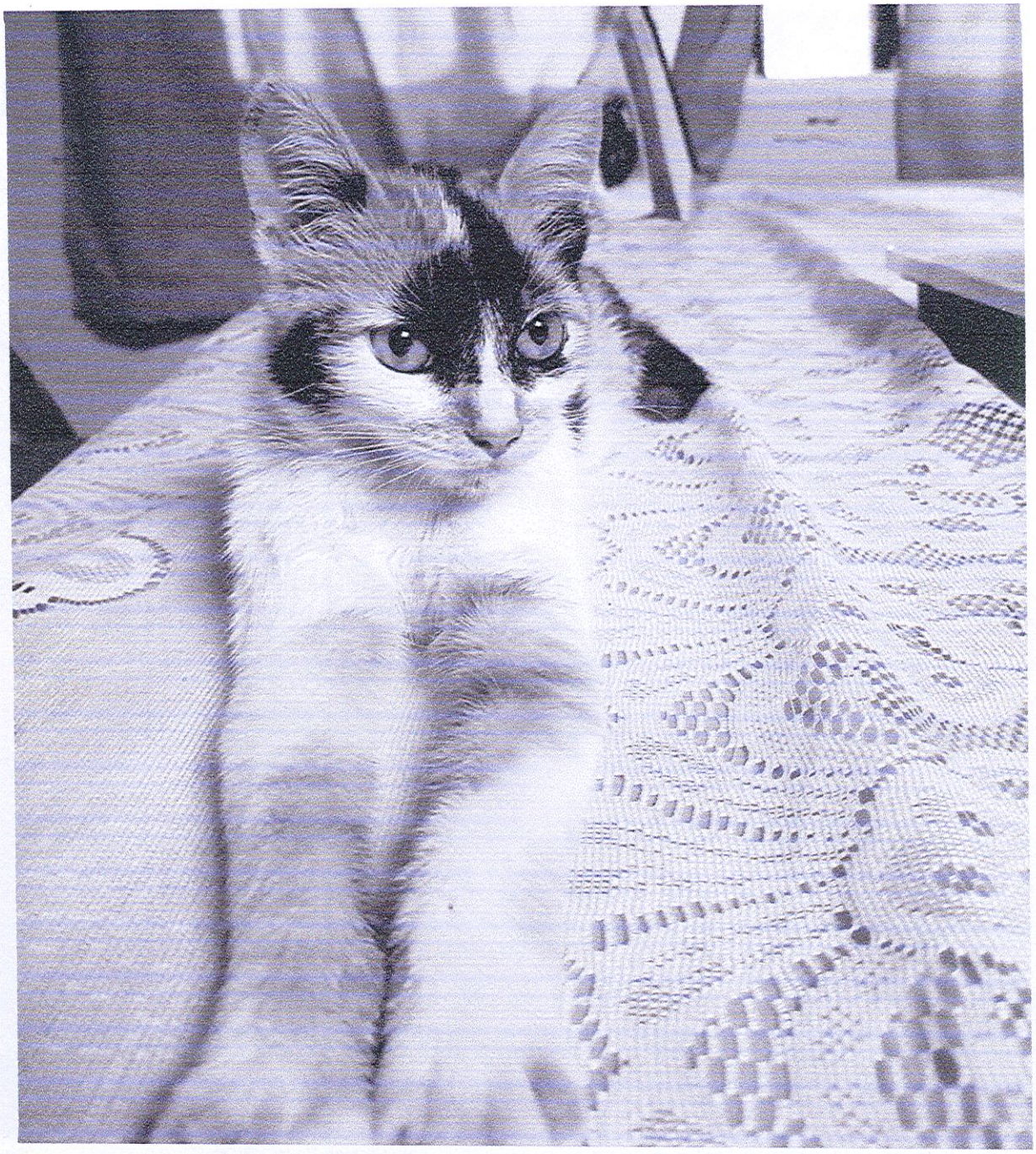
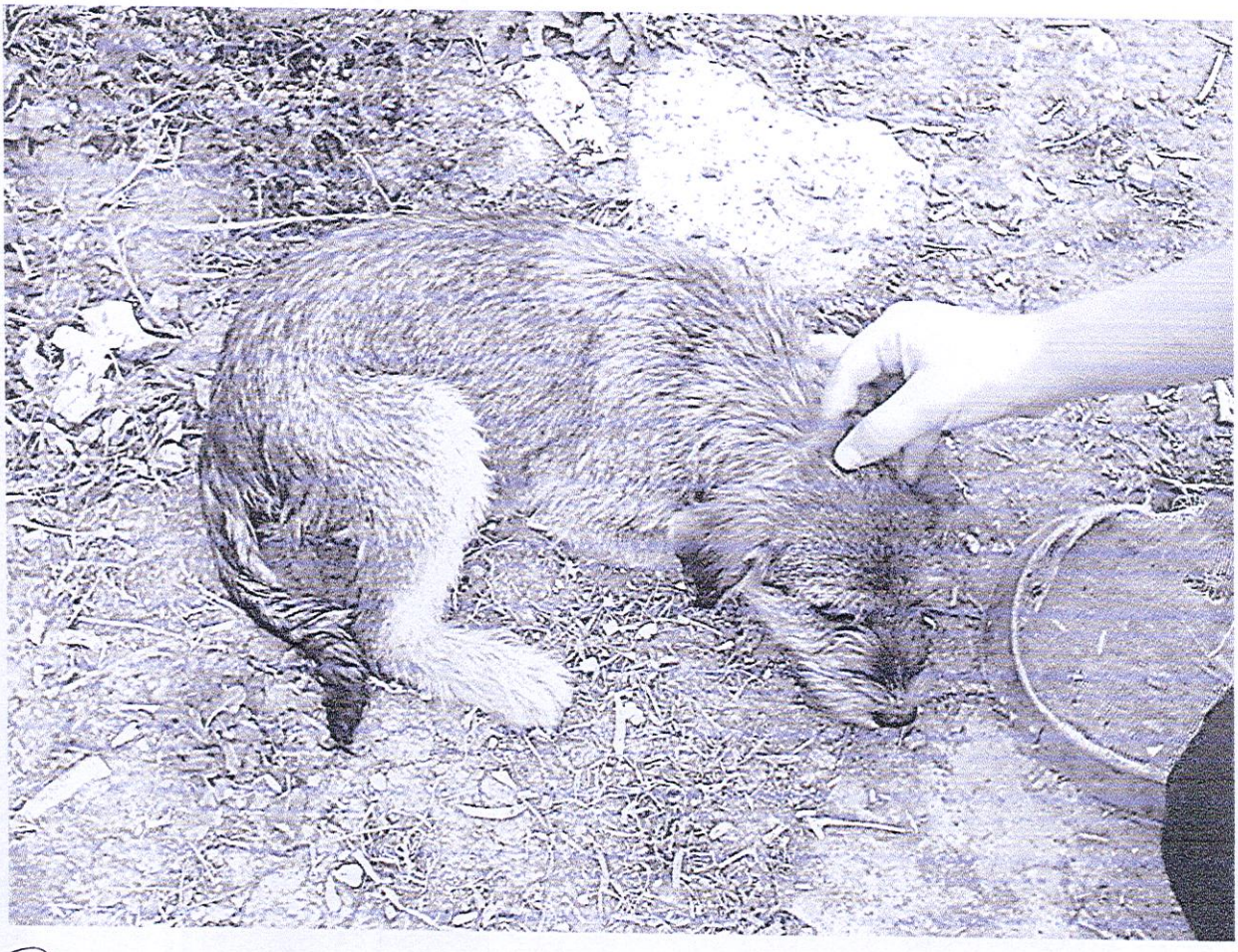


Blondi



Popocha.



