DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

DIAN

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
604a0dda6f23b760cfc7df95ee42aaedd3d58e408c6fc06e840c928011ebbb33b905676c54e5c69c5f877db145f06ea9

Número de Factura: FEAG-206384
Fecha de Emisión: 29/06/2024
Fecha de Vencimiento: 29/06/2024
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: 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	17	TRIPLEFELINA	NIU	10,00	$ 22.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	0.00			$ 220.000,00
2	260	Novan broncol	NIU	1,00	$ 14.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	0.00			$ 14.000,00
3	205	Oxitetraciclina	NIU	1,00	$ 11.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	0.00			$ 11.000,00
4	245	Gusantol	NIU	1,00	$ 33.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	0.00			$ 33.000,00
5	214	CREMA ALFA3	NIU	1,00	$ 47.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	0.00			$ 47.000,00
6	119	xilatina	NIU	1,00	$ 52.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	0.00			$ 52.000,00

Notas Finales

Linea de negocio:

Datos Totales

Documento validado por la DIAN 2024-06-29 12:30:05
Documento generado el: 2024-06-29 12:30:04
Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal			377.000,00
Descuento detalle			0,00
Recargo detalle			0,00
Total Bruto Factura			377.000,00
IVA			0,00
INC			0,00
Bolsas			0,00
Otros impuestos			0,00
Total impuesto (=)			0,00
Total neto factura (=)			377.000,00
Descuento Global (-)			0,00
Recargo Global (+)			0,00
Total factura (=)	**COP $**	$	377.000,00

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 :
62129d852cde41b476d97b9cec93803da32967b4e64e0ef518fb8e888805a95a16a0ac19da4e68af448e7c1c2a188712

Número de Factura: FEAG-206319
Fecha de Emisión: 22/05/2024
Fecha de Vencimiento: 22/05/2024
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	147	Febenzol 500	NIU	1,00	$ 78.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	0.00			$ 78.000,00

Notas Finales

Linea de negocio: Antiparasitario

Datos Totales

Documento validado por la DIAN 2024-05-22 20:54:12
Documento generado el: 2024-05-22 20:54:11
Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal		78.000,00
Descuento detalle		0,00
Recargo detalle		0,00
Total Bruto Factura		78.000,00
IVA		0,00
INC		0,00
Bolsas		0,00
Otros impuestos		0,00
Total impuesto (=)		0,00
Total neto factura (=)		78.000,00
Descuento Global (-)		0,00
Recargo Global (+)		0,00
Total factura (=)	**COP $**	$ 78.000,00

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

MACROVETERINARIA DEL QUIND

NIT . 41,940,759 - 3
CRA 18 NO 14 58 CENTRO
ARMENIA-QUINDIO - COLOMBIA
7459840
Responsables de iva - No somos autoretenedores
Actividad Economica Tarifa 0.00

CUFE :
08bc2e137ad28c476dbbb65a0410ed151c04706931
2e4918e96e23905219252c5bbc8b89f21a09cb95d6
8bbb38d53655

Factura electrónica de venta
No. FA-1579

Fecha generación: 2024-06-28 15:32:20
Fecha expedición: 2024-06-28 15:32:54
Fecha vencimiento: 2024-06-28

Cliente: FUNDACION NATURALEZA ANIMAL -FUNAT
CC / NIT: 900,643,661 - 2
Dirección: CR 5 CL 22 ESQ -LA TEBAIDA
Teléfono: 3178558398
Vendedor: JORGE EDUARDO OSPINA RAMIREZ

Item	Código	Descripción		
Uni	Cant	IVA %		Subtotal
1	0040020001188	GUANTE LATEX S -SOLUCIONES		
UNI	2.00	19%		29.579.83
2	0020001000811	EDO SULFA 50 ML		
UNI	1.00	0%		28.500.00
3	0020001001138	IMIDOPAR		10
		ML HEMOPARASITICIDA		
UNI	1.00	0%		25.500.00
4	0020001000174	QUERCETOL INY 10ML		
UNI	2.00	0%		22.400.00
5	0020001000208	EDO ANTRIPAN X 50ml		
UNI	1.00	0%		25.800.00
6	0040020003364	TUBO TAPA LILA PEQUEÑA		
UNI	20.00	19%		16.806.72
7	0020001001218	VACUNA QUINTUPLE		
UNI	5.00	0%		89.000.00
8	0020001000102	VACUNA PUPPY DOG		
UNI	3.00	0%		52.200.00
9	0020001001587	CATETER INTROCAN 24 -IMCA		
		AMARILLO		
UNI	5.00	0%		14.500.00
10	0020001001528	CATETER INTROCAN 22-IMCA AZUL		
UNI	2.00	0%		5.600.00
11	0020001000251	DUPLOCILINA L.A 100ml		
UNI	1.00	0%		142.500.00
12	0020001000178	DESCENSCR TAB		
UNI	20.00	0%		22.000.00
13	0060001000055	JERINGA 1ml IMCA		
UNI	100.00	19%		25.210.08
14	0020001000383	VACUNA TRIPLE FELINA		
UNI	3.00	0%		43.500.00
15	0040020000101	HUESO 4-5		
UNI	4.00	19%		8.067.23

Subtotal		551.963.86
IVA Tarifa	19%	15,136.14
Total IVA		15,136.14
Total a Pagar		**$ 567,100.00**
FORMA DE PAGO		
Efectivo		567,100.00

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No LM388



LUZ DARY MURIEL MORA
NIT: 41904421
R-99-PN NO RESPONSABLE
RESPONSABLE DE IVA
CL 13 5 28 P 2 LA TEBAIDA - QUINDÍO
TELÉFONO: 7542339
luzmuriel@hotmail.com

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN 18764068731408 DEL 10/04/2024 AL 10/10/2024
FACTURA ELECTRÓNICA AUTORIZADA DEL LM-359 AL LM-1000

FECHA GENERACIÓN: 29/05/2024 12:42:18 FECHA EXP DIAN: 29/05/2024 12:42:21 FECHA VENCIMIENTO: 29/05/2024 PLAZO: 0

INFORMACIÓN DEL ADQUIRIENTE

NOMBRE: FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA DOCUMENTO: CC 900643661-2 TELÉFONO: 3178556398
DIRECCIÓN: CR 5 CL 22 ESQ NUEVA TEBAIDA CIUDAD: LA TEBAIDA - QUINDÍO PAÍS: COLOMBIA

ITEM	COD	DESCRIPCIÓN ESPECÍFICA	CANT.	U/M	VLR. UNIT. BRT	% DSCT	VLR DSCT	VENTA ANT. IMP.	IMPUESTO	VLR IMP.	VLR TOTAL
1	100011684	WASSERTROL GOTAS OFTAL.5 ML	1	CA	$11,900.00	0	$0.00	$11,900.00	IVA 0	$0.00	$11,900.00
2	100012369	SULFATO FERROSO 300 MG 300 TABLETAS LP	10	NIU	$1,500.00	0	$0.00	$15,000.00	IVA 0	$0.00	$15,000.00
3	7703712035317	DOXICICLINA 100	2	EV	$3,500.00	0	$0.00	$7,000.00	IVA 0	$0.00	$7,000.00
		SUBTOTAL					$0.00	$33,900.00		$0.00	$33,900.00

TARIFA	BASE	IMPUESTO
IVA 0	$33,900.00	$0.00

LIQUIDACIÓN

VALOR BRUTO	$33,900.00
MENOS DESCUENTO	$0.00
SUBTOTAL	$33,900.00
MÁS IMPUESTOS	$0.00
TOTAL	$33,900.00
TOTAL PAGO	$33,900.00

FORMA DE PAGO	MEDIO DE PAGO	DETALLE	VALOR
CONTADO	EFECTIVO		$33,900.00

TOTAL FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA $33,900.00

SON: TREINTA Y TRES MIL NOVECIENTOS COP PESOS

ELABORÓ	RECIBIDO / FECHA	
COMANDO		COMANDO

Software producido por: Comando Soluciones Empresariales S.A.S
Nit: 901.492.372-3
Tel: 3103914418

El contenido del anexo técnico de la factura electrónica de venta cumple con lo establecido en el artículo 69 de la resolución 42 de mayo de 2020

CUFE ff6fa5c92cd31fee0788a9d5ca35975b17026472f05869fc98930afd7074ce17173d86e767f93a0bdc0deec737a65753

URL FACTURA DIAN

https://catalogo-vpfe.dian.gov.co/document/searchqr?documentkey=ff6fa5c92cd31fee0788a9d5ca35975b17026472f05869fc98930afd7074ce17173d86e767f93a0bdc0deec737a65753

FIRMA DIGITAL

DtPCaksmpvT7D37D5qkfG0tbA8K1Rl+7SuISrW/dfYtXaGRtykfoBylxQqmlGQVCkT4FYY6YRylG6S0lveC8VBTZiSUlJbSVV6Es2laty5/PP4/Jf+lvMXE7/MpQDyqVPdO9mMs/q1jzr88Vqd6gxG33yqnSjR5XL9QsU4eu]UWdGpRWhy35CaQalLXufOgUMSg0wlbOXLN//JNLcrXPq7XvXwkpAJcv1+Pu1wS/jG81z+LRwHhSTFOMD/P1wnnGL3O8GnhDFQrHqLHSw0aZRO4J1H2CYa2Q0xw04hEcSIfjgivhOty3USx/QnxPy4gMeFbhfiTyFiessvqDLSaSlQ==

...OG Y PERF OTROS
SUCURSAL 1
MURIEL MORA LUZ D
Calle 13 # 5-2
NIT 419
Régim

Tel. 60

Cliente.
Nombre: ... NATURAL
Dirección: C... 22 ESQ
Tel: 317855839e
Barrio: NUEVA TEBAIDA

FACTURA ELE TRÓNICA No.:
No.: LM386

Autorización nume ación según resolución de
Factura electronica No 18764068731409 del
2024 abr. 10del R... go LM 359 al LM 1000
Vigencia 6 Meses

MOSTRADOR PERSONALIZADA

Fecha	Hora	Cajero	Vendedor
24/05/2024	12:5	1 CAJER	6 6.HAR

DOXICICLINA 100
7703712035317 4 B
SULFATO FERROSO 200 ... =1

100018261	4 B	$ 4.000	*

Sub Total	$ 18.000
Descuento	$ 0
Total Factura	$ 18.000
Valor Recibido	$ 18.000
Cambio	$ 0

Exento	$ 14.000
Excluido	$ 4.000
No Gravado	$ 0
Gravado	$ 0

Tipo de Pago efectivo $ 18.000

Puntos Factura 0 Puntos Cliente 0

Bien

Caja: SERVSANESTEBAN
Cufe:
d27fa62761fe6cb602c71a5f79cd6aed35c41d797a

DROG Y PERF OTROS SAN ESTEBAN
SUCURSAL 1
MURIEL MORA LUZ DARY
Calle 13 # 5-20
NIT 41904421-7
Régimen Común

Tel. 6067542339

Cliente: 900643661-2
Nombre: FUNDACION NATURALEZA ANIMAL T
Dirección: CR 5 CL 22 ESQ
Tel: 3178558398
Barrio: NUEVA TEBAIDA

DOCUMENTO EQUIVALENTE POS No.:
No.: PELE1784

Habilitación numeración según resolución No
18764071791841 del 2024 may. 30 Rango
PELE 1 al PELE 1000000 Vigencia 24 Meses

DOMICILIOS

Fecha	Hora	Cajero	Vendedor
14/06/2024	10:43	11 CAJER	6 6.HAR

AGUA DESTILADA CORPAUL 500 ML

100014609	1 C	$ 3.900	*

SUERO FISIOLOGICO QUIBI BOLSA 500 ML

100014043	2 C	$ 8.000	*

Sub Total	$ 11.900
Descuento	$ 0
Total Factura	$ 11.900
Valor Recibido	$ 11 900
Cambio	$ 0

Exento	$ 3.900
Excluido	$ 8.000
No Gravado	$ 0
Gravado	$ 0

Tipo de Pago efectivo $ 11 900

Puntos Factura: 0 Puntos Cliente 0

Bien

Caja. SERVSANESTEBAN
Cude:

DROG Y PERF OTROS SAN ESTEBAN
SUCURSAL 1
MURIEL MORA LUZ DARY
Calle 13 # 5-20
NIT 41904421-7
Régimen Común

$ 21.900

Tel. 6067542339

Cliente: 900643661-2
Nombre: FUNDACION NATURALEZA ANIMAL T
Dirección: CR 5 CL 22 ESQ
Tel: 3178558398
Barrio: NUEVA TEBAIDA

FACTURA ELECTRÓNICA No.:
No.: LM398

Autorización numeración según resolución de
Factura electronica No 18764068731409 del
2024 abr. 10del Rango LM 359 al LM 1000
Vigencia 6 Meses

DOMICILIOS

Fecha	Hora	Cajero	Vendedor
24/06/2024	08:34	11 CAJER	6 6.HAR

VENDA ALGODON LAMINADO 6X5 INVERFARMA

200024898	1 C	$ 4.900	*

CATETER CANULA INTRAVENOSA 22G UND ICOM

100027815	3 C	$ 8.400	*

CATETER CANULA INTRAVENOSA 24G UND ICOM

100027816	2 C	$ 5 600	*

Sub Total	$ 18.900
Descuento	$ 0
Total Factura	$ 18.900
Valor Recibido	$ 18 900
Cambio	$ 0

Exento	$ 18 900
Excluido	$ 0
No Gravado	$ 0
Gravado	$ 0

Tipo de Pago efectivo $ 18 900

Puntos Factura: 0 Puntos Cliente: 0

Bien

Caja: SERVSANESTEBAN
Cufe:

DROG Y PERF OTROS SAN ESTEBAN
SUCURSAL 1
MURIEL MORA LUZ DARY
Calle 13 # 5-20
NIT 41904421-7
Régimen Común

