ESTERILIZACIONES MES DE JUNIO 2024

ESTERILZACIONES GRATIS PARA ESTRATOS A, B, C DEL MUNICIPIO DE LA TEBAIDA.

SE VIENE TRABAJANDO DE LA MANO DE LAS ANIMALISTAS DE LOS BARROS, VEREDAS Y INVACIONES QUE NECESTIAN ESTAS OPERACIONES.

LA ESTERILIZACION ES LA UNICA FORMA COMPROBADA DE PARAR LA SOBREPOBLACION ANIMAL NO DESEADA EN EL MUNICIPIO

FUNAT

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2024

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 11 **MES** 06 **AÑO 2024**

I. Datos de la mascota																			
Nombre	Amore			Sexo: M ◯ H ⊗															
Especie	negra	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:	Monica Andrea Mora.	T.I./C.C.	41871054
Dirección:		Teléfono:	
E-mail:	Albergue Municipal	Sisben: SI ◯ NO ◯	Nivel 1 ⊗ 2 ◯ 3 ◯

Perra q llego Luis Enrique.
Casa de la cultura

PROCEDIMIENTO VETERINARIO
Ley 566/2000 Art. 26

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

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

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

OBSERVACIONES ---------- Monica Andrea Mora G.

FIRMA DEL DUEÑO O RESPONSABLE ----------



Sisbén

Sistema de Identificación de
Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Fecha de consulta: 02/07/202

Ficha: 63401013548100000401

DATOS PERSONALES

Nombres: MONICA ANDREA

Apellidos: MORA GIL

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 41871054

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

Última actualización ciudadano:

Última actualización via registros administrativos:

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérqu
municipio donde reside actualmente

"La información de su encuesta debe ser revisada por inconsistencias presen

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2024

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 20 **MES** 05 **AÑO 2024**

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

5

II. Datos del propietario		
Nombre: martha suarez	*T.I./C.C.* 24497934	
Dirección:	*Teléfono:* 315 487 4828	
E-mail: Mz 41 #1 Mz 48. - C-28	*Sisben* (SI) ◯*NO* ◯*Nivel* 1 (2) (3) ◯	

B+

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 Martha Suarez autorizo que mi mascota llamada ----------, especie canino ---------- felino---------- DECLARO, SOLICITO, A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO A LA Médico Veterinario **LAURA MARCELA MAZO PATIÑO** , M.V.Z, tarjeta **profesional No 37991** Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realice cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído, comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida , aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento , SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y A LA M,V,Z LAURA MARCELA MAZO P,** Por las posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento , incluyendo la muerte , así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas ,educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre , YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA ,Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS , PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS ,SARPULLIDOS DE LA PIEL , CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO ,PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE .YO exonero a la **FUNDACION NARURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y A LA M,V,Z LAURA MARCELA MAZO PATIÑO**, de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad , también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del Anim

al 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 que firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia.

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE FECHA

OBSERVACIONES X Martha Suarez

FIRMA DEL DUEÑO O RESPONSABLE ----------



Sisbén

Registro valido

Fecha de consulta: 05/06/2024

Ficha: 63401069546800000219

B1

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MARTHA LILIANA

Apellidos: SUAREZ MENESES

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24497934

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 13/04/2023

Última actualización ciudadano: 13/04/2023

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARCELA SALAZAR GARCIA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

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

falta foto y copia

meter en el sistema

3.

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2024

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 20 **MES** 05 **AÑO 2024**

I. Datos de la mascota																			
Nombre			Gurrumine			*Sexo: M* ◯ *H* ⊗									5				
Especie	6meses		*Canino* ◯ *Felino* X			*raza* ◯				*Peso Aprox.*									
Edad	gris			*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:	jose miguel garcia	*T.I./C.C.*	1090274631
Dirección:	sauces mz 4 #C8	*Teléfono:*	3014733469
E-mail:		*Sisben: SI* X ◯ *NO* ◯ *Nivel* 1 (2) (3) ◯	

PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

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

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

OBSERVACIONES ---------- X jose miguel garcia ----------

FIRMA DEL DUEÑO O RESPONSABLE ----------



Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 30/05/2024

Ficha: 63401072649200001746

B2

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: JOSE MIGUEL

Apellidos: GARCIA GUALTERO

Tipo de documento: Tarjeta de identidad

Número de documento: 1090274631

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 17/02/2021

Última actualización ciudadano: 17/02/2021

Última actualización vía registros administrativos: 25/11/2023

***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: MARCELA SALAZAR GARCIA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

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

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX
- Minsalud - Ministerio de Salud
- RNEC - Registraduría Nacional del Estado Civil
- Migración Colombia

- ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- ANT - Agencia Nacional de Tierras
- FINAGRO - Fondo para el Financiamiento del Sector Agropecuario
- ICBF - Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
- UARIV - Unidad para las Víctimas
- DNP - Departamento Nacional de Planeación

* Actualizacion según literal D del Artículo 4 de la Ley 1581 de 2012, y el Artículo 22 del Decreto 1377 de 2013.

LA TEBAIDA

FUNAT

2A

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2024

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 20 MES 05 AÑO 2024 Sisben

I. Datos de la mascota																			
Nombre	Wendy			Sexo: M ◯ H (X)															
Especie	Canino ◯ Felino			raza ◯ C				Peso Aprox.											
Edad	10Meses		Color Amarillo		Pelaje Corto			Vacunas si ◯ no (X)											
Estado de salud	buena (X)			regular ◯				mala ◯											
Fiebre	si	~~no~~	Diarrea	si	~~no~~	Vomito	si	~~no~~	Inapetencia	si	~~no~~	Golpes	si	~~no~~					
Heridas	si	~~no~~	Tto veterinario	si	~~no~~	Celo	si	~~no~~	Lactancia	si	~~no~~	Ayunas	~~si~~	no					
Estado corporal	normal ◯			desnutrido ◯				soberest ◯											

S

II. Datos del propietario	
Nombre: Jhoana Patricia Cardona	T.I./C.C. 1004791105
Dirección: Orquideas Mz O Casa 7	Teléfono: 3116798734
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 Jhoana Cardona---------- Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada ----------Wendy----------, especie canino ---------- felino----X---- DECLARO, SOLICITO ,A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario **LAURA MARCELA MAZO P TP 37991** Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído ,comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía o el post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida , aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento , SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este cometimiento , exonero civil y penalmente a la FUNDACION **NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z LAURA MARCELA MAZO P ,TP 37991** ,por las posibles complicaciones ele el desarrollo del procedimiento , incluyendo la muerte , así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones cientificas ,educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre , YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA ,Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS , PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS ,SAPULLIDOS DE LA PIEL , CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO ,PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE .YO exonero a la **FUNDACION NARURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y AL M,V,Z LAURA MAZO** de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad , también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animaL ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día ,que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza , edad minimizando los riesgos .que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias intra y postoperatorias . hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han explicado los riesgos de cualquier intervención quirúrgica y lo entiendo a satisfacción de igual

OBSERVACIONES Johana cardona 1004791105----------

FIRMA DEL DUEÑO O RESPONSABLE ----------



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro valido

Fecha de consulta: 02/05/2024

Ficha: 63401021548800000710

B6

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: MARCELA SALAZAR GARCIA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

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

5

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2024

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 25 **MES** 05 **AÑO 2024**

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

S

II. Datos del propietario			
Nombre:	Erika. V.	*T.I./C.C.*	
Dirección:		*Teléfono:*	3215270127.
E-mail:	Cantalo MG - MZ 5 - 10	*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 Erika ---------- Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada ----------, especie canino ---------- felino---------- DECLARO, SOLICITO ,A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario **LAURA MARCELA MAZO P TP 37991** Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído ,comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía o el post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida , aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento , SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este cometimiento , exonero civil y penalmente a la FUNDACION **NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z LAURA MARCELA MAZO P ,TP 37991** ,por las posibles complicaciones ele el desarrollo del procedimiento , incluyendo la muerte , así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas ,educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre , YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA ,Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS , PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS ,SAPULLIDOS DE LA PIEL , CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO ,PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE .YO exonero a la **FUNDACION NARURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y AL M,V,Z LAURA MAZO** de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad , también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animaL ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día ,que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza , edad minimizando los riesgos .que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias intra y postoperatorias . hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han explicado los riesgos de cualquier intervención quirúrgica y lo entiendo a satisfacción de igual manera he recibido infección impresa sobre las recomendaciones a tener en cuenta en el post-operatorio y la

18

OBSERVACIONES ---------- X Erika viviana ----------

FIRMA DEL DUEÑO O RESPONSABLE ----------





+57 312 7101151 ~Nicol Bedoya
Hoy a la(s) 8:41 p.m.