Princesa

DEJANDO HUELLA
REFUGIO ANIMAL

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
HISTORIA CLÍNICA

FICHA:

FECHA: DIA: 12 MES: 07 2024	HISTORIA CLÍNICA N°	452

DATOS DEL PROPIETARIO

NOMBRE: Celina Gonzalez	IDENTIFICACIÓN: 23497328
TELEFONO: 3204390556	VEREDA/BARRIO: Ville del Prado

HISTORIA DEL PACIENTE

NOMBRE:	MONA	SEXO	MACHO: ☐ HEMBRA: X
ESPECIE:	CANINO X FELINO ☐	EDAD	?
RAZA	Mestizo	PESO	
COLOR	BLANCO ☐ NEGRO ☐ GRIS ☐ CAFÉ X OTRO ☐		
TEMPERAMENTO	AGRESIVO ☐ DÓCIL X NERVIOSO ☐		
ACTITUD	ALERTA X DEPRIMIDO ☐		

RESEÑA

CONDICION	CALLE: X CON PROPIERARIO: /		
VACUNACIÓN	ESQUEMA COMPLETO SI__ NO X	ANTIRRÁBICA:	SI__ NO X
HÁBITAD	CASA: ____ FINCA: ____ CALLE: ____		
CONDICIÓN CORPORAL:	CAQUÉCTICO: ___ DELGADO: ___ IDEAL: X SOBREPESO: ____ OBESO: ____		
ENFERMEDAD RECIENTE	SI ___ NO X CUÁL?	ATROPELLADO:	SI__ NO X
PLANIFICACIÓN REPRODUCTIVA	SI ___ NO X CUÁL?		
DATOS REPRODUCTIVOS	FECHA ÚLTIMO CELO: X	FECHA ÚLTIMO PARTO: X	# PARTOS: X

PROCEDIMIENTO A REALIZAR

OVH: X	ORQUIECTOMIA: ____
OBSERVACIONES	

MEDICO VETERINARIO Y T.P.: Fabian P
MP 4390?
FIRMA O SELLO

CHIQUINQUIRA

604

608 C
609 S
610 F

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA Y CIRUGÍA

14 52

Nombre del Paciente: Mona

ESPECIE: Canino: X Felino: __

SEXO: Macho: __ Hembra: X

Yo Mona identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 23497328 de Chiquinquirá, expreso mi consentimiento de que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas que estén al alcance la ciencia médico veterinaria y que asumo el riesgo de la presentación de eventualidades, complicaciones o accidentes dentro de los procesos pre quirúrgicos, quirúrgicos y pos operatorios.

Dejo constancia de que eximo de toda responsabilidad a la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), a la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal" y al personal que en ella labora, por las eventualidades que sobre el estado de salud puedan sobre venir como consecuencia de las maniobras médicas o clínico quirúrgicas que sean aplicadas de manera correcta.

El personal médico no se hace responsable de los animales que por su naturaleza no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños a terceros.

Declaro que se me fue informado sobre los riesgos, ventajas y/o desventajas de los procedimientos quirúrgicos Ovario histerectomía (OVH) u Orquiectomía (Castración) al que será sometido el paciente de mi propiedad.

De manera expresa autorizo al personal de la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), y de la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal", acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos, que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

NOTA: El propietario manifiesta haber realizado ayuno de 12 horas a su mascota.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 12 de Julio / 2024.

FIRMA: [signature]
C.C: 23497328
TELÉFONO: 3204390556

CHIQUINQUIRÁ

611

DEJANDO HUELLA
REFUGIO ANIMAL

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
HISTORIA CLÍNICA

FICHA:

FECHA: DIA: 12 MES: 07 2024	HISTORIA CLÍNICA N°	53

DATOS DEL PROPIETARIO

NOMBRE: Albinia Chaion	IDENTIFICACIÓN: 23801104
TELÉFONO: 3235017113	VEREDA/BARRIO: B. Villa Pobre

HISTORIA DEL PACIENTE

NOMBRE:	Samoia	SEXO	MACHO: [ ] HEMBRA: [X]
ESPECIE:	CANINO [ ] FELINO [X]	EDAD	8 meses
RAZA	M	PESO	
COLOR	BLANCO [X] NEGRO [ ] GRIS [X] CAFÉ [ ] OTRO [ ]		
TEMPERAMENTO	AGRESIVO [ ] DÓCIL [X] NERVIOSO [ ]		
ACTITUD	ALERTA [X] DEPRIMIDO [ ]		

RESEÑA

CONDICIÓN	CALLE: ____ CON PROPIETARIO: X		
VACUNACIÓN	ESQUEMA COMPLETO SI ___ NO X	ANTIRRÁBICA:	SI ✓ NO X
HABITAD	CASA: X FINCA: ____ CALLE: ____		
CONDICIÓN CORPORAL:	CAQUÉCTICO: ___ DELGADO: ___ IDEAL: X SOBREPESO: ____ OBESO: ____		
ENFERMEDAD RECIENTE	SI ___ NO X CUÁL ?	ATROPELLADO:	SI ___ NO X
PLANIFICACIÓN REPRODUCTIVA	SI ___ NO X CUÁL ?		

DATOS REPRODUCTIVOS	FECHA ÚLTIMO CELO	FECHA ÚLTIMO PARTO	# PARTOS:
	X	04/23	2

PROCEDIMIENTO A REALIZAR

OVH: X ORQUIECTOMÍA: ____

OBSERVACIONES

MEDICO VETERINARIO Y T.P.: Fabian P
FIRMA O SELLO MP 43902.

Chiquinquirá

CHIQUINQUIRÁ
ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRÁ

53 612
693 C.
64 S
615 f

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA Y CIRUGÍA

DEJANDO HUELLA REFUGIO ANIMAL

Nombre del Paciente: Samara Chacon

ESPECIE: Canino: __ Felino: X

SEXO: Macho: __ Hembra: X

Yo Albiana Chacon Rodriguez identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 23801104 de Muzo, expreso mi consentimiento de que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas que estén al alcance la ciencia médico veterinaria y que asumo el riesgo de la presentación de eventualidades, complicaciones o accidentes dentro de los procesos pre quirúrgicos, quirúrgicos y pos operatorios.

Dejo constancia de que eximo de toda responsabilidad a la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), a la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal" y al personal que en ella labora, por las eventualidades que sobre el estado de salud puedan sobre venir como consecuencia de las maniobras médicas o clínico quirúrgicas que sean aplicadas de manera correcta.

El personal médico no se hace responsable de los animales que por su naturaleza no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños a terceros.

Declaro que se me fue informado sobre los riesgos, ventajas y/o desventajas de los procedimientos quirúrgicos Ovario histerectomía (OVH) u Orquiectomía (Castración) al que será sometido el paciente de mi propiedad.

De manera expresa autorizo al personal de la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), y de la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal", acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos, que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

NOTA: El propietario manifiesta haber realizado ayuno de 12 horas a su mascota.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 12 de 07 / 2024.

FIRMA: _____
C.C: 23801104
TELÉFONO: 3235017113

Chiquinquirá | ALCALDIA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **23.801.104**

CHACON RODRIGUEZ

APELLIDOS

ALBIANA

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **29-OCT-1978**

MUZO
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

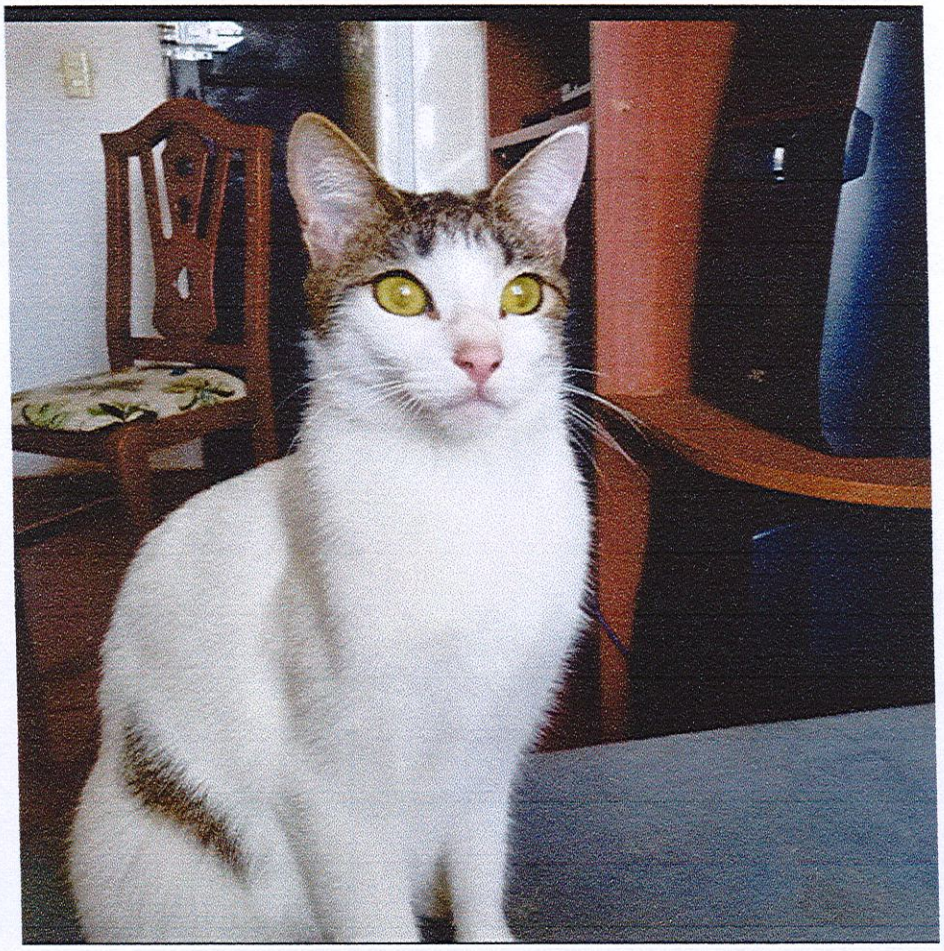
1.58	**A+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