Tel. 6067542339

26.000

Cliente: 900643661-2
Nombre: FUNDACION NATURALEZA ANIMAL T
Dirección: CR 5 CL 22 ESQ
Tel: 3178558398
Barrio: NUEVA TEBAIDA

DOCUMENTO EQUIVALENTE POS No.:
No.: PELE594

Habilitación numeración según resolución No 18764071791841 del 2024 may. 30 Rango PELE 1 al PELE 1000000 Vigencia 24 Meses

DOMICILIOS

Fecha	Hora	Cajero	Vendedor
05/06/2024	10:43	11 CAJER	6 6.HAR

CATETER CANULA INTRAVENOSA 22G [illegible] ICOM
100027815 2 C $ [illegible]
CATETER CANULA INTRAVENOSA 24G UND ICOM
100027816 3 C $ 8.400 *
SULFATO FERROSO 300 MG 300 TABLETAS LP
100012369 6 U $ 9.000 *

Sub Total	$ 23.000
Descuento	$ 0
Total Factura	**$ 23.000**
Valor Recibido	$ 23.000
Cambio	**$ 0**

Exento	$ 23.000
Excluido	$ 0
No Gravado	$ 0
Gravado	$ 0

Tipo de Pago efectivo $ 23.000

Puntos Factura: 0 Puntos Cliente: 0

Bien

Caja: SERVSANESTEBAN
Cude:
11d97c58a2ab22c4744037d63d10a4160e3072c07a

DROG Y PERF OTROS SAN ESTEBAN
SUCURSAL 1
MURIEL MORA LUZ DARY
Calle 13 # 5-20
NIT 41904421-7
Régimen Común

Tel. 6067542339

19.600

Cliente: 900643661-2
Nombre: FUNDACION NATURALEZA ANIMAL T
Dirección: CR 5 CL 22 ESQ
Tel: 3178558398
Barrio: NUEVA TEBAIDA

DOCUMENTO EQUIVALENTE POS No.:
No.: PELE3672

Habilitación numeración según resolución No 18764071791841 del 2024 may. 30 Rango PELE 1 al PELE 1000000 Vigencia 24 Meses

DOMICILIOS

Fecha	Hora	Cajero	Vendedor
27/06/2024	09:01	11 CAJER	6 6.HAR

JERINGA ALFA INS.1 CC 29G X1/2 13MM 100U
200018821 10 U $ 5.000 A
CUCHILLA MINORA 20 CJ 5 UND
200037392 3 B $ 8.000 A
CATETER CANULA INTRAVENOSA 22G UND ICOM
100027815 2 C $ 5.600 *

Sub Total	$ 16.600
Descuento	$ 0
Total Factura	**$ 16.600**
Valor Recibido	$ 16.600
Cambio	**$ 0**

Exento	$ 5.600
Excluido	$ 0
No Gravado	$ 0
Gravado	$ 9.244

A:Base 19% $ 9.244 Iva: $ 1.756

Tipo de Pago efectivo: $ 16.600

Puntos Factura: 0 Puntos Cliente: 0

Bien

Caja: AUXSANESTEBAN

DROG Y PERF OTROS SAN ESTEBAN
SUCURSAL 1
MURIEL MORA LUZ DARY
Calle 13 # 5-20
NIT 41904421-7
Régimen Común

Tel. 6067542339

Cliente: 900643661-2
Nombre: FUNDACION NATURALEZA ANIMAL T
Dirección: CR 5 CL 22 ESQ
Tel: 3178558398
Barrio: NUEVA TEBAIDA

FACTURA ELECTRÓNICA No
No.: LM401

Autorización numeración según resolución de Factura electronica No 18764068731409 del 2024 abr. 10del Rango LM 359 al LM 1000 Vigencia 6 Meses

DOMICILIOS

Fecha	Hora	Cajero	Vendedor
26/06/2024	09:14	11 CAJER	6 6.HAR

EQUIPO MACROGOTEO PRECISION SIN VALVULA
200037150 10 C $ 15.000 *
CATETER CANULA INTRAVENOSA 22G UND ICOM
100027815 3 C $ 8.400 *

Sub Total	$ 23.400
Descuento	$ 0
Total Factura	**$ 23.400**
Valor Recibido	$ 23.400
Cambio	**$ 0**

Exento	$ 8.400
Excluido	$ 15.000
No Gravado	$ 0
Gravado	$ 0

Tipo de Pago efectivo: $ 23.400

Puntos Factura: 0 Puntos Cliente: 0

Bien

Caja: SERVSANESTEBAN
Cufe:
a3de3d97f2076a29691112bafde29d5c01904d2f503

DROG Y PERF OTROS SAN ESTEBAN
SUCURSAL 1
MURIEL MORA LUZ DARY
Calle 13 # 5-20
NIT 41904421-7
Régimen Común

Tel. 6067542339

Cliente: 900643661-2
Nombre: FUNDACION NATURALEZA ANIMAL T
Dirección: CR 5 CL 22 ESQ
Tel: 3178558398
Barrio: NUEVA TEBAIDA

FACTURA ELECTRÓNICA No.:
No.: LM377

Autorización numeración según resolución de
Factura electronica No 18764068731409 del
2024 abr. 10del Rango LM 359 al LM 1000
Vigencia 6 Meses

MOSTRADOR PERSONALIZADA

Fecha	Hora	Cajero	Vendedor
06/05/2024	09:33	11 CAJER	07 3.EDW

CATETER CANULA INTRAVENOSA 24G UND ICOM
100027816 4 C $ 11.200 *

Sub Total	$ 11.200
Descuento	$ 0
Total Factura	**$ 11.200**
Valor Recibido	$ 11.200
Cambio	**$ 0**

Exento	$ 11.200
Excluido	$ 0
No Gravado	$ 0
Gravado	$ 0

Tipo de Pago efectivo: $ 11.200

Puntos Factura: 0 Puntos Cliente: 0

Bien

Caja: AUXSANESTEBAN
Cufe:
if5acb88b5791049ba5be993683faa861b59e49bc0

DROG Y PERF OTROS SAN ESTEBAN
SUCURSAL 1
MURIEL MORA LUZ DARY
Calle 13 # 5-20
NIT 41904421-7
Régimen Común

Tel. 6067542339

Cliente: 900643661-2
Nombre: FUNDACION NATURALEZA ANIMAL T
Dirección: CR 5 CL 22 ESQ
Tel: 3178558398
Barrio: NUEVA TEBAIDA

FACTURA ELECTRÓNICA No.:
No.: LM384

Autorización numeración según resolución de
Factura electronica No 18764068731409 del
2024 abr. 10del Rango LM 359 al LM 1000
Vigencia 6 Meses

MOSTRADOR PERSONALIZADA

Fecha	Hora	Cajero	Vendedor
22/05/2024	10:38	11 CAJER	04 5.YES

SULFATO FERROSO 300 MG 300 TABLETAS LP
100012369 10 U $ 12.000 *
SULFATO FERROSO 200 MG 300 TABLETAS LP

100018261 2 B $ 2.000 *
AMOXICILINA 250 MG SUSPENSION 100 ML LC
100002436 1 C $ 9.800 *

Sub Total	$ 23.800
Descuento	$ 0
Total Factura	**$ 23.800**
Valor Recibido	$ 50.000
Cambio	**$ 26.200**

Exento	$ 21.800
Excluido	$ 2.000
No Gravado	$ 0
Gravado	$ 0

Tipo de Pago efectivo $ 23.800

Puntos Factura: 0 Puntos Cliente: 0

Bien

DROG Y PERF OTROS SAN E
SUCURSAL 1
MURIEL MORA LUZ DA
Calle 13 # 5-20
NIT 41904421-7
Régimen Común

Tel. 6067542339

Cliente: 900643661-2
Nombre: FUNDACION NATURALEZA ANIMAL T
Dirección: CR 5 CL 22 ESQ
Tel: 3178558398
Barrio: NUEVA TEBAIDA

FACTURA ELECTRÓNICA No.:
No.: LM385

Autorización numeración según resolución de
Factura electronica No 18764068731409 del
2024 abr. 10del Rango LM 359 al LM 1000
Vigencia 6 Meses

MOSTRADOR PERSONALIZADA

Fecha	Hora	Cajero	Vendedor
23/05/2024	08:35	11 CAJER	6 6.HAR

METOCLOPRAMIDA 10 MG/2 ML 10 AMPOLLAS VT
100026817 3 U $ 13.500 *
TRAMADOL 50MG/1ML 10 AMPOLLAS VT
100024574 3 U $ 7.500 *

Sub Total	$ 21.000
Descuento	$ 0
Total Factura	**$ 21.000**
Valor Recibido	$ 21.000
Cambio	**$ 0**

Exento	$ 21.000
Excluido	$ 0
No Gravado	$ 0
Gravado	$ 0

Tipo de Pago efectivo: $ 21.000

Puntos Factura: 0 Puntos Cliente: 0

Bien

Caja: AUXSANESTEBAN
Cufe:
ib31615b79b8e3acc16d55d96ec4244390cfdc5746

DROG Y PERF OTROS SAN ESTEBAN
SUCURSAL 1
MURIEL MORA LUZ DARY
Calle 13 # 5-20
NIT 41904421-7
Régimen Común

Tel. 6067542339

Cliente: 900643661-2
Nombre: FUNDACION NATURALEZA ANIMAL T
Direccion: CR 5 CL 22 ESQ
Tel: 3178558398
Barrio: NUEVA TEBAIDA

FACTURA ELECTRÓNICA No.: LM391

Autorización numeración según resolución de Factura electronica No 18764068731409 del 2024 abr. 10del Rango LM 359 al LM 1000 Vigencia 6 Meses

DOMICILIOS

Fecha	Hora	Cajero	Vendedor
11/06/2024	10:47	11 CAJER	10 10.FE

JERINGA 3P 3ML 23X1 PRECISION 100 UND				
200029138	1 C	$ 29.800		A
TRAMADOL 50MG/1ML 10 AMPOLLAS VT				
100024574	3 U	$ 7.500		*
LINCOFAR 600MG/2ML 10 AMPOLLAS				
7709506348427	1 U	$ 5.000		*

Sub Total	$ 42.300
Descuento	$ 0
Total Factura	**$ 42.300**
Valor Recibido	$ 42.300
Cambio	**$ 0**

Exento	$ 12.500
Excluido	$ 0
No Gravado	$ 0
Gravado	$ 25.042

A:Base 19% $ 25.042 Iva: $ 4.758

Tipo de Pago efectivo: $ 42.300

Puntos Factura: 0 Puntos Cliente: 0

Bien

DROG Y PERF OTROS SAN ESTEBAN
SUCURSAL 1
MURIEL MORA LUZ DARY
Calle 13 # 5-20
NIT 41904421-7
Régimen Común

Tel. 6067542339

Cliente: 900643661-2
Nombre: FUNDACION NATURALEZA ANIMAL T
Dirección: CR 5 CL 22 ESQ
Tel: 3178558398
Barrio: NUEVA TEBAIDA

FACTURA ELECTRÓNICA No :
No.: LM394

Autorización numeración según resolución de Factura electronica No 18764068731409 del 2024 abr. 10del Rango LM 359 al LM 1000 Vigencia 6 Meses

DOMICILIOS

Fecha	Hora	Cajero	Vendedor
13/06/2024	08:37	11 CAJER	6 6.HAR

CATETER CANULA INTRAVENOSA 22G UND ICOM			
100027815	3 C	$ 8.400	*
CATETER CANULA INTRAVENOSA 24G UND ICOM			
100027816	3 C	$ 8.400	*
DEXAMETASONA 8MG/2ML FARMIONNI			
7707184160478	4 U	$ 4.000	*

Sub Total	$ 20.800
Descuento	$ 0
Total Factura	**$ 20.800**
Valor Recibido	$ 20.800
Cambio	**$ 0**

Exento	$ 20.800
Excluido	$ 0
No Gravado	$ 0
Gravado	$ 0

Tipo de Pago efectivo: $ 20.800

Puntos Factura: 0 Puntos Cliente: 0

Bien

Caja: SERVSANESTEBAN
Cufe:

DROG Y PERF OTROS SAN ESTEBAN
SUCURSAL 1
MURIEL MORA LUZ DARY
Calle 13 # 5-20
NIT 41904421-7
Régimen Común

Tel. 6067542339

DOCUMENTO EQUIVALENTE POS No.:
No.: PELE1638

Habilitación numeración según resolución No 18764071791841 del 2024 may 30 Rango PELE 1 al PELE 1000000 Vigencia 24 Meses

MOSTRADOR

Fecha	Hora	Cajero	Vendedor
13/06/2024	08:46	11 CAJER	6 6.HAR

LINCOFAR 600MG/2ML 10 AMPOLLAS			
7709506348427	2 U	$ 10.000	*

Sub Total	$ 10.000
Descuento	$ 0
Total Factura	**$ 10.000**
Valor Recibido	$ 10.000
Cambio	**$ 0**

Exento	$ 10.000
Excluido	$ 0
No Gravado	$ 0
Gravado	

Tipo de Pago efectivo: $ 10.000

Bien

Caja: SERVSANESTEBAN
Cude:
883cde2f160b49b6c219308ed0842650a9bada16c7

DROG Y PERF OTROS SAN ESTEBAN
SUCURSAL 1
MURIEL MORA LUZ DARY
Calle 13 # 5-20
NIT 41904421-7
Régimen Común

Tel. 6067542339

17.900
Servicio 3000
20900

Cliente: 900643661-2
Nombre: FUNDACION NATURALEZA ANIMAL T
Dirección: CR 5 CL 22 ESQ
Tel: 3178558398
Barrio: NUEVA TEBAIDA

FACTURA ELECTRÓNICA No.:
No.: LM402

Autorización numeración según resolución de Factura electronica No 18764068731409 del 2024 abr. 10del Rango LM 359 al LM 1000 Vigencia 6 Meses

