



REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCIMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 08 MES 09 AÑO 2023

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

II. Datos del propietario													
Nombre: Lucila Brans de M.								T.I./C.C. 24494610					
Dirección: Ht # 1 mz 33-22								Teléfono: 3103666118					
E-mail:								Sishe: SI ☐ NO ☒ Nivel 1 ☐ 2 ☒ 3 ☐					

PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

*Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinario.

YO Lucila Brans Identificado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada pepa, especie canino ☒ felino ☒ DECLARO, SOLICITO, A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario LUIS ALEJANDRO GIRALDO G, m.v.z tarjeta profesional No 43906 Contratado por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT, para que realice cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquitectomía bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído ,comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía o post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida , aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento , SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este consentimiento , exonerar civil y penalmente a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z Luis Alejandro Giraldo ,por las posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento , incluyendo la muerte , así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas ,educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre , YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA ,Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS , PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS ,SARPULLIDOS DE LA PIEL , CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO ,PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE .YO exonerar a la FUNDACION NARURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y AL M,V,Z LUIS ALEJANDRO GIRALDO , de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad , también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animal ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día ,que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza , edad minimizando los riesgos .que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias E Infeccione post operatorias

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

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE

FECHA

OBSERVACIONES

X Lucila Brans



Registro válido

A3

Fecha de consulta:

23/10/2023

Ficha:

63401012548000000011

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: LUCILA

Apellidos: BRAND DE MEJIA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24494610

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

12/07/2019

Última actualización ciudadano:

25/07/2019

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección:

Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono:

7542444

Correo Electrónico:

sisben@latebaida-quindio.gov.co



REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCESAMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 02 MES 09 AÑO 2023

I. Datos de la mascota																														
Nombre			Niña						Sexo: M ☒ H ☐			Sisben																		
Especie			Canino ☐ Felino ☒						raza ☐						Peso Aprox.															
Edad			7 años						Color						Pelaje Negra			Vacunas si ☒ no ☐												
Estado de salud			buena ☒						regular ☐			mala ☐																		
Fiebre			si		no		Diarrea		si		no		Vomito		si		no		Inapetencia		si		no		Gripes		si		no	
Heridas			si		no		Tto veterinario		si		no		Celo		si		no		Lactancia		si		no		Ayunas		si		no	
Estado corporal			normal ☒						desnutrido ☐						soberest ☐															

II. Datos del propietario														
Nombre: Monzal Godoy										T.I./C.C. 1097737734				
Dirección: Olvella con merino casa 63										Teléfono: 314 610 4033				
E-mail:										Sisben: SI ☒ NO ☐ Nivel 1 ☒ 2 ☐ 3 ☐				

PROCEDIMIENTO VETERINARIO
Ley 566/2000 Art. 26

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

*Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinaria.

YO Monzal Identificado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada -----, especie canino ----- felino ☒ DECLARO, SOLICITO, A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario LUIS ALEJANDRO GIRALDO G, m.v.z tarjeta profesional No 43906 Contratado por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT, para que realice cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomía bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído ,comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía o el post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida , aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento , SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este consentimiento , exoneró civil y penalmente a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z Luis Alejandro Giraldo ,por las posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento , incluyendo la muerte , así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas ,educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre , YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA ,Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS , PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS ,SARPULLIDOS DE LA PIEL , CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO ,PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE .YO exoneró a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y AL M,V,Z LUIS ALEJANDRO GIRALDO , de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad , también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animal ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día ,que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza , edad minimizando los riesgos .que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias E Infeccione post operatorias

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

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE

Monzal Godoy

OBSERVACIONES



Registro válido

A1

Fecha de consulta:

23/10/2023

Ficha:

63401559750400000221

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MARISOL

Apellidos: GODOY

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1097731134

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

28/04/2023

Última actualización ciudadano:

28/04/2023

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección:

Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono:

7542444

Correo Electrónico:

sisben@latebaida-quindio.gov.co



REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCIMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 08 MES 09 AÑO 2023

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

II. Datos del propietario													
Nombre: Johana Alexandra Garm										T.I./C.C. 41871632			
Dirección: Calles 4A #5-45, 14 g/av										Teléfono: 3104140686			
E-mail: Calles 4A #5-45, 14 g/av										Sisben: SI ☐ NO ☐ Nivel 1 ☒ 2 ☐ 3 ☐			

PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

*Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinaria.

YO Johana Alexandra Garm identifico (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Rocky, especie canino A felino ----- DECLARO, SOLICITO, A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario **LUIS ALEJANDRO GIRALDO G**, m.v.z tarjeta profesional No 43906 Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT**, para que realice cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquidectomía bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído ,comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía o el post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida , aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento , SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este consentimiento , exonerar civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z Luis Alejandro Giraldo** , por las posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento , incluyendo la muerte , así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas ,educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre , YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA , Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS , PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS ,SARPULLIDOS DE LA PIEL , CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO ,PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCASIONES LA MUERTE .YO exonerar a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y AL M,V,Z LUIS ALEJANDRO GIRALDO** , de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad , también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animal ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día ,que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza , edad minimizando los riesgos .que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias E Infeccion post operatorias

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

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE

FECHA

OBSERVACIONES

19-08-2023

Nombre:
Apellido:
Cedula:
Numero:
Direccion: Barrio:



tati benaudez

3116284255

Catita carey

pendiente vacuna,
formato.

Registro válido

B2

Fecha de consulta:

23/10/2023

Ficha:

63401021548800001097

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: JOHANNA ALEXANDRA

Apellidos: GUAPACHA QUINTERO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 41871632

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

22/07/2019

Última actualización ciudadano:

11/09/2019

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección:

Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono:

7542444

Correo Electrónico:

sisben@latebaida-quindio.gov.co



ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

FUNAT

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEDIMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 06 MES 09 AÑO 2023

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

II. Datos del propietario											
Nombre: ADRIANA LOPEZ H						T.I./C.C. 29606075					
Dirección: H/H 1 m7 32-16						Teléfono: 3234494033					
E-mail:						Sisben: SI ☐ NO ☐ Nivel 1 ☐ 2 ☒ 3 ☐					

PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

*Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinaria.

YO ADRIANA LOPEZ H Identificado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada mask, especie canino ☒ felino ☐ DECLARO, SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario LUIS ALEJANDRO GIRALDO G, m.v.z tarjeta profesional No 43906 Contratado por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT, para que realice cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomía bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído, comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía o el post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida, aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento, SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este consentimiento, exonerar civil y penalmente a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z Luis Alejandro Giraldo, por las posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento, incluyendo la muerte, así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas, educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre, YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES, SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS, SARPULLIDOS DE LA PIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCASIONES LA MUERTE. YO exonero a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y AL M,V,Z LUIS ALEJANDRO GIRALDO, de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad, también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animal ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día, que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza, edad minimizando los riesgos. que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias E Infeccione post operatorias

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

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE

OBSERVACIONES



| MATEO. ✨

Registro válido

B1

Fecha de consulta:

23/10/2023

Ficha:

63401016548400000057

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: LUZ ADRIANA

Apellidos: LOPEZ HERNANDEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24606075

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

16/12/2020

Última actualización ciudadano:

16/12/2020

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección:

Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono:

7542444

Correo Electrónico:

sisben@latebaida-quindio.gov.co



REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEDIMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 05 MES 09 AÑO 2023

I. Datos de la mascota																			
Nombre			Mailo			Sexo: M ☐ H ☒			Sisben										
Especie			Canino ☐ Felino ☒			raza ☐						Peso Aprox.							
Edad 10 meses			Color blanco-rosado			Pelaje			Vacunas si ☒ no ☐										
Estado de salud			buena ☒			regular ☐			mala ☐										
Fiebre		si	no	Diarrea		si	no	Vomito		si	no	Inapetencia		si	no	Golpes		si	no
			☒				☒				☒				☒				☒
Heridas		si	no	Tto veterinario		si	no	Celo		si	no	Lactancia		si	no	Ayunas		si	no
			☒				☒				☒				☒				☒
Estado corporal			normal ☒			desnutrido ☐			soberest ☐										

II. Datos del propietario														
Nombre: Karol Dariana Sanchez										T.I./C.C. 100 504 83 11				
Dirección: Mz E 3 casa 5 Bl conarito										Teléfono: 321 6634379				
E-mail:										Sisben: SI ☐ NO ☒ Nivel 1 ☒ 2 ☐ 3 ☐				

PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

*Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinaria.

YO Karol Sanchez Identificado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Mailo, especie canino ☒ felino ☐ DECLARO, SOLICITO, A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario **LUIS ALEJANDRO GIRALDO G**, m.v.z tarjeta profesional No 43906 Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT**, para que realice cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomía bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído, comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía o el post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida, aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento, SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este consentimiento, exonerar civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z Luis Alejandro Giraldo**, por las posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento, incluyendo la muerte, así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas, educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre, YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES, SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS, SARPULLIDOS DE LA PIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCASIONES LA MUERTE. YO exonero a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y AL M,V,Z LUIS ALEJANDRO GIRALDO**, de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad, también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animal ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día, que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza, edad minimizando los riesgos. que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias E Infeccione post operatorias

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

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE

Karol Dariana Sanchez Cardona

OBSERVACIONES



Registro válido

B4

Fecha de consulta:

23/10/2023

Ficha:

63401556750600006988

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: KAROL DAYANA

Apellidos: SANCHEZ CARDONA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1005098311

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

17/05/2022

Última actualización ciudadano:

17/05/2022

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección:

Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono:

7542444

Correo Electrónico:

sisben@latebaida-quindio.gov.co



ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

FUNAT

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEDIMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 05 MES 09 AÑO 2023

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

II. Datos del propietario											
Nombre: Ledy Muñoz						T.I./C.C. 1096032039					
Dirección: Villa Maria mana A casa 1						Teléfono: 321824706					
E-mail:						Sisben: SI ☐ NO ☐ Nivel 1 ☒ 2 ☐ 3 ☐					

PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

*Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinaria.

YO Ledy Muñoz Identificado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Kima, especie canino ☒ felino ☐ DECLARO, SOLICITO, A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario LUIS ALEJANDRO GIRALDO G, m.v.z tarjeta profesional No 43906 Contratado por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT, para que realice cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomía bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído, comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía o el post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida, aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento, SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este consentimiento, exoneró civil y penalmente a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z Luis Alejandro Giraldo, por las posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento, incluyendo la muerte, así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas, educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre, YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES, SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS, SARPULLIDOS DE LA PIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE. YO exoneró a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y AL M,V,Z LUIS ALEJANDRO GIRALDO, de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad, también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animal ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día, que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza, edad minimizando los riesgos. que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias E Infeccione post operatorias

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

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE Ledy Johana Muñoz

OBSERVACIONES



Registro válido

A3

Fecha de consulta:

23/10/2023

Ficha:

63401006547400000481

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: LEDY YOANA

Apellidos: MUÑOZ AGUDELO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1096032039

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

21/01/2021

Última actualización ciudadano:

21/01/2021

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección:

Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono:

7542444

Correo Electrónico:

sisben@latebaida-quindio.gov.co



REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCESAMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 04 MES 09 AÑO 2023

Sisben

I. Datos de la mascota																			
Nombre		Kitty				Sexo: M ☒ H ☐													
Especie		Canino ☐ Felino ☒				raza		Peso Aprox.											
Edad		6 meses		Color		gris		Pelaje		Vacunas si ☐ no ☒									
Estado de salud		buena ☒				regular ☐				mala ☐									
Fiebre		si ☐ no ☒		Diarrea		si ☐ no ☒		Vomito		si ☐ no ☒		Inapetencia		si ☐ no ☒		Golpes		si ☐ no ☒	
Heridas		si ☐ no ☒		Tto veterinario		si ☐ no ☒		Celo		si ☐ no ☒		Lactancia		si ☐ no ☒		Ayunas		si ☐ no ☒	
Estado corporal		normal ☒				desnutrido ☐				soberest ☐									

II. Datos del propietario			
Nombre: Juliana Varela		T.I./C.C. 7095208812	
Dirección: Bl 11 bosque mz 4656		Teléfono: 321 4148983	
E-mail:		Sisben: SI ☐ NO ☒ Nivel 1 ☒ 2 ☐ 3 ☐	

PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

*Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinario.