B3

GRUPO SISBÉN IV
Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ERIKA VIVIANA

Apellidos: VALENCIA OLAYA

Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

Número de documento:

1094941504

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

Privacidad - Condiciones

3 20 → 40
3 20 40 -
3 20 40
3 20
3 20
3 20

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2024

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 26 **MES** 06 **AÑO 2024**

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

S

II. Datos del propietario			
Nombre:	Daniela Piñeros	*T.I./C.C.*	1005098345
Dirección:		*Teléfono:*	3174173653
E-mail:	Cantarito mz E8-26	*Sisben: SI* ○ *NO* ○ *Nivel 1* ② *3* ○	

AS

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

OBSERVACIONES ---------- Daniela piñeros ----------

FIRMA DEL DUEÑO O RESPONSABLE ----------



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Fecha de consulta: 02/07/202

Ficha: 6340155675040000932

DATOS PERSONALES

Nombres: DANIELA

Apellidos: PIÑEROS CARDONA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1005098340

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

Última actualización ciudadano:

Última actualización via registros administrativos:

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérqu municipio donde reside actualmente

"La información de su encuesta debe ser revisada por inconsistencias presen

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2024

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 26 **MES** 06 **AÑO 2024**

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

II. Datos del propietario			
Nombre:	Maria J Morales	*T.I./C.C.*	1091884570
Dirección:	Cra 10 # 4-18	*Teléfono:*	3005021879
E-mail:		*Sisben: SI* ○ *NO* ○ *Nivel* 1 (2) (3) ○	

PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

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

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

OBSERVACIONES ---------- Maria Jose Morales Mengo ----------

FIRMA DEL DUEÑO O RESPONSABLE ----------



Sisbén

Sistema de Identificación de
Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válid

Fecha de consulta: 02/07/202

Ficha: 63401019548900000445

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA JOSE

Apellidos: MORALES HENAO

Tipo de documento: Tarjeta de identidad

Número de documento: 1091884570

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

Última actualización ciudadano:

Última actualización via registros administrativos:

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérqu
municipio donde reside actualmente

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2024

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 26 **MES** 06 **AÑO 2024**

5

I. Datos de la mascota

Nombre	manchas tomy			**Sexo:** M (X) H ( )									
Especie		**Canino** ( ) **Felino** X		**raza** ( ) C		**Peso Aprox.**							
Edad	6 meses	**Color**		**Pelaje** liso		**Vacunas** si ( ) no (X)							
Estado de salud		**buena** (X)		**regular** ( )				**mala** ( )					
Fiebre	si / no	**Diarrea**	si / no	**Vomito**	si / no	**Inapetencia**	si / no	**Golpes**	si / no				
Heridas	si / no	**Tto veterinario**	si / no	**Celo**	si / no	**Lactancia**	si / no	**Ayunas**	si / no				
Estado corporal		**normal** ( )		**desnutrido** ( )				**soberest** ( )					

II. Datos del propietario

Nombre: Ana milena ospina	**T.I./C.C.** 1096032556
Dirección:	**Teléfono:** 3144556043
E-mail: yilla mam	**Sisben:** SI ( ) NO ( ) Nivel 1 (2) (3) ( )

2 gatos

PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

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

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

formula médica

OBSERVACIONES ---ellona ospina.----------FIRMA DEL DUEÑO O RESPONSABLE ----------



FUNAT

LA TEBAIDA

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2024

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 26 **MES** 06 **AÑO 2024**

I. Datos de la mascota																				
Nombre	Tomy			**Sexo:** M (X) H ( )															S	
Especie	**Canino** ( ) **Felino** (X)			**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 (6)	no						
Estado corporal	**normal** ( )			**desnutrido** ( )						**soberest** ( )										

II. Datos del propietario			
Nombre:	Ana Milena Ospina	**T.I./C.C.**	1096032556
Dirección:		**Teléfono:**	3144556043
E-mail:	vilta msn.	**Sisben** SI (X) NO ( ) **Nivel** 1 (2) 3 ( )	

PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

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

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

OBSERVACIONES Ana milena ospina ----------

FIRMA DEL DUEÑO O RESPONSABLE ----------



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 04/06/2024

Ficha: 63401556750100002773

A4

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ANA MILENA

Apellidos: OSPINA ZARATE

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1096032556

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 13/10/2023

Última actualización ciudadano: 13/10/2023

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: MARCELA SALAZAR GARCIA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

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

10

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2024

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 24 MES 06 AÑO 2024

I. Datos de la mascota																			
Nombre	Wendy			Sexo: M ◯ H (X)															
Especie	Canino ◯ Felino			raza ◯ C				Peso Aprox.											
Edad	6 Meses		Color Brindillo		Pelaje C			Vacunas si ◯ no (X)											
Estado de salud	buena (X)			regular ◯				mala ◯											
Fiebre	si	no	Diarrea	si	no	Vomito	si	no	Inapetencia	si	no	Golpes	si	no					
Heridas	si	no	Tto veterinario	si	no	Celo	si	no	Lactancia	si	no	Ayunas	si	no					
Estado corporal	normal ◯			desnutrido ◯				soberest ◯											

Sisben

II. Datos del propietario			
Nombre: Noelia Martinez		T.I./C.C. 30320742	
Dirección: Nueva Tebaida 1 #Mzno 2a #1		Teléfono: 3113153121	
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 Noelia Martinez ---------- Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada ---Wendy---, especie canino ---------- felino---x----- DECLARO, SOLICITO ,A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario **LAURA MARCELA MAZO P TP 37991** Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído ,comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía o el post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida , aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento , SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este cometimiento , exonero civil y penalmente a la FUNDACION **NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z LAURA MARCELA MAZO P ,TP 37991** ,por las posibles complicaciones ele el desarrollo del procedimiento , incluyendo la muerte , así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas ,educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre , YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA ,Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS , PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS ,SAPULLIDOS DE LA PIEL , CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO ,PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE .YO exonero a la **FUNDACION NARURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y AL M,V,Z LAURA MAZO** de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad , también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animaL ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día ,que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza , edad minimizando los riesgos .que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias intra y postoperatorias . hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han explicado los riesgos de cualquier intervención quirúrgica y lo entiendo a satisfacción de igual manera he recibido infección impresa sobre las recomendaciones a tener en cuenta en el post-operatorio y la

xAna Karina Mejía

OBSERVACIONES ----------

FIRMA DEL DUEÑO O RESPONSABLE ----------



Wendy
Cata
S/Tokens

Fecha de consulta: 19/06/2024

Ficha: 6340100654740000046

A4

GRUPO SISBÉN IV
Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: NOELIA

Apellidos: MARTINEZ GIRALDO

Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

Número de documento:

30320742

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 07/12/2019

Última actualización ciudadana:

15/03/2021

Última actualización vía registros administrativos:

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2024

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 25 **MES** 06 **AÑO 2024**

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

II. Datos del propietario	
Nombre: Marily Henao.	T.I./C.C. 41872328
Dirección: casi de vida.	Teléfono: 3128841106
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 Marily Henao. Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada ---mini----------, especie canino ---------- felino---Y------ DECLARO, SOLICITO ,A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario **LAURA MARCELA MAZO P TP 37991** Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído ,comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía o el post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida , aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento , SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este cometimiento , exonero civil y penalmente a la FUNDACION **NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z LAURA MARCELA MAZO P ,TP 37991** ,por las posibles complicaciones ele el desarrollo del procedimiento , incluyendo la muerte , así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas ,educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre , YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA ,Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS , PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS ,SAPULLIDOS DE LA PIEL , CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO ,PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE .YO exonero a la **FUNDACION NARURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y AL M,V,Z LAURA MAZO** de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad , también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animal ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día ,que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza , edad minimizando los riesgos .que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias intra y postoperatorias . hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han explicado los riesgos de cualquier intervención quirúrgica y lo entiendo a satisfacción de igual manera he recibido infección impresa sobre las recomendaciones a tener en cuenta en el post-operatorio y la

formula médica

OBSERVACIONES ---------- FIRMA
DEL DUEÑO O RESPONSABLE ---Marily Henao Cardona---

LA TEBAIDA, MAYO 22 DEL 2024



Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 27/06/2024

Ficha: 63401013548100000404

A4

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MARILY

Apellidos: HENAO CARDONA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 41872328

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 21/01/2022

Última actualización ciudadano: 21/01/2022

Última actualización via registros administrativos:

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

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARCELA SALAZAR GARCIA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

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

5

FUNAT

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2024

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 26 **MES** 06 **AÑO 2024**

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

II. Datos del propietario	
Nombre: maria Camila bedoya.	*T.I./C.C.* 1060590076.
Dirección: Alamos Cr 4C #5-69.	*Teléfono:* 3146089783
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 Camila. Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada --mono-----, especie canino 1--------- felino-X------- DECLARO, SOLICITO ,A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario **LAURA MARCELA MAZO P TP 37991** Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído ,comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía o el post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida , aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento , SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este cometimiento , exonero civil y penalmente a la FUNDACION **NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z LAURA MARCELA MAZO P ,TP 37991** ,por las posibles complicaciones ele el desarrollo del procedimiento , incluyendo la muerte , así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas ,educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre , YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA ,Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS , PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS ,SAPULLIDOS DE LA PIEL , CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO ,PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE .YO exonero a la **FUNDACION NARURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y AL M,V,Z LAURA MAZO** de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad , también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animal ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día ,que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza , edad minimizando los riesgos ,que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias intra y postoperatorias . hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han explicado los riesgos de cualquier intervención quirúrgica y lo entiendo a satisfacción de igual manera he recibido infección impresa sobre las recomendaciones a tener en cuenta en el post-operatorio y la