DOMICILIOS

Fecha	Hora	Cajero	Vendedor
28/06/2024	09:16	11 CAJER	6 6 HAR

DOXICICLINA 100 MG X 10 CAPSULAS PENTA

7703712032552 2 C $ 9.800 *

Sub Total	$ 9.800
Descuento	$ 0
Total Factura	**$ 9.800**
Valor Recibido	$ 9.800
Cambio	**$ 0**
Exento	$ 0
Excluido	$ 9.800
No Gravado	$ 0
Gravado	$ 0

Tipo de Pago efectivo: $ 9.800

Puntos Factura: 0 Puntos Cliente: 0

Bien

Caja: SERVSANESTEBAN
Cufe:
ea8651e7fbe767f3ba8e415588448830be1bee675

Proveedor Tecnologico Factura Electronica:
COMANDO SOLUCIONES EMPRESARIALES S.A

Coopidrogas
860.026.123-0
ma P.O.S - Dominium Plus

DROG Y PERF OTROS SAN ESTEBAN
SUCURSAL 1
MURIEL MORA LUZ DARY
Calle 13 # 5-
NIT 41904421-7
Régimen Común

Tel 6067542339

Cliente: 900643661-2
Nombre: FUNDACION NATURALEZA ANIMAL T
Dirección: CR 5 CL 22 ESQ
Tel: 3178558398
Barrio: NUEVA TEBAIDA

DOCUMENTO EQUIVALENTE POS No .
No.: PELE3806

Habilitación numeración según resolución No 18764071791841 del 2024 may. 30 Rango PELE 1 al PELE 1000000 Vigencia 24 Meses

DOMICILIOS

Fecha	Hora	Cajero	Vendedor
28/06/2024	10:07	11 CAJER	6 6 HAR

METOCLOPRAMIDA 10 MG/2 ML 10 AMPOLLAS VT

00026617 2 U $ 9.000 *

Sub Total	$ 9.000
Descuento	$ 0
Total Factura	**$ 9.000**
Valor Recibido	$ 9.000
Cambio	**$ 0**
Exento	$ 9.000
Excluido	$ 0
No Gravado	$ 0
Gravado	$ 0

Tipo de Pago efectivo: $ 9.000

Puntos Factura: 0 Puntos Cliente: 0

Bien

Caja: AUXSANESTEBAN
Cude:
3752db5af4696d7169881bf4405293662ba34473c4

Proveedor Tecnologico Documento Equivalente:
COMANDO SOLUCIONES EMPRESARIALES S.A

Coopidrogas
NIT. 860.026.123-0
Sistema P.O.S - Dominium Plus

DROG Y PERF OTROS SAN ESTEBAN
SUCURSAL 1
MURIEL MORA LUZ DARY
Calle 13 # 5-20
NIT 41904421-7
Régimen Común

Tel. 6067542339

Cliente: 900643661-2
Nombre: FUNDACION NATURALEZA ANIMAL T
Dirección: CR 5 CL 22 ESQ
Tel: 3178558398
Barrio. NUEVA TEBAIDA

FACTURA ELECTRÓNICA No.:
No.: LM391

Autorización numeración según resolución de Factura electronica No 18764068731409 del 2024 abr. 10del Rango LM 359 al LM 1000 Vigencia 6 Meses

DOMICILIOS

Fecha	Hora	Cajero	Vendedor
11/06/2024	10:47	11 CAJER	10 10.FE

JERINGA 3P 3ML 23X1 PRECISION 100 UND
200029138 1 C $ 29.800 A
TRAMADOL 50MG/1ML 10 AMPOLLAS VT
100024574 3 U $ 7.500 *
LINCOFAR 600MG/2ML 10 AMPOLLAS
7709506348427 1 U $ 5.000 *

Sub Total	$ 42.300
Descuento	$ 0
Total Factura	**$ 42.300**
Valor Recibido	$ 42.300
Cambio	**$ 0**

Exento	$ 12.500
Excluido	$ 0
No Gravado	$ 0
Gravado	$ 25.042

Base 19% $ 25.042 Iva: $ 4.758

Tipo de Pago efectivo: $ 42.300

Puntos Factura: 0 Puntos Cliente 0

Bien

Caja: SERVSANESTEBAN
Cufe:
1333af83c8fbe32b30bf4173e01815015fe173f14a1

Proveedor Tecnologico Factura Electronica:
COMANDO SOLUCIONES EMPRESARIALES S.A.

Coopidrogas
NIT. 860.026.123-0
Sistema P.O.S - Dominium Plus

DROG Y PERF OTROS SAN ESTEBAN
SUCURSAL 1
MURIEL MORA LUZ DARY
Calle 13 # 5-20
NIT 41904421-7
Régimen Común

Tel. 6067542339

Cliente: 900643661-2
Nombre: FUNDACION NATURALEZA ANIMAL T
Dirección: CR 5 CL 22 ESQ
Tel: 3178558398
Barrio: NUEVA TEBAIDA

DOCUMENTO EQUIVALENTE POS No.:
No.: PELE866

Habilitación numeración según resolución No 18764071791841 del 2024 may. 30 Rango PELE 1 al PELE 1000000 Vigencia 24 Meses

DOMICILIOS

Fecha	Hora	Cajero	Vendedor
07/06/2024	09:32	11 CAJER	6 6.HAR

CATETER CANULA INTRAVENOSA 24G UND ICOM
100027816 3 C $ 8.400 *
CATETER CANULA INTRAVENOSA 22G UND ICOM
100027815 2 C $ 5.600 *
SUERO FISIOLOGICO QUIBI BOLSA 500 ML
100014043 2 C $ 8.000 *
TRAMADOL 50MG/1ML 10 AMPOLLAS VT
100024574 2 U $ 5.000 *

Sub Total	$ 27.000
Descuento	$ 0
Total Factura	**$ 27.000**
Valor Recibido	$ 27.000
Cambio	**$ 0**

Exento	$ 27.000
Excluido	$ 0
No Gravado	$ 0
Gravado	$ 0

Tipo de Pago efectivo: $ 27.000

Puntos Factura: 0 Puntos Cliente: 0

Bien

Caja: SERVSANESTEBAN
Cude:
170bc39648a41d3f11d57d70db19626d4ca92a81dd

Proveedor Tecnologico Documento Equivalente:
COMANDO SOLUCIONES EMPRESARIALES S.A.

Coopidrogas
NIT. 860.026.123-0
Sistema P.O.S - Dominium Plus

NIT 41904421-7
Régimen Común

Tel. 6067542339

Cliente. 900643661-2
Nombre: FUNDACION NATURALEZA ANIMAL T
Dirección CR 5 CL 22 ESQ
Tel: 3178558398
Barrio: NUEVA TEBAIDA

FACTURA ELECTRÓNICA No.:
No.: LM390

Autorización numeración según resolución de Factura electronica No 18764068731409 del 2024 abr. 10del Rango LM 359 al LM 1000 Vigencia 6 Meses

DOMICILIOS

Fecha	Hora	Cajero	Vendedor
09/06/2024	10:18	11 CAJER	10 10 FE

SUERO FISIOLOGICO QUIBI BOLSA 500 ML
100014043 3 C $ 12.000

Sub Total	$ 12.000
Descuento	$ 0
Total Factura	**$ 12.000**
Valor Recibido	$ 12.000
Cambio	$ 0
Exento	$ 0
Excluido	$ 12.000
No Gravado	$ 0
Gravado	$ 0

Tipo de Pago efectivo: $ 12.000

Puntos Factura: 0 Puntos Cliente: 0

Bien

Caja: SERVSANESTEBAN
Cufe:
536bf08f2e45fe78cd0e3125de97797e109c53ddfe34



Proveedor Tecnologico Factura Electronica:

NIT 41904421-7
Régir) Común

Tel. 6067542339

Cliente. 900643661-2
Nombre: FUNDACION NATURALEZA ANIMAL T
Dirección: CR 5 CL 22 ESQ
Tel: 3178558398
Barrio: NUEVA TEBAIDA

FACTURA ELECTRÓNICA No :
No.: LM396

Autorización numeración segun resolución de Factura electronica No 18764068731409 del 2024 abr. 10del Rango LM 359 al LM 1000 Vigencia 6 Meses

DOMICILIOS

Fecha	Hora	Cajero	Vendedor
22/06/2024	10:38	11 CAJER	10 10 FE

LINCOFAR 600MG/2ML 10 AMPOLLAS
7709506348427 1 U $ 5.000

Sub Total	$ 5.000
Descuento	$ 0
Total Factura	**$ 5.000**
Valor Recibido	$ 5.000
Cambio	$ 0
Exento	$ 5.000
Excluido	$ 0
No Gravado	$ 0
Gravado	$ 0

Tipo de Pago efectivo: $ 5.000

Puntos Factura: 0 Puntos Cliente: 0

Bien

Caja: AUXSANESTEBAN
Cufe:
905bd7bd034a46e638057ed74239f9523b19dca67



Proveedor Tecnologico Factura Electronica:
COMANDO SOLUCIONES EMPRES

MURIEL MORA LUZ DARY
Calle 13 # 5-20
NIT 41904421-7
Régimen Común

Tel. 6067542339

Cliente: 900643661-2
Nombre: FUNDACION NATURALEZA ANIMAL T
Dirección: CR 5 CL 22 ESQ
Tel: 3178558398
Barrio: NUEVA TEBAIDA

DOCUMENTO EQUIVALENTE POS No.:
No.: PELE2925

Habilitación numeración según resolución No 18764071791841 del 2024 may. 30 Rango PELE 1 al PELE 1000000 Vigencia 24 Meses

DOMICILIOS

Fecha	Hora	Cajero	Vendedor
22/06/2024	10:40	11 CAJER	10 10 FE

LINCOFAR 600MG/2ML 10 AMPOLLAS
7709506348427 1 U $ 5.000

Sub Total	$ 5.000
Descuento	$ 0
Total Factura	**$ 5.000**
Valor Recibido	$ 5.000
Cambio	$ 0
Exento	$ 5.000
Excluido	$ 0
No Gravado	$ 0
Gravado	$ 0

Tipo de Pago efectivo: $ 5.000

Puntos Factura: 0 Puntos Cliente: 0

Bien

Caja: AUXSANESTEBAN
Cude:
901d494e2d854f264b1b4c2c82729a59e08f7324850



DROG Y PERF OTROS SAN ESTEBAN
SUCURSAL 1
MURIEL MORA LUZ DARY
Calle 13 # 5-20
NIT 41904421-7
Régimen Común

Tel 6067542339

Cliente: 900643661-2
Nombre: FUNDACION NATURALEZA ANIMAL T
Dirección: CR 5 CL 22 ESQ
Tel: 3178558398
Barrio: NUEVA TEBAIDA

FACTURA ELECTRÓNICA No.:
No.: LM397

Autorización numeración según resolución de
Factura electronica No 18764068731409 del
2024 abr. 10del Rango LM 359 al LM 1000
Vigencia 6 Meses

DOMICILIOS

Fecha	Hora	Cajero	Vendedor
23/06/2024	10:50	11 CAJER	10 10.FE

LINCOFAR 600MG/2ML 10 AMPOLLAS
7709506348427 2 U $ 10.000 *
SULFATO FERROSO 300 MG 300 TABLETAS LP
100012369 10 U $ 15.000 *

Sub Total	$ 25.000
Descuento	$ 0
Total Factura	**$ 25.000**
Valor Recibido	$ 25.000
Cambio	**$ 0**

Exento	$ 25.000
Excluido	$ 0
No Gravado	$ 0
Gravado	$ 0

Tipo de Pago efectivo $ 25.000

Puntos Factura: 0 Puntos Cliente: 0

Bien

Caja: AUXSANESTEBAN
Cufe:
2dc1eeec4e751823c8107231ea3b0ca7fe797f70992



Proveedor Tecnologico Factura Electronica:
COMANDO SOLUCIONES EMPRESARIALES S.A

Coopidrogas
NIT 860 026.123-0
Sistema P.O.S - Dominium Plus

DROG Y PERF OTROS SAN ESTEBAN
SUCURSAL 1
MURIEL MORA LUZ DARY
Calle 13 # 5-20
NIT 41904421-7
Régimen Común

Tel 6067542339

Cliente: 900643661-2
Nombre: FUNDACION NATURALEZA ANIMAL T
Dirección: CR 5 CL 22 ESQ
Tel. 3178558398
Barrio: NUEVA TEBAIDA

FACTURA ELECTRÓNICA No :
No.: LM395

Autorización numeración según resolución de
Factura electronica No 18764068731409 del
2024 abr. 10del Rango LM 359 al LM 1000
Vigencia 6 Meses

DOMICILIOS

Fecha	Hora	Cajero	Vendedor
17/06/2024	09:35	11 CAJER	6 6.HAR

CATETER CANULA INTRAVENOSA 24G UND ICOM
100027816 3 C $ 8.400
CATETER CANULA INTRAVENOSA 22G UND ICOM
100027815 2 C $ 5.600
TRAMADOL 100mg X 10 AMP VITALIS

500000357 2 U $ 5.000
DEXAMETASONA 8MG/2ML FARMIONNI
7707184160478 1 U $ 5.000
LINCOFAR 600MG/2ML 10 AMPOLLAS
7709506348427 1 U $ 5.000

Sub Total	$ 29.000
Descuento	$ 0
Total Factura	**$ 29.000**
Valor Recibido	$ 29.000
Cambio	**$ 0**

Exento	$ 24.000
Excluido	$ 5.000
No Gravado	$ 0
Gravado	$ 0

Tipo de Pago efectivo: $ 29.000

Puntos Factura: 0 Puntos Cliente: 0

Bien

Caja: SERVSANESTEBAN
Cufe:
6700f8c15d812be3693f5ca0f5b10c5a5477c986047



Proveedor Tecnologico Factura Electronica
COMANDO SOLUCIONES EMPRESARIALES S.A

DROG Y PERF OTROS SAN ESTEBAN
SUCURSAL 1
MURIEL MORA LUZ DARY
Calle 13 # 5-20
NIT 41904421-7
Régimen Común

Tel. 6067542339

Cliente: 900643661-2
Nombre: FUNDACION NATURALEZA ANIMAL T
Dirección: CR 5 CL 22 ESQ
Tel: 3178558398
Barrio: NUEVA TEBAIDA

FACTURA ELECTRÓNICA No.:
No.: LM392

Autorización numeración según resolución de
ctura electronica No 18764068731409 del
2024 abr 10del Rango LM 359 al LM 1000
Vigencia 6 Meses

DOMICILIOS

Fecha	Hora	Cajero	Vendedor
11/06/2024	11:52	11 CAJER	6 6 HAR

CATETER CANULA INTRAVENOSA 22G UND ICOM
100027815 2 C $ 5.600 *
CATETER CANULA INTRAVENOSA 24G UND ICOM
100027816 3 C $ 8.400 *
SULFATO FERROSO 300 MG 300 TABLETAS LP
100012369 5 U $ 7.500 *
CEFALEXINA 500 MG 50 TABLE AMERICA G

770008205 10 U $ 6.000 *

Sub Total	$ 27.500
Descuento	$ 0
Total Factura	$ 27.500
Valor Recibido	$ 27.500
Cambio	$ 0
Exento	$ 21.500
Excluido	$ 6.000
No Gravado	$ 0
Gravado	$ 0

Tipo de Pago efectivo: $ 27.500

Puntos Factura: 0 Puntos Cliente: 0

Bien

Caja: SERVSANESTEBAN
Cufe:
d37ce09cd25b4a8646e6b3f89ff79eca503bffc51fcdf

Proveedor Tecnologico Factura Electronica:
COMANDO SOLUCIONES EMPRESARIALES S A.

