45 1

FUNAT

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2024

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 22 MES 05 AÑO 2024

I. Datos de la mascota																			
Nombre	Cloe			Sexo: M ○ H ○												S			
Especie	Canino ○ Felino ✓			raza ○ C			Peso Aprox.												
Edad	Parda			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:	Vanesa Brito.	T.I./C.C.	1094954680
Dirección:		Teléfono:	3059135314
E-mail:	Caitaito MZ.	Sisben: SI ○ NO ○	Nivel 1 ② ③ ○

PROCEDIMIENTO VETERINARIO
Ley 566/2000 Art. 26

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

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

Mary

YO Vanesa Brito Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota ilamada ----------, 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 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 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 ---------- tVanessa Brito Marin 22-05-2024

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



Sisbén

Fecha de consulta: 08/05/2024

Ficha: 63401556750400004966

A4

GRUPO SISBÉN IV
Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: VANESSA

Apellidos: BRITO MARIN

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1092454680

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 04/02/2022

Última actualización ciudadano: 16/01/2023

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



"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

FUNAT

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2024

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 23 **MES** 05 **AÑO 2024**

I. Datos de la mascota																		
Nombre	lola					*Sexo: M* ◯ *H* ⊗												5
Especie		*Canino* ⊗ *Felino*				*raza* ◯ C			*Peso Aprox.*									
Edad	6 meses		*Color*			*Pelaje* ◯			*Vacunas si* ⊗ *no* ◯									
Estado de salud		*buena* ⊗				*regular* ◯					*mala* ◯							
Fiebre	*si*	*no*	*Diarrea*	*si*	*no*	*Vomito*	*si*	*no*	*Inapetencia*	*si*	*no*	*Golpes*	*si*	*no*				
Heridas	*si*	*no*	*Tto veterinario*	*si*	*no*	*Celo*	*si*	*no*	*Lactancia*	*si*	*no*	*Ayunas*	*si*	*no*				
Estado corporal			*normal* ⊗			*desnutrido* ◯					*soberest* ◯							

II. Datos del propietario			
Nombre:	Alba Ruby Agudelo	*T.I./C.C.*	24498262
Dirección:		*Teléfono:*	3218303340
E-mail:	Mz # 1 M7 40. 2	*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 Alba Ruby ---- Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada ---- lola ----, 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 ---- 1 ----

FIRMA DEL DUEÑO O RESPONSABLE ---- Alba Ruby Agudelo H. ----



Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 29/04/2024

Ficha: 63401006547400000760

A5

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ALBA RUBY

Apellidos: AGUDELO HOYOS

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24498261

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 03/07/2020

Última actualización ciudadano: 03/07/2020

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARCELA SALAZAR GARCIA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

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

(5)

FUNAT

47

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2024

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 23 **MES** 05 **AÑO 2024**

I. Datos de la mascota																			
Nombre	Stivas.					*Sexo: M* X *H* ○										S			
Especie	*Canino* ○ *Felino* X					*raza* CC					*Peso Aprox.*								
Edad	Adulto		*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:	Nelson Estrada	*T.I./C.C.*	70115927
Dirección:		*Teléfono:*	3162804218
E-mail:	Usanjose1@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 Nelson ---------- 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 Emerson Obando

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

Sisbén

Registro válido

A4

Fecha de consulta: 20/05/2024

Ficha: 63401073749400001599

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: NELSON

Apellidos: ESTRADA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 70115977

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 10/01/2024

Última actualización ciudadano: 10/01/2024

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
- 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

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2024

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 22 **MES** 05 **AÑO 2024**

I. Datos de la mascota																		
Nombre mica.				*Sexo: M* ◯ *H* (X)														
Especie	*Canino* ◯ *Felino* X			*raza* ◯				*Peso Aprox.*										
Edad		*Color*		*Pelaje*				*Vacunas si* ◯ *no* (X)										
Estado de salud	*buena* (X)			*regular* ◯				*mala* ◯										
Fiebre	*si*	*no* 4	*Diarrea*	*si*	*no* 7	*Vomito*	*si*	*no* 1	*Inapetencia*	*si*	*no* -	*Golpes*	*si*	*no* 4				
Heridas	*si*	*no* 6	*Tto veterinario*	*si*	*no* 2	*Celo*	*si*	*no* 3	*Lactancia*	*si*	*no* 0	*Ayunas*	*si* 4	*no*				
Estado corporal	*normal* (X)			*desnutrido* ◯				*soberest* ◯										

S

II. Datos del propietario			
Nombre: luz marina vergara.	*T.I./C.C.* 29977684		
Dirección: Guayacanes 2 V	*Teléfono:* 3207431518.		
E-mail:	*Sisben: SI* ◯ *NO* ◯ *Nivel* 1 (2) (3) ◯		

PROCEDIMIENTO VETERINARIO 87

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 marina ---------- Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada mica----------, 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 ----------

FIRMA DEL DUEÑO O RESPONSABLE Yessica viviana - Luz marina.



Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 28/05/2024

Ficha: 63401556750600010149

B1

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: LUZ MARINA

Apellidos: VERGARA ZAPATA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 29927684

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 20/01/2023

Última actualización ciudadano: 20/01/2023

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

FUNAT

LA TEBAIDA

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2024

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 22 **MES** 05 **AÑO 2024**

I. Datos de la mascota																				
Nombre	Renata			*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* 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* ◯											

S

II. Datos del propietario			
Nombre:	Magnolia. Lopez	*T.I./C.C.*	25014054
Dirección:		*Teléfono:*	3108373803
E-mail:	Fundacionesmz6-3	*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 Magnolia Lopez ---------- Identificado (a) ~~Como~~ como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Renata, 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

X Magnolia lopez

OBSERVACIONES ----------

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



Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 29/05/2024

Ficha: 63401020548700000477

B4

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MAGNOLIA

Apellidos: LOPEZ RAMIREZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 25014054

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 17/07/2019

Última actualización ciudadano: 25/06/2021

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

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2024

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 24 **MES** 05 **AÑO 2024**

I. Datos de la mascota																		
Nombre	Chiqui			Sexo: M ◯ H ⊗														
Especie	Canino ◯ Felino			raza ⊗ C				Peso Aprox.										
Edad	Pardo Y Claro			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:	Ever Pael	T.I./C.C.	4375311
Dirección:		Teléfono:	3104732069
E-mail:	Cra 5a Calle 5 e57	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 Ever Pael ---------- 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 ----------



13
91

LA TEBAIDA

FUNAT

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2024

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA MES AÑO 2024 Sisben

I. Datos de la mascota																		
Nombre	Ardilla			Sexo: M ◯ H (X)													S	
Especie	Canino ◯ Felino			raza ◯ C			Peso Aprox.											
Edad	8 Mes		Color Pardo	Pelaje			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: Euer Paez	T.I./C.C. 4375311
Dirección: Alambra Cra 5 calle 5ta esquina	Teléfono: 3104732069
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 Euer Paez ---------- 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

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 18/03/2024

Ficha: 63401073749400000376

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: EVERTH

Apellidos: PAEZ PERILLA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 4375311

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 06/05/2020

Última actualización ciudadano: 26/04/2021

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

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



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	Minie			Sexo: M ◯ H (x)														
Especie	Canino ◯ Felino			raza ◯ C			Peso Aprox.											
Edad	1 AÑO	Color B/N		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 ◯											

II. Datos del propietario			
Nombre: Diana Lorena Merchan		T.I./C.C.	41872035
Dirección: Nueva Tebaida 2 Mz 50 #26		Teléfono:	3004340124
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 Lorena Merchan ---------- Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada ---Minie---, 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 Diana Lorena M.

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



Sisbén

El futuro es de todos

DNP Departamento Nacional de Planeación

Registro Valido

A5

Fecha de consulta: 14/05/2024

Ficha: 63401007547500001183

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres DIANA LORENA

Apellidos MERCHAN

Tipo de documento Cédula de Ciudadanía

Número de documento 41872035

Municipio LA TEBAIDA

Departamento QUINDIO

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente	14/08/2019
Última actualización ciudadano	15/08/2019
Ultima 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

20

FUNAT

53

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	Carla				Sexo: M ◯ H ⊗												
Especie	Canino ◯ Felino				raza ◯ C			Peso Aprox.									
Edad	4 años	Color Negro			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: Lucely Maruanda	T.I./C.C. A6640062	
Dirección: Calle 16 BIS #10-19 Tuban Ayala	Teléfono: 3206571018	
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 Lucely Maruanda identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada --Carla----------, 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 -Lucelly Maruanda J----------

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



Fabio Molino mezzo e mezzo 1A

Sisbén

Registro válido

B4

Fecha de consulta: 22/11/2023

Ficha: 634010085476000002**86**

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: LUCELLY

Apellidos: MARULANDA GIRALDO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 46640062

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 15/07/2019

Última actualización ciudadano: 05/08/2019

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

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

16

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2024

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 28 **MES** 05 **AÑO 2024**

I. Datos de la mascota																
Nombre	Negra			Sexo: M ◯ H (X)												
Especie	Canino ◯ Felino			raza ◯ C			Peso Aprox.									
Edad	7 Meses Color B/N			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: Victoria Bolivar	T.I./C.C.	1096041167
Dirección: Nueva Tebaida Mzna 5 casa 11	Teléfono:	3148780871
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 Victoria Bolivar ---------- Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada ---Negra----------, 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 Victoria Bolivar. ----------

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



Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 15/05/2024

Ficha: 63401006547400000081

B1

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: VICTORIA ANDREA

Apellidos: BOLIVAR VALERO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1096041167