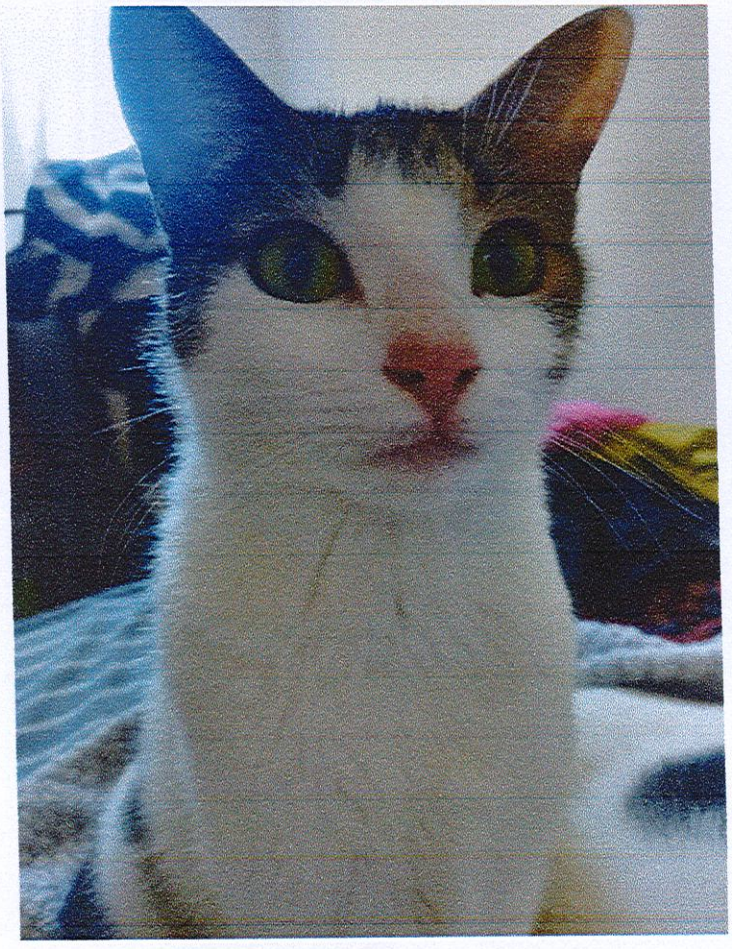
01-JUL-1998 MUZO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-0716300-00264570-F-0023801104-20101110 0024732791A 1 25237960





Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 10/07/2024

Ficha: 15176003517400000293

B3

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ALBIANA

Apellidos: CHACON RODRIGUEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 23801104

Municipio: Chiquinquirá

Departamento: Boyacá

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 16/11/2023

Última actualización ciudadano: 16/11/2023

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: ZULAY NAYIV SANCHEZ CASTILLO

Dirección: Calle 17 No 7A - 48 CAM

Teléfono: 7262535 Extensión 122

Correo Electrónico: sisben@chiquinquira-boyaca.gov.co

646

DEJANDO HUELLA
REFUGIO ANIMAL

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
HISTORIA CLÍNICA

FICHA:

FECHA: DIA: 1 MES: 2024	HISTORIA CLÍNICA N°	54

DATOS DEL PROPIETARIO

NOMBRE:	Sara Mikal Perez	IDENTIFICACIÓN:	79246378
TELÉFONO:	3224012440	VEREDA/BARRIO:	

HISTORIA DEL PACIENTE

NOMBRE:	Farina	SEXO	MACHO: ☐ HEMBRA: X
ESPECIE:	CANINO X FELINO ☐	EDAD	3 meses
RAZA	-	PESO	
COLOR	BLANCO X NEGRO ☐ GRIS ☐ CAFÉ X OTRO ☐		
TEMPERAMENTO	AGRESIVO ☐ DÓCIL X NERVIOSO ☐		
ACTITUD	ALERTA X DEPRIMIDO ☐		

RESEÑA

CONDICIÓN	CALLE:_____ CON PROPIETARIO: X
VACUNACIÓN	ESQUEMA COMPLETO SI___ NO X ANTIRRÁBICA: SI ✓ NO___
HABITAD	CASA: X FINCA: _____ CALLE: _____
CONDICIÓN CORPORAL:	CAQUÉCTICO: ___ DELGADO: ___ IDEAL: X SOBREPESO:_____ OBESO:_____
ENFERMEDAD RECIENTE	SI ___ NO X CUÁL ? ATROPELLADO: SI___ NO X
PLANIFICACIÓN REPRODUCTIVA	SI ___ NO X CUÁL ?
DATOS REPRODUCTIVOS	FECHA ÚLTIMO CELO: X FECHA ÚLTIMO PARTO: X # PARTOS: X

PROCEDIMIENTO A REALIZAR

OVH: X	ORQUIECTOMÍA: _____
OBSERVACIONES	

MEDICO VETERINARIO Y T.P.: Fabian P
FIRMA O SELLO MP 43906

Chiquinquirá

CHIQUINQUIRÁ
ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRÁ

54

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA Y CIRUGÍA

Nombre del Paciente: Paloma

ESPECIE: Canino: X Felino: __

SEXO: Macho: __ Hembra: X

Yo Sara Nihol perez identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 79 246 378 de Fauna boyaca, expreso mi consentimiento de que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas que estén al alcance la ciencia médico veterinaria y que asumo el riesgo de la presentación de eventualidades, complicaciones o accidentes dentro de los procesos pre quirúrgicos, quirúrgicos y pos operatorios.

Dejo constancia de que eximo de toda responsabilidad a la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), a la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal" y al personal que en ella labora, por las eventualidades que sobre el estado de salud puedan sobre venir como consecuencia de las maniobras médicas o clínico quirúrgicas que sean aplicadas de manera correcta.

El personal médico no se hace responsable de los animales que por su naturaleza no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños a terceros.

Declaro que se me fue informado sobre los riesgos, ventajas y/o desventajas de los procedimientos quirúrgicos Ovario histerectomía (OVH) u Orquiectomía (Castración) al que será sometido el paciente de mi propiedad.

De manera expresa autorizo al personal de la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), y de la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal", acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos, que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

NOTA: El propietario manifiesta haber realizado ayuno de 12 horas a su mascota.

En constancia firmo la presente autorización, hoy _____ de _____ / 2024.

FIRMA: Sara Nihol perez
C.C: 79 246 378
TELÉFONO: 3224012440

Chiquinquirá | ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRÁ

DEJANDO HUELLA
REFUGIO ANIMAL

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
HISTORIA CLÍNICA

FICHA: 55

FECHA: DIA: 12 MES: 01 2024 | HISTORIA CLÍNICA N°

DATOS DEL PROPIETARIO

NOMBRE: María Mackanamiloy | IDENTIFICACIÓN: 27983706
TELÉFONO: 3159470805 | VEREDA/BARRIO: Nueva Colombia

HISTORIA DEL PACIENTE

NOMBRE:	LUNA	SEXO	MACHO: ☐ HEMBRA: X
ESPECIE:	CANINO X FELINO ☐	EDAD	2 - 3 años
RAZA		PESO	
COLOR	BLANCO ☐ NEGRO X GRIS X CAFÉ ☐ OTRO ☐		
TEMPERAMENTO	AGRESIVO ☐ DÓCIL X NERVIOSO ☐		
ACTITUD	ALERTA X DEPRIMIDO ☐		

RESEÑA

CONDICIÓN	CALLE:_____ CON PROPIETARIO: X	
VACUNACIÓN	ESQUEMA COMPLETO SI ✓ NO ___	ANTIRRÁBICA: SI ✓ NO___
HABITAD	CASA: X FINCA: _____ CALLE: ✓	
CONDICIÓN CORPORAL:	CAQUÉCTICO: ___ DELGADO: ___ IDEAL: X SOBREPESO:_____ OBESO:_____	
ENFERMEDAD RECIENTE	SI ___ NO X CUÁL ?	ATROPELLADO: SI__ NO X
PLANIFICACIÓN REPRODUCTIVA	SI ___ NO X CUÁL ?	
DATOS REPRODUCTIVOS	FECHA ÚLTIMO CELO: X	FECHA ÚLTIMO PARTO: X — # PARTOS: X

PROCEDIMIENTO A REALIZAR

OVH: X ORQUIECTOMÍA: _____

OBSERVACIONES:

MEDICO VETERINARIO Y T.P.: Fabian P
FIRMA O SELLO MP 43902.

Chiquinquirá

CHIQUINQUIRÁ
ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRÁ

622

55

623 5

629 0

625 €

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA Y CIRUGÍA

DEJANDO HUELLA
REFUGIO ANIMAL

Nombre del Paciente: Luna

ESPECIE: Canino: X Felino: __

SEXO: Macho: __ Hembra: X

Yo María Jaramillo identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 27983706 de Barbosa, expreso mi consentimiento de que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas que estén al alcance la ciencia médico veterinaria y que asumo el riesgo de la presentación de eventualidades, complicaciones o accidentes dentro de los procesos pre quirúrgicos, quirúrgicos y pos operatorios.