3

formula médica

OBSERVACIONES ----------FIRMA DEL DUEÑO O RESPONSABLE -Xmaria camila Bedoya C.----



Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 28/06/2024

Ficha: 63401556750100002007

B3

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA CAMILA

Apellidos: BEDOYA ESPITIA

Tipo de documento: Tarjeta de identidad

Número de documento: 1060590076

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 04/08/2021

Última actualización ciudadano: 04/08/2021

Última actualización via registros administrativos: 25/11/2023

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

A1→A5 Pobreza extrema | B1→B7 Pobreza moderada | C1→C18 Vulnerabilidad | D1→D21 No pobre ni vulnerable

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARCELA SALAZAR GARCIA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

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

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluacion de la Educación
- ICETEX
- Minsalud - Ministerio de Salud
- RNEC - Registraduría Nacional del Estado Civil
- Migración Colombia

- ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- ANT - Agencia Nacional de Tierras
- FINAGRO - Fondo para el Financiamiento del Sector Agropecuario

3

13

FUNAT

LA TEBAIDA

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2024

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 24 **MES** 06 **AÑO 2024**

I. Datos de la mascota																			
Nombre Arias					*Sexo:* M ◯ H ⊗													5	
Especie			*Canino* ◯ *Felino* ⊗			*raza* ◯ C				*Peso Aprox.*									
Edad 2 años				*Color*		*Pelaje*				*Vacunas si* ◯ *no* ⊗									
Estado de salud			*buena* ⊗			*regular* ◯				*mala* ◯									
Fiebre	*si*	*no*	*Diarrea*	*si*	*no*	*Vomito*	*si*	*no*		*Inapetencia*	*si*	*no*		*Golpes*	*si*	*no*			
Heridas	*si*	*no*	*Tto veterinario*	*si*	*no*	*Celo*	*si*	*no*		*Lactancia*	*si*	*no*		*Ayunas*	*si*	*no*			
Estado corporal			*normal* ⊗			*desnutrido* ◯				*soberest* ◯									

II. Datos del propietario		
Nombre: diana marcela	*T.I./C.C.* 1005096001	
Dirección: Fundacion M7 2-6	*Teléfono:* 3205406891	
E-mail:	*Sisben:* SI ◯ NO ◯ *Nivel* 1 (2) (3) ◯	

PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

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

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

formula médica

OBSERVACIONES ----------FIRMA DEL DUEÑO O RESPONSABLE Diana Marcela F.N.

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 28/06/2024

Ficha: 63401556546800010357

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: DIANA MARCELA

Apellidos: FRANCO NAVIA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1005096001

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 26/01/2024

Última actualización ciudadano: 26/01/2024

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**

4

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARCELA SALAZAR GARCIA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

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

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2024

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA MES AÑO 2024

I. Datos de la mascota																	
Nombre	Luna			Sexo: M ◯ H ◯													
Especie		Canino ◯	Felino X	raza ◯				Peso Aprox.									
Edad	8 / 2020	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:	Juliana Uchima	T.I./C.C.	1187126 4
Dirección:		Teléfono:	3123213396
E-mail:	Inusela.	Sisben: SI ◯ NO ◯	Nivel 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯

PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

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

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

OBSERVACIONES Y U Di AWA ----------

FIRMA DEL DUEÑO O RESPONSABLE ----------



Sisbén

Registro válido

A1

Fecha de consulta: 23/05/2024

Ficha: 63401016548400000506

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: YUDIANA

Apellidos: UCHIMA QUINTERO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 41871264

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 21/07/2023

Última actualización ciudadano: 21/07/2023

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARCELA SALAZAR GARCIA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

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

2

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2024

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 24 **MES** 06 **AÑO 2024**

I. Datos de la mascota																		
Nombre			Pigi				**Sexo: M** ◯ **H** ⊗											
Especie			**Canino** ◯ **Felino**				**raza** ◯ C					**Peso Aprox.**						
Edad			1 Año	**Color** Gris			**Pelaje** C					**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: Natalia Mejia		**T.I./C.C.**	1096034744
Dirección: Guayacanes 2 Mzna 11 Casa 10B		**Teléfono:**	3012063551
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 Natalia Mejia ---------- Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada ---------Pigi---------, especie canino ---------- felino----X---- DECLARO, SOLICITO ,A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario **LAURA MARCELA MAZO P TP 37991** Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído ,comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía o el post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida , aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento , SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este cometimiento , exonero civil y penalmente a la FUNDACION **NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z LAURA MARCELA MAZO P ,TP 37991** ,por las posibles complicaciones ele el desarrollo del procedimiento , incluyendo la muerte , así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas ,educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre , YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA ,Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS , PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS ,SAPULLIDOS DE LA PIEL , CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO ,PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE .YO exonero a la **FUNDACION NARURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y AL M,V,Z LAURA MAZO** de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad , también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animaL ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día ,que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza , edad minimizando los riesgos .que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias intra y postoperatorias . hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han explicado los riesgos de cualquier intervención quirúrgica y lo entiendo a satisfacción de igual manera he recibido infección impresa sobre las recomendaciones a tener en cuenta en el post-operatorio y la

OBSERVACIONES ---------Natalia Mejia V.----------

FIRMA DEL DUEÑO O RESPONSABLE ----------



Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 24/06/2024

Ficha: 63401556750100002598

A3

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: NATALIA

Apellidos: MEJIA VALENCIA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1096034744

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 27/08/2021

Última actualización ciudadano: 15/11/2022

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

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARCELA SALAZAR GARCIA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

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

16

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2024

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 22 **MES** 06 **AÑO 2024**

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

II. Datos del propietario			
Nombre: Juan Pablo martinez		*T.I./C.C.* 1096034982	
Dirección:		*Teléfono:* 3113077037	
E-mail: 2m gracia la tebaida		*Sisben:* (SI) NO	*Nivel* 1 (2) (3) ( )

Carolina animalista

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.**

Juan P martinez

Yo---------- autorizo que mi mascota llamada ----------, especie canino ---------- felino---------- DECLARO, SOLICITO, A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO A LA Médico Veterinario **LAURA MARCELA MAZO PATIÑO** , M.V.Z, tarjeta **profesional No 37991** Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realice cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído, comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida , aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento , SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y A LA M,V,Z LAURA MARCELA MAZO P,** Por las posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento , incluyendo la muerte , así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas ,educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre , YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA ,Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS , PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS ,SARPULLIDOS DE LA PIEL , CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO ,PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE .YO exonero a la **FUNDACION NARURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y A LA M,V,Z LAURA MARCELA MAZO PATIÑO,** de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad , también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del Anim

al 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 que firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia.

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE FECHA

X Jan p martinez

OBSERVACIONES ----------

FIRMA DEL DUEÑO O RESPONSABLE ----------



ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2024

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 22 **MES** 06 **AÑO 2024**

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

II. Datos del propietario			
Nombre:	Juan Pablo martinez	*T.I./C.C.*	1096034982
Dirección:		*Teléfono:*	
E-mail:	zona finca la tebaida	*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 Jun P martinez autorizo que mi mascota llamada ----------, especie canino ---------- felino---------- DECLARO, SOLICITO, A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO A LA Médico Veterinario **LAURA MARCELA MAZO PATIÑO** , M.V.Z, tarjeta **profesional No 37991** Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realice cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído, comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida , aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento , SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y A LA M,V,Z LAURA MARCELA MAZO P,** Por las posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento , incluyendo la muerte , así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas ,educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre , YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA ,Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS , PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS ,SARPULLIDOS DE LA PIEL , CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO ,PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE .YO exonero a la **FUNDACION NARURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y A LA M,V,Z LAURA MARCELA MAZO PATIÑO**, de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad , también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del Anim

al 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 que firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia.