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 02/06/2023

Última actualización ciudadano: 05/09/2023

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: 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 24 MES 05 AÑO 2024

I. Datos de la mascota

Nombre yango				Sexo: M (X) H ( )									
Especie	Canino ( ) Felino X			raza ( )			Peso Aprox.						
Edad 1 año	Color para			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: Lorena Holguin.	T.I./C.C. 41871725.
Dirección: cra 5 #72 oq. Alfonso.	Teléfono: 3193719571.
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 Lorena holguin Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada ---yango---, 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 ----------

FIRMA DEL DUEÑO O RESPONSABLE ---Lorena Holguin---



15

56

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2024

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 24 MES 05 AÑO 2024

I. Datos de la mascota																	
Nombre Deret					Sexo: M (1) H ( )												
Especie			Canino ( ) Felino (1)		raza ( )			Peso Aprox.									
Edad 11 meses			Color GRIS		Pelaje			Vacunas si ( ) no (1)									
Estado de salud			buena (1)		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 (1)		desnutrido ( )			soberest ( )									

II. Datos del propietario	
Nombre: Lorena holguin	T.I./C.C. 41871725
Dirección: Alfonso Lopez cll 5 #7-09	Teléfono: 3193719571
E-mail:	Sisben: SI ( ) NO ( ) Nivel 1 (2) (3) ( )

PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

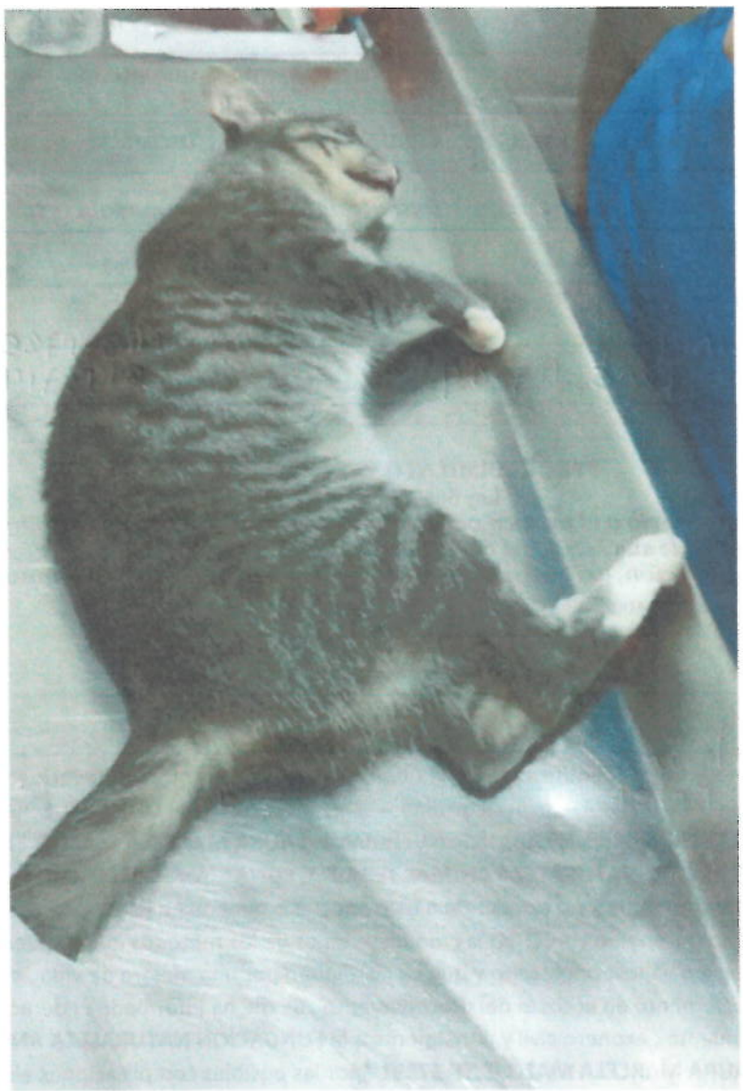
"El médico veterinario o el médico veterinario zootecnista están en la obligación de comunicar al usuario de sus servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso"

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

YO Lorena holguin Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Deret, especie canino ---------- felino--1------ 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 --M.LORENA HOLGUN



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 10/05/2024

Ficha: 63401005547300000394

B4

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MELVA LORENA

Apellidos: HOLGUIN MEJIA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 41871725

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 16/07/2019

Última actualización ciudadano: 03/09/2019

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

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 10/05/2024

Ficha: 63401005547300000394

B4

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MELVA LORENA

Apellidos: HOLGUIN MEJIA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 41871725

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 16/07/2019

Última actualización ciudadano: 03/09/2019

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARCELA SALAZAR GARCIA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

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

LA TEBAIDA

FUNAT

57

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2024

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 18 **MES** 06 **AÑO 2024**

I. Datos de la mascota

Nombre Chispita.					**Sexo: M** ◯ **H** (X)										
Especie Blc		**Canino** ◯ **Felino** X			**raza** ◯			**Peso Aprox.**							
Edad 1año.			**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** ◯							

II. Datos del propietario

Nombre: James Andrelmoreno.	**T.I./C.C.** 1054988405
Dirección: M743 C77 nuevatebaida #2	**Teléfono:** 3182534543.
E-mail:	**Sisben: SI** ◯ **NO** ◯ **Nivel** 1 (2) 3 ◯

Ligia B. ? S.

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.**

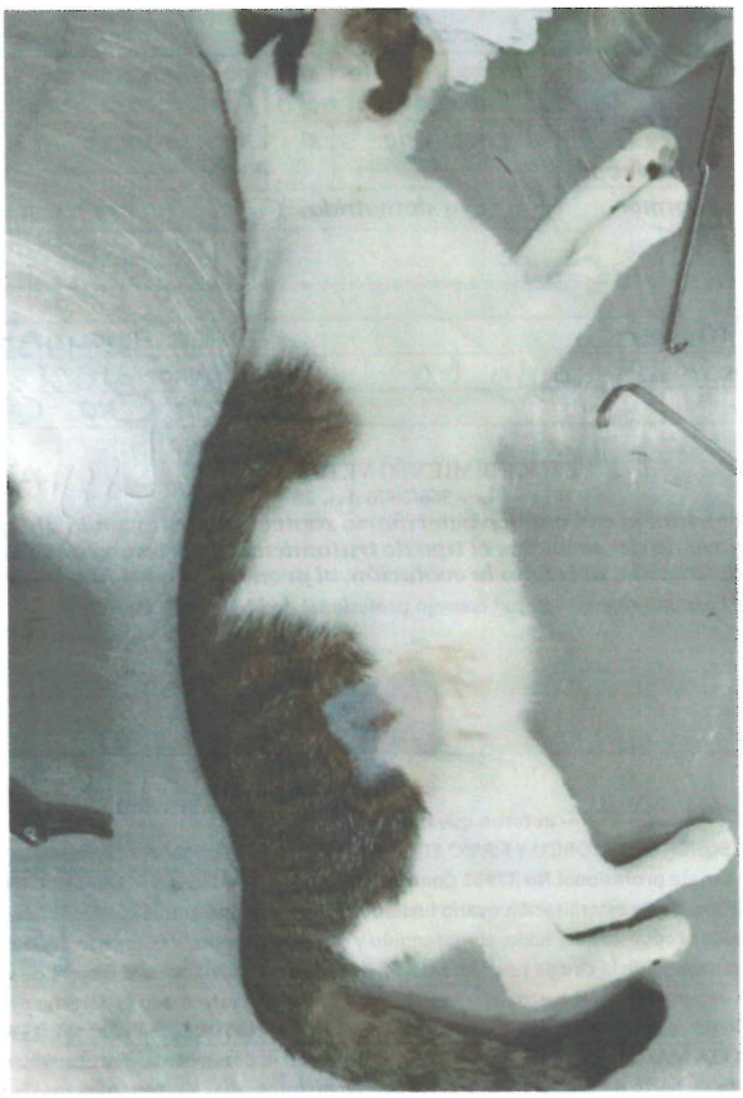
Yo James Andres. ---------- autorizo que mi mascota llamada chispita ----------, especie canino ---------- felino----X--- DECLARO, SOLICITO, A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO A LA Médico Veterinario **LAURA MARCELA MAZO PATIÑO** , M.V.Z, tarjeta **profesional No 37991** Contratado por la **FUNDACION 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 ---- James Andres M. ----------



Sisbén

Sistema de Identificación de
Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 27/06/2024

Ficha: 6340155675040000550(

DATOS PERSONALES

Nombres: JAMES ANDRES

Apellidos: MORENO MORENO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1054988405

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 28 MES 06 AÑO 2024

I. Datos de la mascota																			
Nombre	chopeV				Sexo: M (X) H ( )													5	
Especie		Canino ( )	Felino X		raza ( )			Peso Aprox.											
Edad	5 meses		Color		Pelaje			Vacunas si (X) no ( )											
Estado de salud		buena (Y)			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 fernanda ubague	T.I./C.C. 1094891400
Dirección:	cantarito mz 15 #5 c12	Teléfono: 3158288768
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 Mcnag. F Ubague ----------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 maria fernanda ubague ----------

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

Sisbén

Sistema de Identificación de
Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales



Sisbén

Sistema de Identificación de
Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válid

Fecha de consulta: 27/06/202

Ficha: 6340155664920000278

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA FERNANDA

Apellidos: UBAQUE ABRIL

Tipo de documento: Tarjeta de identidad

Número de documento: 1094891400

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 MES 06 AÑO 2024 Sisben

I. Datos de la mascota																	
Nombre	Blancanieves			Sexo: M ◯ H (X)													
Especie	Canino ◯ Felina			raza ◯ C			Peso Aprox.										
Edad	6 Meses	Color Blanca		Pelaje CORTO			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:	Martha L Ramirez	T.I./C.C.	41945589
Dirección:		Teléfono:	3203404855
E-mail:	M+#2 Mz 48- 12	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 Martha L Ramirez ---------- Identificaticado (a) como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Blanca ----------, 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 ----------

