INFORME			
Fecha de presentación: **01/10/2023**	Nombre del Contratista: **CORPORACIÓN AMAZONICA - R/L MONICA YADIRA MONTOYA PEREZ** **C.C. 1.124.852.293** de Mocoa (P)		No. Contrato: **1549 del 17 de julio de 2023**
Periodo del informe:	Desde el 31 de julio de 2023 hasta el 30 de septiembre de 2023.		
Objeto del contrato: "APOYO EN LAS ACCIONES DE SENSIBILIZACIÓN SOBRE TENENCIA RESPONSABLE DE MASCOTAS Y ESTERILIZACIÓN DE ANIMALES DOMÉSTICOS EN LOS MUNICIPIOS DE MOCOA, PUERTO CAICEDO Y PUERTO ASÍS DEL DEPARTAMENTO DE PUTUMAYO".			
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA			
Nit ó C.C. número	900.656.749-8		
Dirección	Calle 10 Nro 1357 huasipanga		
Teléfono	Cel: 3118504078		
Clase, Tipo y Número de cuenta	Cuenta de ahorros No. **0598026466**		Banco: **BBVA**
Fecha de suscripción	17/07/2023		
Fecha de Iniciación	31/07/2023		
Fecha de Terminación	30/09/2023		
Plazo Inicial	DOS (02) MESES. O HASTA CUMPLIR CON LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES EN UN 100%.		
Valor Inicial	CUARENTA Y UN MILLONES CUARENTA MIL PESOS MLC ($41.040.000,00)		
Prorrogas	Prorroga 1	Prorroga 2	Prorroga 3
	N/A	N/A	N/A
Adiciones	Adición 1	Adición 2	Adiciones
	N/A	N/A	N/A
Suspensiones: (fecha)	N/A	En días y/o Meses:	N/A
Terminación Anticipada:	N/A		
Reanudaciones: (fecha)	N/A		
AVANCE DEL CONTRATO	Financiero:		$41,040,000,00
	Tiempo de Ejecución:		02 meses
	Porcentaje de Ejecución:		100 %
ESTADO FINANCIERO	Valor inicial:		$41,040,000,00
	Adiciones:		$ 0.00
	Valor Total del contrato:		$41,040,000,00
	Valor a pagar		$41,040,000,00
	Saldo del contrato		$ 0,00
	Anticipo		$ 0,00
VALOR DEL PAGO SOLICITADO (aplica para responsables IVA)	Factura No.		CA- 111
	Fecha de la factura		10/10/2023
	Periodo facturado		Desde el 31/07/2023 hasta el 30/09/2023.
	Valor antes de IVA		$34.487.394,96
	IVA		$6.552.605,04
	Valor a pagar		$41,040,000,00
	Legaliza Anticipo		N/A

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	**PÓLIZAS DE CUMPLIMIENTO** 560-47-994000166322 anexo **0** EXPEDIDA EL 21/07/2023 **PÓLIZAS DE RESPÓNSABILIDAD CIVIL** 560-74-994000030568 anexo **0** EXPEDIDA EL 21/07/2023	**APROBADAS MEDIANTE SECOP II** **SEGUROS DEL ESTADO S.A.** FECHA DE APROBACIÒN: 24/07/2023 **APROBADAS MEDIANTE SECOP II** **SEGUROS DEL ESTADO S.A.** FECHA DE APROBACIÒN: 24/07/2023
	No. C.D.P: **3705**	Fecha: 13/06/2023
	No. R.P: **5281**	Fecha: 17/07/2023
	No. Liquidación Estampillas: **Factura: 210412, 210413, 210414, 210415, 210416, 210417**	Fecha: 21-07-2023
	Aportes de Seguridad Social- APORTES EN LINEA	
	No de Planilla de Salud **69504235**	**Entidad:** EPS-S EMSSANAR **Fecha:** 21 de julio de 2023 **Valor liquidado:** $ 146.400
	70802081	**Entidad:** EPS-S EMSSANAR **Fecha:** 11 de septiembre de 2023 **Valor liquidado:** $ 150.100
	70802325	**Entidad:** NUEVA EPS **Fecha:** 11 de septiembre de 2023 **Valor liquidado:** $ 145.000
	71287750	**Entidad:** NUEVA EPS **Fecha:** 02/10/ 2023 **Valor liquidado:** $ 145.000
	No. de Planilla de Riesgos Profesionales. **69504235**	**Entidad:** ARL POSITIVA **Fecha:** 21 de julio de 2023 **Valor liquidado:** $ 6.200
	70802081	**Entidad:** POSITIVAS SEGUROS **Fecha:** 11 de septiembre de 2023 **Valor liquidado:** $ 6.400
	70802325	**Entidad:** POSITIVA SEGUROS **Fecha:** 11 de septiembre de 2023 **Valor liquidado:** $ 6.100
	71287750	**Entidad:** POSITIVA SEGUROS **Fecha:** 02/10/ 2023 **Valor liquidado:** $ 6.100