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE FECHA

OBSERVACIONES ---------- X Juan P martinez ----------

FIRMA DEL DUEÑO O RESPONSABLE ----------



Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 05/06/2024

Ficha: 63401560750400001293

A5

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: JUAN PABLO

Apellidos: MARTINEZ GIRALDO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1096034982

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 15/12/2023

Última actualización ciudadano: 15/12/2023

Última actualización via registros administrativos: 25/11/2023

***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: MARCELA SALAZAR GARCIA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

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

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX

40

18

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2024

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

5

FECHA DIA 31 **MES** 05 **AÑO 2024**

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

II. Datos del propietario						
Nombre: Jackeline Gomez			*T.I./C.C.* 24499571			
Dirección: Mana 06 casa 15 Cantarito			*Teléfono:* 3148153755			
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 Jackeline Gomez Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Negra, especie canino X felino---------- DECLARO, SOLICITO ,A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario **LAURA MARCELA MAZO P TP 37991** Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído ,comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía o el post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida , aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento , SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este cometimiento , exonero civil y penalmente a la FUNDACION **NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z LAURA MARCELA MAZO P ,TP 37991** ,por las posibles complicaciones ele el desarrollo del procedimiento , incluyendo la muerte , así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas ,educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre , YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA ,Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS , PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS ,SAPULLIDOS DE LA PIEL , CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO ,PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE .YO exonero a la **FUNDACION NARURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y AL M,V,Z LAURA MAZO** de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traido a voluntad , también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animaL ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día ,que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza , edad minimizando los riesgos .que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias intra y postoperatorias . hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han explicado los riesgos de cualquier intervención quirúrgica y lo entiendo a satisfacción de igual

OBSERVACIONES Jgomez

FIRMA DEL DUEÑO O RESPONSABLE



Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 05/06/2024

Ficha: 63401021548800000732

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: JAQUELINE

Apellidos: GOMEZ GIRALDO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24499571

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 05/05/2023

Última actualización ciudadano: 05/05/2023

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARCELA SALAZAR GARCIA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

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

37

19

LA TEBAIDA

FUNAT

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2024

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 31 **MES** 05 **AÑO 2024**

I. Datos de la mascota																			
Nombre	Beige		Nina			*Sexo: M* ◯ *H* ⊗									S				
Especie			*Canino* ◯ *Felino* ⊗			*raza* ◯				*Peso Aprox.*									
Edad	Fresh			*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:	Mary Bernal.	*T.I./C.C.*	29126457
Dirección:	Cl 4 # 1	*Teléfono:*	3153235545.
E-mail:		*Sisben:* *SI* ⊗ *NO* ◯ *Nivel* 1 ⊗ 2 ◯ 3 ◯	

PROCEDIMIENTO VETERINARIO Anamnesis ref 4 y
Ley 566/2000 Art. 26

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

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

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

Mary Bernal

OBSERVACIONES ----------

FIRMA DEL DUEÑO O RESPONSABLE ----------



FUNAT

LA TEBAIDA

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2024

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 30 **MES** 05 **AÑO 2024**

I. Datos de la mascota																			
Nombre	GATO				*Sexo: M* X *H*														
Especie	*Canino*		*Felino* X		*raza*						*Peso Aprox.*								
Edad 6 m	*Color* blanco				*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: Mary Bernal		*T.I./C.C.*	29126457
Dirección:		*Teléfono:*	3153235575
E-mail: Albergue / Mt		*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.**

Animalista

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

OBSERVACIONES ----------

FIRMA DEL DUEÑO O RESPONSABLE ---------- x Mary Bernal ----------



39

21

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2024

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 30 **MES** 05 **AÑO 2024**

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

II. Datos del propietario			
Nombre:	Mary Bernal	*T.I./C.C.*	29.
Dirección:		*Teléfono:*	3153235595
E-mail:	albergue municipal	*Sisben* SI ◯ *NO* ◯ *Nivel* 1 (2) 3 ◯	

PROCEDIMIENTO VETERINARIO Asumista. ref #1
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 Mary Bernal ---------- Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada ----------, especie canino ---------- felino---------- DECLARO, SOLICITO ,A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario **LAURA MARCELA MAZO P TP 37991** Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído ,comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía o el post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida , aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento , SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este cometimiento , exonero civil y penalmente a la FUNDACION **NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z LAURA MARCELA MAZO P ,TP 37991** ,por las posibles complicaciones ele el desarrollo del procedimiento , incluyendo la muerte , así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas ,educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre , YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA ,Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS , PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS ,SAPULLIDOS DE LA PIEL , CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO ,PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE .YO exonero a la **FUNDACION NARURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y AL M,V,Z LAURA MAZO** de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad , también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animaL ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día ,que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza , edad minimizando los riesgos .que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias intra y postoperatorias . hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han explicado los riesgos de cualquier intervención quirúrgica y lo entiendo a satisfacción de igual

OBSERVACIONES ----------

FIRMA DEL DUEÑO O RESPONSABLE ----------



Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 05/06/2024

Ficha: 63401014548200000045

C13

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: LUZ MARY

Apellidos: BERNAL MONTOYA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 29126457

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 09/09/2022

Última actualización ciudadano: 09/09/2022

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: MARCELA SALAZAR GARCIA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

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

LA TEBAIDA

FUNAT

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2024

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 29 **MES** 05 **AÑO 2024**

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

II. Datos del propietario			
Nombre:	Jorge M Diaz	*T.I./C.C.*	1837043 8
Dirección:		*Teléfono:*	3234768424
E-mail:	Providencia. Mz 1 - C 12	*Sisben: SI* ◯ *NO* ◯ *Nivel* 1 (2) (3) ◯	

PROCEDIMIENTO VETERINARIO Mam Isabe Diaz.

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

formula médica

X Jorge M Diaz

OBSERVACIONES ----------FIRMA DEL DUEÑO O RESPONSABLE ----------



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 07/05/2024

Ficha: 63401015548300000185

B1

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: JORGE MARIO

Apellidos: DIAZ MOSQUERA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 18370438

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 15/07/2019

Última actualización ciudadano: 16/09/2019

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: MARCELA SALAZAR GARCIA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

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

LA TEBAIDA

FUNAT

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2024

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 02 MES 06 AÑO 2024 Carolina

I. Datos de la mascota																	
Nombre	Michijin			Sexo: M (H) H ( )													
Especie	Canino ( ) Felino			raza ( ) C			Peso Aprox.										
Edad	2 AÑOS	Color Negro/B		Pelaje			Vacunas si (no) 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 ( )										

S

II. Datos del propietario		
Nombre: Maria Cristina Combia	T.I./C.C.	1096034100
Dirección: Fabio Molina Mzno D casa 1	Teléfono:	3113077037
E-mail:	Sisben: SI ( ) NO ( ) Nivel 1 (2) 3 ( )	

Carolina Arredondo

PROCEDIMIENTO VETERINARIO
Ley 566/2000 Art. 26

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

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

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

OBSERVACIONES Maria Cristina

FIRMA DEL DUEÑO O RESPONSABLE ----------

18

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2024

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 02 MES 06 AÑO 2024 Canino

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

II. Datos del propietario	
Nombre: Maria Cristina Combia Martinez	T.I./C.C. 1096034190
Dirección: fabio Molina Mana D casa 1	Teléfono: 3113077037
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 C. Combia Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada ----------, especie canino ---------- felino-X---- DECLARO, SOLICITO ,A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario **LAURA MARCELA MAZO P TP 37991** Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído ,comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía o el post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida , aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento , SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este cometimiento , exonero civil y penalmente a la FUNDACION **NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z LAURA MARCELA MAZO P ,TP 37991** ,por las posibles complicaciones ele el desarrollo del procedimiento , incluyendo la muerte , así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas ,educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre , YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA ,Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS , PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS ,SAPULLIDOS DE LA PIEL , CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO ,PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE .YO exonero a la **FUNDACION NARURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y AL M,V,Z LAURA MAZO** de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad , también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animaL ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día ,que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza , edad minimizando los riesgos .que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias intra y postoperatorias , hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han explicado los riesgos de cualquier intervención quirúrgica y lo entiendo a satisfacción de igual

OBSERVACIONES Maria cristina

FIRMA DEL DUEÑO O RESPONSABLE ----------



Registro vá

Fecha de consulta: 22/06/2

Ficha: 63401006547400000

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA CRISTINA

Apellidos: CUMBA MARTINEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1096034190

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

Última actualización ciudadano: 12/07/2

Última actualización via registros administrativos: 30/07/2

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARCELA SALAZAR

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Ofi

Teléfono: 7

Correo Electrónico: sisben@latebaida-quindi

50

falta foto y fotocopia

25

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2024

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO Verificar sisben

FECHA DIA 29 **MES** 05 **AÑO 2024**

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

S

II. Datos del propietario			
Nombre:	Luz Quiceno	*T.I./C.C.*	1094980026
Dirección:		*Teléfono:*	3215872663
E-mail:	Cra 89. # 6-35	*Sisben:* SI ⊗ NO ◯	*Nivel* 1 ◯ 2 ⊗ 3 ◯

Ana maria C

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

OBSERVACIONES ---- Sintetiz ----------

FIRMA DEL DUEÑO O RESPONSABLE ----------



Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 05/06/2024

Ficha: 63401005547300000458

A3

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 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: MARCELA SALAZAR GARCIA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

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

19 26

LA TEBAIDA

FUNAT

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2024

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 28 **MES** 05 **AÑO 2024**

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

S.