YO Juliana Identificado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada -----, especie canino ----- felino ☒ DECLARO, SOLICITO, A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario LUIS ALEJANDRO GIRALDO G, m.v.z tarjeta profesional No 43906 Contratado por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT, para que realice cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquitectomía bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído, comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía o

post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida, aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento, SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este consentimiento, exonerar civil y penalmente a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z Luis Alejandro Giraldo, por las posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento, incluyendo la muerte, así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas, educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre, YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES, SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS, SARPULLIDOS DE LA PIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCASIONES LA MUERTE. YO exonerar a la FUNDACION NARURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y AL M,V,Z LUIS ALEJANDRO GIRALDO, de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad, también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animal ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día, que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza, edad minimizando los riesgos. que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias E Infeccione post operatorias

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

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE

FECHA

X Juliana Varela Gouiria

OBSERVACIONES -----



Registro válido

A2

Fecha de consulta:

23/10/2023

Ficha:

63401556750600008894

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MARLIN JULIAN

Apellidos: VARELA GAVIRIA

Tipo de documento: Tarjeta de identidad

Número de documento: 1095208812

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

30/12/2022

Última actualización ciudadano:

19/01/2023

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección:

Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono:

7542444

Correo Electrónico:

sisben@latebaida-quindio.gov.co



REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEDIMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 02 MES 09 AÑO 2023

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

II. Datos del propietario	
Nombre:	KATHUSKA ZERPA
Dirección:	HA estación
E-mail:	
T.I./C.C.	7195801
Teléfono:	3162531155
Sisben:	SI ☐ NO ☐ Nivel 1 ☐ 2 ☒ 3 ☐

PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

*Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinaria.

YO KATHUSKA ZERPA identifico (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Sacha V., especie canino ☒ felino ☐ DECLARO, SOLICITO, A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario **LUIS ALEJANDRO GIRALDO G.**, m.v.z tarjeta profesional No 43906 Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT**, para que realice cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomía bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído, comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía o el post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida, aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento, SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este consentimiento, exonerar civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z Luis Alejandro Giraldo**, por las posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento, incluyendo la muerte, así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas, educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre, YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES, SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS, SARPULLIDOS DE LA PIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCASIONES LA MUERTE. YO exonerar a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y AL M,V,Z LUIS ALEJANDRO GIRALDO**, de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad, también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animal ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día, que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza, edad minimizando los riesgos. que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias E Infeccione post operatorias

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

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE

FECHA

OBSERVACIONES



Fecha de consulta:

23/10/2023

A5

Ficha:

63401556749400009823

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: KATHIUSKA MARIA

Apellidos: ZERPA ASTUDILLO

Tipo de documento: Permiso Por Protección Temporal

Número de documento: 7195801

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

25/11/2022

Última actualización ciudadano:

25/11/2022

Última actualización via registros administrativos:

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

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección:

Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono:

7542444

Correo Electrónico:

sisben@latebaida-quindio.gov.co



REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCAMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 07 MES 09 AÑO 2023 Sisben

I. Datos de la mascota											
Nombre		Emily				Sexo: M ☐ H ☒					
Especie		Canino ☒ Felino ☐		raza		Peso Aprox.					
Edad		Color		Pelaje		Vacunas si ☐ no ☐					
Estado de salud		buena ☐		regular ☐		mala ☐					
Fiebre		si ☐ no ☒		Diarrea		si ☐ no ☒		Vomito		si ☐ no ☒	
Heridas		si ☐ no ☒		Tto veterinario		si ☐ no ☒		Celo		si ☐ no ☒	
Estado corporal		normal ☐		desnutrido ☐		soberest ☐					

II. Datos del propietario	
Nombre: Diego Cardona	
Dirección: M2 R 2 Ciudadela	
E-mail: m2r2ciudadela	
T.I./C.C. 6559199	
Teléfono: 3116118571	
Sisben: SI ☐ NO ☐ Nivel 1 ☐ 2 ☒ 3 ☐	

PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

*Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinario.

YO Diego Cardona Identificado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada _____, especie canino _____ felino _____ DECLARO, SOLICITO, A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario **LUIS ALEJANDRO GIRALDO G**, m.v.z tarjeta profesional No 43906 Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT**, para que realice cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomía bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído ,comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía o post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida , aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento , SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este consentimiento , exonerar civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z Luis Alejandro Giraldo**, por las posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento , incluyendo la muerte , así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas ,educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre , YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA , Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS , PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS ,SARPULLIDOS DE LA PIEL , CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO ,PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE .YO exonerar a la **FUNDACION NARURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y AL M,V,Z LUIS ALEJANDRO GIRALDO** , de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad , también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animal ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día ,que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza , edad minimizando los riesgos .que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias E Infeccione post operatorias

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

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE

FECHA

OBSERVACIONES



Registro válido

C4

Fecha de consulta:

23/10/2023

Ficha:

63401558749400000149

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: DIEGO ALBERTO

Apellidos: CARDONA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 6559199

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

11/08/2023

Última actualización ciudadano:

27/09/2023

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección:

Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono:

7542444

Correo Electrónico:

sisben@latebaida-quindio.gov.co



ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023



REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCESAMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 02 MES 09 AÑO 2023

Sisben

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

II. Datos del propietario														
Nombre: Olga Lucia Casas										T.I./C.C. 24491451				
Dirección: calle 10 6-58										Teléfono: 300 810 2831				
E-mail:										Sisben: SI ☐ NO ☐ Nivel 1 ☒ 2 ☐ 3 ☐				

PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

*Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinario.

YO Olga Lucia Identificado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Martina, especie canino ----- felino ☒ DECLARO, SOLICITO, A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario **LUIS ALEJANDRO GIRALDO G**, m.v.z tarjeta profesional No 43906 Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT**, para que realice cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomía bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído ,comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía o post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida , aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento , SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este consentimiento , exoner civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z Luis Alejandro Giraldo** ,por las posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento , incluyendo la muerte , así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas ,educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre , YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA ,Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS , PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS ,SARPULLIDOS DE LA PIEL , CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO ,PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE .YO exonero a la **FUNDACION NARURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y AL M,V,Z LUIS ALEJANDRO GIRALDO** , de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad , también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animal ya que el dueño o responsable del crea que tales costos están relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día ,que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza , edad minimizando los riesgos .que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias E Infeccione post operatorias

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

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE

FECHA

Olga Lucia Casas

OBSERVACIONES



Registro válido

C1

Fecha de consulta:

23/10/2023

Ficha:

63401013548100000269

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: OLGA LUCIA

Apellidos: CASAS SANCHEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24497457

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

01/07/2021

Última actualización ciudadano:

01/07/2021

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección:

Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono:

7542444

Correo Electrónico:

sisben@latebaida-quindio.gov.co



REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCIMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 01 MES 09 AÑO 2023

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

II. Datos del propietario													
Nombre: JOHANA Cardona								T.I./C.C. 1004791105					
Dirección: las orquideas man D casa #3								Teléfono: 311698734					
E-mail:								Sisben: SI ☐ NO ☐ Nivel 1 ☒ 2 ☐ 3 ☐					

PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

*Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinario.

YO Johana Cardona Identificado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Duke, especie canino ☐ felino ☒ DECLARO, SOLICITO, A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario **LUIS ALEJANDRO GIRALDO G**, m.v.z tarjeta profesional No 43906 Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT**, para que realice cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomía bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído ,comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía o

post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida , aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento , SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este consentimiento , exonerar civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z Luis Alejandro Giraldo** ,por las posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento , incluyendo la muerte , así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas ,educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre , YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA ,Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS , PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS ,SARPULLIDOS DE LA PIEL , CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO ,PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE .YO exonerar a la **FUNDACION NARURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y AL M,V,Z LUIS ALEJANDRO GIRALDO** , de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad , también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animal ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día ,que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza , edad minimizando los riesgos .que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias E Infeccione post operatorias

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

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE

Johana Cardona
1004791105

FECHA

OBSERVACIONES



Registro válido

B6

Fecha de consulta:

29/08/2023

Ficha:

63401021548800000710

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: JOHANA PATRICIA

Apellidos: CARDONA LATORRE

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1004791105

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

13/01/2023

Última actualización ciudadano:

13/01/2023

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección:

Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono:

7542444

Correo Electrónico:

sisben@latebaida-quindio.gov.co

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCIMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 01 MES 09 AÑO 2023

5

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

II. Datos del propietario	
Nombre: Rosalba Sánchez	T.I./C.C. A1071805
Dirección: Orquídeas metro D casa 7	Teléfono: 3015838820
E-mail:	Sisben: SI ☐ NO ☐ Nivel 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐

PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

*Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinario.

YO Rosalba Sanchez identifico (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Wanda, especie canino ----- felino X----- DECLARO, SOLICITO ,A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario **LUIS ALEJANDRO GIRALDO G**, m.v.z tarjeta profesional No **43906** Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBaida, FUNAT** ,para que realice cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomía bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído ,comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía o

post operatorio y que se justifican por una mejora de vida , aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento , SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este consentimiento , exonerar civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBaida, FUNAT Y AL M,V,Z Luis Alejandro Giraldo** , por las posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento , incluyendo la muerte , así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas , educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre , YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA , Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS , PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS , SARPULLIDOS DE LA PIEL , CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO , PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCASIONES LA MUERTE .YO exonerar a la **FUNDACION NARURALEZA ANIMAL TEBaida Y AL M,V,Z LUIS ALEJANDRO GIRALDO** , de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad , también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animal ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día , que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza , edad minimizando los riesgos .que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias E Infeccione post operatorias

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

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE *Rosalia Sandoz* FECHA

OBSERVACIONES



Registro válido

A5

Fecha de consulta:

31/08/2023

Ficha:

63401070749200000005

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ROSALBA

Apellidos: SANCHEZ PEREA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 41871805

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

19/05/2020

Última actualización ciudadano:

19/05/2020

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección:

Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono:

7542444

Correo Electrónico:

sisben@latebaida-quindio.gov.co



REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCIMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 04 MES 09 AÑO 2023

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

II. Datos del propietario													
Nombre: Marm A Betancuth								T.I./C.C. 66723324					
Dirección: M# y mz								Teléfono:					
E-mail: M# y mz								Sisben: SI ☐ NO ☐ Nivel 1 ☐ 2 ☒ 3 ☐					

PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

*Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinario.

YO Maklin Yurani Identificado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Malu, especie canino ☒ felino ☐ DECLARO, SOLICITO, A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario **LUIS ALEJANDRO GIRALDO G**, m.v.z tarjeta profesional No 43906 Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT**, para que realice cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomía bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído ,comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía o

post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida , aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento , SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este consentimiento , exonerar civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z Luis Alejandro Giraldo** ,por las posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento , incluyendo la muerte , así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas ,educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre , YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA ,Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS , PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS ,SARPULLIDOS DE LA PIEL , CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO ,PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE .YO exonerar a la **FUNDACION NARURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y AL M,V,Z LUIS ALEJANDRO GIRALDO** , de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad , también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animal ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día ,que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza , edad minimizando los riesgos .que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias E Infeccione post operatorias

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

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE

FECHA

OBSERVACIONES



Registro válido

B2

Fecha de consulta:

24/08/2023

Ficha:

63401072649200000455

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA AIDELLY

Apellidos: BETANCOURT TORO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 66723324

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

13/08/2021

Última actualización ciudadano:

13/08/2021

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección:

Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono:

7542444

Correo Electrónico:

sisben@latebaida-quindio.gov.co



REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCESAMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 05 MES 09 AÑO 2023

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

II. Datos del propietario														
Nombre: Patricia Vaguer										T.I./C.C. 20 755899				
Dirección: Nueva Tebaida Etapa 7 M276 Cda 7										Teléfono: 395 782 9434				
E-mail:										Sisben: SI ☒ NO ☐ Nivel 1 ☒ 2 ☐ 3 ☐				

PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

*Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinario.