PUTUMAYO GOBERNACIÓN NIT. 800.094.164-4	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CODIGO: FT-OC-121
	INFORME DE SUPERVISION Y CUMPLIMIENTO DE CONTRATO	VERSION: 01
		FECHA: 03/11/2015

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	**No. de Planilla de pensión** **69504235**	**Entidad:** PORVENIR **Fecha:** 21 de julio de 2023 **Valor liquidado:** $ 187.400
	70802081	**Entidad:** PORVENIR **Fecha:** 11 de septiembre de 2023 **Valor liquidado:** $ 192.100
	70802325	**Entidad:** PORVENIR **Fecha:** 11 de septiembre de 2023 **Valor liquidado:** $ 185.600
	71287750	**Entidad:** PORVENIR **Fecha:** 02/10/ 2023 **Valor liquidado:** $185.600
	No. de Planilla de Caja de Compensación Comfamiliar **69504235**	**Entidad:** COMFAMILIAR PUTUMAYO **Fecha:** 21 de julio de 2023 **Valor liquidado:** $ 46.900
	70802081	**Entidad:** COMFAMILIAR PUTUMAYO **Fecha:** 11 de septiembre de 2023 **Valor liquidado:** $ 48.100
	70802325	**Entidad:** CONFAMILIAR DE PUTUMAYO **Fecha:** 11 de septiembre de 2023 **Valor liquidado:** $ 46.400
	71287750	**Entidad:** CONFAMILIAR DE PUTUMAYO **Fecha:** 02/10/ 2023 **Valor liquidado:** $ 46.400
	No. de Planilla de ICBF **69504235**	**Entidad:** ICBF **Fecha:** 21 de julio de 2023 **Valor liquidado:** $ 35.200
	70802081	**Entidad:** ICBF **Fecha:** 11 de septiembre de 2023 **Valor liquidado:** $ 36.100
	70802325	**Entidad:** ICBF **Fecha:** 11 de septiembre de 2023 **Valor liquidado:** $ 34.800
	71287750	**Entidad:** ICBF **Fecha:** 02/10/ 2023 **Valor liquidado:** $ 34.800

<table>
<tr><td rowspan="2">CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO</td><td>No. de Planilla de SENA

69504235

70802081

70802325

71287750</td><td>Entidad: SENA
Fecha: 21 de julio de 2023
Valor liquidado: $ 23.500

Entidad: SENA
Fecha: 11 de septiembre de 2023
Valor liquidado: $ 24.100

Entidad: SENA
Fecha: 11 de septiembre de 2023
Valor liquidado: $ 23.200

Entidad: SENA
Fecha: 02/10/ 2023
Valor liquidado: $ 23.200</td></tr>
<tr><td colspan="2">Que el contador Público EVER HAROLD ZAMBRANO PEREZ identificado con cédula de ciudadanía No. 18.125.600 de Mocoa (P) y Tarjeta Profesional N° 60352-T de la JCC, obrando en calidad de contador público de la empresa CORPORAZACION AMAZONICA identificado con cédula de ciudadanía N° 1.124.852.293 de Mocoa, representante legal, "certifica que la mencionada sociedad ha realizado los pagos legalmente exigibles correspondientes a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y las Cajas de Compensación Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) correspondientes a las nóminas de los últimos seis (6) meses anteriores a la fecha de presentación de la propuesta, razón por la cual la referida sociedad se encuentra al día en el pago de aportes a seguridad y aportes parafiscales". Mediante certificado emitido con fecha 19 de octubre de 2023.</td></tr>
<tr><td>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO</td><td colspan="2">LA SUPERVISORA hace constar que las actividades se cumplieron conforme a lo estipulado en el objeto contractual, en el período comprendido entre el 31 de agosto de 2023 hasta el 30 de septiembre de 2023, ejecutó y entregó informe de las actividades correspondientes a: "ACTIVIDAD No. 1-REALIZAR JORNADAS DE ESTERILIZACION.
Se deja constancia que el CONTRATISTA, entrega informes de ejecución correspondientes al 100% del contrato con sus respectivos soportes.