II. Datos del propietario	
Nombre: Hernando Ceballos.	*T.I./C.C.* 7514797.
Dirección: Oasis de vida mz 2 cl 4.	*Teléfono:* 3140502 3147850502.
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 Hernando ---------- Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada ---Any---------, especie canino ---X------- felino---------- DECLARO, SOLICITO ,A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario **LAURA MARCELA MAZO P TP 37991** Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído ,comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía o el post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida , aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento , SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este cometimiento , exonero civil y penalmente a la FUNDACION **NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z LAURA MARCELA MAZO P ,TP 37991** ,por las posibles complicaciones ele el desarrollo del procedimiento , incluyendo la muerte , así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas ,educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre , YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA ,Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS , PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS ,SAPULLIDOS DE LA PIEL , CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO ,PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE .YO exonero a la **FUNDACION NARURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y AL M,V,Z LAURA MAZO** de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad , también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animaL ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día ,que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza , edad minimizando los riesgos .que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias intra y postoperatorias . hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han explicado los riesgos de cualquier intervención quirúrgica y lo entiendo a satisfacción de igual

OBSERVACIONES ----------

FIRMA DEL DUEÑO O RESPONSABLE Hernando Ceballos M



Registro vá

Fecha de consulta: 22/06/2

Ficha: 63401020548700000

B7

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: HERNANDO

Apellidos: CEBALLOS MARTINEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 7514797

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 09/08/2

Última actualización ciudadano: 09/08/2

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARCELA SALAZAR

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Ofi

Teléfono: 7

Correo Electrónico: sisben@latebaida-quindi

97 27

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2024

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 27 **MES** 05 **AÑO 2024**

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

II. Datos del propietario	
Nombre: Anyi Carolina Sanchez.	**T.I./C.C.** 1096037878.
Dirección: M 24 C 78 Ciudad Jardin.	**Teléfono:** 3148108944.
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 Carolina Sanches. autorizo que mi mascota llamada lila., especie canino ---------- felino---Y--- 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 Anim

al 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 que firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia.

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE FECHA

OBSERVACIONES ----------

FIRMA DEL DUEÑO O RESPONSABLE Luis Serna



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro valido

Fecha de consulta: 16/05/2024

Ficha: 63401138546800000001

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ANYI CAROLINA

Apellidos: SANCHEZ GARCIA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1096037878

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 19/05/2023

Última actualización ciudadano: 29/05/2023

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARCELA SALAZAR GARCIA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

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

28.

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2024

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA MES AÑO 2024

I. Datos de la mascota																			
Nombre Suly.					Sexo: M ◯ H ✓														
Especie			Canino ◯ Felino ✓			raza ◯				Peso Aprox.									
Edad 6meses				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 ◯									

S.

II. Datos del propietario	
Nombre: Luisa maria Rivera.	T.I./C.C. 1093278708
Dirección: nueva tebaida mz 15 c20 tapa 1	Teléfono:
E-mail:	Sisben: SI ◯ NO ◯ Nivel 1 ② 3 ◯

PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

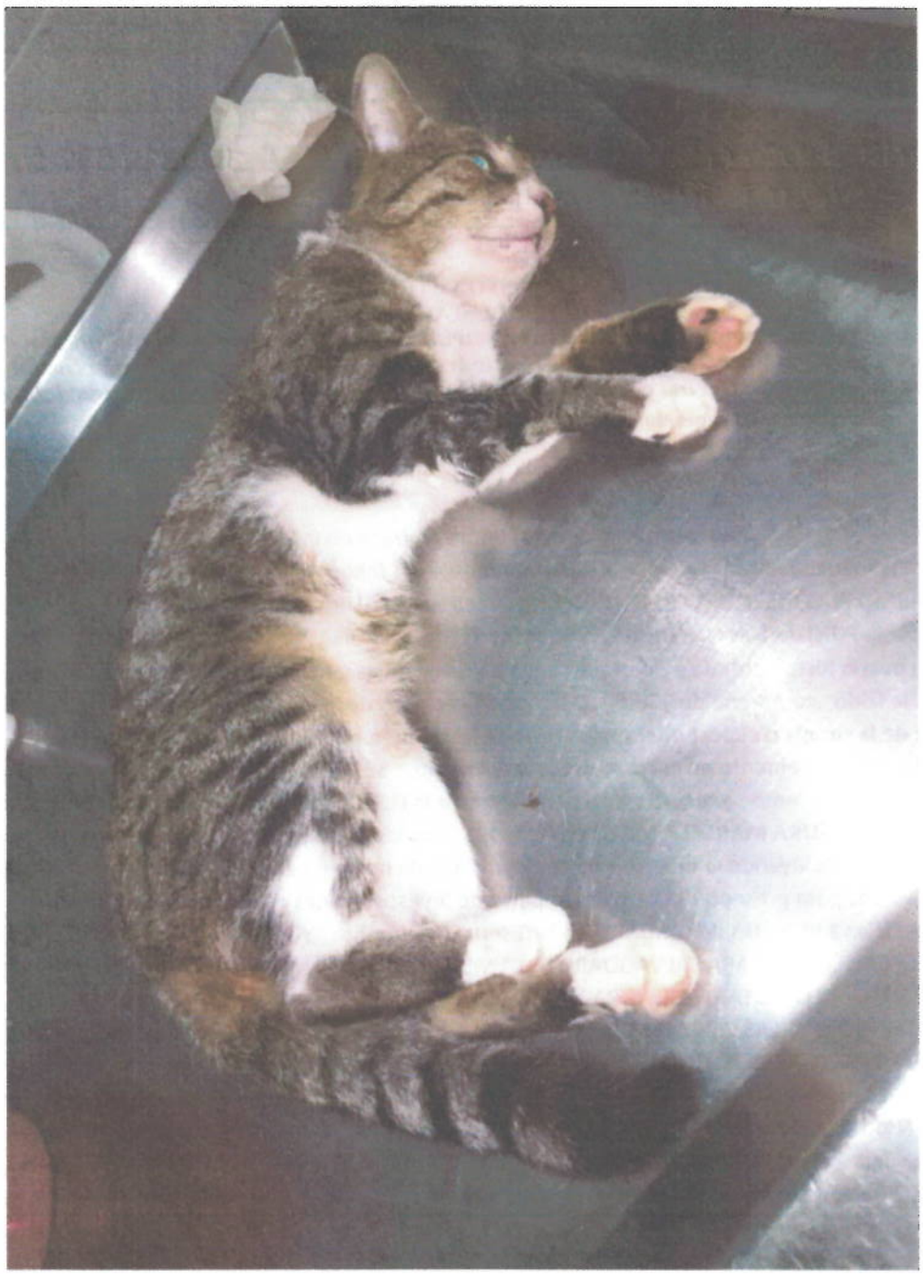
"El médico veterinario o el médico veterinario zootecnista están en la obligación de comunicar al usuario de sus servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso"

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

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

OBSERVACIONES ----------

FIRMA DEL DUEÑO O RESPONSABLE ---------- x LUISA RIVERA ----------



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

B3

GRUPO SISBÉN IV
Pobreza moderada

Fecha de consulta: 20/06/2024

Ficha: 63401012548000000552

DATOS PERSONALES

Nombres: LUISA MARIA

Apellidos: RIVERA MARIN

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1093228708

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 17/07/2019

Última actualización ciudadano: 06/08/2019

Última actualización via registros administrativos:

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

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARCELA SALAZAR GARCIA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

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

48

29

LA TEBAIDA

FUNAT

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2024

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 28 **MES** 05 **AÑO 2024** Sisben

I. Datos de la mascota														
Nombre		lucia			**Sexo: M** ◯ **H** (X)									
Especie		**Canino** ◯ **Felino**			**raza** ◯ C			**Peso Aprox.**						
Edad		3 AÑOS	**Color** Tricolor		**Pelaje** C			**Vacunas si** ◯ **no** (X)						
Estado de salud		**buena** ◯			**regular** ◯			**mala** ◯						
Fiebre	**si**	**no**	**Diarrea**	**si**	**no**	**Vomito**	**si**	**no**	**Inapetencia**	**si**	**no**	**Golpes**	**si**	**no**
Heridas	**si**	**no**	**Tto veterinario**	**si**	**no**	**Celo**	**si**	**no**	**Lactancia**	**si**	**no**	**Ayunas**	**si**	**no**
Estado corporal			**normal** ◯			**desnutrido** ◯			**soberest** ◯					

II. Datos del propietario			
Nombre: Maria leonor Arango		**T.I./C.C.** 66.674.109	
Dirección: Nueva Tebaida 1 Mzna 11 casa 2		**Teléfono:** 3108953864	
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 leonor Arango Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada ---lucia---, especie canino ---------- felino---X--- DECLARO, SOLICITO ,A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario **LAURA MARCELA MAZO P TP 37991** Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído ,comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía o el post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida , aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento , SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este cometimiento , exonero civil y penalmente a la FUNDACION **NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z LAURA MARCELA MAZO P ,TP 37991** ,por las posibles complicaciones ele el desarrollo del procedimiento , incluyendo la muerte , así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas ,educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre , YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA ,Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS , PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS ,SAPULLIDOS DE LA PIEL , CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO ,PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE .YO exonero a la **FUNDACION NARURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y AL M,V,Z LAURA MAZO** de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad , también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animaL ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día ,que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza , edad minimizando los riesgos .que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias intra y postoperatorias . hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han explicado los riesgos de cualquier intervención quirúrgica y lo entiendo a satisfacción de igual

OBSERVACIONES X Maria leonor arango

FIRMA DEL DUEÑO O RESPONSABLE ----------



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 27/05/2024

Ficha: 63401556546800011150

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA LEONOR

Apellidos: ARANGO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 66679109

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 02/06/2023

Última actualización ciudadano: 02/06/2023

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARCELA SALAZAR GARCIA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