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



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

B4

Fecha de consulta: 11/06/2024

Ficha: 63401016548400000048

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MARTHA LORENA

Apellidos: RAMIREZ GIRALDO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 41945589

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 14/07/2028

Última actualización ciudadano: 01/06/2023

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

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2024

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 19 **MES** 06 **AÑO 2024**

I. Datos de la mascota																			
Nombre Vaquita.					Sexo: M ◯ H (Y)														
Especie	Canino (X) Felino				raza ◯				Peso Aprox.										
Edad		Color			Pelaje				Vacunas si ◯ no (Y)										
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: Maritza Vanegas.	T.I./C.C. 41872675.
Dirección: Casa de Vida Mz 4 C72.	Teléfono: 3018711759
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 vaquita ----------, 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 ----------

FIRMA DEL DUEÑO O RESPONSABLE X Maritza Vanegas ----------



Fecha de consulta: 27/06/2

Ficha: 63401073749300001

B5

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MARITZA

Apellidos: VANEGAS DEVIA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 41872675

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 21/01/2

Última actualización ciudadano: 21/01/2

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

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARCELA SALAZAR

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Ofi

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2024

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 17 **MES** 06 **AÑO 2024**

I. Datos de la mascota																				
Nombre	Cufin					*Sexo: M* ◯ *H* ⊗														
Especie	Perro		*Canino* ⊗ *Felino* ◯			*raza* ◯					*Peso Aprox.*									
Edad	6 meses			*Color* N		*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:	Carlos Alberto Echeverry	*T.I./C.C.*
Dirección:	Comuna 1 Cra 11 – 15-16	*Teléfono:* 3234309947
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 ---------- Carlos Alberto Echeverry

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

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2024

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

62

FECHA DIA 17 **MES** 06 **AÑO 2024**

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

II. Datos del propietario			
Nombre:		*T.I./C.C.*	
Dirección:	Comuna Cra 11 - 15-16	*Teléfono:*	3234309947
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 Celeste, 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 ---------- Carlos Arturo Echeverry ----------

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



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

3234309947. 2 perc)

Fecha de consulta: 14/06/2024

B4

Ficha: 63401556750600006002

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: CARLOS ARTURO

Apellidos: ECHEVERRY PEREZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 9807561

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 31/03/2022

Última actualización ciudadano: 31/03/2022

Última actualización via registros administrativos:

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

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARCELA SALAZAR GARCIA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

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

10-11

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2024

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 24 **MES** 06 **AÑO 2024**

I. Datos de la mascota																				
Nombre	Manchas			*Sexo: M* (X) *H* ( )															S	
Especie	F			*Canino* ( ) *Felino* (X)				*raza* ( )					*Peso Aprox.*							
Edad	9 m.				*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* (X)	*no*	
Estado corporal				*normal* ( )				*desnutrido* ( )					*soberest* ( )							

II. Datos del propietario		
Nombre:	Maricela Cumba	*T.I./C.C.* 1096034190
Dirección:	villa mar me 3-28	*Teléfono:* 3203508895
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 Maricela Cumba 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 Maricela Cumba

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



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro vá

Fecha de consulta: 08/08/2

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: 12/07/2

Última actualización ciudadano: 30/07/2

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

(2)

FUNAT

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2024

REGISTRO DE ESTERILIZACION / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 27 **MES** 05 **AÑO 2024**

I. Datos de la mascota																				
Nombre Porra S.					*Sexo:* M (♀) H ( )															
Especie			*Canino* ( ) *Felino* (X)				*raza* ( )				*Peso Aprox.*									
Edad 7 m.				*Color*			*Pelaje*				*Vacunas si* ( ) *no* (1)									
Estado de salud			*buena* (1)				*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*		*Lactancia*	*si*	*no*		*Ayunas*	*si* (1)	*no*			
Estado corporal			*normal* (1)				*desnutrido* ( )				*soberest* ( )									

II. Datos del propietario	
Nombre: Ana maria Suarez	*T.I./C.C.* 1006034484
Dirección: nueva tebaida tapa 1 m72 C3	*Teléfono:* 3162476020
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 Ana maria. ---------- Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada ----Porra----, especie canino ---------- felino---V----- 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 ---- Ana Maria Suarez Gomez ----



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro vá

Fecha de consulta: 08/08/2

Ficha: 63401007547500000

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ANA MARIA

Apellidos: SUAREZ GOMEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1096034984

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 12/07/2

Última actualización ciudadano: 31/07/2

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

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	Suzy			Sexo: M ○ H ⊗														
Especie		Canino ⊗ Felino ○		raza ⊗ Beige				Peso Aprox. 5										
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:	Hector Fabio Valencia	T.I./C.C.	94434650
Dirección:		Teléfono:	3153235575
E-mail:	Mz # 1 m2 - 11 - 6	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.**

Mary Ann Analista

YO Hector F Valencia 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

X Hector F. Valencia

formula médica

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



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro vá

Fecha de consulta: 08/08/2

Ficha: 63401014548200000

C13

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: HECTOR FABIO

Apellidos: VALENCIA CASTAÑEDA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 94434650

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 09/09/2

Última actualización ciudadano: 09/09/2

Última actualización via registros administrativos: 25/11/2

*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

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

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	Filo (Ai)			Sexo: M (X) H ( )													S	
Especie	Canino (X) Felino ( )			raza (X)				Peso Aprox.										
Edad C. M.			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: Dolly Castañeda. V.		T.I./C.C. 29621511	
Dirección:		Teléfono: 3231520824	
E-mail: Mt #1 Mz-16-12		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 Dolly Castañeda ---------- 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

X Dolly Castañeda Valencia.

formula médica

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



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro vá

Fecha de consulta: 08/08/2

Ficha: 63401556749400007

B5

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA DOLLY

Apellidos: CASTAÑEDA DE VALENCIA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 29621511

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 23/02/2

Última actualización ciudadano: 23/02/2

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

67

LA TEBAIDA

FUNAT

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2024

REGISTRO DE CONSULTA VETERINARIA / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 22 **MES** 06 **AÑO 2024**

I. Datos de la mascota																			
Nombre			Negra			Sexo: M ◯ H ⊗												S	
Especie			Canino ◯ Felino			raza ⊗ C				Peso Aprox.									
Edad	6 a 7			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:	Sandra Figueroa -	T.I./C.C.	41871257
Dirección:		Teléfono:	
E ail:	Inusion Alabrado	Sisben SI ◯ NO ◯	Nivel 1 (2) (3) ◯

PROCEDIMIENTO VETERINARIO Animalista.
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 Figueroa ---------- Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada ---------- Negra ----------, 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

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE

X Sandra Figueroa

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

Sisbén

Registro valido

Fecha de consulta: 03/04/2024

Ficha: 63401021546800000102

B1

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: SANDRA MILENA

Apellidos: FIGUEROA MORANTE

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 41871257

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 22/01/2021

Última actualización ciudadano: 22/01/2021

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

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2024

REGISTRO DE CONSULTA VETERINARIA / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 25 **MES** 06 **AÑO 2024**

I. Datos de la mascota																				
Nombre			Pepa.				*Sexo: M* ◯ *H* ⊗												S	
Especie			*Canino* ◯ *Felino* X				*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:	Luis Maulada	*T.I./C.C.*	4373888
Dirección:		*Teléfono:*	
Email:	B/ Guayacana 2 M7. 7 C4	*Sisben: SI* ◯ *NO* ◯ *Nivel* 1 ⊗ 2 ⊗ 3 ◯	

PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

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

YO Luis Maulada ---------- Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada ----Pepa----, especie canino ---------- felino---------- DECLARO, SOLICITO ,A UTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario **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

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE

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



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Fecha de consulta: 03/04/2024

Ficha: 63401556749400010199

B3

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: LUIS FELIPE

Apellidos: MARULANDA GIRALDO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 4373888

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 30/12/2022

Última actualización ciudadano: 30/12/2022

Última actualización via registros administrativos:

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

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: 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 CONSULTA VETERINARIA / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 22 **MES** 06 **AÑO 2024**

I. Datos de la mascota

Nombre Miere			**Sexo: M** ◯ **H** ◯										S
Especie felina.	**Canino** ◯ **Felino** X		**raza** ◯		**Peso Aprox.**								
Edad 7 meses	**Color** x n		**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** Y
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: Alexander Marin		**T.I./C.C.** 1083876240	
Dirección:		**Teléfono:** 3105187734	
E ail: fundaciones rz 1 - 66		**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 Alexander Marin Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Miere, 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

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE

OBSERVACIONES ---------- X Alexander Marin ----------FIRMA DEL DUEÑO O RESPONSABLE ----------

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 15/05/2024

Ficha: 63401556750100004028

A5

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ALEXANDER

Apellidos: MARIN ORTIZ

Tipo de documento: Tarjeta de identidad

Número de documento: 1083876240

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 03/12/2021

Última actualización ciudadano: 06/12/2021

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

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2024

REGISTRO DE CONSULTA VETERINARIA / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 25 **MES** 06 **AÑO 2024**

I. Datos de la mascota																			
Nombre	MARIPOSA			*Sexo: M* X *H* ○															
Especie	*Canino* ○ *Felino* X			*raza* ⊗ C					*Peso Aprox.*										
Edad			*Color* tri			*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:	Camila Vega	*T.I./C.C.*	1005160214
Dirección:		*Teléfono:*	300
E-mail:	albergue municipal	*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 Camila Vega identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Manon, 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