YO Patricia Vaguer Identificado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Zafira, especie canino ☒ felino ☐ DECLARO, SOLICITO, A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario LUIS ALEJANDRO GIRALDO G, m.v.z tarjeta profesional No 43906 Contratado por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT, para que realice cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomía bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído, comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía o el post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida, aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento, SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este consentimiento, exonero civil y penalmente a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z Luis Alejandro Giraldo, por las posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento, incluyendo la muerte, así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas, educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre, YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES, SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS, SARPULLIDOS DE LA PIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE. YO exonero a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y AL M,V,Z LUIS ALEJANDRO GIRALDO, de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad, también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animal ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día, que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza, edad minimizando los riesgos. que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias E Infeccione post operatorias

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

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE
Patricia Vaguer
OBSERVACIONES



Registro actualizado

B3

Fecha de consulta:

05/09/2023

Ficha:

63401021548800000062

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA PATRICIA

Apellidos: BAQUERO DUQUE

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 20755899

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

02/06/2023

Última actualización ciudadano:

02/06/2023

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección:

Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono:

7542444

Correo Electrónico:

sisben@latebaida-quindio.gov.co



REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEDIMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 06 MES 09 AÑO 2023

I. Datos de la mascota									
Nombre		Gato		Sexo: M ☒ F ☐		Raza		Peso Aprox.	
Especie		Canino ☐ Felino ☒		Color		Peleje		Vacunas si ☐ no ☒	
Edad		buena		regular		mala			
Estado de salud		si ☐ no ☐		si ☐ no ☐		si ☐ no ☐		si ☐ no ☐	
Fiebre		si ☐ no ☐		si ☐ no ☐		si ☐ no ☐		si ☐ no ☐	
Heridas		si ☐ no ☐		si ☐ no ☐		si ☐ no ☐		si ☐ no ☐	
Estado corporal		normal ☒		desnutrido ☐		sobrest ☐			

II. Datos del propietario	
Nombre: Diana Marcela Jimenez	
Dirección: Nueva Tebaida manz 18 #17	
Teléfono: 310 498 7946	
T.I./C.C. 4096033849	
E-mail:	
Sisben: SI ☐ NO ☐ Nivel 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	

PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

*Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinaria.

YO Diana Jimenez Identificado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Gato, especie canino X felino DECLARO, SOLICITO, A UTORIZO Y FIRMO EL consentimiento Al Médico Veterinario LUIS ALEJANDRO GIRALDO G, m.v.z tarjeta profesional No 43906 Contratado por la FUNDACION NATURALIZA ANIMAL TEBADA, FUNAT, para que realice cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomía bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído, comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía o el post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida, aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento, Se me ha informado el derecho de rechazar o revocar este consentimiento, exonerar civil y penalmente a la FUNDACION NATURALIZA ANIMAL TEBADA, FUNAT Y AL M.V.Z Luis Alejandro Giraldo, por las posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento, incluyendo la muerte, así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas, educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre, VO ENTENDIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTENDIENDO QUE TAMBIEN ENTENDIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES, SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS, SARPULLIDOS DE LA PIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE. VO exonero a la FUNDACION NATURALIZA ANIMAL TEBADA Y AL M.V.Z LUIS ALEJANDRO GIRALDO, de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad, también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animal ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día, que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepática o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza, edad minimizando los riesgos, que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias e infecciones post operatorias

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

operatorio y la formula médica

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE Diana Jimenez T.C.M.A

OBSERVACIONES



Registro válido

A4

Fecha de consulta:

05/09/2023

Ficha:

63401556749400001590

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: DIANA MARCELA

Apellidos: JIMENEZ QUINAYAS

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1096033849

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

13/08/2021

Última actualización ciudadano:

13/08/2021

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección:

Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono:

7542444

Correo Electrónico:

sisben@latebaida-quindio.gov.co

1

3124315402

20



ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023



REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEDIMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 07 MES 09 AÑO 2023

Sisben

I. Datos de la mascota																			
Nombre: <u>Bella - Perla</u>				Sexo: <u>M</u> ☐ <u>H</u> ☒															
Especie: <u>Amnaly</u>				Canino ☐ Felino ☐		Raza: <u>SC</u>		Peso Aprox.											
Edad:				Color:		Pelaje:		Vacunas si ☐ no ☐											
Estado de salud: <u>buena</u> ☒				regular ☐				mala ☐											
Fiebre		si	no	Diarrea		si	no	Vomito		si	no	Inapetencia		si	no	Golpes		si	no
Heridas		si	no	Tto veterinario		si	no	Celo		si	no	Lactancia		si	no	Ayunas		si	no
Estado corporal: <u>normal</u> ☐				desnutrido ☐				soberest ☐											

II. Datos del propietario													
Nombre: <u>Jenny M Molina</u>								T.I./C.C. <u>1096035772</u>					
Dirección: <u>Cubel y m28-7</u>								Teléfono: <u>3186229648</u>					
-mail:								Sisben: SI ☐ NO ☐ Nivel 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐					

PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

*Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinaria.

YO Jenny M Molina Identificado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada _____, especie canino _____ felino _____ DECLARO, SOLICITO, A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario **LUIS ALEJANDRO GIRALDO G**, m.v.z tarjeta profesional No 43906 Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT**, para que realice cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomía bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído ,comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía o el post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida , aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento , SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este consentimiento , exonerar civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z Luis Alejandro Giraldo** ,por las posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento , incluyendo la muerte , así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas ,educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre , YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA ,Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS , PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS ,SARPULLIDOS DE LA PIEL , CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO ,PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE .YO exonerar a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y AL M,V,Z LUIS ALEJANDRO GIRALDO** , de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad , también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animal ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día ,que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza , edad minimizando los riesgos .que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias E infeccione post operatorias

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

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE

X Jenny Molina
FECHA

OBSERVACIONES





ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCESAMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 07 MES 09 AÑO 2023

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

II. Datos del propietario													
Nombre: Jey Molina								T.I./C.C. 1096035772					
Dirección: Ciudad de M78-7								Teléfono: 3156829648					
E-mail:								Sisben: SI ☒ NO ☐ Nivel 1 ☐ 2 ☒ 3 ☐					

PROCEDIMIENTO VETERINARIO
Ley 566/2000 Art. 26

FOE

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

*Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinario.

YO Jey Molina Identificado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada _____, especie canino _____ felino _____ DECLARO, SOLICITO, A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario **LUIS ALEJANDRO GIRALDO G**, m.v.z tarjeta profesional No 43906 Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT**, para que realice cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomía bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído ,comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía o el post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida , aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento , SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este consentimiento , exoneró civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z Luis Alejandro Giraldo** ,por las posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento , incluyendo la muerte , así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas ,educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre , YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA ,Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS , PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS ,SARPULLIDOS DE LA PIEL , CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO ,PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE .YO exoneró a la **FUNDACION NARURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y AL M,V,Z LUIS ALEJANDRO GIRALDO** , de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad , también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animal ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día ,que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza , edad minimizando los riesgos .que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias E Infeccione post operatorias

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

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE

X Jey Molina

OBSERVACIONES _____



Registro válido

A4

Fecha de consulta:

23/10/2023

Ficha:

63401014548200000420

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: YENI MARCELA

Apellidos: MOLINA QUINTERO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1096035772

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

17/07/2019

Última actualización ciudadano:

09/08/2019

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección:

Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono:

7542444

Correo Electrónico:

sisben@latebaida-quindio.gov.co



ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCAMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 23 MES 09 AÑO 2023

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

II. Datos del propietario														
Nombre: Marleny Piedra										T.I./C.C. 24496333				
Dirección: B/Guayacanes MEI 23										Teléfono: 3137481035				
E-mail:										Sisben: SI ☒ NO ☐ Nivel 1 ☐ 2 ☒ 3 ☐				

PROCEDIMIENTO VETERINARIO
Ley 566/2000 Art. 26

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

*Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinario.

YO Marleny Piedra Identificado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada _____, especie canino _____ felino _____ DECLARO, SOLICITO, A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO A LA Médico Veterinario LAURA MARCELA MAZO PATIÑO, M.V.Z, tarjeta profesional No 37991 Contratado por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT, para que realice cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomía bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído, comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida, aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento, SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este consentimiento, exonerar civil y penalmente a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y A LA M,V,Z LAURA MARCELA MAZO P, Por las posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento, incluyendo la muerte, así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas, educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre, YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES, SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS, SARPULLIDOS DE LA PIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE. YO exonerar a la FUNDACION NARURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y A LA M,V,Z LAURA MARCELA MAZO PATIÑO, de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad, también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animal ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día, que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza, edad minimizando los riesgos. que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias E Infeccione post operatorias

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

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE

FECHA

OBSERVACIONES X Marleny Piedra

Fecha de consulta:

23/10/2023

B3

Ficha:

63401018548600000387

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MARLENY

Apellidos: PIEDRAHITA FLOREZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24496333

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

15/07/2020

Última actualización ciudadano:

15/07/2020

Última actualización vía registros administrativos:

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

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección:

Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono:

7542444

Correo Electrónico:

sisben@latebaida-quindio.gov.co

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCAMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 29 MES 09 AÑO 2023

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

II. Datos del propietario													
Nombre: Blanca Tapasco								T.I./C.C. 41872516					
Dirección:								Teléfono: 312 620 2731					
E-mail: Cantato MTF3-13								Sisben: SI ☒ NO ☐ Nivel 1 ☒ 2 ☐ 3 ☐					

PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

*Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinaria.

YO Blanca Tapasco identifico (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Michi, especie canino ----- felino ☒ DECLARO, SOLICITO, A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO A LA Médico Veterinario LAURA MARCELA MAZO PATIÑO, M.V.Z, tarjeta profesional No 37991 Contratado por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT, para que realice cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomía bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído, comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida, aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento, SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este consentimiento, exonerar civil y penalmente a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y A LA M,V,Z LAURA MARCELA MAZO P, Por las posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento, incluyendo la muerte, así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas, educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre, YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES, SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS, SARPULLIDOS DE LA PIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE. YO exonero a la FUNDACION NARURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y A LA M,V,Z LAURA MARCELA MAZO PATIÑO, de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad, también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animal ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día, que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza, edad minimizando los riesgos. que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias E Infeccione post operatorias

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

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE

FECHA

* Argemir Diaz

OBSERVACIONES



Registro válido

Fecha de consulta:

23/10/2023

A2

Ficha:

63401013548100000122

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: BLANCA ISABEL

Apellidos: TAPASCO OSORIO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 41872516

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

12/07/2019

Última actualización ciudadano:

24/09/2019

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección:

Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono:

7542444

Correo Electrónico:

sisben@latebaida-quindio.gov.co



REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCAMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 28 MES 09 AÑO 2023

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

II. Datos del propietario													
Nombre: Eucan Osorio								T.I./C.C. 41109150					
Dirección:								Teléfono: 3018263286					
E-mail: La Nueva Tebaida MZ1-24								Sisben: SI ☒ NO ☐ Nivel 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐					

PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

*Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinario.