De igual forma, certifico que el CONTRATISTA cumplió conforme a los requisitos de ley con los aportes a seguridad social, a las entidades a las que está obligado a aportar. Se anexan comprobantes de pago.

<table>
<tr><td>Periodo a Pagar:</td><td>Desde el 31 de julio de 2023 hasta el 30 de septiembre de 2023.</td></tr>
<tr><td>Valor a pagar (En letras):</td><td>CUARENTA Y UN MILLONES, CUARENTA MIL PESOS MLCTE.</td></tr>
<tr><td>Valor a pagar</td><td>$41.040.000,00 MLCTE.</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	**No. de Planilla de pensión** **69504235**	**Entidad:** PORVENIR **Fecha:** 21 de julio de 2023 **Valor liquidado:** $ 187.400
	70802081	**Entidad:** PORVENIR **Fecha:** 11 de septiembre de 2023 **Valor liquidado:** $ 192.100
	70802325	**Entidad:** PORVENIR **Fecha:** 11 de septiembre de 2023 **Valor liquidado:** $ 185.600
	71287750	**Entidad:** PORVENIR **Fecha:** 02/10/ 2023 **Valor liquidado:** $185.600
	No. de Planilla de Caja de Compensación Comfamiliar **69504235**	**Entidad:** COMFAMILIAR PUTUMAYO **Fecha:** 21 de julio de 2023 **Valor liquidado:** $ 46.900
	70802081	**Entidad:** COMFAMILIAR PUTUMAYO **Fecha:** 11 de septiembre de 2023 **Valor liquidado:** $ 48.100
	70802325	**Entidad:** CONFAMILIAR DE PUTUMAYO **Fecha:** 11 de septiembre de 2023 **Valor liquidado:** $ 46.400
	71287750	**Entidad:** CONFAMILIAR DE PUTUMAYO **Fecha:** 02/10/ 2023 **Valor liquidado:** $ 46.400
	No. de Planilla de ICBF **69504235**	**Entidad:** ICBF **Fecha:** 21 de julio de 2023 **Valor liquidado:** $ 35.200
	70802081	**Entidad:** ICBF **Fecha:** 11 de septiembre de 2023 **Valor liquidado:** $ 36.100
	70802325	**Entidad:** ICBF **Fecha:** 11 de septiembre de 2023 **Valor liquidado:** $ 34.800
	71287750	**Entidad:** ICBF **Fecha:** 02/10/ 2023 **Valor liquidado:** $ 34.800

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO	**No. de Planilla de SENA** **69504235** **70802081** **70802325** **71287750**	**Entidad:** SENA **Fecha:** 21 de julio de 2023 **Valor liquidado:** $ 23.500 **Entidad:** SENA **Fecha:** 11 de septiembre de 2023 **Valor liquidado:** $ 24.100 **Entidad:** SENA **Fecha:** 11 de septiembre de 2023 **Valor liquidado:** $ 23.200 **Entidad:** SENA **Fecha:** 02/10/ 2023 **Valor liquidado:** $ 23.200
	Que el contador Público EVER HAROLD ZAMBRANO PEREZ identificado con cédula de ciudadanía No. 18.125.600 de Mocoa (P) y Tarjeta Profesional N° 60352-T de la JCC, obrando en calidad de contador público de la empresa CORPORAZACION AMAZONICA identificado con cédula de ciudadanía N° 1.124.852.293 de Mocoa, representante legal, *"certifica que la mencionada sociedad ha realizado los pagos legalmente exigibles correspondientes a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y las Cajas de Compensación Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) correspondientes a las nóminas de los últimos seis (6) meses anteriores a la fecha de presentación de la propuesta, razón por la cual la referida sociedad se encuentra al día en el pago de aportes a seguridad y aportes parafiscales".* Mediante certificado emitido con fecha 19 de octubre de 2023.	
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO	LA SUPERVISORA hace constar que las actividades se cumplieron conforme a lo estipulado en el objeto contractual, en el período comprendido entre el 31 de agosto de 2023 hasta el 30 de septiembre de 2023, ejecutó y entregó informe de las actividades correspondientes a: *"ACTIVIDAD No. 1-REALIZAR JORNADAS DE ESTERILIZACION.* Se deja constancia que el CONTRATISTA, entrega informes de ejecución correspondientes al 100% del contrato con sus respectivos soportes. De igual forma, certifico que el CONTRATISTA cumplió conforme a los requisitos de ley con los aportes a seguridad social, a las entidades a las que está obligado a aportar. Se anexan comprobantes de pago.	
	Periodo a Pagar:	**Desde el 31 de julio de 2023 hasta el 30 de septiembre de 2023.**
	Valor a pagar (En letras):	**CUARENTA Y UN MILLONES, CUARENTA MIL PESOS MLCTE.**
	Valor a pagar	**$41.040.000,00 MLCTE.**