Coopidrogas
NIT. 860.026 123-0
Sistema P.O.S - Dominium Plus

DROG Y PERF OTROS SAN ESTEBAN
SUCURSAL 1
MURIEL MORA LUZ DARY
Calle 13 # 5-20
NIT 41904421-7
Régimen Común

Tel 6067542339

16.400

Cliente: 900643661-2
Nombre: FUNDACION NATURALEZA ANIMAL T
Dirección: CR 5 CL 22 ESQ
Tel: 3178558398
Barrio: NUEVA TEBAIDA

FACTURA ELECTRÓNICA No.:
No.: LM389

Autorización numeración según resolución de
Factura electronica No 18764068731409 del
2024 abr. 10del Rango LM 359 al LM 1000
Vigencia 6 Meses

DOMICILIOS

Fecha	Hora	Cajero	Vendedor
04/06/2024	08:37	11 CAJER	6 6 HAR

DOXICICLINA 100 MG X 10 CAPSULAS PENTA

7703712032552 2 C $ 7.800 *
CATETER CANULA INTRAVENOSA 24G UND ICOM
100027816 2 C $ 5.600 *

Sub Total	$ 13.400
Descuento	$ 0
Total Factura	$ 13.400
Valor Recibido	$ 13.400
Cambio	$ 0
Exento	$ 5.600
Excluido	$ 7.800
No Gravado	$ 0
Gravado	$ 0

Tipo de Pago efectivo: $ 13.400

Puntos Factura: 0 Puntos Cliente: 0

Bien

Caja SERVSANESTEBAN
Cufe:
'15c44405d6d57d85d3643a679e907abe288db86e

Proveedor Tecnologico Factura Electronica
COMANDO SOLUCIONES EMPRESARIALES S A

Coopidrogas
NIT. 860.026.123-0
Sistema P.O.S - Dominium Plus

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE FENALCO
890000381
Armenia
CR 14 No 24-24

FACTURA ELECTRONICA:
SAE 1233

TPV : PV20001
Cajero : HERNANDEZ TABARES MILTON CESA
Fecha : 2024/6/18 Hora: 14:33:20
Vendedor : 0051 HERNANDEZ TABARES MILTON

Condicion de Pago:001 CONTADO
Cliente : FUNDACION NATURALEZA ANIMALIA
Nit/C.C. : 900643661
Direccion: CRA 5 CALLE 22 ENSEGUIDA ANTI
Telefono : 3178558878

Item	Descripcion de Items	Referencia	Cant.	U.M.	V/R UNIL.	V/R TOTAL
1	TRANSFIX 20/20 CAJA X 100 AMPO...					
2	DEXAMETASONA 8MG/2ML CAJA X 100 AMPOL...	70569105	40.00	UN	500	20,000
3	JERINGA MEDISPO 1ML 27G X 1/2 X 100 U...	70250111	1.00	CJ	22,400	22,400
4	JERINGA MEDISPO 5 ML CAJA X 100 UNIDAD...	47350005	1.00	CJ	24,100	24,100
5	JERINGA MEDISPO 3 ML CAJA X 100 UNIDAD...	47350003	1.00	CJ	22,100	22,100
6	CLORURO DE SODIO 0.9% BOLSA X 500 C...	50320011	15.00	UN	2,600	39,000
7	CATETER 022 INTR/CERTC CAJA X50 UNI...	00105007	6.00	UN	2,400	14,400
8	CATETER 024 INTR/CERTC CAJA X50UNI...	00101307	6.00	UN	2,400	14,400
	TOTAL ITEMS.....444					

T O T A L .....

[DETALLE DE VALORES]
Vlr Gravada (*).....
Vlr Exenta (**).....
IVA .....

[INFORMACION TRIBUTARIA]
Descripcion	%	Vlr_Base	Vlr_Impto.
IVA 19% DIR	19.00	30,407	

[MEDIOS DE PAGO]
EFECTIVO

AUTORIZACION NUMERACION DE FACTURACION
Numero: 18764051534039
Numeracion: AUTORIZADA
Rango: desde 61C1 hasta 61E100000
Vigencia: desde 2023/07/07
hasta 2024/07/07 - 12 MESES
AUTORETENEDORES
RESOL. 000014 DE 1994/02/11

DOMICILIOS EN ARMENIA CENTRO Y SUR
TEL: (606)7427406 Y EL CALARCA
TEL: (606)7434027
Drog. Virtual: www.drogueriasconfa.com
AUTORETENEDOR ICA RES.2117/2023 ARMENIA
RESPONSABLES DE IVA -AGENTE RETENEDOR DE
IVA
NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES

Elaborado: HERNANDEZ TABARES MILTON
Fabricante del Software
SISTEMAS DE INFORMACION EMPRESARIAL S.A.
NIT: 800.212.107-3
Proveedor Tecnologico Siesa E-Invoicing
NIT: 890.217.193-0

DUPLI

FOTOS DEL MES DE JUNIO 2024.

SEGUIMOS APOYANDO LA COMUNIDAD CON CONSULTAS POR PARTE DE **LA FUNDACION FUNAT,**

CON COSULTAS Y TRATAMIENTO A BAJO COSTO , IMPACTANDO SOBRE TODO A LOS SECTORES DE BAJOS RECURSOS QUE NO PUEDEN ACCEDER A CLINICAS VETERINARIAS.





PERRO SECTOR DEL RIO LA VIEJA CON UN CANCER, LLAMADO TVT.

LE DIMOS LOS PRIMEROS AUXILIO Y UNA QUIMIOTERAPIA

FOTOS DEL MES DE JUNIO 2024.

ESTAMOS EN UN PROGRAMA DE RECICLAJE CON LA CRQ.



COVECOM

El día 20 de junio se apoyó la estrategia covecom solicitada por el PIC en el barrio fundaciones realizando actividades de desparasitación, vitaminizacion y tenencia responsable de perros y gatos.





COVECOM

El día 22 de junio se apoyó la estrategia covecom solicitada por el PIC en el barrio Cantarito realizando actividades de desparasitación, vitaminizacion y tenencia responsable de perros y gatos.





COVECOM

El día 28 de junio se apoyó la estrategia covecom solicitada por el PIC en la vereda Guanabanal realizando actividades de desparasitación, vitaminizacion y tenencia responsable de perros y gatos.





COVECOM

El día 30 de mayo se apoyó la estrategia covecom solicitada por el PIC en la vereda el alambrado realizando actividades de desparasitación, vitaminizacion y tenencia responsable de perros y gatos.



El día 14 de junio se apoyó la estrategia covecom solicitada por el PIC en el parque Simón Bolívar realizando actividades de desparasitación, vitaminizacion y tenencia responsable de perros y gatos.



PROGRAMAS DEL ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2024

ADOPCIONES

EUTANACIAS

INGRESOS

CONSULTAS

FOTOS DEL MES DE JUNIO 2024.

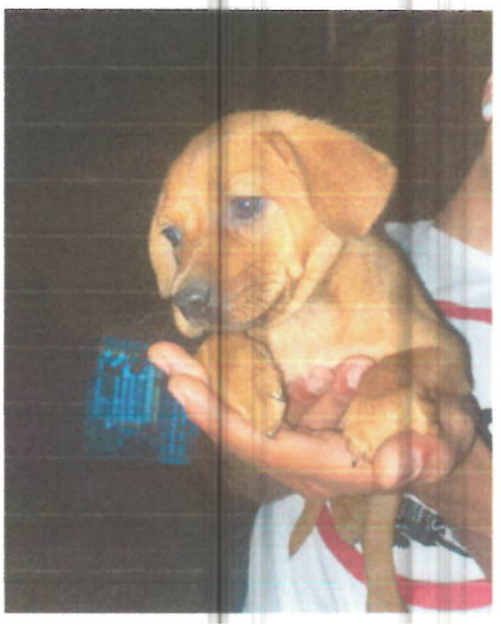












CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL
LA TEBAIDA 2024

CONVENIO DE ADOPCION No FECHA 21-6-24

DATOS DEL ADOPTANTE					
Nombres y apellidos:			*C.C*		
Carlos	mendoza.		1105411439		
Dirección:	*Barrio* Armenia.		Adulto ( )	Cachorro ( )	
Tel. fijo	Cra A #4881		*Cel.* 3128240.81		
Especie:	Canino ( )	Felino (X)	Sexo:	H (X)	M ( )
Raza: Criollo.		Color: Momo		Edad: 2 meses	
Características particulares			Carnet de vacunación SI ( ) NO (X)		
Estado de salud:			Peso:		
Estado corporal	Normal (X)	Desnutrido ( )	Sobrepeso ( )		
Procedencia de la mascota	Callejera ( )	abandonada ( )	Con dueño ( )		

Yo, _____, identificado(a) con C.C._____, me comprometo fielmente a cuidar, amar, alimentar, bañar, cepillar, pasear, vacunar, brindarle servicios medico veterinarios a mi mascota, que será un miembro más de mi familia a partir del día de hoy y me comprometo que nunca la abandonare, ni la maltrataré, ni la venderé

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, EL ADOPTANTE ACEPTA QUE:

1. El adoptado será un miembro más de su familia
2. El adoptado tendrá en todo momento agua limpia y libre acceso
3. El adoptado tendrá una alimentación balanceada a base de concentrado mínimo dos porciones diarias de acuerdo a su tamaño, raza
4. En el caso de que el adoptado sea canino, siempre se le sacará a pasear con correa, nunca suelto y se responsabilizara de recoger las heces cuando este lo haga en vía publica
5. El adoptado no será en ningún caso golpeado, maltratado, humillado, abandonado ni regalado
6. El adoptado debe contar con un área para dormir y comer
7. El adoptado recibirá los cuidados médicos necesarios para su bienestar (desparasitación cada tres meses y vacunación anual)

Acepto las condiciones:

Firma y C.C. 1105411439

Paula muñoz

Responsable del informe

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL
LA TEBAIDA 2024

CONVENIO DE ADOPCION No FECHA 21-6-24

DATOS DEL ADOPTANTE					
Nombres y apellidos:				C.C	
Angie	mendoza			1110596810	
Dirección: M13 #18.	*Barrio* cecilia 2 T:			Adulto ( )	Cachorro (X)
Tel. fijo			*Cel.* 3222898726.		
Especie:	Canino (X)	Felino ( )	Sexo:	H ( )	M (X)
Raza: criollo.		Color: blanco / negro.		Edad: 2 meses.	
Características particulares				Carnet de vacunación SI ( ) NO (X)	
Estado de salud:				Peso:	
Estado corporal	Normal (X)	Desnutrido ( )		Sobrepeso ( )	
Procedencia de la mascota	Callejera ( )	abandonada ( )		Con dueño ( )	

Yo, _____, identificado(a) con C.C._____, me comprometo fielmente a cuidar, amar, alimentar, bañar, cepillar, pasear, vacunar, brindarle servicios medico veterinarios a mi mascota, que será un miembro más de mi familia a partir del día de hoy y me comprometo que nunca la abandonare, ni la maltrataré, ni la venderé

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, EL ADOPTANTE ACEPTA QUE:

1. El adoptado será un miembro más de su familia
2. El adoptado tendrá en todo momento agua limpia y libre acceso
3. El adoptado tendrá una alimentación balanceada a base de concentrado mínimo dos porciones diarias de acuerdo a su tamaño, raza
4. En el caso de que el adoptado sea canino, siempre se le sacará a pasear con correa, nunca suelto y se responsabilizara de recoger las heces cuando este lo haga en vía publica
5. El adoptado no será en ningún caso golpeado, maltratado, humillado, abandonado ni regalado
6. El adoptado debe contar con un área para dormir y comer
7. El adoptado recibirá los cuidados médicos necesarios para su bienestar (desparasitación cada tres meses y vacunación anual)

Acepto las condiciones:

Angie Carolina Mendoza Falla para mí

Firma y C.C. 1110.596.810 *Responsable del informe*

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA 2024

CONVENIO DE ADOPCIONES ALBERGUE MUNICIPAL

24-06-2024

DATOS DEL ADOPTANTE					
s:NOMBRE	*APELLIDO* Teresita Ramirez			*CC.* 1094983795	
	MH2 MZ 45-16				
Dirección:	*Barrio*		Adulto ( )	Cachorro (X)	
Tel. fijo		*Cel.* 3122075915			
Especie: Canino (X)	Felino ( )	Sexo:	H (X)	M ( )	
Raza:	Color: negro		Edad: 2 meses		
Características particulares			Carnet de vacunación SI (X) NO ( )		
Estado de salud:			Peso:		
Estado corporal	Normal (X)	Desnutrido ( )	Sobrepeso ( )		
Procedencia de la mascota	Callejera ( )	abandonada ( )	Con dueño ( )		

Yo, Teresa Ramirez, identificado(a) con C.C. 1094983795, me comprometo fielmente a cuidar, amar, alimentar, bañar, cepillar, pasear, vacunar, brindarle servicios medico veterinarios a mi mascota, que será un miembro más de mi familia a partir del dia de hoy y me comprometo que nunca la abandonare, ni la maltrataré, ni la venderé

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, EL ADOPTANTE ACEPTA QUE:

1. El adoptado será un miembro más de su familia
2. El adoptado tendrá en todo momento agua limpia y libre acceso
3. El adoptado tendrá una alimentación balanceada a base de concentrado mínimo dos porciones diarias de acuerdo a su tamaño, raza
4. En el caso de que el adoptado sea canino, siempre se le sacará a pasear con correa, nunca suelto y se responsabilizara de recoger las heces cuando este lo haga en vía publica
5. El adoptado debe contar con un área para dormir y comer

El adoptado recibirá los cuidados médicos necesarios para su bienestar (desparasitación cada tres meses y vacunación anual) El adoptado no será en ningún caso golpeado, maltratado, humillado, abandonado ni regalado

Acepto las condiciones:

Firma del dueño Sarita Estrada Teresita Ramirez

funcionario que entrega el animal

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL
LA TEBAIDA 2024

CONVENIO DE ADOPCION No FECHA junio 18 2024

DATOS DEL ADOPTANTE					
Nombres y apellidos:	Michell Serna			C.C	1095555361
Dirección:	Barrio Carga. 6-57			3207788168	
Tel. fijo			Cel.		
Especie:	Canino ( )	Felino ( )	Sexo:	H (X)	M ( )
Raza:		Color: Negra		Edad: 2 Año	
Características particulares		Barsina		Carnet de vacunación SI ( ) NO ( )	
Estado de salud:				Peso:	
Estado corporal	Normal (X)	Desnutrido ( )	Sobrepeso ( )		
Procedencia de la mascota	Callejera ( )	abandonada ( )	Con dueño ( )		

Yo, Michell Serna **, identificado(a) con C.C.** 1095555361 **, me comprometo fielmente a cuidar, amar, alimentar, bañar, cepillar, pasear, vacunar, brindarle servicios medico veterinarios a mi mascota, que será un miembro más de mi familia a partir del día de hoy y me comprometo que nunca la abandonare, ni la maltrataré, ni la venderé**

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, EL ADOPTANTE ACEPTA QUE:

1. El adoptado será un miembro más de su familia
2. El adoptado tendrá en todo momento agua limpia y libre acceso
3. El adoptado tendrá una alimentación balanceada a base de concentrado mínimo dos porciones diarias de acuerdo a su tamaño, raza
4. En el caso de que el adoptado sea canino, siempre se le sacará a pasear con correa, nunca suelto y se responsabilizara de recoger las heces cuando este lo haga en vía publica
5. El adoptado no será en ningún caso golpeado, maltratado, humillado, abandonado ni regalado
6. El adoptado debe contar con un área para dormir y comer
7. El adoptado recibirá los cuidados médicos necesarios para su bienestar (desparasitación cada tres meses y vacunación anual)

Acepto las condiciones:

Michell Serna

Firma y C.C.

Paula Muñoz

Responsable del informe

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL
LA TEBAIDA 2024

CONVENIO DE ADOPCION No FECHA 18 Junio 2024

DATOS DEL ADOPTANTE					
Nombres y apellidos:	x Santiago Andrés Monroy		CC x 1004961580		
Dirección: x 1736 Casa 4	*Barrio* x la Fachada Armenia		Adulto ( )	Cachorro (X)	
Tel. fijo		*Cel.* x 3207812565			
Especie:	**Canino (X)**	**Felino ( )**	**Sexo:**	**H (X)**	**M ( )**
Raza:		**Color:** Negra y Blanco	**Edad:** 3 Meses		
Caracteristicas particulares			**Carnet de vacunación** SI ( ) NO ( )		
Estado de salud:			**Peso:**		
Estado corporal	**Normal (X)**	**Desnutrido ( )**	**Sobrepeso ( )**		
Procedencia de la mascota	**Callejera ( )**	**abandonada ( )**	**Con dueño ( )**		

Yo, x Santiago Andrés Monroy **, identificado(a) con C.C.** x 1004961580 **, me comprometo fielmente a cuidar, amar, alimentar, bañar, cepillar, pasear, vacunar, brindarle servicios medico veterinarios a mi mascota, que será un miembro más de mi familia a partir del día de hoy y me comprometo que nunca la abandonare, ni la maltrataré, ni la venderé**

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, EL ADOPTANTE ACEPTA QUE:

1. El adoptado será un miembro más de su familia
2. El adoptado tendrá en todo momento agua limpia y libre acceso
3. El adoptado tendrá una alimentación balanceada a base de concentrado mínimo dos porciones diarias de acuerdo a su tamaño, raza
4. En el caso de que el adoptado sea canino, siempre se le sacará a pasear con correa, nunca suelto y se responsabilizara de recoger las heces cuando este lo haga en vía publica
5. El adoptado no será en ningún caso golpeado, maltratado, humillado, abandonado ni regalado
6. El adoptado debe contar con un área para dormir y comer
7. El adoptado recibirá los cuidados médicos necesarios para su bienestar (desparasitación cada tres meses y vacunación anual)

Acepto las condiciones:

x Santiago Monroy
1004961580
Firma y C.C.

Gloria Elsy

Responsable del informe

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE
MUNICIPAL LA TEBAIDA 2024

18-6-24

C.C----------

DE ADOPC CONVENIO DE ADOPCIONES ALBERGUE MUNICIPAL ----------

DATOS DEL ADOPTANTE					
s:NOMBRE	*APELLIDO*		*C.C.*		
Jhon Jairo	Arango		9807251.		
Dirección: Anapoima	*Barrio* Cas Chalet Syuma		Adulto ( )	Cachorro (X)	
Tel. fijo		*Cel.* 3018021815			
~~Especie:~~	~~Canino ( )~~	~~Felino (X)~~	~~Sexo:~~	~~H ( )~~	~~M (X)~~
Raza: Criollo	Color: blanco/gris.		Edad: 4 meses		
Características particulares			Carnet de vacunación SI ( ) NO ( )		
Estado de salud:			Peso:		
Estado corporal	Normal (X)	Desnutrido ( )	Sobrepeso ( )		
Procedencia de la mascota	Callejera ( )	abandonada ( )	Con dueño ( )		

Yo, 19.807251 **identificado(a) con C.C.** _____, **me comprometo fielmente a cuidar, amar, alimentar, bañar, cepillar, pasear, vacunar, brindarle servicios medico veterinarios a mi mascota, que será un miembro más de mi familia a partir del dia de hoy y me comprometo que nunca la abandonare, ni la maltrataré, ni la venderé**

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, EL ADOPTANTE ACEPTA QUE:

1. **El adoptado será un miembro más de su familia**
2. **El adoptado tendrá en todo momento agua limpia y libre acceso**
3. **El adoptado tendrá una alimentación balanceada a base de concentrado mínimo dos porciones diarias de acuerdo a su tamaño, raza**
4. **En el caso de que el adoptado sea canino, siempre se le sacará a pasear con correa, nunca suelto y se responsabilizara de recoger las heces cuando este lo haga en vía publica**
5. **El adoptado debe contar con un área para dormir y comer**

El adoptado recibirá los cuidados médicos necesarios para su bienestar (desparasitación cada tres meses y vacunación anual) El adoptado no será en ningún

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL
LA TEBAIDA 2024

CONVENIO DE ADOPCION No FECHA junio/12

DATOS DEL ADOPTANTE					
Nombres y apellidos:	maicol cardenas			C.C 1096034355	
Dirección: calle 13 #6-40	*Barrio* Centro		Adulto ( )	Cachorro (X)	
Tel. fijo		*Cel.*			
Especie:	Canino (Y)	Felino ( )	Sexo:	H (Y)	M ( )
Raza:		Color: cafe		Edad:	
Características particulares				Carnet de vacunación SI ( ) NO ( )	
Estado de salud:				Peso:	
Estado corporal	Normal (Y)	Desnutrido ( )		Sobrepeso ( )	
Procedencia de la mascota	Callejera ( )	abandonada (X)		Con dueño ( )	

Yo, maicol cardenas **, identificado(a) con C.C.** 1096034355 **, me comprometo fielmente a cuidar, amar, alimentar, bañar, cepillar, pasear, vacunar, brindarle servicios medico veterinarios a mi mascota, que será un miembro más de mi familia a partir del día de hoy y me comprometo que nunca la abandonare, ni la maltrataré, ni la venderé**

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, EL ADOPTANTE ACEPTA QUE:

1. El adoptado será un miembro más de su familia
2. El adoptado tendrá en todo momento agua limpia y libre acceso
3. El adoptado tendrá una alimentación balanceada a base de concentrado mínimo dos porciones diarias de acuerdo a su tamaño, raza
4. En el caso de que el adoptado sea canino, siempre se le sacará a pasear con correa, nunca suelto y se responsabilizara de recoger las heces cuando este lo haga en vía publica
5. El adoptado no será en ningún caso golpeado, maltratado, humillado, abandonado ni regalado
6. El adoptado debe contar con un área para dormir y comer
7. El adoptado recibirá los cuidados médicos necesarios para su bienestar (desparasitación cada tres meses y vacunación anual)

Acepto las condiciones:

*_____

Firma y C.C. 1096034355

Alexandra Soto
1095.708.191

Responsable del informe

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA 2024

C.C----------

CONVENIO DE ADOPCIONES ALBERGUE MUNICIPAL

DE ADOPC

DATOS DEL ADOPTANTE 27/05/24			
s:NOMBRE Veronica	*APELLIDO* Garzón Zapata	*C.C* 1090274653	
Dirección: Barrios Unidos Mz 14 A #11	*Barrio*	Adulto ( )	Cachorro (X)
Tel. fijo	*Cel.* 3218848316		
Especie: Canino ( )	Felino (X)	Sexo: H (X)	M ( )
Raza:	Color: Blanca Con cafe	Edad: 2 meses	
Características particulares		Carnet de vacunación SI ( ) NO ( )	
Estado de salud:		Peso:	
Estado corporal	Normal (X)	Desnutrido ( )	Sobrepeso ( )
Procedencia de la mascota	Callejera ( )	abandonada ( )	Con dueño ( )

Yo, Verónica Garzón Zapata **, identificado(a) con C.C.** 1090274653 **, me comprometo fielmente a cuidar, amar, alimentar, bañar, cepillar, pasear, vacunar, brindarle servicios medico veterinarios a mi mascota, que será un miembro más de mi familia a partir del dia de hoy y me comprometo que nunca la abandonare, ni la maltrataré, ni la venderé**

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, EL ADOPTANTE ACEPTA QUE:

1. **El adoptado será un miembro más de su familia**
2. **El adoptado tendrá en todo momento agua limpia y libre acceso**
3. **El adoptado tendrá una alimentación balanceada a base de concentrado mínimo dos porciones diarias de acuerdo a su tamaño, raza**
4. **En el caso de que el adoptado sea canino, siempre se le sacará a pasear con correa, nunca suelto y se responsabilizara de recoger las heces cuando este lo haga en vía publica**
5. **El adoptado debe contar con un área para dormir y comer**

El adoptado recibirá los cuidados médicos necesarios para su bienestar (desparasitación cada tres meses y vacunación anual) El adoptado no será en ningún

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA 2024

DATOS DEL ADOPTANTE					
s:NOMBRE Juan Pablo	*APELLIDO* Castañeda			C.C 1094925278	
Dirección: Cantaro	*Barrio*		Adulto ( )	Cachorro (X)	
Tel. fijo		*Cel.* 316 3225964007			
~~Especie:~~	~~Canino ( )~~	~~Felino (X)~~	~~Sexo:~~	~~H ( )~~	~~M ( )~~
Raza:	Color: Tigrilla		Edad: 2 meses		
Características particulares			Carnet de vacunación SI ( ) NO ( )		
Estado de salud:			Peso:		
Estado corporal	Normal (X)	Desnutrido ( )	Sobrepeso ( )		
Procedencia de la mascota	Callejera ( )	abandonada ( )	Con dueño ( )		

Yo, Juan Pablo Castañeda **, identificado(a) con C.C.** 1094925278 **, me comprometo fielmente a cuidar, amar, alimentar, bañar, cepillar, pasear, vacunar, brindarle servicios medico veterinarios a mi mascota, que será un miembro más de mi familia a partir del dia de hoy y me comprometo que nunca la abandonare, ni la maltrataré, ni la venderé**

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, EL ADOPTANTE ACEPTA QUE:

1. **El adoptado será un miembro más de su familia**
2. **El adoptado tendrá en todo momento agua limpia y libre acceso**
3. **El adoptado tendrá una alimentación balanceada a base de concentrado mínimo dos porciones diarias de acuerdo a su tamaño, raza**
4. **En el caso de que el adoptado sea canino, siempre se le sacará a pasear con correa, nunca suelto y se responsabilizara de recoger las heces cuando este lo haga en vía publica**
5. **El adoptado debe contar con un área para dormir y comer**