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE

X Camila Vega

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

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro va

Fecha de consulta: 08/08/2

Ficha: 63401007547500000

A5

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA CAMILA

Apellidos: VEGA ARANGO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1005160214

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 06/05/2

Última actualización ciudadano: 05/10/2

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

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2024

REGISTRO DE CONSULTA VETERINARIA / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 24 **MES** 06 **AÑO 2024**

I. Datos de la mascota																			
Nombre	Basim				Sexo: M ○ H ✓														
Especie		Canino ✓	Felino		raza				Peso Aprox.										
Edad	B		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:	Paula Muñoz P.	T.I./C.C.	1007386400
Dirección:		Teléfono:	3106170693
E ail:	Albergue municipal	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 Paula Muñoz P ---------- Identificaticado (a) Como aparece en la firma, propietario (a) y/o acudiente de la mascota llamada Basim ----------, 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

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE

X paula muñoz

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



FUNAT

LA TEBAIDA

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2024

REGISTRO DE CONSULTA VETERINARIA / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 24 **MES** 06 **AÑO 2024**

I. Datos de la mascota																				
Nombre	MAMAGUIS			*Sexo: M* ○ *H* ⊗																
Especie	*Canino* ○ *Felino* X			*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:	PAULA MUÑOZ	*T.I./C.C.*	1007386400
Dirección:		*Teléfono:*	3106170693
E ail:	Albergue Municipal	*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 Paula Muñoz ---------- 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 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 informaria 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

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE

X paula muñoz

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



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro vá

Fecha de consulta: 08/08/2

Ficha: 63401072649200000

A5

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: PAULA ANDREA

Apellidos: MUÑOZ PALACIO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1007386400

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 06/11/2

Última actualización ciudadano: 08/11/2

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

ALBEGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2024

REGISTRO DE CONSULTA VETERINARIA / PROCEMIENTO VETERINARIO

FECHA DIA 24 **MES** 06 **AÑO 2024**

I. Datos de la mascota																			
Nombre	Nina Luna			Sexo: M ○ H ⊗														S	
Especie	Canino ○ Felino			raza ⊗ C			Peso Aprox.												
Edad	Negra		Color		Pelaje		Vacunas si ○ no ○												
Estado de salud	buena ○			regular ○			mala ○												
Fiebre	si	no X	Diarrea	si	no ✓	Vomito	si	no X	Inapetencia	si	no X	Golpes	si	no ✓					
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:	Nelly Liliana Guzara	T.I./C.C.	24498765
Dirección:		Teléfono:	3178558318
E-mail:	Cantarito.	Sisben SI ⊗ NO ○	Nivel 1 ⊗ 2 ⊗ 3 ○

Leidy Animaluta.

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

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE

X Nelly Liliana Guzara

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



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro vá

Fecha de consulta: 08/08/2

Ficha: 63401005547300000

B1

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: NELLY LILIANA

Apellidos: GUAYARA BERRIO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24498765

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 16/07/2

Última actualización ciudadano: 04/09/2

Última actualización via registros administrativos: 25/11/2

*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

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

ALIMENTO $ 5,017,025			
No FACTURA	**PROVEEDOR**		
FEAG 206390	JOSE FERINED QUINTERO	$	625.000
FEAG 206392	JOSE FERINED QUINTERO	$	601.000
FEAG 206383	JOSE FERINED QUINTERO	$	653.000
FEAG 206366	JOSE FERINED QUINTERO	$	2.285.000
FET 15795	SUPERMERCADO EL MIO	$	127.350
TEH 3847	SUPERMERCADO EL MIO	$	127.350
TEH 15378	SUPERMERCADO EL MIO	$	132.250
69DL23385	FEDERACION NACIONAL DE CAFETEROS	$	184.050
69DL22696	FEDERACION NACIONAL DE CAFETEROS	$	120.500
69DL22697	FEDERACION NACIONAL DE CAFETEROS	$	118.500
69DL23223	FEDERACION NACIONAL DE CAFETEROS	$	60.250
TOTAL		**$**	**5.034.250**



DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

DIAN

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
8ecf2589f5d8b434fa1020b9cb73e3e4d2be6d9a65c0b41167be448797e00a26af6084010a5d623b32df73237f4a9d99

Número de Factura: FEAG-206390
Fecha de Emisión: 03/07/2024
Fecha de Vencimiento: 03/07/2024
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Consignación bancaria
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: QUINTERO QUINTERO JOSE FERINED
Nombre Comercial: QUINTERO QUINTERO JOSE FERINED
Nit del Emisor: 4374495
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal:R-99-PN
Responsabilidad tributaria: 01 - IVA
Actividad Económica: 4759

País: Colombia
Departamento: Quindío
Municipio / Ciudad: La Tebaida
Dirección: CR 5 12 76
Teléfono / Móvil: 7542817
Correo: claudiacontad1@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: Fundacion Naturaleza Animal Tebaida
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 900643661
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: 01 -

País: Colombia
Departamento: Quindío
Municipio / Ciudad: La Tebaida
Dirección: cra 5 calle 22 Esquina
Teléfono / Móvil: 3178558398
Correo: jtjkp12@yahoo.com

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	42	QIDA CAN	NIU	5,00	$ 119.047,61	$ 0,00	$ 0,00	$ 29.761,90	5.00			$ 595.238,05

Notas Finales

Linea de negocio:

Datos Totales



Documento validado por la DIAN 2024-07-03 20:17:40
Documento generado el: 2024-07-03 20:17:40
Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	595.238,05
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	595.238,05
IVA	29.761,90
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	29.761,90
Total neto factura (=)	624.999,95
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 624.999,95

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

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

Numero de Autorización: 18764069578565 Rango desde: 206261 Rango hasta: 206700 Vigencia: 2026-04-25

DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

DIAN

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
5bb3a1c28b9147efc14edfd02fef13e02438cb5866cb6ca1bef686d31e097a6b2d7be65448238326e37b9867ae3a47d1

Número de Factura: FEAG-206392
Fecha de Emisión: 03/07/2024
Fecha de Vencimiento: 03/07/2024
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Consignación bancaria
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: QUINTERO QUINTERO JOSE FERINED
Nombre Comercial: QUINTERO QUINTERO JOSE FERINED
Nit del Emisor: 4374495
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal:R-99-PN
Responsabilidad tributaria: 01 - IVA
Actividad Económica: 4759

País: Colombia
Departamento: Quindío
Municipio / Ciudad: La Tebaida
Dirección: CR 5 12 76
Teléfono / Móvil: 7542817
Correo: claudiacontad1@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: Fundacion Naturaleza Animal Tebaida
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 900643661
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: 01 -

País: Colombia
Departamento: Quindío
Municipio / Ciudad: La Tebaida
Dirección: cra 5 calle 22 Esquina
Teléfono / Móvil: 3178558398
Correo: jljkp12@yahoo.com

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	42	QIDA CAN	NIU	4,00	$ 119.047,61	$ 0,00	$ 0,00	$ 23.809,52	5.00			$ 476.190,44
2	431	Mirringo	NIU	1,00	$ 71.428,57	$ 0,00	$ 0,00	$ 3.571,43	5.00			$ 71.428,57
3	215	Manello	NIU	1,00	$ 21.904,76	$ 0,00	$ 0,00	$ 1.095,24	5.00			$ 21.904,76
4	185	CUCHUCO KILO	NIU	1,00	$ 2.857,14	$ 0,00	$ 0,00	$ 142,86	5.00			$ 2.857,14

Notas Finales

Linea de negocio:

Datos Totales



Documento validado por la DIAN 2024-07-03 20:23:38
Documento generado el: 2024-07-03 20:23:37
Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal		572.380,91
Descuento detalle		0,00
Recargo detalle		0,00
Total Bruto Factura		572.380,91
IVA		28.619,05
INC		0,00
Bolsas		0,00
Otros impuestos		0,00
Total impuesto (=)		28.619,05
Total neto factura (=)		600.999,96
Descuento Global (-)		0,00
Recargo Global (+)		0,00
Total factura (=)	**COP $**	$ 600.999,96

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

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

Numero de Autorización: 18764069578565 Rango desde: 206261 Rango hasta: 206700 Vigencia: 2026-04-25

DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

DIAN

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
e3228fe853465e195677953f0ab0547126ff6533ee28417371f799310fb57038aa5c8218de154f0a7883fac2f357a82b

Número de Factura: FEAG-206383
Fecha de Emisión: 28/06/2024
Fecha de Vencimiento: 28/06/2024
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Consignación bancaria
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: QUINTERO QUINTERO JOSE FERINED
Nombre Comercial: QUINTERO QUINTERO JOSE FERINED
Nit del Emisor: 4374495
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal:R-99-PN
Responsabilidad tributaria: 01 - IVA
Actividad Económica: 4759

País: Colombia
Departamento: Quindío
Municipio / Ciudad: La Tebaida
Dirección: CR 5 12 76
Teléfono / Móvil: 7542817
Correo: claudiacontad1@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: Fundacion Naturaleza Animal Tebaida
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 900643661
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: 01 -

País: Colombia
Departamento: Quindío
Municipio / Ciudad: La Tebaida
Dirección: cra 5 calle 22 Esquina
Teléfono / Móvil: 3178558398
Correo: jljkp12@yahoo.com