709

PUTUMAYO GOBERNACIÓN NIT. 800.094.164-4	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CODIGO: FT-OC-121
	INFORME DE SUPERVISION Y CUMPLIMIENTO DE CONTRATO	VERSION: 01
		FECHA: 03/11/2015

DOCUMENTO SOPORTES	1. **Soportes pago de Seguridad Social (Salud, pensión y Riesgos Profesionales).** 2. **Informe de Avance de Ejecución en SECOP II.** 3. **Facturas Electrónicas originales.** 4. **Acta de Recibido Parcial.**

SUSCRIPCIÓN DEL INFORME

Supervisor: Secretaría de Desarrollo Social Departamental	
Nombre: **KAROLINE STEFANIE INCHIMA LUNA**	
Cargo o contrato: Secretaria de Desarrollo Social Departamental	Firma

Proyectó:	*Gehisselith Maghally Paja Becoche*	*P. de Apoyo en Liquidaciones*	*Secretaria de Desarrollo Social Departamental*	
Revisó:	*Daniel Arteaga Cusis*	*P. de Apoyo al programa de Protección y Bienestar Animal*	*Secretaria de Desarrollo Social Departamental.*	
Revisó:	*Yine Getial Muñoz*	*Profesional Universitario de la SDSD*	*Secretaria de Desarrollo Social Departamental*	
Revisó:	*Jessika Esthefania Ramos Zarnudio*	*Profesional Apoyo Juridico de la SDSD*	*Secretaria de Desarrollo Social Departamental*	

710

PUTUMAYO GOBERNACIÓN NIT. 800.094.164-4	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: FT-OC-023
	ACTA DE LIQUIDACIÓN BILATERAL DE CONTRATOS O CONVENIOS	VERSIÓN: 02
		FECHA: 29/10/2015

CONTRATO: X CONVENIO:

CONTRATO No.	1549 del 17/07/2023
CLASE DE CONTRATO	
PRESTACIÓN DE SERVICIOS	
OBJETO DEL CONTRATO	
APOYO EN LAS ACCIONES DE SENSIBILIZACIÓN SOBRE LA TENENCIA RESPONSABLE DE MASCOTAS Y ESTERILIZACIÓN DE ANIMALES DOMÉSTIOCOS EN LOS MUNICIPIOS DE MOCOA, PUERTO CAICEDO Y PUERTO ASÍS DEL DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO	

DATOS DEL CONTRATISTA	
Nombre o razón Social:	**CORPORACIÓN AMAZONICA**
Identificación	**900656749-8**
Representante	**MONICA YADIRA MONTOYA PEREZ**
Identificación	C.C. **1.124.852.293 de Mocoa (P)**
Si hubo cesión del contrato, datos del cesionario.	N/A
Identificación:	N/A

VIGENCIA DEL CONTRATO			
Plazo Inicial:	2 MESES	**Valor Inicial:**	$41.040,000,00 M/cte.
Valor modificado del Contrato	$0,00	**Valor Final del Contrato**	$0,00
Fecha de Inicio:	31/07/2023	**Fecha Terminación**	30/09/2023

GARANTIAS ESTABLECIDAS EN LA MINUTA					
COMPAÑÍA DE SEGUROS	**AMPARO**	**No. DE PÓLIZA**	**VALOR ASEGURADO**	**VIGENCIA**	
				Desde	**Hasta**
Aseguradora Solidaria de Colombia	Cumplimiento	560-47-994000166322 **Anexo 0:** expedida el 21/07/2023	$4.104.000,00	17/07/2023	30/03/2024
	Calidad del Servicio		$4.104.000,00	17/07/2023	30/03/2024
Aseguradora Solidaria de Colombia	Responsabilidad Civil Extracontractual	560-74-994000030568 **anexo 0:** expedida el 21/07/2023	$232.000.000,00	17/07/2023	30/09/2023

Anexo 0: el día 24/07/2023, aprobado mediante la Plataforma SECOP II. Mediante el cual establece la vigencia del amparo de Calidad de los elementos; Cumplimiento del Contrato y Responsabilidad Civil Extracontractual.