El adoptado recibirá los cuidados médicos necesarios para su bienestar (desparasitación cada tres meses y vacunación anual) El adoptado no será en ningún caso golpeado, maltratado, humillado, abandonado ni regalado

Acepto las condiciones:

Firma del dueño Juan.

funcionario que entrega el animal Marcela Guajalos

FECHA 31/05/24

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL
LA TEBAIDA 2024

CONVENIO DE ADOPCION No FECHA 22-06-24

DATOS DEL ADOPTANTE					
Nombres y apellidos: Luisa F Pardo				*C.C* 1105610546	
Dirección: F	*Barrio* Coloso/Taguales		Adulto ( )	Cachorro 9m	
Tel. fijo		*Cel.*			
Especie:	Canino (X)	Felino ( )	Sexo:	H ( )	M (X)
Raza:		Color: Amarillo		Edad:	
Caracteristicas particulares				Carnet de vacunación SI (X) NO ( )	
Estado de salud:				Peso:	
Estado corporal	Normal (X)	Desnutrido ( )		Sobrepeso ( )	
Procedencia de la mascota	Callejera ( )	abandonada ( )		Con dueño ( )	

Yo, Luisa F pardo, **identificado(a) con C.C.** 1105610546, **me comprometo fielmente a cuidar, amar, alimentar, bañar, cepillar, pasear, vacunar, brindarle servicios medico veterinarios a mi mascota, que será un miembro más de mi familia a partir del día de hoy y me comprometo que nunca la abandonare, ni la maltrataré, ni la venderé**

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, EL ADOPTANTE ACEPTA QUE:

1. El adoptado será un miembro más de su familia
2. El adoptado tendrá en todo momento agua limpia y libre acceso
3. El adoptado tendrá una alimentación balanceada a base de concentrado mínimo dos porciones diarias de acuerdo a su tamaño, raza
4. En el caso de que el adoptado sea canino, siempre se le sacará a pasear con correa, nunca suelto y se responsabilizara de recoger las heces cuando este lo haga en vía publica
5. El adoptado no será en ningún caso golpeado, maltratado, humillado, abandonado ni regalado
6. El adoptado debe contar con un área para dormir y comer
7. El adoptado recibirá los cuidados médicos necesarios para su bienestar (desparasitación cada tres meses y vacunación anual)

Acepto las condiciones:

Firma y C.C. 1105610546

Responsable del informe

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA 2024

DATOS DEL ADOPTANTE					
s:NOMBRE Jireh	*APELLIDO* Alvaran Lopez Junio 13			CC 52547069	
Dirección: Alambra	*Barrio*		Adulto ( )		Cachorro (X)
Tel. fijo		*Cel.* 3148153134			
~~Especie:~~	~~Canino ( )~~	~~Felino (X)~~	~~Sexo:~~	~~H (X)~~	~~M ( )~~
Raza:	Color: Negra		Edad: 2 meses		
Características particulares			Carnet de vacunación SI ( ) NO ( )		
Estado de salud:			Peso:		
Estado corporal	Normal (X)	Desnutrido ( )	Sobrepeso ( )		
Procedencia de la mascota	Callejera ( )	abandonada ( )	Con dueño ( )		

Yo, Jireh Alvaran Lopez **, identificado(a) con C.C.** 52547069 **, me comprometo fielmente a cuidar, amar, alimentar, bañar, cepillar, pasear, vacunar, brindarle servicios medico veterinarios a mi mascota, que será un miembro más de mi familia a partir del dia de hoy y me comprometo que nunca la abandonare, ni la maltrataré, ni la venderé**

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, EL ADOPTANTE ACEPTA QUE:

1. **El adoptado será un miembro más de su familia**
2. **El adoptado tendrá en todo momento agua limpia y libre acceso**
3. **El adoptado tendrá una alimentación balanceada a base de concentrado mínimo dos porciones diarias de acuerdo a su tamaño, raza**
4. **En el caso de que el adoptado sea canino, siempre se le sacará a pasear con correa, nunca suelto y se responsabilizara de recoger las heces cuando este lo haga en vía publica**
5. **El adoptado debe contar con un área para dormir y comer**

El adoptado recibirá los cuidados médicos necesarios para su bienestar (desparasitación cada tres meses y vacunación anual) El adoptado no será en ningún caso golpeado, maltratado, humillado, abandonado ni regalado

Acepto las condiciones:

Firma del dueño Jireh Alvaran

funcionario que entrega el animal Marcela Grajales

FECHA 31/05/24

[Escriba aquí] [Escriba aquí] [Escriba aquí]

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA 2024

DATOS DEL ADOPTANTE			
s:NOMBRE Carlos Alberto	*APELLIDO* Corrales Jimo / 14	*C.C.* 7551665	
Dirección: Cll 25 # 20 33 -	*Barrio* berlin Armenia	Adulto ( )	Cachorro (X)
Tel. fijo		*Cel.* 3105166354	
Especie: Canino (X)	Felino ( )	Sexo: H (X)	M ( )
Raza:	Color: Negra con cafe	Edad: 2 meses	
Características particulares		Carnet de vacunación SI ( ) NO ( )	
Estado de salud:		Peso:	
Estado corporal	Normal (X)	Desnutrido ( )	Sobrepeso ( )
Procedencia de la mascota	Callejera ( )	abandonada ( )	Con dueño ( )

Yo, Carlos Alberto Corrales J, **identificado(a) con C.C.** 7551665 A., **me comprometo fielmente a cuidar, amar, alimentar, bañar, cepillar, pasear, vacunar, brindarle servicios medico veterinarios a mi mascota, que será un miembro más de mi familia a partir del dia de hoy y me comprometo que nunca la abandonare, ni la maltrataré, ni la venderé**

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, EL ADOPTANTE ACEPTA QUE:

1. **El adoptado será un miembro más de su familia**
2. **El adoptado tendrá en todo momento agua limpia y libre acceso**
3. **El adoptado tendrá una alimentación balanceada a base de concentrado mínimo dos porciones,diarias de acuerdo a su tamaño, raza**
4. **En el caso de que el adoptado sea canino, siempre se le sacará a pasear con correa, nunca suelto y se responsabilizara de recoger las heces cuando este lo haga en vía publica**
5. **El adoptado debe contar con un área para dormir y comer**

El adoptado recibirá los cuidados médicos necesarios para su bienestar (desparasitación cada tres meses y vacunación anual) El adoptado no será en ningún caso golpeado, maltratado, humillado, abandonado ni regalado

Acepto las condiciones:

Firma del dueño — *funcionario que entrega el animal* Marcela Corrales

FECHA 7/05/24

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA 2024

C.C---------- dom/ 14-2024

DE ADOPC CONVENIO DE ADOPCIONES ALBERGUE MUNICIPAL ----------

DATOS DEL ADOPTANTE					
s:NOMBRE Isabel	*APELLIDO* Quintero			*C.C.* 42129569	
La Hh 1 Mz 20-21				3128831120	
Dirección:	*Barrio*		Adulto ( )	Cachorro (X)	
Tel. fijo		*Cel.*			
Especie: Canino (X)	Felino ( )	Sexo:	H ( )	M (X)	
Raza:	Color: Blanco.		Edad: 4 m.		
Características particulares			Carnet de vacunación SI ( ) NO (X)		
Estado de salud:			Peso:		
Estado corporal	Normal (X)	Desnutrido ( )	Sobrepeso ( )		
Procedencia de la mascota	Callejera ( )	abandonada ( )	Con dueño ( )		

Yo, Isabel Quintero **, identificado(a) con C.C.** 42129569 **, me comprometo fielmente a cuidar, amar, alimentar, bañar, cepillar, pasear, vacunar, brindarle servicios medico veterinarios a mi mascota, que será un miembro más de mi familia a partir del dia de hoy y me comprometo que nunca la abandonare, ni la maltrataré, ni la venderé**

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, EL ADOPTANTE ACEPTA QUE:

1. **El adoptado será un miembro más de su familia**
2. **El adoptado tendrá en todo momento agua limpia y libre acceso**
3. **El adoptado tendrá una alimentación balanceada a base de concentrado mínimo dos porciones diarias de acuerdo a su tamaño, raza**
4. **En el caso de que el adoptado sea canino, siempre se le sacará a pasear con correa, nunca suelto y se responsabilizara de recoger las heces cuando este lo haga en vía publica**
5. **El adoptado debe contar con un área para dormir y comer**

El adoptado recibirá los cuidados médicos necesarios para su bienestar (desparasitación cada tres meses y vacunación anual) El adoptado no será en ningún caso golpeado, maltratado, humillado, abandonado ni regalado

Acepto las condiciones:

X ISABEL Q.

Firma del dueño

funcionario que entrega el animal

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA 2024

4 Junio 2024

C.C----------

CONVENIO DE ADOPCIONES ALBERGUE MUNICIPAL

DE ADOPC

DATOS DEL ADOPTANTE					
s:NOMBRE x Mª alejandra	*APELLIDO* x Mapura Cruz		*C.C.* x 1095208222		
Dirección: Mz i # 3	*Barrio* x La estación		Adulto ( )	Cachorro (X)	
Tel. fijo		*Cel.* x 3127815086			
Especie:	Canino ( )	Felino ( )	Sexo:	H (X)	M ( )
Raza:	Color:		Edad: Mes y medio		
Características particulares			Carnet de vacunación SI ( ) NO ( )		
Estado de salud:			Peso:		
Estado corporal	Normal (X)	Desnutrido ( )	Sobrepeso ( )		
Procedencia de la mascota	Callejera ( )	abandonada ( )	Con dueño ( )		

Yo, x Mª alejandra mapura Cruz **identificado(a) con C.C.** x1098208222**, me comprometo fielmente a cuidar, amar, alimentar, bañar, cepillar, pasear, vacunar, brindarle servicios medico veterinarios a mi mascota, que será un miembro más de mi familia a partir del dia de hoy y me comprometo que nunca la abandonare, ni la maltrataré, ni la venderé**

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, EL ADOPTANTE ACEPTA QUE:

1. **El adoptado será un miembro más de su familia**
2. **El adoptado tendrá en todo momento agua limpia y libre acceso**
3. **El adoptado tendrá una alimentación balanceada a base de concentrado mínimo dos porciones diarias de acuerdo a su tamaño, raza**
4. **En el caso de que el adoptado sea canino, siempre se le sacará a pasear con correa, nunca suelto y se responsabilizara de recoger las heces cuando este lo haga en vía publica**
5. **El adoptado debe contar con un área para dormir y comer**

El adoptado recibirá los cuidados médicos necesarios para su bienestar (desparasitación cada tres meses y vacunación anual) El adoptado no será en ningún caso golpeado, maltratado, humillado, abandonado ni regalado

Acepto las condiciones:

x Mª alejandra mapura C — Gloria Palacio

Firma del dueño x 1095208277 *funcionario que entrega el animal*

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA 2024

C.C----------

CONVENIO DE ADOPCIONES ALBERGUE MUNICIPAL

DE ADOPC

Mayo 9-2024

DATOS DEL ADOPTANTE			
s:NOMBRE milena.	*APELLIDO* ospina.	*C.C.* 1096032556.	
Dirección: M7 48 Cq	*Barrio* nueva tebaida 2	Adulto ( )	Cachorro (V)
Tel. fijo		*Cel.*	
Especie: Canino ( )	Felino (V)	Sexo: H (V)	M ( )
Raza: Criollo.	Color: negro.	Edad:	
Caracteristicas particulares	2 gatos.	Carnet de vacunación SI ( ) NO ( )	
Estado de salud:		Peso:	
Estado corporal	Normal (V)	Desnutrido ( )	Sobrepeso ( )
Procedencia de la mascota	Callejera ( )	abandonada ( )	Con dueño (V)

Yo, milena ospina. **, identificado(a) con C.C.** 1096032556. **, me comprometo fielmente a cuidar, amar, alimentar, bañar, cepillar, pasear, vacunar, brindarle servicios medico veterinarios a mi mascota, que será un miembro más de mi familia a partir del dia de hoy y me comprometo que nunca la abandonare, ni la maltrataré, ni la venderé**

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, EL ADOPTANTE ACEPTA QUE:

1. **El adoptado será un miembro más de su familia**
2. **El adoptado tendrá en todo momento agua limpia y libre acceso**
3. **El adoptado tendrá una alimentación balanceada a base de concentrado mínimo dos porciones diarias de acuerdo a su tamaño, raza**
4. **En el caso de que el adoptado sea canino, siempre se le sacará a pasear con correa, nunca suelto y se responsabilizara de recoger las heces cuando este lo haga en vía publica**
5. **El adoptado debe contar con un área para dormir y comer**

El adoptado recibirá los cuidados médicos necesarios para su bienestar (desparasitación cada tres meses y vacunación anual) El adoptado no será en ningún caso golpeado, maltratado, humillado, abandonado ni regalado

Acepto las condiciones:

Milena ospina
Firma del dueño

funcionario que entrega el animal
Alexandra ospino

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA 2024

23 05 2024

DATOS DEL ADOPTANTE					
s:NOMBRE Laura	*APELLIDO* Valentina Amortegui		C.C 1094 907 856		
Dirección:	*Barrio* Accion Comunal		Adulto ( )	Cachorro (X)	
Tel. fijo		*Cel.*			
~~Especie:~~	~~Canino (X)~~	~~Felino ( )~~	~~Sexo:~~	~~H ( )~~	~~M (X)~~
Raza:	Color: Negro		Edad: 2 meses		
Características particulares			Carnet de vacunación SI ( ) NO ( )		
Estado de salud:			Peso:		
Estado corporal	Normal (X)	Desnutrido ( )	Sobrepeso ( )		
Procedencia de la mascota	Callejera ( )	abandonada ( )	Con dueño ( )		

Yo, _____, identificado(a) con C.C._____, me comprometo fielmente a cuidar, amar, alimentar, bañar, cepillar, pasear, vacunar, brindarle servicios medico veterinarios a mi mascota, que será un miembro más de mi familia a partir del dia de hoy y me comprometo que nunca la abandonare, ni la maltrataré, ni la venderé