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

49

30

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2024

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 30 MES 05 AÑO 2024 Sisben

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

II. Datos del propietario	
Nombre: Piedad Parra Tamayo	T.I./C.C. 1096032929
Dirección: Fabio Molina Mz O #5	Teléfono: 3104428065
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 Piedad Parra ---------- Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada ---Bebe'---, especie canino ---------- felino---X--- DECLARO, SOLICITO ,A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario **LAURA MARCELA MAZO P TP 37991** Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído ,comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía o el post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida , aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento , SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este cometimiento , exonero civil y penalmente a la FUNDACION **NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z LAURA MARCELA MAZO P ,TP 37991** ,por las posibles complicaciones ele el desarrollo del procedimiento , incluyendo la muerte , así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas ,educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre , YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA ,Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS , PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS ,SAPULLIDOS DE LA PIEL , CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO ,PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE .YO exonero a la **FUNDACION NARURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y AL M,V,Z LAURA MAZO** de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad , también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animaL ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día ,que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza , edad minimizando los riesgos .que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias intra y postoperatorias . hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han explicado los riesgos de cualquier intervención quirúrgica y lo entiendo a satisfacción de igual

OBSERVACIONES + Piedad Parra Tamayo

FIRMA DEL DUEÑO O RESPONSABLE ----------



Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 28/05/2024

Ficha: 63401006547400001066

B1

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: PIEDAD DELSOCORRO

Apellidos: PARRA TAMAYO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1096032929

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 22/07/2019

Última actualización ciudadano: 28/08/2019

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

A1→A5 Pobreza extrema | B1→B7 Pobreza moderada | C1→C18 Vulnerabilidad | D1→D21 No pobre ni vulnerable

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARCELA SALAZAR GARCIA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

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

36

31

3215935984

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2024

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 29 **MES** 05 **AÑO 2024**

I. Datos de la mascota																					
Nombre Caty.					*Sexo: M* ◯ *H* (X)																
Especie			*Canino* (X) *Felino*				*raza* ◯					*Peso Aprox.*									
Edad			*Color* café.				*Pelaje*					*Vacunas si* ◯ *no* (X)									
Estado de salud			*buena* (X)				*regular* ◯					*mala* ◯									
Fiebre	*si*	*no* (X)	*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* (X)	*no*				
Estado corporal			*normal* (X)				*desnutrido* ◯					*soberest* ◯									

II. Datos del propietario	
Nombre: Leidy johana bonilla.	*T.I./C.C.* 1096033445
Dirección: mz 44 #17 nueva tebaida # 2	*Teléfono:* 3147918965-3116368141
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 leidy johana ---------- Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada ---Caty---------, especie canino ---X------ felino---------- DECLARO, SOLICITO ,A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario **LAURA MARCELA MAZO P TP 37991** Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído ,comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía o el post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida , aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento , SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este cometimiento , exonero civil y penalmente a la FUNDACION **NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z LAURA MARCELA MAZO P ,TP 37991** ,por las posibles complicaciones ele el desarrollo del procedimiento , incluyendo la muerte , así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas ,educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre , YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA ,Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS , PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS ,SAPULLIDOS DE LA PIEL , CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO ,PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE .YO exonero a la **FUNDACION NARURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y AL M,V,Z LAURA MAZO** de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traido a voluntad , también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animaL ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día ,que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza , edad minimizando los riesgos .que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias intra y postoperatorias . hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han explicado los riesgos de cualquier intervención quirúrgica y lo entiendo a satisfacción de igual

OBSERVACIONES ----------

FIRMA DEL DUEÑO O RESPONSABLE ---------- leidy johana bonilla C



Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 05/06/2024

Ficha: 63401008547600000115

B2

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: LEYDI JOHANA

Apellidos: BONILLA QUINTERO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1096033445

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 15/07/2019

Última actualización ciudadano: 22/07/2019

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: MARCELA SALAZAR GARCIA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

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

Rata foto y fotocopia 44

32

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2024

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 29 **MES** 05 **AÑO 2024**

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

II. Datos del propietario			
Nombre: Valentina Becerra		*T.I./C.C.*	1003633809
Dirección:		*Teléfono:*	3143023707
E-mail: Reves 7 # 1 MZ 53-2		*Sisben:* SI ◯ NO ◯ *Nivel* 1 (2) (3) ◯	

PROCEDIMIENTO VETERINARIO
Ley 566/2000 Art. 26

Carolina Analista

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

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

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

OBSERVACIONES ----------

FIRMA DEL DUEÑO O RESPONSABLE ----------

Sisbén

Registro valido

Fecha de consulta: 04/06/2024

Ficha: 63401556749400004402

B3

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: VALENTINA

Apellidos: BECERRA VELASQUEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1003633809

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 23/12/2021

Última actualización ciudadano: 23/12/2021

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: MARCELA SALAZAR GARCIA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

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

FUNAT

LA TEBAIDA

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2024

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 29 **MES** 05 **AÑO 2024**

I. Datos de la mascota

Nombre Negro.				**Sexo: M** (X) **H** ( )													
Especie		**Canino** (X) **Felino**		**raza** ( )			**Peso Aprox.**										
Edad 4 años.			**Color**	**Pelaje**			**Vacunas si** ( ) **no** (X)										
Estado de salud		**buena** (X)		**regular** ( )			**mala** ( )										
Fiebre	**si**	**no** X	**Diarrea**	**si**	**no** X	**Vomito**	**si**	**no** X	**Inapetencia**	**si**	**no** X	**Golpes**	**si**	**no** X			
Heridas	**si**	**no** X	**Tto veterinario**	**si**	**no** X	**Celo**	**si**	**no** X	**Lactancia**	**si**	**no** X	**Ayunas**	**si** X	**no**			
Estado corporal			**normal** (X)			**desnutrido** ( )			**soberest** ( )								

S

II. Datos del propietario

Nombre: Jhoana Cifuentes.	**T.I./C.C.** 1096033052
Dirección: Cra 7 # 6-25.	**Teléfono:** 3132486895.
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 Jhoana Cifuentes. Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Negro, especie canino --X------ felino---------- DECLARO, SOLICITO ,A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario **LAURA MARCELA MAZO P TP 37991** Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído ,comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía o el post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida , aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento , SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este cometimiento , exonero civil y penalmente a la FUNDACION **NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z LAURA MARCELA MAZO P ,TP 37991** ,por las posibles complicaciones ele el desarrollo del procedimiento , incluyendo la muerte , así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas ,educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre , YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA ,Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS , PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS ,SAPULLIDOS DE LA PIEL , CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO ,PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE .YO exonero a la **FUNDACION NARURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y AL M,V,Z LAURA MAZO** de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad , también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animaL ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día ,que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza , edad minimizando los riesgos .que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias intra y postoperatorias . hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han explicado los riesgos de cualquier intervención quirúrgica y lo entiendo a satisfacción de igual

OBSERVACIONES ----------

FIRMA DEL DUEÑO O RESPONSABLE -X- Jhoana Cifuentes ----------



Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 05/06/2024

Ficha: 63401013548100001186

B6

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: LEIDI YOHANA

Apellidos: CIFUENTES GONZALEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1096033052

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 22/07/2019

Última actualización ciudadano: 12/09/2019

Última actualización via registros administrativos: 25/11/2023

***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: MARCELA SALAZAR GARCIA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

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

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX

32

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2024

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 29 MES 05 AÑO 2024

I. Datos de la mascota

Nombre Tomy.				Sexo: M (Y) H ( )											
Especie		Canino ( ) Felino Y		raza ( )			Peso Aprox.								
Edad 1 año.			Color	Pelaje			Vacunas si (Y) no ( )								
Estado de salud		buena (Y)		regular ( )			mala ( )								
Fiebre	si	no Y	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 (Y)		desnutrido ( )			soberest ( )								

S.

II. Datos del propietario

Nombre: Maryuri Maya.	T.I./C.C. 1000315395.
Dirección: bosque mab #19.	Teléfono: 3136525594.
E-mail:	Sisben: SI (Y) NO ( ) Nivel 1 (2) (3) ( )

Adelaida.

PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

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

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

OBSERVACIONES ----------

FIRMA DEL DUEÑO O RESPONSABLE # Maryuri Maya ----------



Sisbén

Registro valido

Fecha de consulta: 05/06/2024

Ficha: 63401016548400000396

C12

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: MARYURI VIVIANA

Apellidos: MAYA SALAZAR

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1006315395

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 16/07/2019

Última actualización ciudadano: 07/03/2024

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: MARCELA SALAZAR GARCIA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

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

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2024

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 29 **MES** 05 **AÑO 2024** 5

I. Datos de la mascota																		
Nombre rocky.					*Sexo: M* (M) *H* ( )													
Especie			*Canino* (C) *Felino*			*raza* ( )				*Peso Aprox.*								
Edad 6 meses				*Color*		*Pelaje*				*Vacunas si* (si) *no* ( )						Adopción.		
Estado de salud			*buena* (B)			*regular* ( )				*mala* ( )								
Fiebre	*si*	*no* (no)	*Diarrea*	*si*	*no* (no)	*Vomito*	*si*	*no* (no)	*Inapetencia*	*si*	*no* (no)	*Golpes*	*si*	*no* (no)				
Heridas	*si*	*no* (no)	*Tto veterinario*	*si*	*no* (no)	*Celo*	*si*	*no* (no)	*Lactancia*	*si*	*no* (no)	*Ayunas*	*si* (si)	*no*				
Estado corporal			*normal* (N)			*desnutrido* ( )				*soberest* ( )								

II. Datos del propietario	
Nombre: Gloria ines jimenez.	*T.I./C.C.* 41916744.
Dirección: mz 49 # 27 nuevatebaida tapa 2.	*Teléfono:* 3217434423
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 Gloria ines. ---------- Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada rocky--------, especie canino(X)---------- felino---------- DECLARO, SOLICITO ,A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario **LAURA MARCELA MAZO P TP 37991** Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído ,comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía o el post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida , aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento , SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este cometimiento , exonero civil y penalmente a la FUNDACION **NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z LAURA MARCELA MAZO P ,TP 37991** ,por las posibles complicaciones ele el desarrollo del procedimiento , incluyendo la muerte , así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas ,educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre , YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA ,Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS , PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS ,SAPULLIDOS DE LA PIEL , CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO ,PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE .YO exonero a la **FUNDACION NARURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y AL M,V,Z LAURA MAZO** de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad , también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animaL ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día ,que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza , edad minimizando los riesgos .que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias intra y postoperatorias . hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han explicado los riesgos de cualquier intervención quirúrgica y lo entiendo a satisfacción de igual

OBSERVACIONES ----------

FIRMA DEL DUEÑO O RESPONSABLE ---------- Gloria Ines Jimenez S ----------



Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 05/06/2024

Ficha: 63401019548900000154

B2

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: GLORIA INES

Apellidos: JIMENEZ SALDARRIAGA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 41916744

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 22/01/2021

Última actualización ciudadano: 22/01/2021

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARCELA SALAZAR GARCIA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

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

22 36

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2024

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 28 **MES** 05 **AÑO 2024**

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

II. Datos del propietario			
Nombre:	Claudia Betancurth	T.I./C.C.	
Dirección:		Teléfono:	
E-mail:	La Siluta/ Mz D. 22	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 Claudia Betancurth ---------- Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada ----------, especie canino ---X--- felino---------- DECLARO, SOLICITO ,A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario **LAURA MARCELA MAZO P TP 37991** Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído ,comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía o el post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida , aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento , SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este cometimiento , exonero civil y penalmente a la FUNDACION **NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z LAURA MARCELA MAZO P ,TP 37991** ,por las posibles complicaciones ele el desarrollo del procedimiento , incluyendo la muerte , así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas ,educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre , YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA ,Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS , PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS ,SAPULLIDOS DE LA PIEL , CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO ,PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE .YO exonero a la **FUNDACION NARURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y AL M,V,Z LAURA MAZO** de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad , también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animaL ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día ,que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza , edad minimizando los riesgos .que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias intra y postoperatorias . hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han explicado los riesgos de cualquier intervención quirúrgica y lo entiendo a satisfacción de igual

OBSERVACIONES ---Estefanía Ramirez B.----------

FIRMA DEL DUEÑO O RESPONSABLE ----------



29 37

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2024

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 28 **MES** 05 **AÑO 2024**

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

II. Datos del propietario			
Nombre:	Claudia Betancourth	*T.I./C.C.*	41870876
Dirección:	La Selva / MZ D-22	*Teléfono:*	3
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.**

manera he recibido infección impresa sobre las recomendaciones a tener en cuenta en el post-operatorio y la

formula médica

YO Claudia Betancourth ---------- Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada ---------- Laika ----------, especie canino ---------- X ---------- felino---------- DECLARO, SOLICITO ,A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Medico Veterinario **ANDRES LOMBANA TELLEZ TP 22582,** Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído ,comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía o el post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida , aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento , SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este cometimiento , exonero civil y penalmente a la FUNDACION **NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z ANDRES LOMBANA TELLEZ** ,por las posibles complicaciones ele el desarrollo del procedimiento , incluyendo la muerte , así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas ,educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre , YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA ,Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS , PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS ,SAPULLIDOS DE LA PIEL , CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO ,PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE .YO exonero a la **FUNDACION NARURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y AL M,V,Z ANDRES LOMBAN TELLEZ** de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad , también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animal ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día ,que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y

OBSERVACIONES ---------- X Claudia Betancourth ----------

FIRMA DEL DUEÑO O RESPONSABLE ----------

Sisbén

Fecha de consulta: 06/05/2024

Ficha: 63401556546800005792

C11

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: CLAUDIA

Apellidos: BETANCOURTH ZULETA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 41870876

Municipio: La Tebaida ✓

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 12/04/2022

Última actualización ciudadano: 12/04/2022

Última actualización via registros administrativos: 25/11/2023

***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: MARCELA SALAZAR GARCIA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

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

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validacion de informacion en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducacion - Ministerio de Educacion
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX
- Minsalud - Ministerio de Salud
- RNEC - Registraduría Nacional del Estado Civil
- Migración Colombia

- ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- ANT - Agencia Nacional de Tierras
- FINAGRO - Fondo para el Financiamiento del Sector Agropecuario
- ICBF - Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
- UARIV - Unidad para las Victimas
- DNP- Departamento Nacional de Planeación

* Actualización según literal D del Articulo 4 de la Ley 1581 de 2012, y el Articulo 12 del Decreto 1377 de 2013.

24

FUNAT

LA TEBAIDA

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2024

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 28 **MES** 05 **AÑO 2024**

I. Datos de la mascota																			
Nombre	Maya				Sexo: M ◯ H ✓														
Especie	Canino ◯ Felino				raza ◯ C				Peso Aprox.										
Edad	1 Año		Color Cafe		Pelaje Corto			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 ◯										

S

II. Datos del propietario		
Nombre: Blanca Bethancour	T.I./C.C. 28928163	
Dirección: la Silva	Teléfono: 3145780789	
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 Blanca Bethancour ---------- Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Maya ----------, especie canino ---✓--- felino---------- DECLARO, SOLICITO ,A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario **LAURA MARCELA MAZO P TP 37991** Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído ,comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía o el post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida , aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento , SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este cometimiento , exonero civil y penalmente a la FUNDACION **NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z LAURA MARCELA MAZO P ,TP 37991** ,por las posibles complicaciones ele el desarrollo del procedimiento , incluyendo la muerte , así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas ,educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre , YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA ,Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS , PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS ,SAPULLIDOS DE LA PIEL , CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO ,PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE .YO exonero a la **FUNDACION NARURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y AL M,V,Z LAURA MAZO** de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad , también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animaL ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día ,que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza , edad minimizando los riesgos .que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias intra y postoperatorias . hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han explicado los riesgos de cualquier intervención quirúrgica y lo entiendo a satisfacción de igual

OBSERVACIONES ----------

FIRMA DEL DUEÑO O RESPONSABLE ---------- Blanca Nelly Bethancour ----------



Registro válido

Fecha de consulta: 05/06/2024

Ficha: 63401559750400000582

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: BLANCA NELLY

Apellidos: BETANCOURTH

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 28928163

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 12/05/2023

Última actualización ciudadano: 12/05/2023

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARCELA SALAZAR GARCIA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

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

30

39

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2024

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 29 MES 05 AÑO 2024

I. Datos de la mascota																		
Nombre	luna			Sexo: M ◯ H ⊗													S	
Especie	Canino ◯ Felino			raza ◯ C				Peso Aprox.										
Edad	7 Meses		Color Negro/Café		Pelaje Corto			Vacunas si ⊗ no ◯										
Estado de salud	buena ⊗			regular ◯				mala ◯										
Fiebre	si	no	Diarrea	si	no	Vomito	si	no	Inapetencia	si	no	Golpes	si	no				
Heridas	si	no	Tto veterinario	si	no	Celo	si	no	Lactancia	si	no	Ayunas	si	no				
Estado corporal	normal ◯			desnutrido ◯				soberest ◯										

II. Datos del propietario	
Nombre: luisa fernanda Giraldo	T.I./C.C. 1096040182
Dirección: Anapoima Mzna 2 casa 12	Teléfono: 3148678576
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 luisa Giraldo ---------- Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada ---luna---, especie canino ---x--- felino---------- DECLARO, SOLICITO ,A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario **LAURA MARCELA MAZO P TP 37991** Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído ,comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía o el post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida , aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento , SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este cometimiento , exonero civil y penalmente a la FUNDACION **NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z LAURA MARCELA MAZO P ,TP 37991** ,por las posibles complicaciones ele el desarrollo del procedimiento , incluyendo la muerte , así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas ,educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre , YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA ,Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS , PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS ,SAPULLIDOS DE LA PIEL , CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO ,PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE .YO exonero a la **FUNDACION NARURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y AL M,V,Z LAURA MAZO** de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad , también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animaL ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día ,que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza , edad minimizando los riesgos .que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias intra y postoperatorias . hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han explicado los riesgos de cualquier intervención quirúrgica y lo entiendo a satisfacción de igual