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	31	Q IDA CAN	NIU	4,00	$ 119.047,61	$ 0,00	$ 0,00	$ 23.809,52	5.00			$ 476.190,44
2	218	Monello Cast	NIU	1,00	$ 23.809,52	$ 0,00	$ 0,00	$ 1.190,48	5.00			$ 23.809,52
3	431	Mirringo	NIU	1,00	$ 64.761,90	$ 0,00	$ 0,00	$ 3.238,10	5.00			$ 64.761,90
4	207	Salvado Maiz	NIU	2,00	$ 28.571,42	$ 0,00	$ 0,00	$ 2.857,14	5.00			$ 57.142,84

Notas Finales

Linea de negocio:

Datos Totales



Documento validado por la DIAN 2024-06-28 16:31:49
Documento generado el: 2024-06-28 16:31:48
Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal		621.904,70
Descuento detalle		0,00
Recargo detalle		0,00
Total Bruto Factura		621.904,70
IVA		31.095,24
INC		0,00
Bolsas		0,00
Otros impuestos		0,00
Total impuesto (=)		31.095,24
Total neto factura (=)		652.999,94
Descuento Global (-)		0,00
Recargo Global (+)		0,00
Total factura (=)	**COP $**	$ 652.999,94

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

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

Numero de Autorización: 18764069578565 Rango desde: 206261 Rango hasta: 206700 Vigencia: 2026-04-25

DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

DIAN

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
5b44c07fd8304d9a4787fd2ae2189bc9a0666f00ca0a109782555621409cebf2577d3afc60c635045e3eeea31532c5a0

Número de Factura: FEAG-206366
Fecha de Emisión: 24/06/2024
Fecha de Vencimiento: 02/07/2024
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Crédito
Medio de Pago: Consignación bancaria
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: QUINTERO QUINTERO JOSE FERINED
Nombre Comercial: QUINTERO QUINTERO JOSE FERINED
Nit del Emisor: 4374495
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal:R-99-PN
Responsabilidad tributaria: 01 - IVA
Actividad Económica: 4759

País: Colombia
Departamento: Quindío
Municipio / Ciudad: La Tebaida
Dirección: CR 5 12 76
Teléfono / Móvil: 7542817
Correo: claudiacontad1@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: Fundacion Naturaleza Animal Tebaida
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 900643661
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: 01 -

País: Colombia
Departamento: Quindío
Municipio / Ciudad: La Tebaida
Dirección: cra 5 calle 22 Esquina
Teléfono / Móvil: 3178558398
Correo: jljkp12@yahoo.com

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	31	Q IDA CAN	NIU	12,00	$ 119.047,61	$ 0,00	$ 0,00	$ 71.428,57	5.00			$ 1.428.571,32
2	207	Salvado Maiz	NIU	7,00	$ 71.428,57	$ 0,00	$ 0,00	$ 25.000,00	5.00			$ 499.999,99
3	431	Mirringo	NIU	3,00	$ 71.428,57	$ 0,00	$ 0,00	$ 10.714,29	5.00			$ 214.285,71
4	113	Salvado	NIU	0,50	$ 66.666,67	$ 0,00	$ 0,00	$ 1.666,67	5.00			$ 33.333,34

Notas Finales

Linea de negocio:

Datos Totales



Documento validado por la DIAN 2024-06-24 08:07:44
Documento generado el: 2024-06-24 08:07:44
Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal			2.176.190,36
Descuento detalle			0,00
Recargo detalle			0,00
Total Bruto Factura			2.176.190,36
IVA			108.809,53
INC			0,00
Bolsas			0,00
Otros impuestos			0,00
Total impuesto (=)			108.809,53
Total neto factura (=)			2.284.999,89
Descuento Global (-)			0,00
Recargo Global (+)			0,00
Total factura (=)	**COP $**	$	2.284.999,89

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

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

Numero de Autorización: 18764069578565 Rango desde: 206261 Rango hasta: 206700 Vigencia: 2026-04-25

SUPERMERCADO S.A.S

Factura Electronica de Venta

NUM.DOC: FET15795

FECHA DE EMISIÓN: 2024-06-04 13:34:49-05:00

FECHA DE VALIDACIÓN: 2024-06-04 13:53:33

FEC.VEN: **2024-06-04**

Nº.Resolución: 18764050655838 **Prefijo:** FET **Consecutivo:** 2001 hasta 20000 **Fecha** 2023-06-20 **Hasta** 2024-06-20 **Vigencia** 12 Meses

Datos del Emisor

Razón Social/Nombre:
SUPERMERCADO MIO S.A.S.

CC/NIT: 901088792-1

Actividad Económica: 4711

Responsabilidad: No aplica - Otros / Impuesto sobre las ventas - IVA

Dirección:
CL 7 8 43-Quindío-Circasia-CO

Teléfonos: 3147410116

E-mail: arlexveto@hotmail.com

Datos del Adquiriente

Razón Social/Nombre:
FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA

CC/NIT: 900643661-2

Actividad Económica: 9499

Dirección:
CARRERA 5 CALLE 22 ESQUINA-QUINDIO-LA TEBAIDA Quindio -CO

Teléfonos: 3178558398

E-mail: jljkp12@yahoo.com

	Codigo	Cant.	U.M	Descripcion	Valor Unitario	V.	%	Impto	Desct.*	Valor Total
1	6220	1.00	WSD	NUTRION ADULTO A GRANEL	121,285.71	IVA	5.00	6,064.29	0.0	127,350.00

Total Items 1 **TOTAL en letras: ciento veintisiete mil trescientos cincuenta con cero COP**

Impuestos		
Tipo	Monto Base	Total
IVA: 5.00%	121,286.00	6,064.00

Totales	
SUBTOTAL:	121,286.00
Base Imponible:	121,286.00
IVA	6,064.00
TOTAL:	127,350.00

Medios de Pago			
Forma de Pago	Medio de Pago	Fecha de Vencimiento	Número de Referencia
Contado	Efectivo	2024-06-04	900643661

Nota

.

SOMOS AGENTES DE RETENCION DE IVA AL REGIMEN SIMPLE

El comprador declara haber recibido la mercancia arriba descrita y certifica que esta factura la firma la persona expresamente autorizada para ello. En caso de mora en el pago se causan intereses mensuales proporcionales a la tasa maxima legal autorizada para operaciones comerciales. Al pagar exija el recibo de caja original, es el único comprobante que aceptamos como prueba de la cancelación de su factura.

Nota Confidencial: Este mensaje (incluyendo cualquier anexo) contiene información confidencial y se encuentra protegido por la Ley. Sólo puede ser utilizada por la persona o compañía a la cual está dirigido. Si usted no es el receptor autorizado, o por error recibe este mensaje, favor borrarlo inmediatamente. Cualquier retención, difusión, distribución, copia o toma cualquier acción basado en ella, se encuentra estrictamente prohibido.

CUFE: ae1404aa3941e419c0b4e9591f31db54587c4ceb14437c9fe9a1a87e908ddf2e2337b31527280a2d8b73274f2f4bccc5

Representación impresa de Factura Electrónica de Venta

Factura Electronica de Venta

NUM.DOC: FET15378

FECHA DE EMISIÓN: 2024-05-18 15:20:33-05:00

FECHA DE VALIDACIÓN: 2024-05-18 15:38:48

FEC.VEN: 2024-05-18

Nº.Resolución: 18764050655838 **Prefijo:** FET **Consecutivo:** 2001 hasta 20000 **Fecha** 2023-06-20 **Hasta** 2024-06-20 **Vigencia** 12 Meses

Datos del Emisor

Razón Social/Nombre:
SUPERMERCADO MIO S.A.S.

CC/NIT: 901088792-1

Actividad Económica: 4711

Responsabilidad: No aplica - Otros / Impuesto sobre las ventas - IVA

Direccion:
CL 7 8 43-Quindío-Circasia-CO

Teléfonos: 3147410116

E-mail: arlexveto@hotmail.com

Datos del Adquiriente

Razón Social/Nombre:
FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA

CC/NIT: 900643661-2

Actividad Económica: 9499

Dirección:
CARRERA 5 CALLE 22 ESQUINA-QUINDIO-LA TEBAIDA Quindio -CO

Teléfonos: 3178558398

E-mail: jljkp12@yahoo.com

#	Código	Cant.	U.M	Descripcion	Valor Unitario	V.	%	Impto	Desct.°	Valor Total
1	7703090961093	1.00	UND	MIRRINGO X 500GR	4,666.67	IVA	5.00	233.33	0.0	4,900.00
2	6220	1.00	WSD	NUTRICION ADULTO A GRANEL	121,285.71	IVA	5.00	6,064.29	0.0	127,350.00

Total Items 2 **TOTAL en letras: ciento treinta y dos mil doscientos cincuenta con cero COP**

Impuestos		
Tipo	Monto Base	Total
IVA: 5.00%	125,952.00	6,298.00

Totales	
SUBTOTAL:	125,952.00
Base Imponible:	125,952.00
IVA	6,298.00
TOTAL:	132,250.00

Medios de Pago

Forma de Pago	Medio de Pago	Fecha de Vencimiento	Numero de Referencia
Contado	Efectivo	2024-05-18	900643661

Nota

.

SOMOS AGENTES DE RETENCION DE IVA AL REGIMEN SIMPLE

El comprador declara haber recibido la mercancia arriba descrita y certifica que esta factura la firma la persona expresamente autorizada para ello. En caso de mora en el pago se causan intereses mensuales proporcionales a la tasa maxima legal autorizada para operaciones comerciales. Al pagar exija el recibo de caja original, es el único comprobante que aceptamos como prueba de la cancelación de su factura.