YO Eucan Osorio Identificado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada _____, especie canino _____ felino _____ DECLARO, SOLICITO, A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO A LA Médico Veterinario LAURA MARCELA MAZO PATIÑO, M.V.Z, tarjeta profesional No 37991 Contratado por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT, para que realice cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquitectomía bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído, comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida, aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento, SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este consentimiento, exonerar civil y penalmente a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y A LA M,V,Z LAURA MARCELA MAZO P, Por las posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento, incluyendo la muerte, así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas, educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre, YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES, SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS, SARPULLIDOS DE LA PIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE. YO exonerar a la FUNDACION NARURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y A LA M,V,Z LAURA MARCELA MAZO PATIÑO, de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad, también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animal ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día, que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza, edad minimizando los riesgos. que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias E Infeccione post operatorias

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

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE

FECHA

OBSERVACIONES X Eucan Osorio



Fecha de consulta:

23/10/2023

B4

Ficha:

63401556749300000746

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA EUCARIS

Apellidos: OSORIO FLOREZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 41909150

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

04/06/2021

Última actualización ciudadano:

04/06/2021

Última actualización vía registros administrativos:

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

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección:

Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono:

7542444

Correo Electrónico:

sisben@latebaida-quindio.gov.co



REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCIMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 25 MES 09 AÑO 2023 Sigben lgr

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

II. Datos del propietario													
Nombre: Valentina Murillo								T.I./C.C. 1005160373					
Dirección: El eden Caneia 7 Casa 17-17								Teléfono: 3148095223					
E-mail:								Sisben: SI ☐ NO ☐ Nivel 1 ☒ 2 ☐ 3 ☐					

PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

*Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinario.

YO Valentina Murillo Identificado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Kiaia, especie canino ----- felino ☒ DECLARO, SOLICITO, A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO A LA Médico Veterinario LAURA MARCELA MAZO PATIÑO, M.V.Z, tarjeta profesional No 37991 Contratado por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT, para que realice cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquidectomía bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído, comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida, aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento, SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este consentimiento, exonerar civil y penalmente a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y A LA M,V,Z LAURA MARCELA MAZO P, Por las posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento, incluyendo la muerte, así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas, educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre, YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES, SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS, SARPULLIDOS DE LA PIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE. YO exonerar a la FUNDACION NARURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y A LA M,V,Z LAURA MARCELA MAZO PATIÑO, de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad, también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animal ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día, que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza, edad minimizando los riesgos. que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias E Infeccione post operatorias

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

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE

Valentina Murillo S
1005160373

FECHA

OBSERVACIONES



Fecha de consulta:

23/10/2023

C4

Ficha:

63401007547500000204

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: VALENTINA

Apellidos: MURILLO SUAREZ

Tipo de documento: Tarjeta de identidad

Número de documento: 1005160373

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

11/03/2022

Última actualización ciudadano:

11/03/2022

Última actualización via registros administrativos:

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

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección:

Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono:

7542444

Correo Electrónico:

sisben@latebaida-quindio.gov.co



REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCIMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 29 MES 09 AÑO 2023

I. Datos de la mascota																			
Nombre		fita						Sexo: M ☒ H ☒		5									
Especie		Canino ☐ Felino ☒		raza		Peso Aprox.													
Edad		Color		Pelaje		Vacunas si ☐ no ☐													
Estado de salud		buena ☐		regular ☐		mala ☐													
Fiebre		si ☐ no ☒		Diarrea		si ☐ no ☒		Vomito		si ☐ no ☒		Inapetencia		si ☐ no ☒		Golpes		si ☐ no ☒	
Heridas		si ☐ no ☒		Tto veterinario		si ☐ no ☒		Celo		si ☐ no ☒		Lactancia		si ☐ no ☒		Ayunas		si ☒ no ☐	
Estado corporal		normal ☐		desnutrido ☐		soberest ☐													

II. Datos del propietario													
Nombre: Joige Juan Noguera R								T.I./C.C. 1097722092					
Dirección: Hta. Inuacion Cariler								Teléfono: 3103288448					
E-mail:								Sisber: ☒ SI ☐ NO		Nivel 1 ☐ 2 ☒ 3 ☐			

PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

*Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinario.

YO Joige Juan Noguera R Identificado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada gata, especie canino felino ☒ DECLARO, SOLICITO, A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO A LA Médico Veterinario LAURA MARCELA MAZO PATIÑO, M.V.Z, tarjeta profesional No 37991 Contratado por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT, para que realice cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomía bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído, comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida, aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento, SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este consentimiento, exoner civil y penalmente a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y A LA M,V,Z LAURA MARCELA MAZO P, Por las posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento, incluyendo la muerte, así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas, educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre, YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES, SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS, SARPULLIDOS DE LA PIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE. YO exonero a la FUNDACION NARURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y A LA M,V,Z LAURA MARCELA MAZO PATIÑO, de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad, también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animal ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día, que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza, edad minimizando los riesgos. que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias E Infeccione post operatorias

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

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE

FECHA

OBSERVACIONES



Registro válido

Fecha de consulta:

05/09/2023

A5

Ficha:

63401007547500000588

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: JORGE IVAN

Apellidos: NOGUERA REINA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1097722092

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

17/07/2019

Última actualización ciudadano:

04/09/2019

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección:

Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono:

7542444

Correo Electrónico:

sisben@latebaida-quindio.gov.co



Grupo eban

Empresa de Energía del Quindío
EDEQ S.A. ESP NIT: 800.052.640-9.

Somos autorretenedores de servicios públicos domiciliarios y actividades complementarias según RES DIAN - 0547 de Ene/25/02-Grandes Contratantes RES DIAN 012220 de DIC 26/2022 AGENTES RETENEDORES DE IVA Operador de red EDEQ S.A. ESP Carrera 13 No 14-17 Armenia, Quindío. Teléfono 7413100

Factura de venta No.: 44201805

Periodo facturado entre 21/FEB/2023 21/ABR/2023

Fecha de vencimiento: 30/MAY/2023

Suspensión a partir de 31/MAY/2023

Debo pagar en total: \$61,075

"El no pago oportuno de la presente factura constituye un incumplimiento al Contrato de Condiciones Uniformes, lo que da lugar a la suspensión del servicio. Evita cobros adicionales por una eventual suspensión y reconexión del servicio. Contra la decisión de suspensión proceden los recursos de reposición ante EDEQ S.A.ESP y apelación ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios, los cuales deberán interponerse por escrito dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de recibo de esta factura y en los casos antes de la fecha de vencimiento de la misma."

La presente factura presta mérito ejecutivo (Art. 130 Ley 142/94)

y para todos los efectos se asume a una letra de cambio.

Te compartimos el enlace en el que podrás identificar los operadores de red y transmisores nacionales que se acogieron voluntariamente al ajuste de los factores de indexación para el cálculo de los cargos de distribución y transmisión en la tarifa

Ingresar a: www.edeq.com.co/clientes-y-usuarios/tarifas/cumplimiento-res-creg-101-027

Para pagos y consultas, tu

NIU o Código de cuenta es

276026

Tu energía ha sido subsidiada
sin este subsidio pagarías:

\$48,338

Con el subsidio mi ahorro es

-\$29,003

www.edeq.com.co

Aplica solo para usuarios residenciales de estratos 1, 2, 3 hasta consumo de subsistencia

Datos Personales Nombre: NOGUERA REINA JORGE IV Municipio: TEBALDA
Dirección: VIA FERREA CASA LA TORMENTA NIVC C. 109722092
Dirección Postal: Mun Postal:

Datos Técnicos Marca MTX Tipo A1 Circuito 1014- PROMINEX
No. medidor 1451053 Nivel 1 Estrato 1-Bajo-Bajo Tarifa 102-R-1 BIENESTAR
Servicio Residencial Ciclo 71 Grp Cu 102 Ruta 7111148811710

Conceptos de Cobro	Saldo crédito	Consumo KWH	Tarifa \$/KWH	Valor total
CONSUMO ACTIVA	\$0	62	\$779.6459	\$48,338
CUOTA CONSUMO	\$11,304			\$7,382
RECONEXION	\$0			\$13,880
SUBSI TRANSFERENCIA	\$0	62	\$779.6459	-\$29,003

Valor Total \$40,597

Cálculo Consumos / Histórico Consumos

Lec Act Lec Ant Obs Lect Consumo Factor
Consumo activa 10065 10003 62 1

Diferido Decreto MME 517 - 2021

Mes	Difendo	Tasa	Cuotas	Pend	Saldo
ABR	56390	0.00	34	2	2831
JUN	78441	0.00	32	4	8473

ABR 286
JUN 203
AGO 192
OCT 222
DIC 359
FEB 81
MES 62
FROM 221

Alumbrado Público No factura 44201805 Atención CRA 5 12 14 LOCAL 1
Sujeto Activo TEBALDA Fecha vencimiento 30/MAY/2023 Valor mes 1 \$4,135
Sujeto Pasivo NOGUERA REINA JORGE IV Clausula CCU 29 Valor Mes 2 \$4,135
Acuerdo 022-12-2012 NIU 276026 Saldo anterior \$0

Valor Total: \$8,270

Información Servicio de Aseo

URBASER LA TEBALDA		Categoría, RE Estrato: 1		Histórico Recolec	
	Mes 1	Mes 2	Mes 1	Mes 2	Periodo (Mes) Toneladas
Sub/contribución	-70%	-70%	TRBL 0.00500	0.00500	1 0.0000
F Barrio	0	0	TRLU 0.00000	0.00000	2 0.0000
Aforo	0	0	TRNA 0.06380	0.06380	3 0.0000
F Recolec No Aprov	2	2	TRRA 0.00000	0.00000	4 0.0000
F Recolec Aprov	0	0	TRA 0.00000	0.00000	5 0.0000
			TAFNA 0.00000	0.00000	6 0.0000
			TAFB 0.00000	0.00000	

Otros Productos Valor ant Mes 1 Mes 2 Saldo
SUBSIDIO ASEO \$0 -\$14,197 -\$14,281 \$0
CARGO FIJO ASEO \$0 \$20,282 \$20,404 \$0

Información Adicional
Fecha ult. pago 03/MAR/2023
Valor ult. pago \$241,654
Sub/contr -80%
Tasa 0.49%
Facturas vencidas 0
Fecha de Exped 21/ABR/2023

Valor Total: \$12,208

CREG015-2018 (Mes 1)		(Mes 2)	Componente Costo unitario	
C transfer	TERQ0283	TERQ0283	CUV= G+T+D+Cv+PR+R	
DIUG	15.21	15.21	Compra E(G)	373.2877
DIU	427	427	Transmisión(T)	52.3869
HC	0	0	Distribución(D)	315.3362
V/R compensar	\$0	\$0	Restricciones(R)	14.7868
Dt			Pérdidas(PR)	70.5744
Grp calidad	22	22	Comercialización(Cv)	92.8672
FIUG	19	19	Costo U (Cu)	779.6459
FIU	1	1		



REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCIMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 19 MES 09 AÑO 2023

I. Datos de la mascota																			
Nombre		Noah						Sexo: M ☒ H ☐		Sisben									
Especie		Canino ☐ Felino ☒		Raza		Peso Aprox.													
Edad		6 meses		Color		Pelaje		Vacunas si ☒ no ☐											
Estado de salud		buena ☒		regular ☐		mala ☐													
Fiebre		si ☐ no ☒		Diarrea		si ☐ no ☒		Vomito		si ☐ no ☒		Inapetencia		si ☐ no ☒		Golpes		si ☐ no ☒	
Heridas		si ☐ no ☒		Tto veterinario		si ☐ no ☒		Celo		si ☐ no ☒		Lactancia		si ☐ no ☒		Ayunas		si ☒ no ☐	
Estado corporal		normal ☒		desnutrido ☐		soberest ☐													

II. Datos del propietario													
Nombre: Yolanda Ochoa								T.I./C.C. 24496477					
Dirección: Alameda cr 4-a s-6a								Teléfono: 312 338355					
E-mail:								Sisben: SI ☒ NO ☐ Nivel 1 ☒ 2 ☐ 3 ☐					

PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

*Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinario.