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, EL ADOPTANTE ACEPTA QUE:

1. **El adoptado será un miembro más de su familia**
2. **El adoptado tendrá en todo momento agua limpia y libre acceso**
3. **El adoptado tendrá una alimentación balanceada a base de concentrado mínimo dos porciones diarias de acuerdo a su tamaño, raza**
4. **En el caso de que el adoptado sea canino, siempre se le sacará a pasear con correa, nunca suelto y se responsabilizara de recoger las heces cuando este lo haga en vía publica**
5. **El adoptado debe contar con un área para dormir y comer**

El adoptado recibirá los cuidados médicos necesarios para su bienestar (desparasitación cada tres meses y vacunación anual) El adoptado no será en ningún caso golpeado, maltratado, humillado, abandonado ni regalado

Acepto las condiciones:

Firma del dueño

funcionario que entrega el animal Gloria Palacio

FECHA

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA 2024

23 05 2024

DATOS DEL ADOPTANTE			
s:NOMBRE Milson	*APELLIDO* Antonio Hernande		*C.C.* 9.808 58[illegible]
Dirección:	*Barrio* Finca El Mirador	Adulto ( )	Cachorro (X) Adulto X0
Tel. fijo		*Cel.* 320 741 27 63	
Especie: Canino ( )	Felino (X)	Sexo: H ( )	M ( ) L0
Raza:	Color: Blanca y ceniza	Edad: 4 meses	
Características particulares		Carnet de vacunación SI ( ) NO ( )	
Estado de salud:		Peso:	
Estado corporal	Normal (X)	Desnutrido ( )	Sobrepeso ( )
Procedencia de la mascota	Callejera ( )	abandonada ( )	Con dueño ( )

Yo, Nolson Hernandez, **identificado(a) con C.C.** 9808523, **me comprometo fielmente a cuidar, amar, alimentar, bañar, cepillar, pasear, vacunar, brindarle servicios medico veterinarios a mi mascota, que será un miembro más de mi familia a partir del dia de hoy y me comprometo que nunca la abandonare, ni la maltrataré, ni la venderé**

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, EL ADOPTANTE ACEPTA QUE:

1. **El adoptado será un miembro más de su familia**
2. **El adoptado tendrá en todo momento agua limpia y libre acceso**
3. **El adoptado tendrá una alimentación balanceada a base de concentrado mínimo dos porciones diarias de acuerdo a su tamaño, raza**
4. **En el caso de que el adoptado sea canino, siempre se le sacará a pasear con correa, nunca suelto y se responsabilizara de recoger las heces cuando este lo haga en vía publica**
5. **El adoptado debe contar con un área para dormir y comer**

El adoptado recibirá los cuidados médicos necesarios para su bienestar (desparasitación cada tres meses y vacunación anual) El adoptado no será en ningún caso golpeado, maltratado, humillado, abandonado ni regalado

Acepto las condiciones:

Firma del dueño X Nolson H

funcionario que entrega el animal Gloria Palacio

FECHA X9808523

CENTRO DE SALUD Y BIENESTAR ANIMAL/ALBERGUEMUNICIPALDE LA TEBAIDA

ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2024

REGISTRO Y AUTORIZACION DE EUTANACIA

I. Datos de la mascota						Dic 12 - 2024
Nombre	GATO		*Sexo: M* X *H* ○			
Especie	*Canino* ○ *Felino* X		*raza* C		*Peso Aprox.*	
Edad		*Color*	*Pelaje*			
Características particulares						
Estado de salud	*buena* ○		*regular* ○		*mala* ○	
Causas por las cuales se le aplicara la eutanacia: ○ *enfermedad terminal* ○ *plitraumatismo*						
○ *Hipotermia* ○ *desnutricion severa* ○ *otros*						
Falla Renal y Leucemia						

II. Datos del propietario		
Nombre: Alejandra Parra	*T.I./C.C.*	1094884960
Dirección: Calle 19 - Centro	*Teléfono:*	3215874240
E-mail:	*Sisben: SI* ○ *NO* X *Nivel* 1 ○ 2 ○ 3 ○	

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD
PROCEDIMIENTO VETERINARIO
Ley 566/2000 Art. 26

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

*Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinaria

Yo, Alejandra Parra identificado (a) como aparece al pie de la firma, propietario (a) y/o responsable de la mascota llamada _____, especie canino ___ Felino ____sexo ___ DECLARO, **SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO** al Médico Veterinario Zootecnista (M.V.Z.) DRA. Laura Marcela Mazo Patiño. Matricula Profesional 37991**. U DEL TOLIMA contratado** por la **FUNDACIÓN NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT,** para que realice la EUTANACIA bajo anestesia general en las condiciones que me han sido propuestas observando todos los protocolos vigentes para el procedimiento. He leído, comprendido y aceptado la información que me ha sido proporcionada, he realizado las preguntas oportunas y he sido informado. Exonero civil y penalmente a la **FUNDACIÓN NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT** y a **M.V.Z LAURA M MAZO PATIÑO** por el deceso de mi mascota, ya que voluntariamente y sin ningún tipo de presiones y después de escuchar el diagnostico por parte del médico veterinario, he tomado la decisión libre y voluntariamente de eutanasia mi mascota con el fin de librarla del sufrimiento que la aqueja. Autorizo a que se tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas o educativas, bajo la reserva del nombre. Yo exonero a la **FUNDACIÓN NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT** y al **M.V.Z LAURA M MAZO PATIÑO** de toda reclamación, responsabilidad civil o penal por el procedimiento que se va a llevar a cabo, y cualquier reclamación de reembolso de costos relacionados con el del animar ya sea que el dueño o responsable crea que tales costos están relacionados con el procedimiento. Mi firma y huella abajo indica que he leído y entendido este formulario de consentimiento.

Firma C.C. 1094884960 La Tebaida Q.

En calidad de médico veterinario zootecnista, certifico que al aplicársele la eutanasia al animal antes descrito se cumplieron todos los protocolos establecidos y vigentes para este tipo de procedimientos veterinarios; después de verificar su deceso se autoriza para su disposición final, según el decreto 2676/2000 y res. 1164/2002

Se aplicaron los siguientes medicamentos:

CENTRO DE SALUD Y BIENESTAR ANIMAL/ALBERGUEMUNICIPALDE LA TEBAIDA

ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2024

REGISTRO Y AUTORIZACION DE EUTANACIA

I. Datos de la mascota					13-06-2024
Nombre	Nina	*Sexo: M* ◯ *H* ⊗			
Especie	*Canino* ⊗ *Felino* ◯	*raza* C		*Peso Aprox.*	
Edad		*Color*	*Pelaje*		
Características particulares					
Estado de salud	*buena* ◯	*regular* ◯	*mala* ◯		
Causas por las cuales se le aplicara la eutanacia: ◯ *enfermedad terminal* ◯ *plitraumatismo*					
◯ *Hipotermia* ◯ *desnutricion severa* ⊗ *otros*					

II. Datos del propietario			
Nombre:	Ignacio Vanegas Mazo	*T.I./C.C.*	4385236
Dirección:	12-2024	*Teléfono:*	3104871863
E-mail:	Paula Isabel	*Sisben: SI* ◯ *NO* ◯ *Nivel* 1◯ 2◯ 3◯	

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD
PROCEDIMIENTO VETERINARIO
Ley 566/2000 Art. 26

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

*Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinaria

Yo, _____ identificado (a) como aparece al pie de la firma, propietario (a) y/o responsable de la mascota llamada_____, especie canino ___ Felino ___sexo ___ DECLARO, **SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO** al Médico Veterinario Zootecnista (M.V.Z.) DRA. Laura Marcela Mazo Patiño. Matricula Profesional 37991. **U DEL TOLIMA contratado** por la **FUNDACIÓN NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT,** para que realice la EUTANACIA bajo anestesia general en las condiciones que me han sido propuestas observando todos los protocolos vigentes para el procedimiento. He leído, comprendido y aceptado la información que me ha sido proporcionada, he realizado las preguntas oportunas y he sido informado. Exonero civil y penalmente a la **FUNDACIÓN NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT** y a **M.V.Z LAURA M MAZO PATIÑO** por el deceso de mi mascota, ya que voluntariamente y sin ningún tipo de presiones y después de escuchar el diagnostico por parte del médico veterinario, he tomado la decisión libre y voluntariamente de eutanasia mi mascota con el fin de librarla del sufrimiento que la aqueja. Autorizo a que se tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas o educativas, bajo la reserva del nombre. Yo exonero a la **FUNDACIÓN NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT** y al **M.V.Z LAURA M MAZO PATIÑO** de toda reclamación, responsabilidad civil o penal por el procedimiento que se va a llevar a cabo, y cualquier reclamación de reembolso de costos relacionados con el del animar ya sea que el dueño o responsable crea que tales costos están relacionados con el procedimiento. Mi firma y huella abajo indica que he leído y entendido este formulario de consentimiento.

Ignacio Vanegas

Firma C.C. La Tebaida Q.

En calidad de médico veterinario zootecnista, certifico que al aplicársele la eutanasia al animal antes descrito se cumplieron todos los protocolos establecidos y vigentes para este tipo de procedimientos veterinarios; después de verificar su deceso se autoriza para su disposición final, según el decreto 2676/2000 y res. 1164/2002

Se aplicaron los siguientes medicamentos:

FUNAT

REGISTRO Y AUTORIZACION DE EUTANASIA 2024

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD PROCEDIMIENTO VETERINARIO
Ley 566/2000 Art. 26

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

*Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinaria

Propietario: X	**Responsable** ☐	JUNIO 22	**2024**
Nombre: Leydi	**Apellidos:** Cardenas		
Documento de identificación:	Tipo: CC	**Número:** 1007334508	
Dirección de residencia: Guayacans 2 MZ 10 - 4			
Teléfono fijo: 3015828362	**Teléfono celular:**		
Correo electrónico:	**SISBEN:**	**Nivel:**	
Nombre paciente: Pepita	**Especie:**	Felino Hembra	
Raza: Criolla	**Sexo:**		
Fecha de nacimiento:	**Peso (gr.):**	4 kilos	
Color y tipo de pelaje:	**Chip #**		

Otra identificación/ señales particulares:

Condición corporal:	1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5
T (°C):	**FC (L/min):**
a>89980FR (R/min):	**TLLC (seg):**
TRPC (seg):	**Pulso:**
Mucosas:	**Porcentaje deshidratación:**

Otros:

Motivo de la Realización de la Eutanasia:

Yo, _____ con Cedula de Ciudadanía Número_____ de ____ identificado (a) como aparece al pie de la firma, propietario (a), y/o responsable de la mascota anteriormente especificada **DECLARO, SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO** al Médico Veterinario Zootecnista (M.V.Z) LAURA MARCELA MAZO P, con MP:37991Fundación Universitaria San Martin convenio Universidad del Tolima. Contratado por la **FUNDACIÓN NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT,** para que realice la EUTANASIA bajo anestesia general en las condiciones que me han sido propuestas observando todos los protocolos vigentes para el procedimiento. He leído, comprendido y aceptado la información que me ha sido proporcionada, he realizado las preguntas oportunas y he sido informado. Exonero civil y penalmente a la **FUNDACIÓN NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT** y al MVZ LAURA MARCELA MAZO P por el deceso de mi mascota, ya que voluntariamente y sin ningún tipo de presiones y después de escuchar el diagnostico por parte del médico veterinario, he tomado la decisión libre y voluntaria de eutanasia mi mascota con el fin de librarla del sufrimiento que la aqueja. Autorizo a que se tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas o educativas, bajo la reserva del nombre. Yo exonero a la **FUNDACIÓN NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT** y al **MVZ/ LAURA MARCELA MAZO** de toda reclamación, responsabilidad civil o penal por el procedimiento que se va a llevar a cabo, y cualquier reclamación de reembolso de costos relacionados con el animal ya sea que el dueño o responsable crea que tales costos están relacionados con el procedimiento. Mi firma y huella abajo indica que he leído y entendido este formulario de consentimiento.

Nombres y Apellidos:	**LAURA MARCELA MAZO P**
CC. No.	**Médico Veterinario Zootecnista**
Firma de la persona que Autoriza la Intervención	**FUSM-UT-TP 37991**

En calidad de médico veterinario zootecnista, **certifico** que al aplicársele la eutanasia al animal antes descrito se cumplieron todos los protocolos establecidos y vigentes para este tipo de procedimientos veterinarios; después de verificar su deceso se autoriza para su disposición final, según el decreto 2676/2000 y res. 1164/2002

Se aplicaron los siguientes medicamentos:

CENTRO DE SALUD Y BIENESTAR ANIMAL/ALBERGUEMUNICIPALDE LA TEBAIDA

ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2024

REGISTRO Y AUTORIZACION DE EUTANACIA

I. Datos de la mascota June 11 2024					
Nombre	Simon	*Sexo: M (X) H ( )*			
Especie	*Canino ( ) Felino (X)*	*raza*		*Peso Aprox.*	
Edad 7 años		*Color*	*Pelaje*		
Características particulares					
Estado de salud	*buena ( )*	*regular ( )*	*mala (X)*		
Causas por las cuales se le aplicara la eutanacia: ( ) enfermedad terminal ( ) plitraumatismo					
( ) Hipotermia ( ) desnutricion severa (X) otros					

II. Datos del propietario	
Nombre: mariela la verde	*T.I./C.C.* 65499917
Dirección: nueva tebaida 2 m7451 #19	*Teléfono:* 3122505455
E-mail:	*Sisben: SI ( ) NO ( ) Nivel 1 ( ) 2 ( ) 3 ( )*

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD
PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

*Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinaria

Yo, mariela la verde identificado (a) como aparece al pie de la firma, propietario (a) y/o responsable de la mascota llamada Simon, especie canino ___ Felino X sexo M DECLARO, **SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO** al Médico Veterinario Zootecnista (M.V.Z.) DRA. Laura Marcela Mazo Patiño. Matricula Profesional 37991. **U DEL TOLIMA contratado** por la **FUNDACIÓN NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT,** para que realice la EUTANACIA bajo anestesia general en las condiciones que me han sido propuestas observando todos los protocolos vigentes para el procedimiento. He leído, comprendido y aceptado la información que me ha sido proporcionada, he realizado las preguntas oportunas y he sido informado. Exonero civil y penalmente a la **FUNDACIÓN NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT** y a **M.V.Z LAURA M MAZO PATIÑO** por el deceso de mi mascota, ya que voluntariamente y sin ningún tipo de presiones y después de escuchar el diagnostico por parte del médico veterinario, he tomado la decisión libre y voluntariamente de eutanasia mi mascota con el fin de librarla del sufrimiento que la aqueja. Autorizo a que se tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas o educativas, bajo la reserva del nombre. Yo exonero a la **FUNDACIÓN NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT** y al **M.V.Z LAURA M MAZO PATIÑO** de toda reclamación, responsabilidad civil o penal por el procedimiento que se va a llevar a cabo, y cualquier reclamación de reembolso de costos relacionados con el del animar ya sea que el dueño o responsable crea que tales costos están relacionados con el procedimiento. Mi firma y huella abajo indica que he leído y entendido este formulario de consentimiento.

t Mariela Laverde

Firma C.C. 65499917 La Tebaida Q.