PAGOS EFECTUADOS			
Concepto	**Valor pagado**	**No. Orden de Pago y año**	**Amortización del Anticipo**
Anticipo	$ 0,00	N/A	N/A
Parcial	$ 0,00	N/A	N/A

ESTADO FINANCIERO

Concepto	Valor
Valor Inicial del contrato	$41.040.000,00
Valor Adicionado	$ 00.00
Valor disminuido del contrato	$ 00,00
Valor total del contrato	$41.040.000,00
Valor contrato ejecutado	$41.040.000,00
Valor Recibido por el Contratista	$ 00,00
Valor no ejecutado a favor del Departamento	$ 0,00
Saldo a favor del contratista	$41.040.000,00
La siguiente casilla aplica solo para convenios	
Valor aportado por la Gobernación	**N/A**
Valor aportado por el Contratista	**N/A**
Saldo a Favor del Contratista Previo descuentos.	**N/A**
Valor no Ejecutado a Favor del departamento	**N/A**
Valor Rendimientos financieros	$ 00.00
Valor Total Girado Reintegrado al departamento a la cuenta departamental 598-20024743-5 BBVA	**N/A**
Saldo FINAL a Favor del Contratista	$ 00.00

Si el contrato establece anticipo, diligencie el siguiente recuadro:

ANTICIPO	
Valor del Anticipo	**N/A**
Valor Amortizado	**N/A**
Saldo por amortizar	$ 00.00

CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO O CONVENIO	
Descripción	**Marque con una X**
Se efectuó a entera satisfacción de la Secretaría de Desarrollo Departamental.	X
No se efectuó a entera satisfacción la Secretaría de Desarrollo Departamental:	N/A
El contratista cumplió durante la ejecución del mismo. Se anexan los soportes de los aportes al Sistema de Seguridad Social y parafiscales en los términos y cuantías establecidos por la Ley.	X

DATOS DEL SUPERVIOR
Nombre: KAROLINE STEFANIE INCHIMA LUNA
Cargo: Secretaria de Desarrollo Social Departamental
Dependencia: Secretaría de Desarrollo Social Departamental

PUTUMAYO GOBERNACIÓN NIT. 800.094.164-4	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: FT-OC-023
	ACTA DE LIQUIDACIÓN BILATERAL DE CONTRATOS O CONVENIOS	VERSIÓN: 02
		FECHA: 29/10/2015

OBSERVACIONES DE LAS PARTES

1. La Gobernación del Putumayo e **CORPORACIÓN AMAZONICA**, identificada con Nit N° 900.656.749-8 Representada Legalmente por **MONICA YADIRA MONTOYA PEREZ** identificada con cédula de ciudadanía No. **1.124.852.293 de Mocoa (P)**, suscribieron el Contrato de prestación de servicios No. 1549 del 17 de julio del 2023, con el siguiente objeto contractual: **APOYO EN LAS ACCIONES DE SENSIBILIZACIÓN SOBRE TENENCIA RESPONSABLE DE MASCOTAS Y ESTERILIZACIÓN DE ANIMALES DOMÉSTICOS EN LOS MUNICIPIOS DE MOCOA, PUERTO CAICEDO Y PUERTO ASÍS DEL DEPARTAMENTO DE PUTUMAYO.** Con un plazo inicial de dos (02) meses y un valor de $41.040.000,00 M/CTE.