Nota Confidencial: Este mensaje (incluyendo cualquier anexo) contiene información confidencial y se encuentra protegido por la Ley. Sólo puede ser utilizada por la persona o compañía a la cual está dirigido. Si usted no es el receptor autorizado, o por error recibe este mensaje, favor borrarlo inmediatamente. Cualquier retención, difusión, distribución, copia o toma cualquier acción basado en ella, se encuentra estrictamente prohibido.

CUFE: d78c346eecad60611711b68e705c74e3db55393cce4216f310f943c6059c27bd4830bc54bb8dc47563c810c3b22d4c

Representación impresa de Factura Electrónica de Venta

QUALITYCOLOMBIA BUSINESS SOLUTION S.A. NIT: 900.174.087-1 Software: VALTIA
Documento Generado por SUPERMERCADO MIO S.A.S. Nit 901088792 Powered by www.facturalo.com.co

SUPERMERCADO S.A.S

Documento equivalente electrónico tiquete de máquina registradora con Sistema P.O.S.

TEH3847

Nº.Resolución: 18764071422712 **Prefijo:** TEH

Consecutivo: 1 hasta 20000

Fecha: 2024-05-27 **Hasta** 2026-05-27

Emisor: SUPERMERCADO MIO S.A.S. 901088792-1

Dirección: CL 7 8 43-Quindío-Circasia-CO

Nombre comprador: FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA

CC/NIT: 900643661-2

Dirección: CR 5 CL 22 ESQUINA-QUINDIO-La Tebaida-CO

Fecha de Emisión: 2024-06-27 08:42:30

Fecha de Validación: 2024-06-27 13:57:31

#	Cant.	Cod. - Producto - Med.	Valor Unitario	Valor Total
1	1.00	6220 - NUTRION ADULTO A GRANEL - WSD	121,285.71	127,350.00

Total Items 1

SUBTOTAL:	121,285.71
Base Imponible:	121,286.00
IVA	6,064.29
TOTAL:	127,350.00

FORMA DE PAGO: Contado

MEDIO DE PAGO: Transferencia Débito Interbancario

El comprador declara haber recibido la mercancía arriba descrita y certifica que esta factura la firma la persona expresamente autorizada para ello. En caso de mora en el pago se causan intereses mensuales proporcionales a la tasa maxima legal autorizada para operaciones comerciales. Al pagar exija el recibo de caja original, es el único comprobante que aceptamos como prueba de la cancelación de su factura.

Responsabilidades: No aplica - Otros / Impuesto sobre las ventas - IVA

CUDE: 647c69931a1b8936eb5c87a455cc92ffc1b43be7116ad3f1d71De9061981154
2c29b369e94db75a8b4e074f752601acb

Representación impresa de Documento Equivalente POS

QUALITYCOLOMBIA BUSINESS SOLUTION S.A. NIT: 900.174.087-1 Software: VALTIA

Documento Generado por SUPERMERCADO MIO S.A.S. Nit 901088792 Software Propio Powered by www.facturalo.com.co

Federación Nacional de Cafeteros de Colombia

Factura Electrónica de Venta
Nro. Doc.: 69DL23385
Fecha Emisión: 2024-06-15 11:51:44
Fecha validación: 2024-06-15 11:52:59-05:00
Fec. Vcto.: 2024-06-15

N° Resolución: 18764043232124 **Prefijo:** 69DL **Consecutivo:** 1 hasta 50000 **Fecha:** 2023-01-24 **hasta** 2024-07-24

Datos del Emisor	Datos del Adquiriente
Razón social/Nombre: FEDERACION NACIONAL DE CAFETEROS DE COLOMBIA **NIT:** 860007538-2 **Actividad Económica:** 1063;4719 **Responsabilidad:** Gran contribuyente - Agente de retención en el impuesto sobre las ventas - **Dirección:** Almacén La Tebaida - CR 5 CL 12 ESQ - LA TEBAIDA - - Quindío - CO **Teléfonos:** **E-mail:** recepcion.facturas@cafedecolombia.com	**Razón social/Nombre:** FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA **NIT:** 900643661-2 **Dirección:** CRA 5 CALLE 22 ALBERGE/ MPAL - ARMENIA - - Quindío - CO **Teléfonos:** 3178558398 **E-mail:** jljkp12@yahoo.com

#	Código	Cant.	Medida	Descripción	Valor Unitario	% Impuesto	Impuesto	Descuento	Valor Total
1	41029264	1.00	94	MIRRINGO X 8 KILOS	53,904.76	IVA 5.00	2,695.24		56,600.00
2	41029262	1.00	94	RINGO CROQUETAS X 30 KILOS	121,380.95	IVA 5.00	6,069.05		127,450.00
Total Items		2							

Impuestos		
Tipo de Impuestos	Monto Base	Total
IVA : 5.00%	175,285.71	8,764.29

Totales	
SUBTOTAL:	175,285.71
TOTAL Base Imponible:	175,285.71
IVA	8,764.29
TOTAL Descuento Global:	0.00
TOTAL Anticipos:	0.00
TOTAL Recargo Global:	0.00
TOTAL:	184,050.00
TOTAL en letras: Ciento Ochenta Y Cuatro Mil Cincuenta Con Cero COP	
Redondeo Aplicado:	0.00

Medios de Pago

Forma de Pago	Medio de Pago	Fecha de Vencimiento	Número de Referencia	Código Referencia	Número de Días	Código Banco	Banco	Número de Transferencia	Código del Canal de Pago
Contado	Consignación bancaria	2024-06-15	40						

NO CONTRIBUYENTE DE RENTA, NO SUJETO A RETENCIÓN, RESPONSABLE DE IVA, GRAN CONTRIBUYENTE, AGENTE RETENEDOR DE IVA

CUFE: afa23b9ab2b4e060953e82f99bc5473adfdba520e1b09d6115cfe8af3461084d46d5a63f9f91ba11e8e553b993672266

Representación impresa de Factura Electrónica de Venta

Proveedor Tecnológico: The Factory HKA Colombia SAS - NIT: 900390126-6

TFHKA_CO900390126 - Máster: +57 - 317 668 7663 - https://www.thefactoryhka.com/co/ - Versión de template: co-default-21-764

Federación Nacional de Cafeteros de Colombia

Factura Electrónica de Venta
Nro. Doc.: 69DL22696
Fecha Emisión: 2024-06-01 12:10:07
Fecha validación: 2024-06-01 12:13:11-05:00
Fec. Vcto.: 2024-06-01

Nº Resolución: 18764043232124 **Prefijo:** 69DL **Consecutivo:** 1 hasta 50000 **Fecha:** 2023-01-24 hasta 2024-07-24

Datos del Emisor

Razón social/Nombre: FEDERACION NACIONAL DE CAFETEROS DE COLOMBIA
NIT: 860007538-2
Actividad Económica: 1063;4719
Responsabilidad: Gran contribuyente - Agente de retención en el impuesto sobre las ventas -
Dirección: Almacén La Tebaida - CR 5 CL 12 ESQ - LA TEBAIDA - - Quindío - CO
Teléfonos:
E-mail: recepcion.facturas@cafedecolombia.com

Datos del Adquiriente

Razón social/Nombre: FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA
NIT: 900643661-2
Dirección: CRA 5 CALLE 22 ALBERGE/ MPAL - ARMENIA - - Quindío - CO
Teléfonos: 3178558398
E-mail: jljkp12@yahoo.com

#	Código	Cant.	Medida	Descripción	Valor Unitario	%Impuesto	Impuesto	Descuento	Valor Total
1	41029264	2.00	94	MIRRINGO X 8 KILOS	57,380.95	IVA 5.00	5,738.10		120,500.00
Total Items		1							

Totales

SUBTOTAL:	114,761.90
TOTAL Base Imponible:	114,761.90
IVA	5,738.10
TOTAL Descuento Global:	0.00
TOTAL Anticipos:	0.00
TOTAL Recargo Global:	0.00
TOTAL:	120,500.00
TOTAL en letras:	Ciento Veinte Mil Quinientos Con Cero COP
Redondeo Aplicado:	0.00

Impuestos

Tipo de Impuestos	Monto Base	Total
IVA: 5.00%	114,761.90	5,738.10

Medios de Pago

Forma de Pago	Medio de Pago	Fecha de Vencimiento	Número de Referencia	Código Referencia	Número de Dias	Código Banco	Banco	Número de Transferencia	Código del Canal de Pago
Contado	Efectivo	2024-06-01	20						

NO CONTRIBUYENTE DE RENTA, NO SUJETO A RETENCIÓN, RESPONSABLE DE IVA, GRAN CONTRIBUYENTE, AGENTE RETENEDOR DE IVA

CUFE: 23e0d3b7d6f39e155df65c05640aec96484a46254b2a1484773b22b8e26a969001917 41b8c38ffd77324d3d107b50ff9

Representación impresa de Factura Electrónica de Venta

Proveedor Tecnológico: The Factory HKA Colombia SAS - NIT: 900390126-6
TFHKA_CO900390126 - Máster: +57 - 317 668 7663 - https://www.thefactoryhka.com/co/ - Version de template: co-default-21-764

Federación Nacional de Cafeteros de Colombia

Factura Electrónica de Venta
Nro. Doc.: 69DL23565
Fecha Emisión: 2024-06-19 15:54:17
Fecha validación: 2024-06-19 15:55:40-05:00
Fec. Vcto.: 2024-06-19

N° Resolución: 18764043232124 **Prefijo:** 69DL **Consecutivo:** 1 hasta 50000 **Fecha:** 2023-01-24 **hasta** 2024-07-24