Dejo constancia de que eximo de toda responsabilidad a la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), a la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal" y al personal que en ella labora, por las eventualidades que sobre el estado de salud puedan sobre venir como consecuencia de las maniobras médicas o clínico quirúrgicas que sean aplicadas de manera correcta.

El personal médico no se hace responsable de los animales que por su naturaleza no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños a terceros.

Declaro que se me fue informado sobre los riesgos, ventajas y/o desventajas de los procedimientos quirúrgicos Ovario histerectomía (OVH) u Orquiectomía (Castración) al que será sometido el paciente de mi propiedad.

De manera expresa autorizo al personal de la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), y de la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal", acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos, que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

NOTA: El propietario manifiesta haber realizado ayuno de 12 horas a su mascota.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 12 de 07 / 2024.

FIRMA: María J T
C.C: 27983706
TELÉFONO: 3158470805

Chiquinquirá

CHIQUINQUIRÁ
ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRÁ

626

DEJANDO HUELLA
REFUGIO ANIMAL

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
HISTORIA CLÍNICA

FICHA:

FECHA: DIA: 12 MES: 07 2024	HISTORIA CLÍNICA N° 56

DATOS DEL PROPIETARIO

NOMBRE: Senaida Gomez	IDENTIFICACIÓN: 23882660
TELÉFONO: 3208690258	VEREDA/BARRIO: Obrero

HISTORIA DEL PACIENTE

NOMBRE:	Pelo	SEXO	MACHO: ☐ HEMBRA: X
ESPECIE:	CANINO X FELINO ☐	EDAD	2- 3 años
RAZA		PESO	
COLOR	BLANCO X NEGRO ☐ GRIS X CAFÉ ☐ OTRO ☐		
TEMPERAMENTO	AGRESIVO ☐ DÓCIL X NERVIOSO ☐		
ACTITUD	ALERTA X DEPRIMIDO ☐		

RESEÑA

CONDICIÓN	CALLE:_____ CON PROPIETARIO: X
VACUNACIÓN	ESQUEMA COMPLETO SI ✓ NO ___ ANTIRRÁBICA: SI ✓ NO ___
HABITAD	CASA: X FINCA: _____ CALLE: _____
CONDICIÓN CORPORAL:	CAQUÉCTICO: ___ DELGADO: ___ IDEAL: _____ SOBREPESO:_____ OBESO:_____
ENFERMEDAD RECIENTE	SI ___ NO X CUÁL ? ATROPELLADO: SI ___ NO X
PLANIFICACIÓN REPRODUCTIVA	SI ___ NO X CUÁL ?

DATOS REPRODUCTIVOS	FECHA ÚLTIMO CELO	FECHA ÚLTIMO PARTO	# PARTOS:
	X	04/24	1

PROCEDIMIENTO A REALIZAR

OVH: X ORQUIECTOMÍA: _____

OBSERVACIONES	

MEDICO VETERINARIO Y T.P.: Edwin C
FIRMA O SELLO MP 13361

Chiquinquirá

CHIQUINQUIRÁ
ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRÁ

56

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA Y CIRUGÍA

Nombre del Paciente: Perla

ESPECIE: Canino: X Felino: __

SEXO: Macho: __ Hembra: X

Yo Senaida Gonzalez identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 23882660 de San Pedro Boyacá, expreso mi consentimiento de que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas que estén al alcance la ciencia médico veterinaria y que asumo el riesgo de la presentación de eventualidades, complicaciones o accidentes dentro de los procesos pre quirúrgicos, quirúrgicos y pos operatorios.

Dejo constancia de que eximo de toda responsabilidad a la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), a la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal" y al personal que en ella labora, por las eventualidades que sobre el estado de salud puedan sobre venir como consecuencia de las maniobras médicas o clínico quirúrgicas que sean aplicadas de manera correcta.

El personal médico no se hace responsable de los animales que por su naturaleza no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños a terceros.

Declaro que se me fue informado sobre los riesgos, ventajas y/o desventajas de los procedimientos quirúrgicos Ovario histerectomía (OVH) u Orquiectomía (Castración) al que será sometido el paciente de mi propiedad.

De manera expresa autorizo al personal de la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), y de la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal", acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos, que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

NOTA: El propietario manifiesta haber realizado ayuno de 12 horas a su mascota.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 12 de 07 / 2024.

FIRMA: _____
C.C: 23882660
TELÉFONO: 3208690258

Chiquinquirá

ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRÁ



#3208690258

Perlita



631

DEJANDO HUELLA
REFUGIO ANIMAL

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
HISTORIA CLÍNICA

FICHA:

FECHA: DIA: 12 MES: 07 2024	HISTORIA CLÍNICA N° 57

DATOS DEL PROPIETARIO

NOMBRE: Gloria Castro	IDENTIFICACIÓN: 23873994
TELÉFONO: 3112711077	VEREDA/BARRIO: Obrero

HISTORIA DEL PACIENTE

NOMBRE:	Luna	SEXO	MACHO: ☐ HEMBRA: X
ESPECIE:	CANINO X FELINO ☐	EDAD	2 años 6 meses
RAZA	M	PESO	
COLOR	BLANCO ☐ NEGRO X GRIS ☐ CAFÉ X OTRO ☐		
TEMPERAMENTO	AGRESIVO ☐ DÓCIL X NERVIOSO ☐		
ACTITUD	ALERTA X DEPRIMIDO ☐		

RESEÑA

CONDICIÓN	CALLE:_____ CON PROPIETARIO: X
VACUNACIÓN	ESQUEMA COMPLETO SI ✓ NO ___ ANTIRRÁBICA: SI ✓ NO ___
HABITAD	CASA: ___ FINCA: ___ CALLE: ___
CONDICIÓN CORPORAL:	CAQUÉCTICO: ___ DELGADO: ___ IDEAL: X SOBREPESO: ___ OBESO: ___
ENFERMEDAD RECIENTE	SI ___ NO X CUÁL ? ATROPELLADO: SI ___ NO X
PLANIFICACIÓN REPRODUCTIVA	SI ___ NO X CUÁL ?

DATOS REPRODUCTIVOS	FECHA ÚLTIMO CELO	FECHA ÚLTIMO PARTO	# PARTOS:
	07/24	X	X

PROCEDIMIENTO A REALIZAR

OVH: X ORQUIECTOMÍA: _____

OBSERVACIONES

MEDICO VETERINARIO Y T.P.: Fabian P.
FIRMA O SELLO MP 43602

Chiquinquirá

CHIQUINQUIRÁ
ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRÁ

57 632
633 CC
634 S
635 E

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA Y CIRUGÍA

DEJANDO HUELLA REFUGIO ANIMAL

Nombre del Paciente: LUNA

ESPECIE: Canino: __ Felino:__

SEXO: Macho:__ Hembra:__

Yo Elvia Castro identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 23873994 de Pauna, expreso mi consentimiento de que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas que estén al alcance la ciencia médico veterinaria y que asumo el riesgo de la presentación de eventualidades, complicaciones o accidentes dentro de los procesos pre quirúrgicos, quirúrgicos y pos operatorios.

Dejo constancia de que eximo de toda responsabilidad a la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), a la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal" y al personal que en ella labora, por las eventualidades que sobre el estado de salud puedan sobre venir como consecuencia de las maniobras médicas o clínico quirúrgicas que sean aplicadas de manera correcta.

El personal médico no se hace responsable de los animales que por su naturaleza no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños a terceros.

Declaro que se me fue informado sobre los riesgos, ventajas y/o desventajas de los procedimientos quirúrgicos Ovario histerectomía (OVH) u Orquiectomía (Castración) al que será sometido el paciente de mi propiedad.

De manera expresa autorizo al personal de la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), y de la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal", acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos, que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

NOTA: El propietario manifiesta haber realizado ayuno de 12 horas a su mascota.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 12 de 11 / 2024.