OBSERVACIONES ---luisa fernanda Giraldo----------

FIRMA DEL DUEÑO O RESPONSABLE ----------



Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 05/06/2024

Ficha: 63401071749300000204

C7

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: LUISA FERNANDA

Apellidos: GIRALDO JARAMILLO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1096040182

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 30/07/2021

Última actualización ciudadano: 30/07/2021

Última actualización via registros administrativos: 25/11/2023

***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: MARCELA SALAZAR GARCIA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

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

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX

29 40

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2024

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 29 **MES** 05 **AÑO 2024**

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

II. Datos del propietario	
Nombre: Ana María Alvarez Jaramillo	T.I./C.C. 41.872.390
Dirección: Urbanizacion Cuatro Nucleo E M3 C8	Teléfono: 3163307301
E-mail: Vazquezfajardo@Gmail.com	Sisben: SI ○ NO ○ Nivel 1 ② 3 ○

PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

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

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

OBSERVACIONES ----------

FIRMA DEL DUEÑO O RESPONSABLE ----------



Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 05/06/2024

Ficha: 63401014548200000360

B5

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ANA MARIA

Apellidos: ALVAREZ JIMENEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 41872390

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 01/07/2022

Última actualización ciudadano: 01/07/2022

Última actualización via registros administrativos: 25/11/2023

***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: MARCELA SALAZAR GARCIA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

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

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educacion
- ICETEX

28 41

LA TEBAIDA

FUNAT

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2024

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 29 **MES** 05 **AÑO 2024**

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

II. Datos del propietario	
Nombre: maritza castellano.	*T.I./C.C.* 1094904175
Dirección: Cll 7 #10-20.	*Teléfono:* 3216672310.
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 maritza. ---------- Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Atenea. ----, especie canino ---X------ felino---------- DECLARO, SOLICITO ,A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario **LAURA MARCELA MAZO P TP 37991** Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído ,comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía o el post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida , aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento , SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este cometimiento , exonero civil y penalmente a la FUNDACION **NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z LAURA MARCELA MAZO P ,TP 37991** ,por las posibles complicaciones ele el desarrollo del procedimiento , incluyendo la muerte , así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas ,educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre , YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA ,Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS , PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS ,SAPULLIDOS DE LA PIEL , CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO ,PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE .YO exonero a la **FUNDACION NARURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y AL M,V,Z LAURA MAZO** de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad , también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animaL ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día ,que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza , edad minimizando los riesgos .que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias intra y postoperatorias . hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han explicado los riesgos de cualquier intervención quirúrgica y lo entiendo a satisfacción de igual

OBSERVACIONES ----------

FIRMA DEL DUEÑO O RESPONSABLE ---Maritza castellano---



Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 05/06/2024

Ficha: 63401014548200000256

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MARITZA MAGDALENA

Apellidos: CASTELLANOS MONTAÑO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1094904175

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 11/05/2021

Última actualización ciudadano: 12/05/2021

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARCELA SALAZAR GARCIA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

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

FUNAT

LA TEBAIDA

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2024

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 29 **MES** 05 **AÑO 2024**

I. Datos de la mascota																			
Nombre lupe.					*Sexo: M* ◯ *H* (X)														
Especie			*Canino* (X) *Felino*			*raza* ◯					*Peso Aprox.*								
Edad 2 años.			*Color* negra.			*Pelaje*					*Vacunas si* (X) *no* ◯								
Estado de salud			*buena* (X)			*regular* ◯					*mala* ◯								
Fiebre	*si*	*no* X	*Diarrea*	*si*	*no* X	*Vomito*	*si*	*no* X	*Inapetencia*	*si*	*no* X	*Golpes*	*si*	*no* X					
Heridas	*si*	*no* X	*Tto veterinario*	*si*	*no* X	*Celo*	*si*	*no* X	*Lactancia*	*si*	*no* X	*Ayunas*	*si* X	*no*					
Estado corporal			*normal* (X)			*desnutrido* ◯					*soberest* ◯								

S.

II. Datos del propietario	
Nombre: Rocio yepes.	*T.I./C.C.* 34560272.
Dirección: Camilo Alto caragbay.	*Teléfono:* 3011121164.
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 Rocio yepes Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada lupe., especie canino --X------ felino---------- DECLARO, SOLICITO ,A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario **LAURA MARCELA MAZO P TP 37991** Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído ,comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía o el post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida , aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento , SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este cometimiento , exonero civil y penalmente a la FUNDACION **NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z LAURA MARCELA MAZO P ,TP 37991** ,por las posibles complicaciones ele el desarrollo del procedimiento , incluyendo la muerte , así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas ,educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre , YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA ,Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS , PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS ,SAPULLIDOS DE LA PIEL , CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO ,PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE .YO exonero a la **FUNDACION NARURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y AL M,V,Z LAURA MAZO** de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad , también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animaL ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día ,que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza , edad minimizando los riesgos .que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias intra y postoperatorias . hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han explicado los riesgos de cualquier intervención quirúrgica y lo entiendo a satisfacción de igual

OBSERVACIONES ----------

FIRMA DEL DUEÑO O RESPONSABLE ---------- X Rocio yepes

Sisbén

Registro valido

Fecha de consulta: 05/06/2024

Ficha: 63401016548400000458

B2

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: BLANCA ROCIO

Apellidos: YEPEZ MUÑOZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 34560272

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 16/07/2019

Última actualización ciudadano: 11/01/2023

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: MARCELA SALAZAR GARCIA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

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

26

43

FUNAT

LA TEBAIDA

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2024

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 28 **MES** 05 **AÑO 2024**

5

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

II. Datos del propietario			
Nombre: Sandra betancourt		**T.I./C.C.**	25023876
Dirección: Finca la adriana Vereda San Pablo		**Teléfono:**	3148835842
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 Sandra Betancourt ---------- Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Niña ----------, especie canino X ---------- felino---------- DECLARO, SOLICITO ,A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario **LAURA MARCELA MAZO P TP 37991** Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT** ,para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en la condiciones que se has sido propuestas. He leído ,comprendido y ACEPTO las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía o el post operatorio y que se justifiquen por una mejora de vida , aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento , SE me ha informado el derecho de rechazar o revocar este cometimiento , exonero civil y penalmente a la FUNDACION **NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT Y AL M,V,Z LAURA MARCELA MAZO P ,TP 37991** ,por las posibles complicaciones ele el desarrollo del procedimiento , incluyendo la muerte , así como en caso de hurto o pérdida del animal, actos tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas ,educativas y de informes especiales a los entes de control bajo la reserva del nombre , YO ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA ,Y SE QUE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS , PERO ENTIENDO QUE TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS CIRUGIAS CON LLEVA RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS ,SAPULLIDOS DE LA PIEL , CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO ,PERDIDA DE PETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE .YO exonero a la **FUNDACION NARURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y AL M,V,Z LAURA MAZO** de toda responsabilidad civil o penal por la cirugía y anestesia que se llevara a cabo mi mascota y que la he traído a voluntad , también de cualquier reclamación de reembolso de costos del cuidado del animaL ya que el dueño o responsable del crea que tales costos estén relacionados con la cirugía realizada, Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día ,que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría al veterinario, también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza , edad minimizando los riesgos .que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias intra y postoperatorias . hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han explicado los riesgos de cualquier intervención quirúrgica y lo entiendo a satisfacción de igual

OBSERVACIONES Sandra Patricia Betancourth ----------

FIRMA DEL DUEÑO O RESPONSABLE ----------

Sisbén

Fecha de consulta: 05/06/2024

Ficha: 63401556749400005237

C9

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: SANDRA PATRICIA

Apellidos: BETANCOURTH MARIN

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 25023876

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 11/02/2022

Última actualización ciudadano: 11/02/2022

Última actualización via registros administrativos: 25/11/2023

***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: MARCELA SALAZAR GARCIA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

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

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

25 47

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2024

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 29 **MES** 05 **AÑO 2024**

I. Datos de la mascota																			
Nombre	Mariposa			Sexo: M ◯ H ⊗															
Especie		Canino ◯	Felino	raza ⊗C			Peso Aprox.												
Edad	B/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:	Zoraida Varon	T.I./C.C.	1499758 7
Dirección:		Teléfono:	3213976348
E-mail:	14 de Agosto # 16	Sisben: SI ◯ NO ◯ Nivel 1 (2) 3 ◯	

BT

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

OBSERVACIONES ---Zoraida----------

FIRMA DEL DUEÑO O RESPONSABLE ----------



Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 05/06/2024

Ficha: 63401015548300000382

B7

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ZORAIDA

Apellidos: VARON USMA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24497587

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 17/07/2019

Última actualización ciudadano: 07/08/2019

Última actualización 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: MARCELA SALAZAR GARCIA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

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