Datos del Emisor	Datos del Adquiriente
Razón social/Nombre: FEDERACION NACIONAL DE CAFETEROS DE COLOMBIA **NIT:** 860007538-2 **Actividad Económica:** 1063;4719 **Responsabilidad:** Gran contribuyente - Agente de retención en el impuesto sobre las ventas - **Dirección:** Almacén La Tebaida - CR 5 CL 12 ESQ - LA TEBAIDA - - Quindío - CO **Teléfonos:** **E-mail:** recepcion.facturas@cafedecolombia.com	**Razón social/Nombre:** FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA **NIT:** 900643661-2 **Dirección:** CRA 5 CALLE 22 ALBERGE/ MPAL - ARMENIA - - Quindío - CO **Teléfonos:** 3178558398 **E-mail:** jljkp12@yahoo.com

#	Código	Cant.	Medida	Descripción	Valor Unitario	% Impuesto	Impuesto	Descuento	Valor Total
1	41029264	2.00	94	MIRRINGO X 8 KILOS	56,428.57	IVA 5.00	5,642.86		118,500.00
Total Items		1							

Totales	
SUBTOTAL:	112,857.14
TOTAL Base Imponible:	112,857.14
IVA	5,642.86
TOTAL Descuento Global:	0.00
TOTAL Anticipos:	0.00
TOTAL Recargo Global:	0.00
TOTAL:	118,500.00
TOTAL en letras:	**Ciento Dieciocho Mil Quinientos Con Cero COP**
Redondeo Aplicado:	0.00

Impuestos		
Tipo de Impuestos	**Monto Base**	**Total**
IVA : 5.00%	112,857.14	5,642.86

Medios de Pago

Forma de Pago	Medio de Pago	Fecha de Vencimiento	Número de Referencia	Código Referencia	Número de Días	Código Banco	Banco	Número de Transferencia	Código del Canal de Pago
Contado	Efectivo	2024-06-19	20						
Contado	Consignación bancaria	2024-06-19	40						

NO CONTRIBUYENTE DE RENTA, NO SUJETO A RETENCIÓN, RESPONSABLE DE IVA, GRAN CONTRIBUYENTE, AGENTE RETENEDOR DE IVA

CUFE: 71adcea3621db4a8e800be86dfb5a80a246a51309b4b20ffb8aef2087ef5a27c33b25d1a360bef93558daa5f51e7dfc6

Representación impresa de Factura Electrónica de Venta

Proveedor Tecnológico: The Factory HKA Colombia SAS - NIT: 900390126-6

TFHKA_CO900390126 - Máster: 457 - 317 668 7663 - https://www.thefactoryhka.com/co/ - Versión de template: co-default-21-764

Federación Nacional de Cafeteros de Colombia

Factura Electrónica de Venta
Nro. Doc.: 69DL23223
Fecha Emisión: 2024-06-12 14:09:36
Fecha validación: 2024-06-12 14:10:30-05:00
Fec. Vcto.: 2024-06-12

N° Resolución: 18764043232124 **Prefijo:** 69DL **Consecutivo:** 1 hasta 50000 **Fecha:** 2023-01-24 **hasta** 2024-07-24

Datos del Emisor	Datos del Adquiriente
Razón social/Nombre: FEDERACION NACIONAL DE CAFETEROS DE COLOMBIA **NIT:** 860007538-2 **Actividad Económica:** 1063;4719 **Responsabilidad:** Gran contribuyente - Agente de retención en el impuesto sobre las ventas - **Dirección:** Almacén La Tebaida - CR 5 CL 12 ESQ - LA TEBAIDA - - Quindío - CO **Teléfonos:** **E-mail:** recepcion.facturas@cafedecolombia.com	**Razón social/Nombre:** FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA **NIT:** 900643661-2 **Dirección:** CRA 5 CALLE 22 ALBERGE/ MPAL - ARMENIA - - Quindío - CO **Teléfonos:** 3178558398 **E-mail:** jljkp12@yahoo.com

#	Código	Cant.	Medida	Descripción	Valor Unitario	% Impuesto	Impuesto	Descuento	Valor Total
1	41029264	1.00	94	MIRRINGO X 8 KILOS	57,380.95	IVA 5.00	2,869.05		60,250.00
Total Items		1							

Totales	
SUBTOTAL:	57,380.95
TOTAL Base Imponible:	57,380.95
IVA	2,869.05
TOTAL Descuento Global:	0.00
TOTAL Anticipos:	0.00
TOTAL Recargo Global:	0.00
TOTAL:	60,250.00
TOTAL en letras: Sesenta Mil Doscientos Cincuenta Con Cero COP	
Redondeo Aplicado:	0.00

Impuestos		
Tipo de Impuestos	**Monto Base**	**Total**
IVA : 5.00%	57,380.95	2,869.05

Medios de Pago									
Forma de Pago	**Medio de Pago**	**Fecha de Vencimiento**	**Número de Referencia**	**Código Referencia**	**Número de Días**	**Código Banco**	**Banco**	**Número de Transferencia**	**Código del Canal de Pago**
Contado	Consignación bancaria	2024-06-12	40						

NO CONTRIBUYENTE DE RENTA, NO SUJETO A RETENCIÓN, RESPONSABLE DE IVA, GRAN CONTRIBUYENTE, AGENTE RETENEDOR DE IVA

CUFE: 53955bbe983441fbfe26a503b6b798dad698f3e4fbbfabd5e901f845460471ff94c10fadeff5bcf62f11cdcfd6b1e7c8

Representación impresa de Factura Electrónica de Venta

Proveedor Tecnológico: The Factory HKA Colombia SAS - NIT: 900390126-6
TFHKA_CO900390126 - Máster: +57 - 317 668 7663 - https://www.thefactoryhka.com/co/ - Versión de template: co-default-21-764

ASEO $573742			
No FACTURA	**PROVEEDOR**		
FV 292	SALERMA ASEO		503650
I8G 46999	D1 JERONIMO	$	70.530
TOTAL		**$**	**574.180**

ASEO JUNIO 2024

D1 SAS NIT9002/6962-1 Gran contribuyente
y Agente retenedor de IVA Res.012220/2?
CC SENIOR CLUB ARMENIA LC 1 01 Antioq
DOMICILIO PRINCIPAL CRA 7 155C 30 Norte
Point Torre E Piso 38 TEL. 018000120201
CLIENTE: Fundaci[illegible] Naturaleza Anima
NIT: 900643661
Generacion: 2024/06/14 14:11:58
Validacion DIAN: 2024/06/14 14:11:58

ITEM CODIGO	CANT	UND.MED DESCRIPCION	VALOR UN	VALOR TO
1 07700304798070	3	UN X BLANQUEADOR GRL	$2,800	8,400 A
2 07700304038718	1	UN X DETERGENTE MULT	$9,990	9,990 A
3 07700304688654	1	UN X PAPEL HIGIENICO	$18,950	18,950 A
4 07700304641988	12	UN X TOALLA DE COCIN	$1,750	21,000 A
5 07700304528806	3	UN X LIQUIDO LAVALOZ	$2,700	8,100 A
6 07700304701711	1	UN X BOLSA VERDE PAP	$2,190	2,190 A
7 07700304151462	1	UN X BOLSA HOGAR TIN	$1,900	1,900 A
TOTAL				70,530

VALOR PAGADO 70,530
FORMA DE PAGO: CONTADO 70,530
TARJ CRE/DEB $
TARJ:9602 Recibo:018257 RRN:014823
Apro:141146 0
CAMBIO

RESUMEN DE IMPUESTOS

ID	TOTAL	BASE	IVA
A	70,530	59,269	11,261
		59,269	11,261

6=EXCLU 5=EXENTO C=5% A=19% O=NO GRAVADO

SISTEMA P.O.S ARS - DESARROLLADO POR:
NCR COLOMBIA LTDA NIT 860.005.074-8
FACTURADOR ELECTRONICO:
E factura Cadena Nit: 890.930.534
ATENDIDO POR: Jhon Marulanda
NUMERO DE ARTICULOS ENTREGADOS 22
14/06/24 14:08 05 1774 03 4504 390811
1774034504240614
Res.DIAN 18764053739240 de 20240115 I8G4
DE 1 HASTA 1999999 Vig 18 Meses
Factura Electronica de Venta I8G46999

CUFE 09f1ecc805846e25054c4662f0ecdc546bb
a49d49919a5383fa00f62da7c71070d5fe9feb93
f030e23ff19badf45fb

DISTRIBUCIONES SALERMA ME SAS
NIT 901.786.328-1
Cra 4 #13-29
Tel: (302) 3366517
La Tebaida - Colombia
DISTRISALERMASAS@GMAIL.COM

Factura electrÃ³nica de venta
No. FV 292

Señores	FUNDACIÓN NATURALEZA ANIMAL		
NIT	900.643.661-2	**Teléfono**	(000) 3178558398 - Ext. 000
Dirección	CR 5 CLL 22 ESQ	**Ciudad**	La Tebaida - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	29/06/2024, 12:13
Expedición	29/06/2024, 12:13
Vencimiento	29/06/2024

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	Jabón en polvo x 20 kg	2.00	175,999.98
2	Hipoclorito al 13% x cuñete	2.00	124,000.38
3	Limpiador de pisos con desinfectante x galón	3.00	35,999.88
4	Creolina concentrada x galón	1.00	54,999.99
5	Escoba zulia con cabo madera	3.00	26,849.97
6	Trapeador industrial con cabo de madera	3.00	33,000.01
7	Esponja sabra verde x uni	12.00	5,999.88
8	Guante de aseo cal 25 T 7,8,9	1.00	5,399.99
9	Rollo de toallas para cocina Scot Duramax x 58	1.00	15,599.71
10	Toalla de manos blanck en z x 150 uni natural	2.00	10,799.99
11	Jabón de manos x galón Yilop	1.00	15,000.00

Total Items: 11

Valor en Letras:
Quinientos tres mil seiscientos cuarenta y nueve pesos m/cte con setenta y ocho cent.