2. El día 31 de julio de 2023, la doctora **KAROLINE STEFANIE INCHIMA LUNA**, Secretaria de Desarrollo Social Departamental e **CORPORACIÓN AMAZONICA**, Representada Legalmente por **MONICA YADIRA MONTOYA PEREZ** identificado con cédula de ciudadanía No. **1.124.852.293** de Mocoa (P), suscribieron ACTA DE INICIO pactada como fecha de inicio el día 31 de julio de 2023 y fecha de terminación el día 30 de septiembre de 2023 del contrato de prestación de servicios No. 1549 del 17 de julio de 2023, con objeto contractual: **APOYO EN LAS ACCIONES DE SENSIBILIZACIÓN SOBRE TENENCIA RESPONSABLE DE MASCOTAS Y ESTERILIZACIÓN DE ANIMALES DOMÉSTICOS EN LOS MUNICIPIOS DE MOCOA, PUERTO CAICEDO Y PUERTO ASÍS DEL DEPARTAMENTO DE PUTUMAYO.**

3. El día 10 de octubre de 2023, la representante legal de **CORPORACIÓN AMAZONICA**, Representada Legalmente por **MONICA YADIRA MONTOYA PEREZ**, allega factura electrónica **CA- 111,** por un valor de **CUARENTA Y UN MILLONES CUARENTA MIL PESOS MLC ($41.040.000,00).**

4. El día 01 de noviembre de 2023, la Supervisora del momento del contrato, Doctora **KAROLINE STEFANIE INCHIMA LUNA** Secretaria de Desarrollo Social Departamental, certifica que el Registro BPID N° 2023006860074 con fecha trece (13) días del mes de junio del 2023. Presentando la siguiente actualización: "*De acuerdo a Viabilidad Financiera emitida por la Dra. Karoline Stefani Inchima Luna Secretaria de Desarrollo Social del Departamento del Putumayo de fecha 30 de marzo del 2023, presenta proyecto por un valor total de $45.000.000,00. Mediante oficio sin número recibido el 09 de junio del 2023, firmado por la Dra. Karoline Estefanie Inchima Luna Secretaria de Desarrollo Social del Departamento del Putumayo, informa que el proyecto 2023006860074 requiere cargue de recursos en plataforma SUIFP Territorio, conforme la asignación realizada en el siguiente acto administrativo: realizada en la Resolución 1147 del 24/05/2023 por un valor de $45.000.000,00. La actualización no afecta otros aspectos del proyecto. El proyecto queda por un valor total de $45.000.000,00. El presente registro remplaza al expedido el 05/04/2023. Dado en Mocoa, a los trece (13) días del mes de junio del 2023*".

5. El día 01 de noviembre de 2023, la Supervisora del contrato, Doctora **KAROLINE STEFANIE INCHIMA LUNA** Secretaria de Desarrollo Social Departamental, certifica Informe Técnico de Seguimiento y Apoyo a la Supervisión del contrato N° 1549 del 17 de julio de 2023, cuyo objeto es: **APOYO EN LAS ACCIONES DE SENSIBILIZACIÓN SOBRE TENENCIA RESPONSABLE DE MASCOTAS Y ESTERILIZACIÓN DE ANIMALES DOMÉSTICOS EN LOS MUNICIPIOS DE MOCOA, PUERTO CAICEDO Y PUERTO ASÍS DEL DEPARTAMENTO DE PUTUMAYO.** Con un valor ejecutado de $41.040.000,00 M/CTE.

6. El día 01 de noviembre de 2023, la Supervisora del momento del contrato, Doctora **KAROLINE STEFANIE INCHIMA LUNA** Secretaria de Desarrollo Social Departamental, emite certificado de Publicación de documentos en SECOP II.

7. El día 01 de noviembre de 2023, la Supervisora del contrato, Doctora **KAROLINE STEFANIE INCHIMA**

LUNA certifica que **CORPORACIÓN AMAZONICA**, Representada Legalmente por **MONICA YADIRA MONTOYA PEREZ** identificado con cédula de ciudadanía No. **1.124.852.293** de Mocoa (P), suscribe Acta de Recibo Final con Ejecución del 100% del contrato N° 1549 del 17 de julio de 2023, cuyo objeto es: **APOYO EN LAS ACCIONES DE SENSIBILIZACIÓN SOBRE TENENCIA RESPONSABLE DE MASCOTAS Y ESTERILIZACIÓN DE ANIMALES DOMÉSTICOS EN LOS MUNICIPIOS DE MOCOA, PUERTO CAICEDO Y PUERTO ASÍS DEL DEPARTAMENTO DE PUTUMAYO.** Con un valor ejecutado de $41.040.000,00 M/CTE.