FIRMA: Elvia Castro
C.C: 23873994
TELÉFONO: 3112711077

Chiquinquirá | ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRÁ



DEJANDO HUELLA
REFUGIO ANIMAL

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
HISTORIA CLÍNICA

FICHA:

FECHA: DIA: 12 MES: 07 2024	HISTORIA CLÍNICA N°	59

DATOS DEL PROPIETARIO

NOMBRE:	Maia Bolivar	IDENTIFICACIÓN:	23485883
TELÉFONO:	3142114240	VEREDA/BARRIO:	La Samoda

HISTORIA DEL PACIENTE

NOMBRE:	Pacho	SEXO	MACHO: X HEMBRA:
ESPECIE:	CANINO FELINO X	EDAD	2 años
RAZA	M	PESO	
COLOR	BLANCO X NEGRO GRIS X CAFÉ X OTRO		
TEMPERAMENTO	AGRESIVO DÓCIL X NERVIOSO		
ACTITUD	ALERTA X DEPRIMIDO		

RESEÑA

CONDICIÓN	CALLE: CON PROPIETARIO: X		
VACUNACIÓN	ESQUEMA COMPLETO SI NO X	ANTIRRÁBICA:	SI ✓ NO
HABITAD	CASA: X FINCA: CALLE:		
CONDICIÓN CORPORAL:	CAQUÉCTICO: DELGADO: IDEAL: X SOBREPESO: OBESO:		
ENFERMEDAD RECIENTE	SI NO X CUÁL ?	ATROPELLADO:	SI NO X
PLANIFICACIÓN REPRODUCTIVA	SI NO X CUÁL ?		
DATOS REPRODUCTIVOS	FECHA ÚLTIMO CELO: X	FECHA ÚLTIMO PARTO: X	# PARTOS: X

PROCEDIMIENTO A REALIZAR

OVH:	ORQUIECTOMÍA: X
OBSERVACIONES	

MEDICO VETERINARIO Y T.P.: Fabio P
FIRMA O SELLO MP 43903

Chiquinquirá

CHIQUINQUIRÁ
ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRÁ

58 638C 639S 640F

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA Y CIRUGÍA

DEJANDO HUELLA REFUGIO ANIMAL

Nombre del Paciente: _____

ESPECIE: Canino: __ Felino: X

SEXO: Macho: X Hembra: __

Yo María Luisa Beltrán identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 23485888 de 23485888, expreso mi consentimiento de que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas que estén al alcance la ciencia médico veterinaria y que asumo el riesgo de la presentación de eventualidades, complicaciones o accidentes dentro de los procesos pre quirúrgicos, quirúrgicos y pos operatorios.

Dejo constancia de que eximo de toda responsabilidad a la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), a la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal" y al personal que en ella labora, por las eventualidades que sobre el estado de salud puedan sobre venir como consecuencia de las maniobras médicas o clínico quirúrgicas que sean aplicadas de manera correcta.

El personal médico no se hace responsable de los animales que por su naturaleza no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños a terceros.

Declaro que se me fue informado sobre los riesgos, ventajas y/o desventajas de los procedimientos quirúrgicos Ovario histerectomía (OVH) u Orquiectomía (Castración) al que será sometido el paciente de mi propiedad.

De manera expresa autorizo al personal de la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), y de la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal", acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos, que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

NOTA: El propietario manifiesta haber realizado ayuno de 12 horas a su mascota.

En constancia firmo la presente autorización, hoy _____ de _____ / 2024.

FIRMA: María L Beltrán
C.C: 23485888
TELÉFONO: 3142774740

Chiquinquirá | ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRÁ

DEJANDO HUELLA
REFUGIO ANIMAL

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
HISTORIA CLÍNICA

FICHA: 59

FECHA: DIA: 12 MES: 07 2024 | HISTORIA CLÍNICA N°

DATOS DEL PROPIETARIO

NOMBRE: Claudia Rojas | IDENTIFICACIÓN: 33700343
TELÉFONO: 3124151466 | VEREDA/BARRIO: Coedurados

HISTORIA DEL PACIENTE

NOMBRE:	Kiara	SEXO	MACHO: ☐ HEMBRA: X
ESPECIE:	CANINO X FELINO ☐	EDAD	
RAZA	M	PESO	
COLOR	BLANCO ☐ NEGRO ☐ GRIS ☐ CAFÉ X OTRO ☐		
TEMPERAMENTO	AGRESIVO ☐ DÓCIL X NERVIOSO ☐		
ACTITUD	ALERTA X DEPRIMIDO ☐		

RESEÑA

CONDICIÓN	CALLE:___ CON PROPIETARIO: X		
VACUNACIÓN	ESQUEMA COMPLETO SI___ NO X	ANTIRRÁBICA:	SI___ NO X
HABITAD	CASA: X FINCA: ___ CALLE: ___		
CONDICIÓN CORPORAL:	CAQUÉCTICO: ___ DELGADO: ___ IDEAL: X SOBREPESO:___ OBESO:___		
ENFERMEDAD RECIENTE	SI ___ NO X CUÁL ?	ATROPELLADO:	SI___ NO X
PLANIFICACIÓN REPRODUCTIVA	SI ___ NO X CUÁL ?		
DATOS REPRODUCTIVOS	FECHA ÚLTIMO CELO: X	FECHA ÚLTIMO PARTO: X 04/24	# PARTOS: 2

PROCEDIMIENTO A REALIZAR

OVH: X ORQUIECTOMÍA: ___

OBSERVACIONES:

MEDICO VETERINARIO Y T.P.: Fabian P
FIRMA O SELLO MP 4390

Chiquinquirá
CHIQUINQUIRÁ
ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRÁ

59

642

643 C.

644 S

645 C

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA Y CIRUGÍA

DEJANDO HUELLA REFUGIO ANIMAL

Nombre del Paciente: _____

ESPECIE: Canino: __ Felino:__

SEXO: Macho:__ Hembra:__

Yo Claudia Rojas identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 33700343 de Chiquinquirá, expreso mi consentimiento de que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas que estén al alcance la ciencia médico veterinaria y que asumo el riesgo de la presentación de eventualidades, complicaciones o accidentes dentro de los procesos pre quirúrgicos, quirúrgicos y pos operatorios.

Dejo constancia de que eximo de toda responsabilidad a la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), a la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal" y al personal que en ella labora, por las eventualidades que sobre el estado de salud puedan sobre venir como consecuencia de las maniobras médicas o clínico quirúrgicas que sean aplicadas de manera correcta.

El personal médico no se hace responsable de los animales que por su naturaleza no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños a terceros.

Declaro que se me fue informado sobre los riesgos, ventajas y/o desventajas de los procedimientos quirúrgicos Ovario histerectomía (OVH) u Orquiectomía (Castración) al que será sometido el paciente de mi propiedad.

De manera expresa autorizo al personal de la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), y de la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal", acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos, que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

NOTA: El propietario manifiesta haber realizado ayuno de 12 horas a su mascota.

En constancia firmo la presente autorización, hoy _____ de _____ / 2024.

FIRMA: Claudia Rojas

C.C: 33700.343

TELÉFONO: 3124151466

Chiquinquirá

CHIQUINQUIRÁ

ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRÁ


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 33.700.343

ROJAS

APELLIDOS

CLAUDIA MARCELA

NOMBRES

FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 08-SEP-1980

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

10-NOV-1998 CHIQUINQUIRA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-0706700-00221158-F-0033700343-20100306 0021477378A 1 7270645209

Esterilizacion perros

Barrio Caeducadores

~~3138733580~~ 3124151466

DEJANDO HUELLA
REFUGIO ANIMAL

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
HISTORIA CLÍNICA

FICHA: 60

FECHA: DIA: 12 MES: 01 2024 | HISTORIA CLÍNICA N°

DATOS DEL PROPIETARIO

NOMBRE: Martha Torres | IDENTIFICACIÓN: 1053327149
TELÉFONO: 3138142473 | VEREDA/BARRIO: Los Lotos Bajos

HISTORIA DEL PACIENTE

NOMBRE:	Tonky	SEXO	MACHO: X HEMBRA:
ESPECIE:	CANINO X FELINO	EDAD	1 año
RAZA	M	PESO	
COLOR	BLANCO NEGRO GRIS	CAFÉ X	OTRO
TEMPERAMENTO	AGRESIVO	DÓCIL X	NERVIOSO
ACTITUD	ALERTA X	DEPRIMIDO	

RESEÑA

CONDICIÓN	CALLE:	CON PROPIETARIO: X	
VACUNACIÓN	ESQUEMA COMPLETO SI NO X	ANTIRRÁBICA:	SI X NO
HABITAD	CASA: X FINCA: CALLE:		
CONDICIÓN CORPORAL:	CAQUÉCTICO: DELGADO: IDEAL: X OBESO:		SOBREPESO:
ENFERMEDAD RECIENTE	SI NO X CUÁL ?	ATROPELLADO:	SI NO X
PLANIFICACIÓN REPRODUCTIVA	SI NO X CUÁL ?		
DATOS REPRODUCTIVOS	FECHA ÚLTIMO CELO X	FECHA ÚLTIMO PARTO X	# PARTOS: X

PROCEDIMIENTO A REALIZAR

OVH: _____ ORQUIECTOMÍA: X

OBSERVACIONES

MEDICO VETERINARIO Y T.P.: Fabian P
MP 43402
FIRMA O SELLO

Chiquinquirá

CHIQUINQUIRÁ
ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRÁ

60

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA Y CIRUGÍA

Nombre del Paciente: Tonky

ESPECIE: Canino: X Felino: __

SEXO: Macho: X Hembra: __

Yo Martha Torres Zenagos identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 1053337144 de Chiquinquirá, expreso mi consentimiento de que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas que estén al alcance la ciencia médico veterinaria y que asumo el riesgo de la presentación de eventualidades, complicaciones o accidentes dentro de los procesos pre quirúrgicos, quirúrgicos y pos operatorios.