Condiciones de Pago:
Efectivo $ 503,649.78

Total Bruto	423,235.11
IVA 19%	80,414.67
Total a Pagar	**503,649.78**

Observaciones:

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764067091271 aprobado en 20240310 prefijo FV desde el número 101 al 500 Vigencia: 12 Meses**
Responsable de IVA - Actividad Económica 4759 Comercio al por menor de otros artículos domésticos en establecimientos especializados Tarifa
CUFE: b9311febfc1cf7c906492b60d54e6fd3fc96642313fab21c56e71628508ca72fc1ce547553e96ff539aaf109b3e3c8da

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

MDICINA $ 2,580,552		
No FACTURA	PROVEEDOR	
FAEG-206391	JOSE FERINED QUINTERO	$ 303.000
FEAG-206367	JOSE FERINED QUINTERO	$ 532.900
FEAG-206384	JOSE FERINED QUINTERO	$ 377.000
FEAG-206319	JOSE FERINED QUINTERO	$ 78.000
FA 1579	MACROVETERINARIA DEL QUINDIO	$ 567.100
LM 386	SAN ESTEBAN	$ 18.000
PELE 1784	SAN ESTEBAN	$ 11.900
LM 398	SAN ESTEBAN	$ 18.900
PELE 594	SAN ESTEBAN	$ 23.000
PELE 3672	SAN ESTEBAN	$ 16.600
LM 401	SAN ESTEBAN	$ 23.400
LM 377	SAN ESTEBAN	$ 1.120
LM 384	SAN ESTEBAN	$ 23.800
LM 385	SAN ESTEBAN	$ 21.000
LM 391	SAN ESTEBAN	$ 42.300
LM 394	SAN ESTEBAN	$ 20.800
LM 388	LUZ DARY MURIEL	$ 33.900
PELE 1638	SAN ESTEBAN	$ 10.000
LM 402	SAN ESTEBAN	$ 9.800
PELE 3806	SAN ESTEBAN	$ 9.000
LM 391	SAN ESTEBAN	$ 42.300
PELE 866	SAN ESTEBAN	$ 27.000
LM 390	SAN ESTEBAN	$ 12.000
LM 396	SAN ESTEBAN	$ 5.000
PELE 2925	SAN ESTEBAN	$ 5.000
LM 397	SAN ESTEBAN	$ 25.000
LM 395	SAN ESTEBAN	$ 29.000
LM 392	SAN ESTEBAN	$ 27.500
LM389	SAN ESTEBAN	$ 13.400
61E 1233	COMFENALCO	$ 183.400
61E 1034	COMFENALCO	$ 69.500
TOTAL		$ 2.580.620


PRECISION CARE
Introcan® Certo
koplast®

FORMA DE PAGO: Contado

EFECTIVO	62.700$
CAMBIO:	0$

IDENTIFICACION: 900643661
NOMBRE:FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA
E-MAIL:jljkp12@yahoo.com
TELEFONO:3178558398

Autorización No.:18764045951867
Fecha: 14/03/2023
Prefijo:69EW Consecutivo: 1 hasta 50000

NO CONTRIBUYENTE DE RENTA
NO SUJETO A RETENCIÓN. RESPONSABLE DE IVA.
GRAN CONTRIBUYENTE.AGENTE RETENEDOR IVA.

CUFE:4af3002f6cac677a844073ef2f3e79159faa
ad0edd51542754cc8e0fbb47d29acae5de72
40f12dc018c102d319dd2847



PROVEEDOR TECNOLOGICO
THE FACTORY HKA S.A S NIT: 900390126-6
SOFTWARE: TFHKA_C0900390126

FORMA DE PAGO: Contado

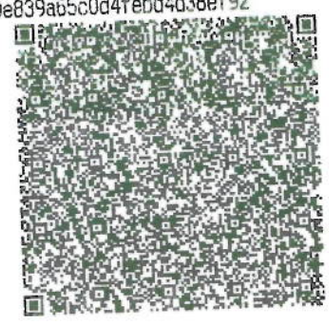
EFECTIVO	119.400$
VALOR RECIBIDO:	150.000
CAMBIO:	30.600$

IDENTIFICACION: 900643661
NOMBRE:FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA
E-MAIL:jljkp12@yahoo.com
TELEFONO:3178558398

Autorización No.:18764045951867
Fecha: 14/03/2023
Prefijo:69EW Consecutivo: 1 hasta 50000

NO CONTRIBUYENTE DE RENTA
NO SUJETO A RETENCIÓN. RESPONSABLE DE IVA.
GRAN CONTRIBUYENTE.AGENTE RETENEDOR IVA.

CUFE:878d9d5ce01be3bd6deb6fe7b152fe8eb699
79189e5d5e111abc448acbc795fa1e50431f
0e839a65c0d4febd4d38ef92



PROVEEDOR TECNOLOGICO
THE FACTORY HKA S.A.S.NIT: 900390126-6
SOFTWARE: TFHKA_C0900390126

DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

DIAN

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
49559f0eec62de1a1c4cf1cb3be6c1e30862fb3c72d6a9cb1df90aa7aa837ff2a2faab0b895af84787f115a012f0e40e

Número de Factura: FEAG-206391
Fecha de Emisión: 03/07/2024
Fecha de Vencimiento: 03/07/2024
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Consignación bancaria
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: QUINTERO QUINTERO JOSE FERINED
Nombre Comercial: QUINTERO QUINTERO JOSE FERINED
Nit del Emisor: 4374495
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal:R-99-PN
Responsabilidad tributaria: 01 - IVA
Actividad Económica: 4759

País: Colombia
Departamento: Quindío
Municipio / Ciudad: La Tebaida
Dirección: CR 5 12 76
Teléfono / Móvil: 7542817
Correo: claudiacontad1@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: Fundacion Naturaleza Animal Tebaida
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 900643661
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: 01 -

País: Colombia
Departamento: Quindío
Municipio / Ciudad: La Tebaida
Dirección: cra 5 calle 22 Esquina
Teléfono / Móvil: 3178558398
Correo: jjjkp12@yahoo.com

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	101	IVERMECTINA X 500ML	NIU	1,00	$ 55.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	0.00			$ 55.000,00
2	83	Globulin 250	NIU	1,00	$ 68.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	0.00			$ 68.000,00
3	227	Rondal	NIU	1,00	$ 12.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	0.00			$ 12.000,00
4	243	Vitax 750	NIU	1,00	$ 47.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	0.00			$ 47.000,00
5	245	Gusantol	NIU	1,00	$ 33.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	0.00			$ 33.000,00
6	17	TRIPLEFELINA	NIU	4,00	$ 22.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	0.00			$ 88.000,00

Notas Finales

Linea de negocio:

Datos Totales



Documento validado por la DIAN 2024-07-03 20:21:20
Documento generado el: 2024-07-03 20:21:20
Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal			303.000,00
Descuento detalle			0,00
Recargo detalle			0,00
Total Bruto Factura			303.000,00
IVA			0,00
INC			0,00
Bolsas			0,00
Otros impuestos			0,00
Total impuesto (=)			0,00
Total neto factura (=)			303.000,00
Descuento Global (-)			0,00
Recargo Global (+)			0,00
Total factura (=)	**COP $**	$	303.000,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

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

Numero de Autorización: 18764069578565 Rango desde: 206261 Rango hasta: 206700 Vigencia: 2026-04-25

DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

DIAN

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
51348b9a492d26f1e060d21f39429beb2b585460e326a22889ee37df9c1973bfc40d51a44037235476433afdca7c3340

Número de Factura: FEAG-206367
Fecha de Emisión: 24/06/2024
Fecha de Vencimiento: 02/07/2024
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Crédito
Medio de Pago: Consignación bancaria
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: QUINTERO QUINTERO JOSE FERINED
Nombre Comercial: QUINTERO QUINTERO JOSE FERINED
Nit del Emisor: 4374495
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal:R-99-PN
Responsabilidad tributaria: 01 - IVA
Actividad Económica: 4759

País: Colombia
Departamento: Quindío
Municipio / Ciudad: La Tebaida
Dirección: CR 5 12 76
Teléfono / Móvil: 7542817
Correo: claudiacontad1@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: Fundacion Naturaleza Animal Tebaida
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 900643661
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: 01 -

País: Colombia
Departamento: Quindío
Municipio / Ciudad: La Tebaida
Dirección: cra 5 calle 22 Esquina
Teléfono / Móvil: 3178558398
Correo: jljkp12@yahoo.com

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	225	Febendazol	NIU	1,00	$ 78.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	0.00			$ 78.000,00
2	17	TRIPLEFELINA	NIU	13,00	$ 22.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	0.00			$ 286.000,00
3	219	Parvo	NIU	2,00	$ 12.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	0.00			$ 24.000,00
4	259	Galgocal	NIU	4,00	$ 10.475,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	0.00			$ 41.900,00
5	46	CAnnisan	NIU	2,00	$ 17.500,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	0.00			$ 35.000,00
6	83	Globulin 250	NIU	1,00	$ 68.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	0.00			$ 68.000,00

Notas Finales

Linea de negocio:

Datos Totales



Documento validado por la DIAN 2024-06-24 08:09:57
Documento generado el: 2024-06-24 08:09:57
Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	$32.900,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	$32.900,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	$32.900,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ $32.900,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

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

Numero de Autorización: 18764069578565 Rango desde: 206261 Rango hasta: 206700 Vigencia: 2026-04-25