YO Yolanda Identif

icaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Noah, especie canino ☒ felino ☐ DECLARO, SOLICITO, A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO A LA Médico Veterinario LAURA MARCELA MAZO PATIÑO, M.V.Z, tarjeta profesional No 37991 Contratado por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT, para que realice cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomía bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído, comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida, aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento, SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este consentimiento, exonerar civil y penalmente a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y A LA M,V,Z LAURA MARCELA MAZO P, Por las posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento, incluyendo la muerte, así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas, educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre, YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES, SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS, SARPULLIDOS DE LA PIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE. YO exonerar a la FUNDACION NARURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y A LA M,V,Z LAURA MARCELA MAZO PATIÑO, de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad, también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animal ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día, que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza, edad minimizando los riesgos. que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias E Infeccione post operatorias

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

RECEIVED

OBSERVACIONES Yolanda O.



Registro válido

Fecha de consulta:

24/10/2023

B6

Ficha:

63401007547500000470

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: YOLANDA

Apellidos: OCHOA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24496471

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

16/07/2019

Última actualización ciudadano:

28/08/2019

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección:

Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono:

7542444

Correo Electrónico:

sisben@latebaida-quindio.gov.co



REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCAMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 25 MES 09 AÑO 2023

Sisben

I. Datos de la mascota																			
Nombre		Gabi				Sexo: M ☐ H ☒													
Especie		Canino ☐ Felino ☒		raza		Peso Aprox.													
Edad		3/1		Color		Pelaje						Vacunas si ☐ no ☒							
Estado de salud		buena ☐		regular ☐		mala ☐													
Fiebre		si ☐ no ☒		Diarrea		si ☐ no ☒		Vomito		si ☐ no ☒		Inapetencia		si ☐ no ☒		Golpes		si ☐ no ☒	
Heridas		si ☐ no ☒		Tto veterinario		si ☐ no ☒		Celo		si ☐ no ☒		Lactancia		si ☐ no ☒		Ayunas		si ☐ no ☒	
Estado corporal		normal ☒		desnutrido ☐		soberest ☐													

II. Datos del propietario											
Nombre: Nallely Serna						T.I./C.C. 1007632685					
Dirección: Cantarito zona D2 casa 7						Teléfono: 3136452864					
E-mail:						Sisben: SI ☒ NO ☐ Nivel 1 ☐ 2 ☒ 3 ☐					

PROCEDIMIENTO VETERINARIO
Ley 566/2000 Art. 26

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

*Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinario.

YO Nallely Serna Identificado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Gabi, especie canino ----- felino ☒ DECLARO, SOLICITO, A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO A LA Médico Veterinario LAURA MARCELA MAZO PATIÑO, M.V.Z, tarjeta profesional No 37991 Contratado por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT, para que realice cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído, comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida, aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento, SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este consentimiento, exonerar civil y penalmente a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y A LA M,V,Z LAURA MARCELA MAZO P, Por las posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento, incluyendo la muerte, así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas, educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre, YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES, SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS, SARPULLIDOS DE LA PIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE. YO exonerar a la FUNDACION NARURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y A LA M,V,Z LAURA MARCELA MAZO PATIÑO, de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad, también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animal ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico, que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día, que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza, edad minimizando los riesgos. que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias E Infeccione post operatorias

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

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE Nallely Serna FECHA 1007632685

OBSERVACIONES -----



Registro válido

A3

Fecha de consulta:

23/10/2023

Ficha:

63401021548800000587

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: NALLELY

Apellidos: SERNA MONCADA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1007632685

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

02/02/2021

Última actualización ciudadano:

02/02/2021

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección:

Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono:

7542444

Correo Electrónico:

sisben@latebaida-quindio.gov.co



ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023

FUNAT

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCIMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 25 MES 09 AÑO 2023 Sisben

I. Datos de la mascota																			
Nombre		Bamba						Sexo: M ☐ H ☒											
Especie		Canino ☐ Felino ☐		raza		☐		Peso Aprox.											
Edad		Color B / N / G / L / B		Peloje				Vacunas si ☐ no ☒											
Estado de salud		buena ☐		regular ☐				mala ☐											
Fiebre		si ☐ no ☐		Diarrea		si ☐ no ☐		Vomito		si ☐ no ☐		Inapetencia		si ☐ no ☐		Golpes		si ☐ no ☐	
Heridas		si ☐ no ☐		Tto veterinario		si ☐ no ☐		Celo		si ☐ no ☐		Lactancia		si ☐ no ☐		Ayunas		si ☐ no ☐	
Estado corporal		normal ☒		desnutrido ☐				soberest ☐											

II. Datos del propietario													
Nombre: Luz Adriana Morales								T.I./C.C. 1096035579					
Dirección: Baquianos m 7na 10 casa 1								Teléfono: 3246505731					
E-mail:								Sisben: SI ☐ NO ☐ Nivel 1 ☒ 2 ☐ 3 ☐					

PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

*Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinario.

YO Luz A. Morales Identif

icaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Bamba, especie canino ----- felino ☒ DECLARO, SOLICITO, A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO A LA Médico Veterinario LAURA MARCELA MAZO PATIÑO, M.V.Z, tarjeta profesional No 37991 Contratado por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT, para que realice cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído, comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida, aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento, SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este consentimiento, exonerar civil y penalmente a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y A LA M,V,Z LAURA MARCELA MAZO P, Por las posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento, incluyendo la muerte, así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas, educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre, YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES, SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS, SARPULLIDOS DE LA PIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE. YO exonero a la FUNDACION NARURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y A LA M,V,Z LAURA MARCELA MAZO PATIÑO, de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad, también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animal ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día, que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza, edad minimizando los riesgos. que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias E infeccione post operatorias

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

OBSERVACIONES

Luz Adriana Morales



Registro válido

A4

Fecha de consulta:

23/10/2023

Ficha:

63401020548700000488

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: LUZ ADRIANA

Apellidos: MORALES MERCHAN

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1096035529

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

17/07/2019

Última actualización ciudadano:

06/08/2019

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección:

Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono:

7542444

Correo Electrónico:

sisben@latebaida-quindio.gov.co



REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCIMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 25 MES 09 AÑO 2023

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

II. Datos del propietario													
Nombre: melba lucia jaramillo										T.I./C.C. 24498436			
Dirección: vereda la argentina finca la punta										Teléfono: 313 595 82 69			
E-mail:										Sisben: SI ☒ NO ☐ Nivel 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐			

PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

*Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinario.

YO melba jaramillo Identif

icaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Sacha, especie canino ☒ felino ☐ DECLARO, SOLICITO, A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO A LA Médico Veterinario LAURA MARCELA MAZO PATIÑO, M.V.Z, tarjeta profesional No 37991 Contratado por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT, para que realice cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído, comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida, aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento, SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este consentimiento, exonerar civil y penalmente a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y A LA M,V,Z LAURA MARCELA MAZO P, Por las posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento, incluyendo la muerte, así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas, educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre, YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES, SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS, SARPULLIDOS DE LA PIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE. YO exonero a la FUNDACION NARURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y A LA M,V,Z LAURA MARCELA MAZO PATIÑO, de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad, también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animal ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día, que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza, edad minimizando los riesgos. que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias E Infeccione post operatorias

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

Amelba jaramillo

OBSERVACIONES



Registro válido

A2

Fecha de consulta:

23/10/2023

Ficha:

63401072649200002017

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MELVA LUCIA

Apellidos: JARAMILLO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24498436

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

16/04/2021

Última actualización ciudadano:

16/04/2021

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección:

Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono:

7542444

Correo Electrónico:

sisben@latebaida-quindio.gov.co



REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEDIMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 06 MES 09 AÑO 2023

I. Datos de la mascota																			
Nombre		Manchitas				Sexo:		☒ H ☒ F		Sisba									
Especie		☒ Canino ☒ Felino		raza		☒		Peso Aprox.											
Edad		Aprox. 1 año		Color		Pelaje		Vacunas si ☐ no ☐											
Estado de salud		buena ☐				regular ☐				mala ☐									
Fiebre		si ☐ no ☒		Diarrea		si ☐ no ☒		Vomito		si ☐ no ☒		Inapetencia		si ☐ no ☒		Golpes		si ☐ no ☒	
Heridas		si ☐ no ☒		Tto		si ☐ no ☒		Celo		si ☐ no ☒		Lactancia		si ☐ no ☒		Ayunas		si ☐ no ☒	
Estado corporal		normal ☐				desnutrido ☐				soberest ☐									

II. Datos del propietario													
Nombre: Candida Rosa Mosquera								T.I./C.C. 52796812					
Dirección: Ht # 2 Mt 53-28								Teléfono: 3136782618					
E-mail:								Sisben ☒ SI ☐ NO Nivel 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐					

PROCEDIMIENTO VETERINARIO

A3

Ley 566/2000 Art. 26

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

*Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinaria.

YO Candida R. Mosquera Identificado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada -----, especie canino ----- felino----- DECLARO, SOLICITO, A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario LUIS ALEJANDRO GIRALDO G, m.v.z tarjeta profesional No 43906 Contratado por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT, para que realice cirugía de esterilización ovari histerectomía y / o orquitectomía bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído ,comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía o ei post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida , aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento , SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este consentimiento , exonero civil y penalmente a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z Luis Alejandro Giraldo ,por las posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento , incluyendo la muerte , así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas ,educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre , YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA , Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS , PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS ,SARPULLIDOS DE LA PIEL , CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO ,PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE .YO exonero a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y AL M,V,Z LUIS ALEJANDRO GIRALDO , de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad , también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animal ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día ,que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza , edad minimizando los riesgos .que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias E Infeccione post operatorias

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

X Candida Rosa Mosquera

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE

FECHA

OBSERVACIONES



in. 10/10/2012

Registro válido

A3

Fecha de consulta:

23/10/2023

Ficha:

63401015548300000163

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: CANDIDA ROSA

Apellidos: MOSQUERA MACHADO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 52796812

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

15/07/2019

Última actualización ciudadano:

22/02/2023

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección:

Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono:

7542444

Correo Electrónico:

sisben@latebaida-quindio.gov.co



REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCAMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 25 MES 09 AÑO 2023

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

II. Datos del propietario													
Nombre: Adam Buitrago								T.I./C.C. 24491927					
Dirección:								Teléfono: 3226334992					
E-mail: pedro londoño mt. 1 - c 8								Sisben: SI ☐ NO ☐ Nivel 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐					

PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

*Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinario.

YO Adam Buitrago Identificado (a) como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada _____, especie canino _____ felino _____ DECLARO, SOLICITO, A TUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO A LA Médico Veterinario LAURA MARCELA MAZO PATIÑO, M.V.Z, tarjeta profesional No 37991 Contratado por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT, para que realice cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquidectomía bajo anestesia general en la condiciones que se han sido propuestas. He leído, comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida, aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento, SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este consentimiento, exonerar civil y penalmente a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y A LA M,V,Z LAURA MARCELA MAZO P, Por las posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento, incluyendo la muerte, así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas, educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre, YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES, SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS, SARPULLIDOS DE LA PIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCASIONES LA MUERTE. YO exonerar a la FUNDACION NARURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y A LA M,V,Z LAURA MARCELA MAZO PATIÑO, de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad, también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animal ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día, que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza, edad minimizando los riesgos. que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias E Infeccione post operatorias

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

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE

x Adam Buitrago
C.C. 24491927

OBSERVACIONES



Registro válido

C1

Fecha de consulta:

23/10/2023

Ficha:

63401018548600000178

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: ADRIANA MARGARITA

Apellidos: BUITRAGO ALVAREZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24497977

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

15/07/2019

Última actualización ciudadano:

19/09/2019

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección:

Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono:

7542444

Correo Electrónico:

sisben@latebaida-quindio.gov.co



REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCAMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 15 MES 09 AÑO 2023

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

II. Datos del propietario											
Nombre: melus L Jaramillo						T.I./C.C. 24498436					
Dirección: Fl L pampa						Teléfono: 3135988269					
E-mail:						Sisben: SI ☐ NO ☐ Nivel 1 ☐ 2 ☒ 3 ☐					

PROCEDIMIENTO VETERINARIO
Ley 566/2000 Art. 26

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

*Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinario.