8. El día 01 de noviembre de 2023, la Supervisora del contrato, Doctora **KAROLINE STEFANIE INCHIMA LUNA** Secretaria de Desarrollo Social Departamental, certifica que la **CORPORACIÓN AMAZONICA**, Representada Legalmente **MONICA YADIRA MONTOYA PEREZ** identificado con cédula de ciudadanía No. **1.124.852.293** de Mocoa (P), certifica que se ejecutó a satisfacción el 100% del contrato N° 1549 del 17 de julio de 2023, cuyo objeto es: **APOYO EN LAS ACCIONES DE SENSIBILIZACIÓN SOBRE TENENCIA RESPONSABLE DE MASCOTAS Y ESTERILIZACIÓN DE ANIMALES DOMÉSTICOS EN LOS MUNICIPIOS DE MOCOA, PUERTO CAICEDO Y PUERTO ASÍS DEL DEPARTAMENTO DE PUTUMAYO.** Con un valor ejecutado de $41.040.000,00 M/CTE.

9. El día 01 de noviembre de 2023, el Supervisor del contrato suscribe Informe de Supervisión y Cumplimiento final, con un porcentaje de ejecución del 100% del contrato N° 1549 del 17 de julio de 2023, cuyo objeto es: **APOYO EN LAS ACCIONES DE SENSIBILIZACIÓN SOBRE TENENCIA RESPONSABLE DE MASCOTAS Y ESTERILIZACIÓN DE ANIMALES DOMÉSTICOS EN LOS MUNICIPIOS DE MOCOA, PUERTO CAICEDO Y PUERTO ASÍS DEL DEPARTAMENTO DE PUTUMAYO.** Con un valor ejecutado de $41.040.000,00 M/CTE.

10. Mediante certificación de fecha 17 de octubre de 2023, expedida por el señor **EVER HAROLD ZAMBRANO PEREZ,** identificado con cédula de ciudadanía No. 18.125.600 de Mocoa (P), en calidad de Revisora Fiscal, portador de T.P 60352-T, certifica que **CORPORACIÓN AMAZONICA**, Representada Legalmente por **MONICA YADIRA MONTOYA PEREZ**, *"certifica que la mencionada sociedad ha realizado los pagos legalmente exigibles correspondientes a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y las Cajas de Compensación Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) correspondientes a las nóminas de los últimos seis (6) meses anteriores a la fecha de presentación de la propuesta, razón por la cual la referida sociedad se encuentra al día en el pago de aportes a seguridad y aportes parafiscales. Mediante certificado emitido con fecha 19 de octubre de 2023".*

11. Que la secretaria de Desarrollo Social Departamental en calidad de supervisora, revisó las planillas de seguridad social y parafiscales, certificando que las mismas cumplen con los valores, periodos y porcentajes establecidos en la norma.

12. Del componente jurídicos: de conformidad con lo establecido en el Art. 83 de la Ley 1474 de 2011, el supervisor designado por la entidad para el seguimiento técnico, administrativo, financiero y jurídico de las prestaciones debidas por el contratista, certifica para efectos de la presente liquidación haber verificado términos y el cumplimiento de todas las obligaciones a cargo del contratista, así como también el pago de aportes a seguridad social, estampillas y demás que se encuentren a cargo del contratista durante el plazo y vigencia del mismo, constatando el cumplimiento de las obligaciones previa verificación de todos y cada uno de los soportes aportados, aceptando cada una de la entrega de bienes y servicios que el contratista realizó en virtud del presente contrato.

13. Qué, de conformidad en el Artículo 11 de la ley 1150 de 2007, "La liquidación de los contratos se hará de

mutuo acuerdo dentro del término fijado en los pliegos de condiciones o sus equivalentes, o dentro del que acuerden las partes para el efecto. De no existir tal termino, la liquidación se realizará dentro de los cuatro (4) meses siguientes a la expiración del término previsto para la ejecución del contrato o la expedición del acto administrativo que ordene la terminación, a la fecha del acuerdo que la disponga.

En aquellos casos en que el contratista no se presente a la liquidación previa notificación o convocatoria que le haga la entidad, o las partes no lleguen a un acuerdo sobre su contenido, la entidad tendrá la facultad de liquidar en forma unilateral dentro de los dos (2) meses siguientes, de conformidad con los dispuesto en el artículo 136 del C .C.A.(Código derogado por el artículo 309 de la Ley 1437 de 2011, Rige a partir de los dos (2) de julio del año 2012-Subrogado por el artículo 44 de la Ley 446 de 1998.)