Dejo constancia de que eximo de toda responsabilidad a la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), a la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal" y al personal que en ella labora, por las eventualidades que sobre el estado de salud puedan sobre venir como consecuencia de las maniobras médicas o clínico quirúrgicas que sean aplicadas de manera correcta.

El personal médico no se hace responsable de los animales que por su naturaleza no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños a terceros.

Declaro que se me fue informado sobre los riesgos, ventajas y/o desventajas de los procedimientos quirúrgicos Ovario histerectomía (OVH) u Orquiectomía (Castración) al que será sometido el paciente de mi propiedad.

De manera expresa autorizo al personal de la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), y de la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal", acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos, que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

NOTA: El propietario manifiesta haber realizado ayuno de 12 horas a su mascota.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 12 de 07 / 2024.

- FIRMA: Martha Torres
  C.C: 1053337144
  TELÉFONO: 3138142473

Chiquinquirá

ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRÁ

DEJANDO HUELLA
REFUGIO ANIMAL

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
HISTORIA CLÍNICA

FICHA: 61

FECHA: DIA: 12 MES: 07 2024 | HISTORIA CLÍNICA N°

DATOS DEL PROPIETARIO

NOMBRE: Leidy Buitrago | IDENTIFICACIÓN: 35537069
TELÉFONO: 300 222 3398 | VEREDA/BARRIO: Bosque

HISTORIA DEL PACIENTE

NOMBRE:	LUNA	SEXO	MACHO: ☐ HEMBRA: X
ESPECIE:	CANINO X FELINO ☐	EDAD	5 meses
RAZA	M	PESO	
COLOR	BLANCO ☐ NEGRO X GRIS ☐ CAFÉ ☐ OTRO ☐		
TEMPERAMENTO	AGRESIVO ☐ DÓCIL X NERVIOSO ☐		
ACTITUD	ALERTA X DEPRIMIDO ☐		

RESEÑA

CONDICIÓN	CALLE:___ CON PROPIETARIO: X		
VACUNACIÓN	ESQUEMA COMPLETO SI ✓ NO ___	ANTIRRÁBICA:	SI ✓ NO ___
HABITAD	CASA: X FINCA: ___ CALLE: ___		
CONDICIÓN CORPORAL:	CAQUÉCTICO: ___ DELGADO: ___ IDEAL: X SOBREPESO: ___ OBESO: ___		
ENFERMEDAD RECIENTE	SI ___ NO X CUÁL ?	ATROPELLADO:	SI ___ NO X
PLANIFICACIÓN REPRODUCTIVA	SI ___ NO X CUÁL ?		
DATOS REPRODUCTIVOS	FECHA ÚLTIMO CELO: X	FECHA ÚLTIMO PARTO: X	# PARTOS: X

PROCEDIMIENTO A REALIZAR

OVH: X ORQUIECTOMÍA: ___

OBSERVACIONES

MEDICO VETERINARIO Y T.P.: ___
FIRMA O SELLO

Chiquinquirá
CHIQUINQUIRÁ
ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRÁ

61

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA Y CIRUGÍA

DEJANDO HUELLA REFUGIO ANIMAL

Nombre del Paciente: Luna

ESPECIE: Canino: X Felino: __

SEXO: Macho: __ Hembra: X

Yo Leidy Viviana Buitrago identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 35537069 de Buena vista, expreso mi consentimiento de que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas que estén al alcance la ciencia médico veterinaria y que asumo el riesgo de la presentación de eventualidades, complicaciones o accidentes dentro de los procesos pre quirúrgicos, quirúrgicos y pos operatorios.

Dejo constancia de que eximo de toda responsabilidad a la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), a la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal" y al personal que en ella labora, por las eventualidades que sobre el estado de salud puedan sobre venir como consecuencia de las maniobras médicas o clínico quirúrgicas que sean aplicadas de manera correcta.

El personal médico no se hace responsable de los animales que por su naturaleza no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños a terceros.

Declaro que se me fue informado sobre los riesgos, ventajas y/o desventajas de los procedimientos quirúrgicos Ovario histerectomía (OVH) u Orquiectomía (Castración) al que será sometido el paciente de mi propiedad.

De manera expresa autorizo al personal de la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), y de la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal", acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos, que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

NOTA: El propietario manifiesta haber realizado ayuno de 12 horas a su mascota.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 12 de 07 / 2024.

FIRMA: Leidy Viviana Buitrago
C.C: 35537069
TELÉFONO: 300 222 3398

Chiquinquirá | ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRÁ

636

DEJANDO HUELLA
REFUGIO ANIMAL

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
HISTORIA CLÍNICA

FICHA: 62

FECHA: DIA: 12 MES: 07 2024	HISTORIA CLÍNICA N°

DATOS DEL PROPIETARIO

NOMBRE: Salvagia Vargas	IDENTIFICACIÓN: 1002263948
TELÉFONO: 3123361920	VEREDA/BARRIO: San Mateo

HISTORIA DEL PACIENTE

NOMBRE:	Sacha V.	SEXO	MACHO: ☐ HEMBRA: X
ESPECIE:	CANINO ☐ FELINO X	EDAD	15 meses
RAZA		PESO	
COLOR	BLANCO X NEGRO X GRIS ☐ CAFÉ ☐ OTRO ☐		
TEMPERAMENTO	AGRESIVO ☐ DÓCIL X NERVIOSO ☐		
ACTITUD	ALERTA X DEPRIMIDO ☐		

RESEÑA

CONDICIÓN	CALLE:_____ CON PROPIETARIO: X		
VACUNACIÓN	ESQUEMA COMPLETO SI___ NO X	ANTIRRÁBICA:	SI___ NO X
HABITAD	CASA: X FINCA: _____ CALLE: _____		
CONDICIÓN CORPORAL:	CAQUÉCTICO: ___ DELGADO: ___ IDEAL: X SOBREPESO:_____ OBESO:_____		
ENFERMEDAD RECIENTE	SI ___ NO X CUÁL ?	ATROPELLADO:	SI___ NO X
PLANIFICACIÓN REPRODUCTIVA	SI ___ NO X CUÁL ?		
DATOS REPRODUCTIVOS	FECHA ÚLTIMO CELO: 11/07/24	FECHA ÚLTIMO PARTO: X	# PARTOS: X

PROCEDIMIENTO A REALIZAR

OVH: X ORQUIECTOMÍA: _____

OBSERVACIONES

MEDICO VETERINARIO Y T.P.: Fabian P
FIRMA O SELLO MP 43902

Chiquinquirá

CHIQUINQUIRÁ
ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRÁ

62

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA Y CIRUGÍA

Nombre del Paciente: Sasha Vargas

ESPECIE: Canino: __ Felino: X

SEXO: Macho: __ Hembra: X

Yo Ayde Solangie Vargas identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 1002263948 de Chiquinquirá, expreso mi consentimiento de que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas que estén al alcance la ciencia médico veterinaria y que asumo el riesgo de la presentación de eventualidades, complicaciones o accidentes dentro de los procesos pre quirúrgicos, quirúrgicos y pos operatorios.

Dejo constancia de que eximo de toda responsabilidad a la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), a la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal" y al personal que en ella labora, por las eventualidades que sobre el estado de salud puedan sobre venir como consecuencia de las maniobras médicas o clínico quirúrgicas que sean aplicadas de manera correcta.

El personal médico no se hace responsable de los animales que por su naturaleza no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños a terceros.

Declaro que se me fue informado sobre los riesgos, ventajas y/o desventajas de los procedimientos quirúrgicos Ovario histerectomía (OVH) u Orquiectomía (Castración) al que será sometido el paciente de mi propiedad.

De manera expresa autorizo al personal de la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), y de la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal", acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos, que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

NOTA: El propietario manifiesta haber realizado ayuno de 12 horas a su mascota.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 12 de julio / 2024.