YO melus Jaramillo Identificado (a) como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada , especie canino ☒ felino ☐ DECLARO, SOLICITO, A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO A LA Médico Veterinario LAURA MARCELA MAZO PATIÑO, M.V.Z, tarjeta profesional No 37991 Contratado por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT, para que realice cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomía bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído, comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida, aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento, SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este consentimiento, exonerar civil y penalmente a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y A LA M,V,Z LAURA MARCELA MAZO P, Por las posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento, incluyendo la muerte, así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas, educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre, YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES, SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS, SARPULLIDOS DE LA PIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE. YO exonerar a la FUNDACION NARURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y A LA M,V,Z LAURA MARCELA MAZO PATIÑO, de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad, también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animal ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día, que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza, edad minimizando los riesgos. que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias E Infeccione post operatorias

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

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE

FECHA

OBSERVACIONES

X melus lucas Jaramillo

24498436



Registro válido

A2

Fecha de consulta:

23/10/2023

Ficha:

63401072649200002017

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MELVA LUCIA

Apellidos: JARAMILLO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24498436

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

16/04/2021

Última actualización ciudadano:

16/04/2021

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección:

Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono:

7542444

Correo Electrónico:

sisben@latebaida-quindio.gov.co



REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCAMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 18 MES 09 AÑO 2023

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

II. Datos del propietario											
Nombre: Angela V. Carcamo						T.I./C.C. 1096038144					
Dirección: Casa No 2-63						Teléfono: 3161655290					
E-mail: allopez						Sisben: SI ☐ NO ☐ Nivel 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐					

PROCEDIMIENTO VETERINARIO
Ley 566/2000 Art. 26

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

*Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinaria.

YO Angela V. Carcamo Identificado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Toby, especie canino ☐ felino ☒ DECLARO, SOLICITO, A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO A LA Médico Veterinario LAURA MARCELA MAZO PATIÑO, M.V.Z, tarjeta profesional No 37991 Contratado por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBaida, FUNAT, para que realice cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomía bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído, comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida, aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento, SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este consentimiento, exonerar civil y penalmente a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBaida, FUNAT Y A LA M,V,Z LAURA MARCELA MAZO P, Por las posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento, incluyendo la muerte, así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas, educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre, YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES, SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS, SARPULLIDOS DE LA PIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE. YO exonero a la FUNDACION NARURALEZA ANIMAL TEBaida Y A LA M,V,Z LAURA MARCELA MAZO PATIÑO, de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad, también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animal ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día, que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza, edad minimizando los riesgos. que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias E Infeccione post operatorias

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

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE

FECHA

OBSERVACIONES

Angela V. Carcamo



ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBaida 2023

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCAMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA MES AÑO 2023

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

II. Datos del propietario														
Nombre:										T.I./C.C.				
Dirección:										Teléfono:				
E-mail:										Sisben: SI ☐ NO ☐ Nivel 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐				

PROCEDIMIENTO VETERINARIO
Ley 566/2000 Art. 26

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

*Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinaria.

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

RMA: DEL DUEÑO / O RESPONDABLE

FECHA

OBSERVACIONES -----

Registro válido

C18

Fecha de consulta:

23/10/2023

Ficha:

63401073749200000005

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: ANYELA VANESA

Apellidos: CARDONA MORA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1096038144

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

04/03/2020

Última actualización ciudadano:

04/03/2020

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección:

Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono:

7542444

Correo Electrónico:

sisben@latebaida-quindio.gov.co





REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCAMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 28 MES 09 AÑO 2023

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

II. Datos del propietario												
Nombre: Andres F Parra						T.I./C.C. 1096040518						
Dirección: Hf#1 MZ. 14.1						Teléfono: 3224096139						
E-mail:						Sisben/ SI ☒ NO ☐ Nivel 1 ☐ 2 ☒ 3 ☐						

PROCEDIMIENTO VETERINARIO
Ley 566/2000 Art. 26

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

* Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinario.

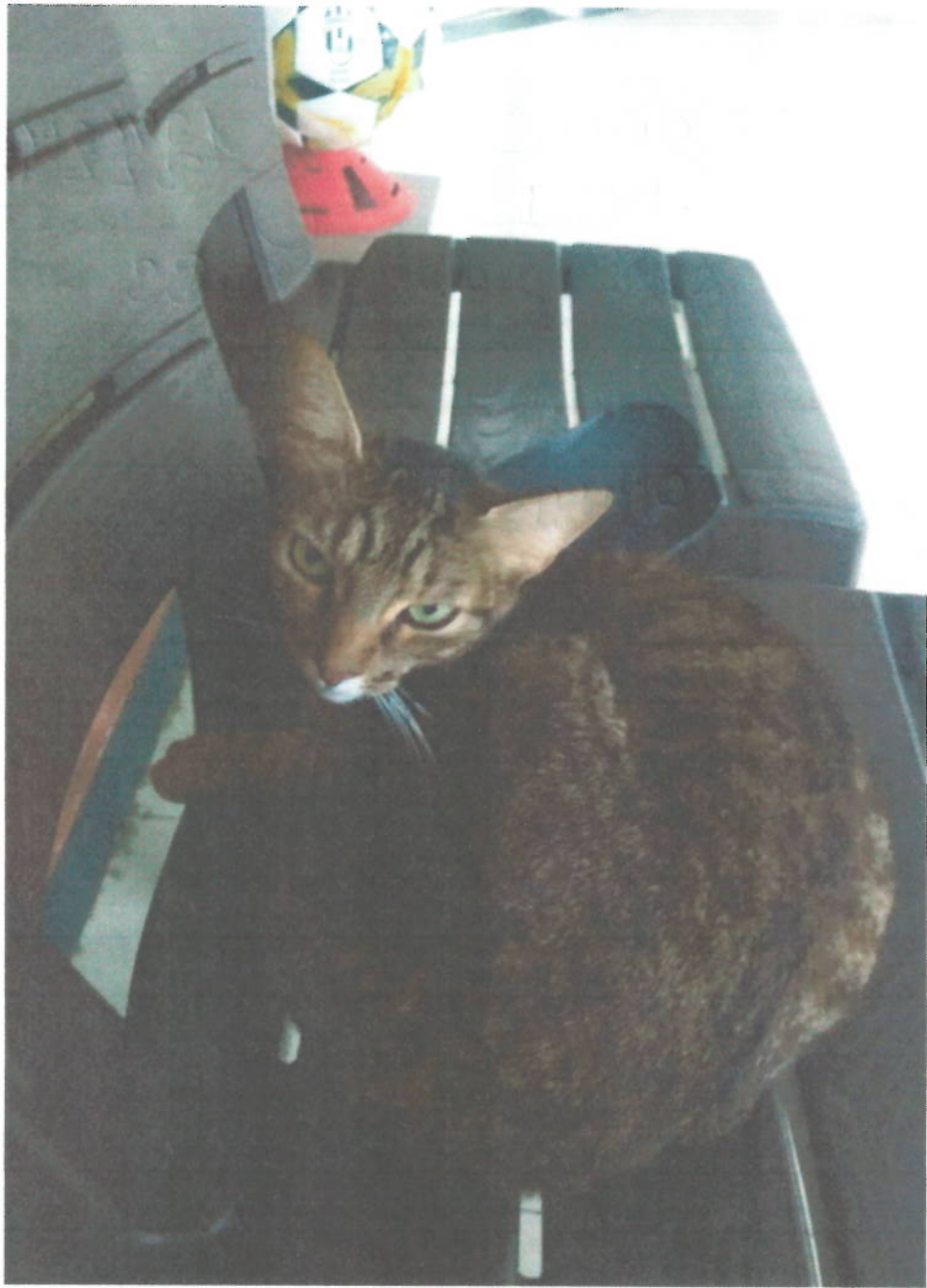
YO Andres F Parra identificado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada _____, especie canino _____ felino _____ DECLARO, SOLICITO, A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO A LA Médico Veterinario LAURA MARCELA MAZO PATIÑO, M.V.Z, tarjeta profesional No 37991 Contratado por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT, para que realice cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomía bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído, comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida, aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento, SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este consentimiento, exonerar civil y penalmente a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y A LA M,V,Z LAURA MARCELA MAZO P, Por las posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento, incluyendo la muerte, así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas, educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre, YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES, SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS, SARPULLIDOS DE LA PIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE. YO exonero a la FUNDACION NARURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y A LA M,V,Z LAURA MARCELA MAZO PATIÑO, de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad, también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animal ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día, que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza, edad minimizando los riesgos. que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias E Infeccione post operatorias

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

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE

FECHA

OBSERVACIONES



Registro válido

B3

Fecha de consulta:

23/10/2023

Ficha:

63401005547300000083

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ANDRES FELIPE

Apellidos: PARRA PALACIO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1096040518

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

04/03/2020

Última actualización ciudadano:

04/03/2020

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección:

Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono:

7542444

Correo Electrónico:

sisben@latebaida-quindio.gov.co



REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCAMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 29 MES 09 AÑO 2023

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

II. Datos del propietario											
Nombre: Lesly D Urbina								T.I./C.C. 1007442837			
Dirección:								Teléfono:			
E-mail: m2.15-17. H4#1								Sisber: SI ☒ NO ☐ Nivel 1 ☐ 2 ☒ 3 ☐			

PROCEDIMIENTO VETERINARIO
Ley 566/2000 Art. 26

A2

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

*Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinario.

YO Lesly D Urbina identificado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada -----, especie canino ----- felino----- DECLARO, SOLICITO ,A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario LAURA MARCELA MAZO PATIÑO, M.V.Z, tarjeta profesional No 37991 Contratado por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT ,para que realice cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomía bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído, comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía o post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida , aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento , SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este consentimiento , exoner civil y penalmente a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z LAURA MARCELA MAZO P,por las posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento , incluyendo la muerte , así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas ,educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre , YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA ,Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS , PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS ,SARPULLIDOS DE LA PIEL , CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO ,PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE .YO exoner a la FUNDACION NARURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y AL M,V,Z LAURA MARCELA MAZO PATIÑO, de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad , también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animal ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día ,que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza , edad minimizando los riesgos .que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias E Infeccione post operatorias

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

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE Leslie U. FECHA 1007442837

OBSERVACIONES -----



Registro válido

A2

Fecha de consulta:

23/10/2023

Ficha:

63401556649200001240

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: LESLY DAHIANA

Apellidos: URBIÑA MORALES

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1007442837

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

19/06/2021

Última actualización ciudadano:

19/06/2021

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección:

Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono:

7542444

Correo Electrónico:

sisben@latebaida-quindio.gov.co



REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCIMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 18 MES 09 AÑO 2023

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

II. Datos del propietario													
Nombre: Leidy Patricia								T.I./C.C. 7094769020					
Dirección:								Teléfono: 3413377383					
E-mail: BLOAN de uds me 3 03								Sisben: SI ☒ NO ☐ Nivel 1 ☐ 2 ☒ 3 ☐					

PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

*Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinario.