Si vencido el plazo anteriormente establecido no se ha realizado la liquidación, ***la misma podrá ser realizada en cualquier tiempo dentro delos dos años siguientes al vencimiento del término a que se refiere los incisos anteriores, de mutuo acuerdo o unilateralmente,*** sin perjuicio de lo previsto en el artículo 136 del C.C.A. (Código derogado por el artículo 309 de la Ley 1437 de 2011. Rige a partir de los dos (2) de julio del año 2012.-Subrogado por el artículo 44 de la Ley 446 de 1998.)

Los contratistas tendrán derecho a efectuar salvedades a la liquidación por mutuo acuerdo, y en este evento la liquidación unilateral solo procederá en relación con los aspectos que no haya sido objeto de acuerdo. "Negrilla y subrayado fuera de texto.

Qué, en palabras del Consejo de Estado "(...) el termino de caducidad del medio de control de controversias contractuales en contratos de liquidación bilateral extemporánea frente a los plazos legales o convencionales establecidos para ello. Formula de solución: En el evento en que la liquidación bilateral del contrato se haya practicado luego de vencido el termino pactado o supletorio (de 4 meses). Para su adopción por mutuo acuerdo y del periodo (de 2 meses) en que la administración es habilitada para proferirla unilateralmente, pero dentro de los (2) años posteriores al vencimiento del plazo para la liquidación unilateral, el conteo del término de caducidad del medio de control de controversias contractuales debe iniciar a partir del día siguiente a la firma del acta de liquidación de mutuo acuerdo del contrato "Negrilla y subrayado fuera de texto.

Que, la oficina de contratación apoya la revisión jurídica de la liquidación del contrato en razón a que el supervisor del contrato es el encargado del seguimiento jurídico, técnico y financiero de la ejecución teniendo en cuenta lo deberes establecidos en el art 38 de la ley 1952 de 2019 y las actividades contempladas en art 3 de la ley 617 del 2000.

SALVEDADES

Por parte de la Entidad Contratante no existen salvedades.

FIRMAS DEL ACTA

De conformidad con el balance efectuado, se deja constancia que el contratista ha cumplido con las especificaciones del contrato y los pagos realizados por concepto de seguridad social de las cuales se efectúa las retenciones de ley para cumplir las obligaciones tributarias a su cargo, por lo cual las partes se declaran a paz y salvo por todo concepto, una vez la Gobernación del Departamento consigne a favor del contratista el saldo por valor de:

CUARENTA Y UN MILLONES CUARENTA MIL PESOS MLC $41.040.000,00, Valor al que se le deberá descontar los impuestos de ley y obligaciones a cargo del contratista.

Para constancia de lo anterior, las partes acuerdan firmar la presente Acta de Liquidación de mutuo acuerdo, de conformidad con lo establecido en el artículo 60 de la Ley 80 de 1993 y 11 de la Ley 1150 de 2007 con los soportes de información del beneficiario.

Dada en Mocoa, a los 02 días del mes de noviembre de 2023.

El Contratista:	El Supervisor:	El Ordenador del Gasto:
MONICA YADIRA MONTOYA PEREZ C.C. **1.124.852.293** de Mocoa (M)	**KAROLINE STEFANIE INCHIMA LUNA** Secretaria de Desarrollo Social Departamental	**KARIN LARISSA MORA BURBANO** Secretaria de Servicios Administrativos Departamental con funciones de Ordenador del Gasto según Decreto N° 218 del 30/06/2023
Firma	Firma	Firma

Proyectó C.T.:	*Gehisselith Maghally Paja Becoche*	*P. A. de la Secretaría de Desarrollo Social Departamental*	
Reviso C.T.:	*Yine Getial Muñoz*	*Profesional Universitario de la SDSD*	
Reviso C.J.:	*Jessika Estefanía Ramos Zamudio*	*P.U. Jurídico de la Secretaría de Desarrollo Social Departamental*	
Revisó C.J:	*Karla Julieth Rodríguez Díaz*	*Abogado de la Oficina de Contratación Departamental*	
Revisó C.J:	*Nelson Francisco Rincón Moreno*	*Jefe Oficina de Contratación Departamental.*	
Reviso C.J:	*Cristian Yair García Culchac*	*Apoyo Jurídico – Secretaría de Servicios Administrativos*	