FIRMA: Solangie Vargas
C.C: 1002263948
TELÉFONO: 3123361920

Chiquinquirá | ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRÁ


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.002.263.948
VARGAS DELGADILLO

APELLIDOS

AYDE SOLANYI

NOMBRES

Ayde Solanyi Vargas

FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 25-ABR-1989

CHIQUINQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.61 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

27-JUL-2010 CHIQUINQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

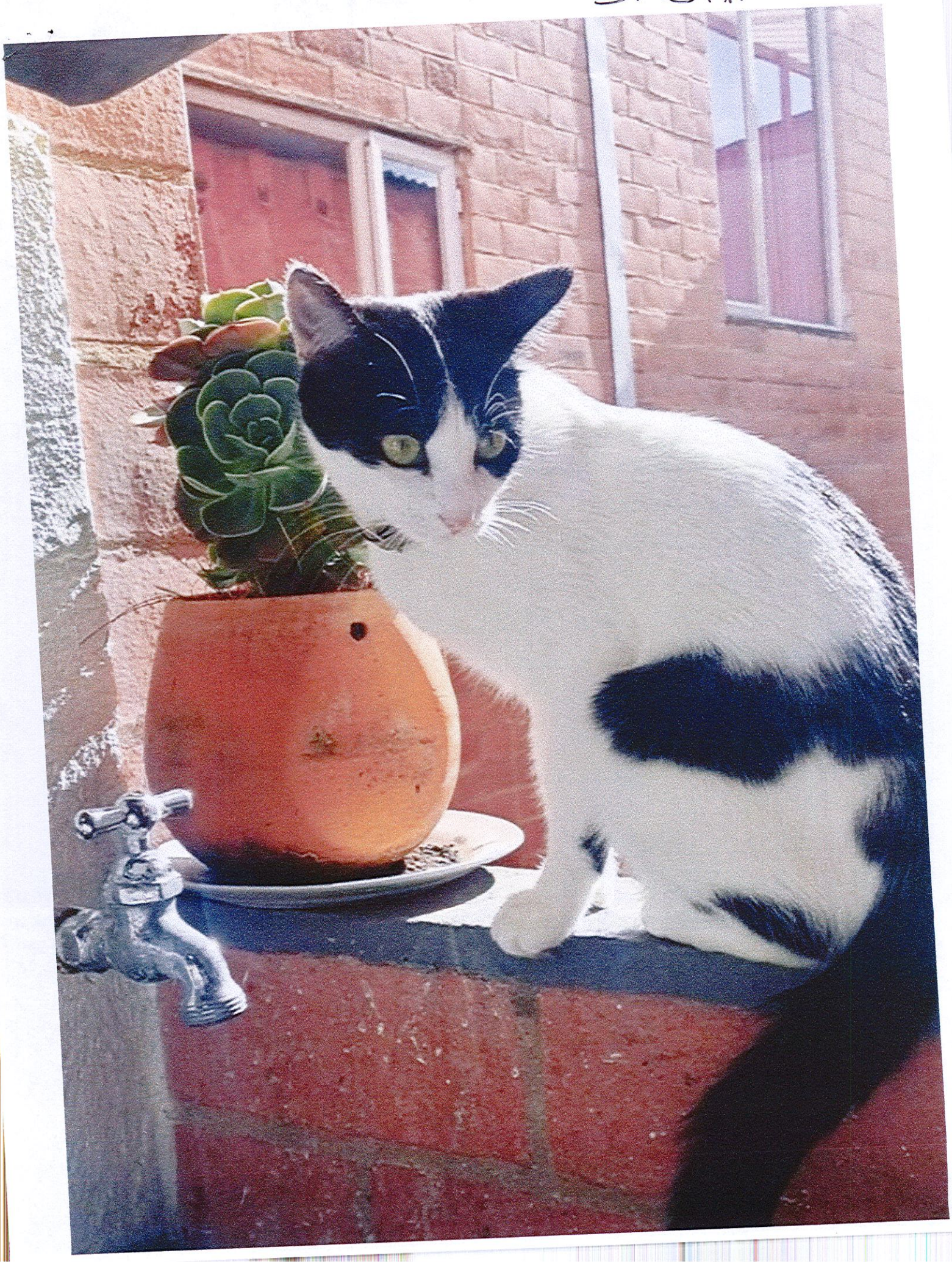
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-0706700-00258083-F-1002263948-20100930 0024185583A 1 27647456

3123361920
colina campestre.

SASHA



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Fecha de consulta: 10/07/2024

Ficha: 15176123519900004665

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: AYDE SOLANYI

Apellidos: VARGAS DELGADILLO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1002263948

Municipio: Chiquinquirá

Departamento: Boyacá

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 29/03/2022

Última actualización ciudadano: 29/03/2022

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: ZULAY NAYIV SANCHEZ CASTILLO

Dirección: Calle 17 No 7A - 48 CAM

Teléfono: 7262535 Extensión 122

Correo Electrónico: sisben@chiquinquira-boyaca.gov.co

601

DEJANDO HUELLA
REFUGIO ANIMAL

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
HISTORIA CLÍNICA

FICHA: 63

FECHA: DIA: 12 MES: 07 2024 | HISTORIA CLÍNICA N°

DATOS DEL PROPIETARIO

NOMBRE: Solangie Vargas | IDENTIFICACIÓN: 1002263948
TELÉFONO: 3123361920 | VEREDA/BARRIO: San Mateo

HISTORIA DEL PACIENTE

NOMBRE:	Wade Vargas R.	SEXO	MACHO: ☐ HEMBRA: X
ESPECIE:	CANINO ☐ FELINO X	EDAD	10 meses
RAZA		PESO	
COLOR	BLANCO X NEGRO ☐ GRIS ☐ CAFÉ X OTRO ☐		
TEMPERAMENTO	AGRESIVO ☐ DÓCIL X NERVIOSO ☐		
ACTITUD	ALERTA X DEPRIMIDO ☐		

RESEÑA

CONDICIÓN	CALLE:_____ CON PROPIETARIO: X
VACUNACIÓN	ESQUEMA COMPLETO SI___ NO X ANTIRRÁBICA: SI___ NO X
HABITAD	CASA: X FINCA: _____ CALLE: _____
CONDICIÓN CORPORAL:	CAQUÉCTICO: ___ DELGADO: ___ IDEAL: X SOBREPESO:_____ OBESO:_____
ENFERMEDAD RECIENTE	SI ___ NO X CUÁL ? ATROPELLADO: SI___ NO X
PLANIFICACIÓN REPRODUCTIVA	SI ___ NO X CUÁL ?
DATOS REPRODUCTIVOS	FECHA ÚLTIMO CELO: 01/02/24 · FECHA ÚLTIMO PARTO: X · # PARTOS: X

PROCEDIMIENTO A REALIZAR

OVH: X ORQUIECTOMÍA: _____

OBSERVACIONES

MEDICO VETERINARIO Y T.P.: Fabian C
FIRMA O SELLO MP 43902

Chiquinquirá

CHIQUINQUIRÁ
ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRÁ

662

63

663 CC

664 S

665 E

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA Y CIRUGÍA

DEJANDO HUELLA REFUGIO ANIMAL

Nombre del Paciente: Jade Vargas

ESPECIE: Canino: __ Felino:__

SEXO: Macho:__ Hembra:__

Yo Ayde Solangie Vargas identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 1002263948 de Chiquinquirá, expreso mi consentimiento de que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas que estén al alcance la ciencia médico veterinaria y que asumo el riesgo de la presentación de eventualidades, complicaciones o accidentes dentro de los procesos pre quirúrgicos, quirúrgicos y pos operatorios.

Dejo constancia de que eximo de toda responsabilidad a la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), a la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal" y al personal que en ella labora, por las eventualidades que sobre el estado de salud puedan sobre venir como consecuencia de las maniobras médicas o clínico quirúrgicas que sean aplicadas de manera correcta.

El personal médico no se hace responsable de los animales que por su naturaleza no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños a terceros.

Declaro que se me fue informado sobre los riesgos, ventajas y/o desventajas de los procedimientos quirúrgicos Ovario histerectomía (OVH) u Orquiectomía (Castración) al que será sometido el paciente de mi propiedad.

De manera expresa autorizo al personal de la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), y de la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal", acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos, que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

NOTA: El propietario manifiesta haber realizado ayuno de 12 horas a su mascota.

En constancia firmo la presente autorización, hoy _____ de _____ / 2024.