YO Leidy Patricia Identificado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada -----, especie canino ----- felino ----- DECLARO, SOLICITO, A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO A LA Médico Veterinario LAURA MARCELA MAZO PATIÑO, M.V.Z, tarjeta profesional No 37991 Contratado por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT, para que realice cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomía bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído, comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida, aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento, SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este consentimiento, exonerador civil y penalmente a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y A LA M,V,Z LAURA MARCELA MAZO P, Por las posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento, incluyendo la muerte, así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas, educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre, YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES, SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS, SARPULLIDOS DE LA PIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE. YO exonero a la FUNDACION NARURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y A LA M,V,Z LAURA MARCELA MAZO PATIÑO, de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad, también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animal ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día, que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza, edad minimizando los riesgos. que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias E Infeccione post operatorias

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

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE

FECHA

OBSERVACIONES

X Leidy Rodriguez



Registro válido

B6

Fecha de consulta:

23/10/2023

Ficha:

63401016548400000581

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: LEIDY PATRICIA

Apellidos: RODRIGUEZ MUÑOZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1094969020

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

30/01/2020

Última actualización ciudadano:

31/01/2020

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección:

Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono:

7542444

Correo Electrónico:

sisben@latebaida-quindio.gov.co



REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCAMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 28 MES 09 AÑO 2023

I. Datos de la mascota											
Nombre		pool				Sexo: M ☒ H ☐		Sisben.			
Especie		blanco		Canino ☐ Felino ☒		raza					
Edad				Color		Pelaje		Vacunas si ☐ no ☐			
Estado de salud		buena ☐		regular ☐		mala ☐					
Fiebre		si ☐ no ☒		Diarrea		si ☐ no ☒		Vomito		si ☐ no ☒	
Heridas		si ☐ no ☒		Tto veterinario		si ☐ no ☒		Celo		si ☐ no ☒	
Estado corporal		normal ☐		desnutrido ☐		soberest ☐					

II. Datos del propietario											
Nombre: Margarita Arciniegas						T.I./C.C. 41951936					
Dirección: Cagua # 7-36						Teléfono: 315277251					
E-mail: Cagua # 7-36						Sisben: SI ☐ NO ☐ Nivel 1 ☐ 2 ☒ 3 ☐					

PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

*Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinario.

YO Margarita Arciniegas Identificado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada -----, especie canino ----- felino ----- DECLARO, SOLICITO, A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO A LA Médico Veterinario LAURA MARCELA MAZO PATIÑO, M.V.Z, tarjeta profesional No 37991 Contratado por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT, para que realice cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquitectomía bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído, comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida, aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento, SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este consentimiento, exonerar civil y penalmente a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y A LA M,V,Z LAURA MARCELA MAZO P, Por las posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento, incluyendo la muerte, así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas, educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre, YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES, SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS, SARPULLIDOS DE LA PIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE. YO exonerar a la FUNDACION NARURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y A LA M,V,Z LAURA MARCELA MAZO PATIÑO, de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad, también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animal ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día, que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza, edad minimizando los riesgos. que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias E Infeccione post operatorias

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

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE

X Ruth margarita Arciniegas

OBSERVACIONES



Registro válido

B7

Fecha de consulta:

23/10/2023

Ficha:

63401556750600005441

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: RUT MARGARITA

Apellidos: ARCINIEGAS ESPAÑA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 41951936

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

03/06/2022

Última actualización ciudadano:

03/06/2022

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección:

Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono:

7542444

Correo Electrónico:

sisben@latebaida-quindio.gov.co



REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCAMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 29 MES 09 AÑO 2023

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

II. Datos del propietario											
Nombre: Ligia A. Pacheco R								T.I./C.C. 1096035505			
Dirección: H#2 mz 47. 9 s. pr 20								Teléfono: 300			
E-mail:								Sisben: SI ☒ NO ☐ Nivel 1 ☐ 2 ☒ 3 ☐			

PROCEDIMIENTO VETERINARIO
Ley 566/2000 Art. 26

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

*Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinario.

YO Ligia A. Pacheco Identificado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada _____, especie canino _____ felino _____ DECLARO, SOLICITO, A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO A LA Médico Veterinario LAURA MARCELA MAZO PATIÑO, M.V.Z, tarjeta profesional No 37991 Contratado por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBaida, FUNAT, para que realice cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquidectomía bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído, comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida, aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento, SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este consentimiento, exonerar civil y penalmente a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBaida, FUNAT y A LA M,V,Z LAURA MARCELA MAZO P, Por las posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento, incluyendo la muerte, así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas, educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre, YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES, SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS, SARPULLIDOS DE LA PIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE. YO exonerar a la FUNDACION NARURALEZA ANIMAL TEBaida y A LA M,V,Z LAURA MARCELA MAZO PATIÑO, de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad, también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animal ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día, que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza, edad minimizando los riesgos. que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias E Infeccione post operatorias

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

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE FECHA

OBSERVACIONES _____



Fecha de consulta:

23/10/2023

A5

Ficha:

63401019548900000163

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: LIGIA ASTRID

Apellidos: PALACIO RUIZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1096035505

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

21/05/2020

Última actualización ciudadano:

21/05/2020

Última actualización via registros administrativos:

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

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección:

Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono:

7542444

Correo Electrónico:

sisben@latebaida-quindio.gov.co



REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCIMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 22 MES 09 AÑO 2023

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

II. Datos del propietario													
Nombre: Alejandro A Diaz								T.I./C.C. 9808669					
Dirección: Mt #1 mz 48-34								Teléfono: 3203698221					
E-mail:								Sisben: SI ☐ NO ☐ Nivel 1 ☐ 2 ☒ 3 ☐					

PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

*Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinario.

YO Alejandro A Diaz Identificado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada _____, especie canino _____ felino _____ DECLARO, SOLICITO, A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO A LA Médico Veterinario LAURA MARCELA MAZO PATIÑO, M.V.Z, tarjeta profesional No 37991 Contratado por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT, para que realice cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomía bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído, comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida, aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento, SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este consentimiento, exonerar civil y penalmente a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y A LA M,V,Z LAURA MARCELA MAZO P, Por las posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento, incluyendo la muerte, así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas, educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre, YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES, SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS, SARFIDOS DE LA PIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE. YO exonero a la FUNDACION NARURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y A LA M,V,Z LAURA MARCELA MAZO PATIÑO, de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad, también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animal ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día, que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza, edad minimizando los riesgos. que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias E Infeccione post operatorias

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

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE

FECHA

OBSERVACIONES



Registro válido

Fecha de consulta:

12/09/2023

Ficha:

63401013548100000800

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ALEJANDRO ANTONIO

Apellidos: DIAZ JARAMILLO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 9808669

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

18/07/2019

Última actualización ciudadano:

26/08/2019

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección:

Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono:

7542444



REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCIMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 19 MES 09 AÑO 2023

I. Datos de la mascota																			
Nombre		Muñeca						Sexo: M ☐ H ☒		Sisben									
Especie		Canino ☐ Felino ☒		raza		Peso Aprox.													
Edad		1 año		Color gris		Pelaje		Vacunas si ☒ no ☐											
Estado de salud		buena ☒		regular ☐		mala ☐													
Fiebre		si ☐ no ☒		Diarrea		si ☐ no ☒		Vomito		si ☐ no ☒		Inapetencia		si ☐ no ☒		Golpes		si ☐ no ☒	
Heridas		si ☐ no ☒		Tto veterinario		si ☐ no ☒		Celo		si ☐ no ☒		Lactancia		si ☐ no ☒		Ayunas		si ☐ no ☒	
Estado corporal		normal ☒		desnutrido ☐		soberest ☐													

II. Datos del propietario													
Nombre: Luis Ramirez								T.I./C.C. 5231690					
Dirección: vereda el Prado								Teléfono: 374 136 4739					
E-mail:								Sisben: SI ☒ NO ☐ Nivel 1 ☒ 2 ☐ 3 ☐					

PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

*Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinario.

YO Luis Ramirez Identiaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Muñeca, especie canino ----- felino ☒ DECLARO, SOLICITO ,A UTORIZO Y FIRMO EL
CONSENTIMIENTO A LA Médico Veterinario LAURA MARCELA MAZO PATIÑO , M.V.Z, tarjeta profesional No 37991
Contratado por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT ,para que realice cirugía de esterilización ovario
histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído,
comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía post
operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida , aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del
procedimiento , SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este consentimiento , exonero civil y penalmente
a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y A LA M,V,Z LAURA MARCELA MAZO P, Por las posibles
complicaciones en el desarrollo del procedimiento , incluyendo la muerte , así como en caso de hurto o pérdida del
animal, actos tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas ,educativas y
de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre , YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS
PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA ,Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS
PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS , PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE
LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES , SUTURAS
REVENTADAS O ABIERTAS ,SARPULLIDOS DE LA PIEL , CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO ,PERDIDA DE PETITO Y EN
RARAS OCACIONES LA MUERTE .YO exonero a la FUNDACION NARURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y A LA M,V,Z LAURA
MARCELA MAZO PATIÑO, de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi
mascota y que la he traído a voluntad , también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del
animal ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico
que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día ,que mi mascota se encuentra en
buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en
tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de
reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se
somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me
asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza , edad minimizando los riesgos .que entiendo
que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias E Infeccione post operatorias

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

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE

FECHA

OBSERVACIONES



Registro válido

A4

Fecha de consulta:

26/09/2023

Ficha:

63470046562300019902

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: LUIS RAMIRO

Apellidos: CAIZA ORTIZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 5231690

Municipio: Montenegro

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

13/09/2023

Última actualización ciudadano:

13/09/2023

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

LUISA FERNANDA GARCIA GOMEZ

Dirección:

Carrera 6 Calle 17 Esquina

Teléfono:

3234917056

Correo Electrónico:

sisben@montenegro-quindio.gov.co

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCESAMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 19 MES 09 AÑO 2023

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

II. Datos del propietario	
Nombre: Luz Marina Quintero	T.I./C.C. 10949800266
Dirección:	Teléfono: 325372668
E-mail: Cca 29 - Cx 6 - 35	Sisben: SI ☐ NO ☒ Nivel 1 ☒ 2 ☐ 3 ☐

PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

*Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinario.

YO Luz Marcela Mazo Identificado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada -----, especie canino ----- felino----- DECLARO, SOLICITO ,A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO A LA Médico Veterinario **LAURA MARCELA MAZO PATIÑO** , M.V.Z, tarjeta profesional No **37991** Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realice cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído, comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida , aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento , SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este consentimiento , exonerador civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y A LA M,V,Z LAURA MARCELA MAZO P**, Por las posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento , incluyendo la muerte , así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas ,educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre , YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA ,Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS , PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS ,SARPULLIDOS DE LA PIEL , CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO ,PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE .YO exonerador a la **FUNDACION NARURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y A LA M,V,Z LAURA MARCELA MAZO PATIÑO**, de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad , también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animal ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día ,que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza , edad minimizando los riesgos .que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias E Infeccione post operatorias

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

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE

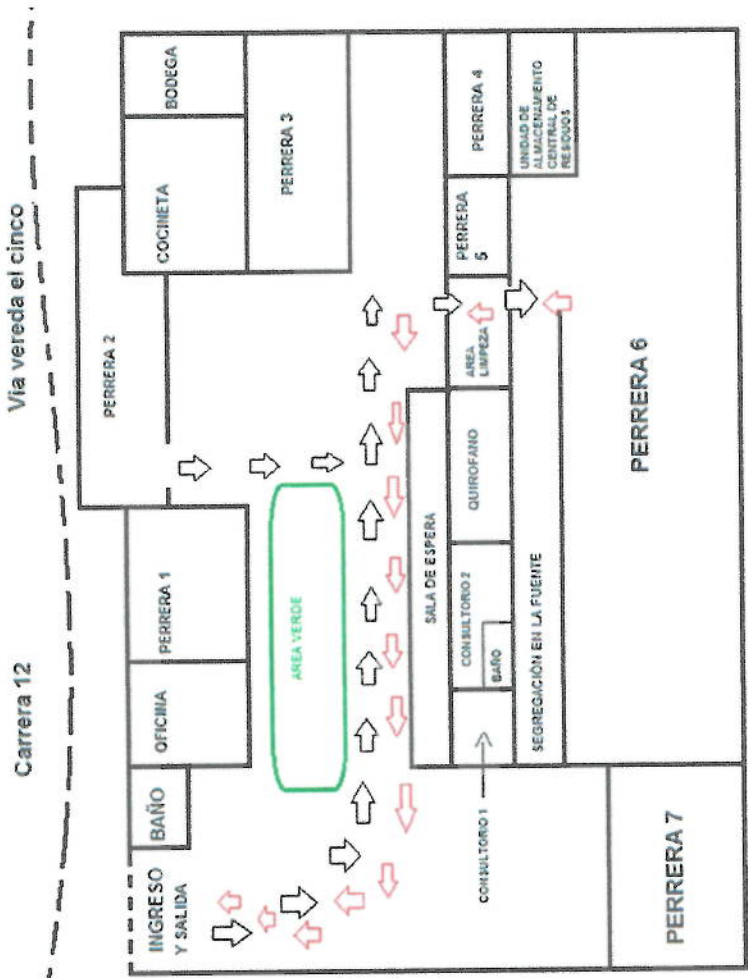
FECHA 19-09.2023

OBSERVACIONES

X *Lucingate*

ANEXO 6

MAPA DEL COSO MUNICIPAL DE LA TEBAIDA, QUINDIO



Comentado [Udiw6]: En el mapa se debe evidenciar el código de colores establecido por el establecimiento, en este solo se evidencia dos colores y no es claro en la ruta de evacuación, adicional debe tener la cantidad de recipientes en cada área y los colores correspondientes. Recuerde que los residuos peligrosos primero debe ingresar al almacenamientos central de los residuos y luego si al camión recolector de residuos peligrosos por ultimo debe agregar los residuos reciclables.