En calidad de médico veterinario zootecnista, certifico que al aplicársele la eutanasia al animal antes descrito se cumplieron todos los protocolos establecidos y vigentes para este tipo de procedimientos veterinarios; después de verificar su deceso se autoriza para su disposición final, según el decreto 2676/2000 y res. 1164/2002
Se aplicaron los siguientes medicamentos:

CENTRO DE SALUD Y BIENESTAR ANIMAL/ALBERGUEMUNICIPALDE LA TEBAIDA

ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2024

REGISTRO Y AUTORIZACION DE EUTANACIA

I. Datos de la mascota						
Nombre	contaner en la calle		Sexo: M ◯ H ⊗		junio 18-2024	
Especie	Canino ⊗ Felino ◯		raza	Peso Aprox.		
Edad		Color	Pelaje			
Características particulares						
Estado de salud	buena ◯		regular ⊗		mala ◯	
Causas por las cuales se le aplicara la eutanacia: ◯ enfermedad terminal ◯ plitraumatisino						
◯ Hipotermia ◯ desnutricion severa ⊗ otros						

II. Datos del propietario	
Nombre: luz mary bernal	T.I./C.C. 29126456
Dirección: El tebaida	Teléfono: 3153235545
E-mail:	Sisben: SI ◯ NO ◯ Nivel 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD
PROCEDIMIENTO VETERINARIO
Ley 566/2000 Art. 26

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

*Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinaria

Yo, luz mary identificado (a) como aparece al pie de la firma, propietario (a) y/o responsable de la mascota llamada contaner, especie canino X Felino ___ sexo H DECLARO, **SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO** al Médico Veterinario Zootecnista (M.V.Z.) DRA. Laura Marcela Mazo Patiño. Matricula Profesional 37991. **U DEL TOLIMA contratado** por la **FUNDACIÓN NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT,** para que realice la EUTANACIA bajo anestesia general en las condiciones que me han sido propuestas observando todos los protocolos vigentes para el procedimiento. He leído, comprendido y aceptado la información que me ha sido proporcionada, he realizado las preguntas oportunas y he sido informado. Exonero civil y penalmente a la **FUNDACIÓN NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT** y a **M.V.Z LAURA M MAZO PATIÑO** por el deceso de mi mascota, ya que voluntariamente y sin ningún tipo de presiones y después de escuchar el diagnostico por parte del médico veterinario, he tomado la decisión libre y voluntariamente de eutanasia mi mascota con el fin de librarla del sufrimiento que la aqueja. Autorizo a que se tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas o educativas, bajo la reserva del nombre. Yo exonero a la **FUNDACIÓN NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT** y al **M.V.Z LAURA M MAZO PATIÑO** de toda reclamación, responsabilidad civil o penal por el procedimiento que se va a llevar a cabo, y cualquier reclamación de reembolso de costos relacionados con el del animar ya sea que el dueño o responsable crea que tales costos están relacionados con el procedimiento. Mi firma y huella abajo indica que he leído y entendido este formulario de consentimiento.

Luz Mary Bernal
Firma C.C. 29126457 La Tebaida Q.

En calidad de médico veterinario zootecnista, certifico que al aplicársele la eutanasia al animal antes descrito se cumplieron todos los protocolos establecidos y vigentes para este tipo de procedimientos veterinarios; después de verificar su deceso se autoriza para su disposición final, según el decreto 2676/2000 y res. 1164/2002
Se aplicaron los siguientes medicamentos:

CONSULTAS 2024
LA TEBAIDA QUINDIO

MES Junio /2024 AÑO 2024

Nº	NOMBRE	CEDULA	DIRECCION	TELEFONO	FELINO	CANINO	FIRMA	OBSERVACION
	Geydi Alexandra cadona	1096032070	casa mz5 c12	3225900304		X	Belosa - Geidy Alexandra	
	Jenifer tapasco	1095208205	nueva tebaida	3146835218		X	Local - Jenifer Tapasco	
	maryuri paez		nueva tebaida	3013066969		X	papi	
	valentina montes	1007589973	Fundacion el m7c8	3122622184		X	yorky	
	maria Alejandra m	1005098419	nueva tebai m3c6	3135632261	X		pagolita	
	jhon [illegible]	75636 no	Nuevo m7 51-28	3148096544	X		mona (Gata)	
	Alejandro arango	1096033218	C [illegible]	317.007.0172		X	matty (perro bl)	
	maria isabel m	1007686729	villa centenario casa 25	3113015356		X	motica	
	jhonatan estiven	1096941043	B/campestre mzn BU #24	3138532261		X	duquesa - yonatan	
	juan vallejo	1005086980	B/cristales mzn 11 casa 14	3125663662	X		leo - Juan A. Holguin	
	juan camilo	1094904810	mzn 5 nueva tebaida	3173426191		X	safira - Juan	
	gustavo santa	1620739	nueva tebaida mzn 44 c28	3146889117		X	toby	
	pamela alzate	29165899	mz2 c15 tebaida	3166455524		X	Linda — Examenes	
	Rosalba de Nuñez	41479856	Via al caimo	3012002073		X	Canela - Examenes	
	Gerardo zapata	89000065	Calima m7 10 c13	3173407796		X	Bruch - Examenes	
	Izabel cristina g.	41908648	cambuches ciudad jardin	3216139013	X		Duenita - Isabel	
	leyda Jhoana	41960714	tebaida mzn 2 casa 13	3216704428		X	Sammy - Leidy J. Llano	
	mariady rivera	29996817	nueva tebaida m34 c17			X	Lulu	
	ximena Rios ramirez	1005098255	las palmas calle 3 #21-04	3122278265		X	Salome	
	Alexandra Isaza	1095208191	fundacion m7 4 c2	3115256496		X	yeico - Alexa	
	Natalia Polgarin	1007269233	Alta canagua y	3128961217		X	Princesa	
	Richard Orozco	1096036136	Mzna 46 casa 6 Villa Fundadores	3127816527		X	Rocky	
	Angela quevedo	1096729529 - mz 51 7		3028105341	X		Zoe (2)	
	Monica Ospina	1093597102	F	3102256351	X		Mocha	

Junio 2024

FUNAT

CONSULTAS ALBERGUE 2024

FECHA	NOMBRE	DIRECCION	TELEFONO	CEDULA	FELINO/CANINO		FIRMA
	Juliana Grajales Giraldo	Calle 8-64	3176024851	1096037470	X		Cielo / Fe/iX
	Francine	Caricatura #6-25	3125536565	29496692	X		Tomas - Luna
	Arley Giraldo	Mza 49 #17 Nueva Esperanza 2	3176226605	1005094953	X		lola
	Alejandra Jiménez	[illegible] 4-2	3115286796	1075208191		X	Romeo
	Miriam. B	Centro	3235909766	24996450		X	Jerome (Mayor)
	Monica Agudelo	Alto Cañaveral	3102206359	1098309102		X	Marcelo (Aguilo)
	Laura Ruiz	Mz H # 4	3206525054	1086032712		X	Bruno /
	Rafael montenegro	carrera 7 #6-32	3187967314	18370436		X	Nina.
	wilmar carcelo	Guayacopieto	3114339585	16225595		X	Kiara
	yineth rojas	Cra 6 #4-40	3157020905	38791063		X	bebe X
	martha conega	casa de vida mz 11	3018217759	41872675		X	bebe - Hany
	Miguel A Sánchez Gonzalez		3007016942	93372386		X	Lupe
	Luz A Ramirez	Mz H 4	3228729052	24392853		X	Violeta (Luis) 8Am
	Alexandra Cifuentes	Cra 7 #6-25 Alfonso	3234333091	1005048726		X	Martha
	Julian Rivera.	Cantaro mz 3 C6	3234441791	1010732215		X	Bruno.
	Paola Abril.	villa maria mz B C8	3215898503	1096033622		X	Bulma.
	Ludivia Rojas.	villa maria mz B C22	3105601448	41872090	X		Chispa.
	Gloria Alvarez	Guayabal mz 4 C11	2167393439	31477455		X	nina.
	Paula Calderon	Mz. #14 Piso	3005426634	1007846945		X	mia.
	Rafael Mateus	cra 12 -6-32	31				
	daniela rios	mzn 2 c 10	3106843605	1095208010		X	Bela - daniela Rios
	luz. mari	Vda tebaida mzn 16 casa 2	3153235545	29126457	X		Panchita - Luz Mary B.
	maritza vargas	agsis vda 12 mzn 2 casa	3018211259	41872675		X	Suki - Bruno - Maritza

Junio 2024

FUNAT

CONSULTAS ALBERGUE 2024

FECHA	NOMBRE	DIRECCION	TELEFONO	CEDULA	FELINO/CANINO	FIRMA
	Margarita Cuero S.	B/El Cantarito Mz 15 casa 22	3154747088	41951208	X X	Nene - Odín - Chiqui
	Katerine Mesa	Nueva Tebaida #36-26	3106394358	1096036893	X	Rocky
	Yulieth Aguilar	Calle 12 #6-41	3216829850	1096540942	X	Tomy - Sara
	Blower Jair moreno	Mz 45-30 Int 2	3008059616	1096036626	X	
	Arene torres	Fundación Mz 5 C-13	3233847156	98244973538	X	niño.
	Ignacio Manrique	[illegible]	3102871263	81380236	X	nata
	Andres felipe ramos.	nueva tebaida mz 39 c 20	3117334159.	1095208245	X	Sacha.
	maria josé muñoz	nueva tebaida mz 37 c 18	3122137391	25313450	X	Campanito
	maribel Gonzalez	Cra 9 9-30 montenegro	3122134141	24490098	X	max
	fabio nelson	47-22 nueva tebaida	3174762395.	1094956781	X	Susy.
	MAURICIO GOMEZ	18370562	3212525174	18370562	X	toby
	MARIA.	Bloque M-04	3228915123	1007287781	X	pinky
	JEFRY MUNERA	Cartago	3145786095	1096033176		
	JUAN E CARDONA	Sarai A-3	3116506173	41910383	X	tres Cuentas
	Juan Miguel	Mz #1	3214918824	1002085452	X	toby
	OSKAR. Longa	MZ #1 mz 3-13	3217990410	1004030196	X	MAXIMO
	ANA M ALVAREZ	Cartu MZ 6-A	3163307301	41877390	X	LUCA
	maria eugenia Ospina.	calle 13 #10-12	3104641383	24498733	X	luna.
	Blanca J Rojas.	mz 8 casa nueva tebaida #7	3104485194.	66660708	X	Pacha.
	Sofia gomez garcia	paolo MOCA 091	3213657236	1096670909	X	Sofia gomez g.
	Maria Jose Gonzales	Progreso Mz B #2	3107347869	1002455646	X	Motas.
	Ana milena Castaño	Estacion mz H Cr	3148605687	41957009	X	luna.
	Lina Ospina	obrero 10-70	3213629657	24605885	X	Mancha)
	Marley Gaviria	Mz H1 41-21	3187952920	41904247	X	Locks

27

CONSULTAS 2024
LA TEBAIDA QUINDIO

FUNAT

MES Julio AÑO 2024

Nº	NOMBRE	CEDULA	DIRECCION	TELEFONO	FELINO	CANINO	FIRMA	OBSERVACION
	luis alberto	16549299	tebaida mzn 39 casa 35	311 3388678	X		manolo -	
	olga lucia alcatar.	24497457.	calle 10 #6-58	3008102832	X		nina.	
	Laura v Ruiz	1005253472	vda la m a. 10	3206279017		X		
	Beatriz martinez.	66803324.	B/ Palmeras mzA c2	3117864113	X		mona	
	Leonel Cabezas Luis	7505439	la Estacion #143	3106490479	X			
	Leticia Cardeño	1096032895	Lot # MZ15-3	3135253553		X	Maxi	
	jose m Garcia	1090274631	Saucen			X	Copito	
	ernestina ojeda	25516395	Ciudad Jardin	3148196725		X	Filler	
	Jose luis	9805801	el Samaria mA #12	3116568793	X		Mango	
	Ascel Daza Bustos	1073679771	Cristales	3124311173		X	Bruno (Comunidad)	
	Wilmer v Ahumada	24499030	el Bosque	3135940328	X		Federico	
	Liz/consuelo montoya	24236850	mzn 50 #16 2	3223326192	X		Tom - Consuelo	Montoya
	patricia vaquero	20755899	nueva tebaida mzn 16 C 10	3157829434		X	Safira - patricia Vaquero	