Registro válido

A3

Fecha de consulta:

23/10/2023

Ficha:

63401005547300000458

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: LUZ MARINA

Apellidos: QUINCENO MURILLO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1094980026

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

18/06/2020

Última actualización ciudadano:

18/05/2022

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección:

Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono:

7542444

Correo Electrónico:

sisben@latebaida-quindio.gov.co



ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023



REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCIMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 22 MES 09 AÑO 2023

I. Datos de la mascota																				
Nombre			Mica			Sexo: M ☐ H ☒			Sisben											
Especie			Canino ☒ Felino ☐			raza ☐														
Edad 7 meses			Color Anzuelo			Pelaje ☐									Peso Aprox. ☐					
Estado de salud			buena ☒			regular ☐									mala ☐					
Fiebre			si ☐ no ☒		Diarrea		si ☐ no ☒		Vomito		si ☐ no ☒		Inapetencia		si ☐ no ☒		Golpes		si ☐ no ☒	
Heridas			si ☐ no ☒		Tto veterinario		si ☐ no ☒		Celo		si ☐ no ☒		Lactancia		si ☐ no ☒		Ayunas		si ☐ no ☒	
Estado corporal			normal ☒			desnutrido ☐			soberest ☐											

II. Datos del propietario														
Nombre: Luz Bero										T.I./C.C. 24498630				
Dirección: M 57 Casa 14 La nueva Tebaida										Teléfono: 377 1258449				
E-mail:										Sisben: SI ☒ NO ☐ Nivel 1 ☒ 2 ☐ 3 ☐				

PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

*Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinario.

YO Luz Bero Identificado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Mica, especie canino ☒ felino ☐ DECLARO, SOLICITO, A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario **LUIS ALEJANDRO GIRALDO G**, m.v.z tarjeta profesional No 43906 Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT**, para que realice cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomía bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído ,comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía o post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida , aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento , SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este consentimiento , exonerar civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z Luis Alejandro Giraldo**, por las posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento , incluyendo la muerte , así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas ,educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre , YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA ,Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS , PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS ,SARPULLIDOS DE LA PIEL , CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO ,PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE .YO exonerar a la **FUNDACION NARURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y AL M,V,Z LUIS ALEJANDRO GIRALDO** , de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad , también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animal ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día ,que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza , edad minimizando los riesgos .que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias E Infeccione post operatorias

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

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE

FECHA

OBSERVACIONES



mig

Registro válido

Fecha de consulta:

25/09/2023

C6

Ficha:

63401014548200000126

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: LUZ DARY

Apellidos: BERRIO RENGIFO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24498630

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

15/07/2019

Última actualización ciudadano:

18/07/2019

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección:

Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono:

7542444

Correo Electrónico:

sisben@latebaida-quindio.gov.co

Perra mia



REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCAMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 22 MES 09 AÑO 2023 Mary

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

II. Datos del propietario													
Nombre: Liceria benjumea								T.I./C.C. 38891406					
Dirección:								Teléfono: No tiene					
E-mail: MF #2 - m748-22								Sisben: ☒ NO ☐ Nivel 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐					

PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

*Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinario.

YO ----- Identificado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada -----, especie canino ----- felino----- DECLARO, SOLICITO ,A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO A LA Médico Veterinario LAURA MARCELA MAZO PATIÑO , M.V.Z, tarjeta profesional No 37991 Contratado por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT ,para que realice cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído, comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida , aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento , SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este consentimiento , exonerar civil y penalmente a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y A LA M,V,Z LAURA MARCELA MAZO P, Por las posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento , incluyendo la muerte , así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas ,educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre , YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA ,Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS , PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS ,SARPULLIDOS DE LA PIEL , CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO ,PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE .YO exonerar a la FUNDACION NARURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y A LA M,V,Z LAURA MARCELA MAZO PATIÑO, de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad , también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animal ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día ,que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza , edad minimizando los riesgos .que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias E Infeccione post operatorias

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

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE

FECHA

OBSERVACIONES

Liceria benjumea



Fecha de consulta:

25/09/2023

B1

Ficha:

63401556546800010688

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: LICENIA

Apellidos: BENJUMEA DE LOTERO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 38891406

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

17/02/2023

Última actualización ciudadano:

17/02/2023

Última actualización via registros administrativos:

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

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección:

Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono:

7542444

Correo Electrónico:

sisben@latebaida-quindio.gov.co



REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCIMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 29 MES 09 AÑO 2023

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

II. Datos del propietario											
Nombre: Amanda Varón						T.I./C.C. 24492844					
Dirección: Fundacion mt 5-7						Teléfono: 3122794028					
E-mail: fundacion mt 5-7						Sisben SI ☐ NO ☐ Nivel 1 ☐ 2 ☒ 3 ☐					

Ciudad Jardin

PROCEDIMIENTO VETERINARIO
Ley 566/2000 Art. 26

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

*Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinario.

YO ----- Identificado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada -----, especie canino ----- felino----- DECLARO, SOLICITO ,A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario LAURA MARCELA MAZO PATIÑO , M.V.Z, tarjeta profesional No 37991 Contratado por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT ,para que realice cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquidectomía bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído, comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía o

post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida , aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento , SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este consentimiento , exonerar civil y penalmente a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z LAURA MARCELA MAZO P,por las posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento , incluyendo la muerte , así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas ,educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre , YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA ,Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS , PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS ,SARPULLIDOS DE LA PIEL , CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO ,PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE .YO exonero a la FUNDACION NARURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y AL M,V,Z LAURA MARCELA MAZO PATIÑO, de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad , también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animal ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día ,que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza , edad minimizando los riesgos .que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias E Infeccione post operatorias

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

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE

FECHA

Amanda Varón

OBSERVACIONES



Registro válido

Fecha de consulta:

13/09/2023

Ficha:

63401006547400000556

B4

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA AMANDA

Apellidos: VARON USMA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24497844

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

29/07/2022

Última actualización ciudadano:

29/07/2022

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección:

Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono:

7542444

Correo Electrónico:

sisben@latebaida-quindio.gov.co

B/ Fundaciones MZ 5 casa 7

celular 312 279 40 28

Cc. 24 497 844

Amanda Barón
1/1



REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCAMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA MES AÑO 2023

I. Datos de la mascota																													
Nombre			Kitty			Sexo: M ☐ H ☒			S																				
Especie			Canino ☐ Felino ☒			raza ☐																							
Edad			7 meses			Color									fgr, lla														
Estado de salud			buena ☐			regular ☐			mala ☐			Vacunas si ☒ no ☐																	
Fiebre			si ☐ no ☒			Diarrea			si ☐ no ☒			Vomito			si ☐ no ☒			Inapetencia			si ☐ no ☒			Golpes			si ☐ no ☒		
Heridas			si ☐ no ☒			Tto veterinario			si ☐ no ☒			Celo			si ☐ no ☒			Lactancia			si ☐ no ☒			Ayunas			si ☒ no ☐		
Estado corporal			normal ☒			desnutrido ☐			soberest ☐																				

II. Datos del propietario														
Nombre: Maria Estrada										T.I./C.C. 24 499 142				
Dirección: B/Cantarito M2 B1 casa 18										Teléfono: 317 556 41 79				
E-mail:										Sisben: SI ☒ NO ☐ Nivel 1 ☐ 2 ☒ 3 ☐				

PROCEDIMIENTO VETERINARIO
Ley 566/2000 Art. 26

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

*Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinario.

YO Maria Estrada Identificado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Kitty, especie canino ☐ felino ☒ DECLARO, SOLICITO, A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO A LA Médico Veterinario LAURA MARCELA MAZO PATIÑO, M.V.Z, tarjeta profesional No 37991 Contratado por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT, para que realice cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomía bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído, comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida, aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento, SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este consentimiento, exonerar civil y penalmente a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y A LA M,V,Z LAURA MARCELA MAZO P, Por las posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento, incluyendo la muerte, así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas, educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre, YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES, SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS, SARPULLIDOS DE LA PIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE. YO exonero a la FUNDACION NARURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y A LA M,V,Z LAURA MARCELA MAZO PATIÑO, de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad, también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animal ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día, que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza, edad minimizando los riesgos. que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias E Infeccione post operatorias

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

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE

FECHA

OBSERVACIONES

Registro válido

Fecha de consulta:

09/11/2023

Ficha:

63401021546800000235

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA ALICES

Apellidos: ESTRADA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24499142

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

19/05/2020

Última actualización ciudadano:

19/05/2020

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección:

Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono:

7542444

Correo Electrónico:

sisben@latebaida-quindio.gov.co



ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2023



REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCESAMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 22 MES 09 AÑO 2023

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

II. Datos del propietario													
Nombre: Luz Ocampo								T.I./C.C. 41 897554					
Dirección: Contarito Mz H 3 Casa 27								Teléfono: 315 4141088					
E-mail:								Sisben: SI ☒ NO ☐ Nivel 1 ☒ 2 ☐ 3 ☐					

PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

*Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinaria.

YO Luz Ocampo Identificado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Nene, especie canino ----- felino ----- DECLARO, SOLICITO, A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO A LA Médico Veterinario LAURA MARCELA MAZO PATIÑO, M.V.Z, tarjeta profesional No 37991 Contratado por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT, para que realice cirugía de esterilización ovari histerectomía y / o orquictomía bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído, comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida, aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento, SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este consentimiento, exonerar civil y penalmente a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y A LA M,V,Z LAURA MARCELA MAZO P, Por las posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento, incluyendo la muerte, así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas, educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre, YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES, SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS, SARPULLIDOS DE LA PIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE. YO exonerar a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y A LA M,V,Z LAURA MARCELA MAZO PATIÑO, de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad, también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animal ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día, que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza, edad minimizando los riesgos. que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias E Infeccione post operatorias

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

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE

FECHA

Margarita
OBSERVACIONES



Registro válido

Fecha de consulta:

27/11/2023

Ficha:

63401007547500000744

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: LUZ MARINA

Apellidos: OCAMPO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 41897554

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

18/07/2019

Última actualización ciudadano:

22/08/2019

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección:

Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono:

7542444

Correo Electrónico:

sisben@latebaida-quindio.gov.co