FIRMA: Ayde Solangie Vargas
C.C: 1002263948
TELÉFONO: 3133361920

Chiquinquirá

CHIQUINQUIRÁ
ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRÁ

DEJANDO HUELLA
REFUGIO ANIMAL

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
HISTORIA CLÍNICA

FICHA: 64

FECHA: DIA: 12 MES: 07 2024 | HISTORIA CLÍNICA N°

DATOS DEL PROPIETARIO

NOMBRE: Gloria Rincon | IDENTIFICACIÓN: 1053322990
TELÉFONO: 3134472832 | VEREDA/BARRIO:

HISTORIA DEL PACIENTE

NOMBRE:	Nesia	SEXO	MACHO: ☐ HEMBRA: X
ESPECIE:	CANINO ☐ FELINO X	EDAD	1 año
RAZA		PESO	
COLOR	BLANCO ☐ NEGRO X GRIS ☐ CAFÉ ☐ OTRO ☐		
TEMPERAMENTO	AGRESIVO ☐ DÓCIL X NERVIOSO ☐		
ACTITUD	ALERTA X DEPRIMIDO ☐		

RESEÑA

CONDICIÓN	CALLE: ____ CON PROPIETARIO: X		
VACUNACIÓN	ESQUEMA COMPLETO SI ___ NO X	ANTIRRÁBICA:	SI ___ NO X
HABITAD	CASA: X FINCA: ____ CALLE: ____		
CONDICIÓN CORPORAL:	CAQUÉCTICO: ___ DELGADO: ___ IDEAL: ____ SOBREPESO: ____ OBESO: ____		
ENFERMEDAD RECIENTE	SI ___ NO X CUÁL ?	ATROPELLADO:	SI ___ NO X
PLANIFICACIÓN REPRODUCTIVA	SI ___ NO X CUÁL ?		
DATOS REPRODUCTIVOS	FECHA ÚLTIMO CELO: X	FECHA ÚLTIMO PARTO: X	# PARTOS: X

PROCEDIMIENTO A REALIZAR

OVH: X ORQUIECTOMÍA: ____

OBSERVACIONES:

MEDICO VETERINARIO Y T.P.: Fany P
MP 43907.
FIRMA O SELLO

Chiquinquirá
CHIQUINQUIRÁ
ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRÁ

64 668 C
669 S
670 E

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA Y CIRUGÍA

DEJANDO HUELLA REFUGIO ANIMAL

Nombre del Paciente: Negra

ESPECIE: Canino: X Felino: __

SEXO: Macho: __ Hembra: X

Yo Gloria Rincón identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 1053322990 de Chiquinquirá, expreso mi consentimiento de que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas que estén al alcance la ciencia médico veterinaria y que asumo el riesgo de la presentación de eventualidades, complicaciones o accidentes dentro de los procesos pre quirúrgicos, quirúrgicos y pos operatorios.

Dejo constancia de que eximo de toda responsabilidad a la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), a la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal" y al personal que en ella labora, por las eventualidades que sobre el estado de salud puedan sobre venir como consecuencia de las maniobras médicas o clínico quirúrgicas que sean aplicadas de manera correcta.

El personal médico no se hace responsable de los animales que por su naturaleza no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños a terceros.

Declaro que se me fue informado sobre los riesgos, ventajas y/o desventajas de los procedimientos quirúrgicos Ovario histerectomía (OVH) u Orquiectomía (Castración) al que será sometido el paciente de mi propiedad.

De manera expresa autorizo al personal de la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), y de la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal", acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos, que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

NOTA: El propietario manifiesta haber realizado ayuno de 12 horas a su mascota.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 12 de 07 / 2024.

FIRMA: Gloria Rincón
C.C: 1.053322990
TELÉFONO: 3227151150

Chiquinquirá

CHIQUINQUIRÁ
ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRÁ

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Libertad y Orden

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CONTRASEÑA



DUPLICADO CC
1.053.322.990

APELLIDOS / NOMBRES
RINCON GONZALEZ
MARIA GLORIA

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO
23-NOV-1985
CHIQUINQUIRA - BOYACA

FECHA DE EXPEDICIÓN
23-ABR-2004

SEXO
FEMENINO

LUGAR DE PREPARACIÓN
CHIQUINQUIRA - CHIQUINQUIRA

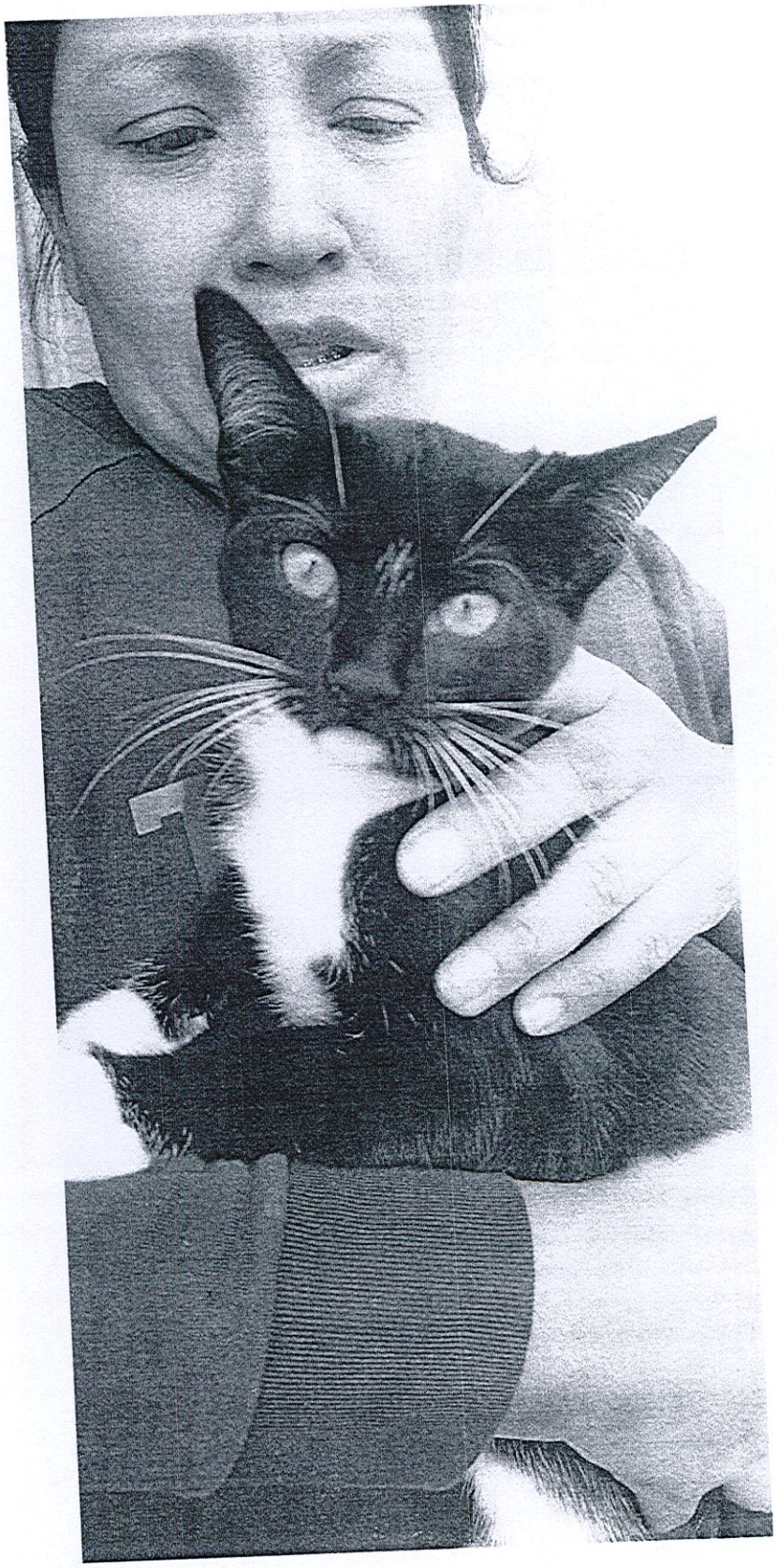
OFICINA DE ENTREGA
CHIQUINQUIRA - CHIQUINQUIRA

322715

- Escanee el código para verificar su autenticidad.
- El titular tendrá un plazo máximo de un (1) año para reclamar el documento a partir de la fecha de producción.

ESTE COMPROBANTE ES

8512116581



691

DEJANDO HUELLA
REFUGIO ANIMAL

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
HISTORIA CLÍNICA

FICHA: 65

FECHA: DIA: 12 MES: 02 2024 | HISTORIA CLÍNICA N°

DATOS DEL PROPIETARIO

NOMBRE: Yarlinidey Ospino IDENTIFICACIÓN: 1056506529
TELÉFONO: 3102835192 VEREDA/BARRIO: Bo Santa Cecilia

HISTORIA DEL PACIENTE

NOMBRE:	Billy	SEXO	MACHO: ☐ HEMBRA: X
ESPECIE:	CANINO ☐ FELINO X	EDAD	5 meses
RAZA	M.	PESO	
COLOR	BLANCO ☐ NEGRO ☐ GRIS X CAFÉ ☐ OTRO ☐		
TEMPERAMENTO	AGRESIVO ☐ DÓCIL X NERVIOSO ☐		
ACTITUD	ALERTA X DEPRIMIDO ☐		

RESEÑA

CONDICIÓN	CALLE:_____ CON PROPIETARIO: X
VACUNACIÓN	ESQUEMA COMPLETO SI___ NO X ANTIRRÁBICA: SI X NO___
HABITAD	CASA: X FINCA: _____ CALLE: _____
CONDICIÓN CORPORAL:	CAQUÉCTICO: ___ DELGADO: ___ IDEAL: X SOBREPESO:_____ OBESO:_____
ENFERMEDAD RECIENTE	SI ___ NO X CUÁL ? ATROPELLADO: SI___ NO X
PLANIFICACIÓN REPRODUCTIVA	SI ___ NO X CUÁL ?
DATOS REPRODUCTIVOS	FECHA ÚLTIMO CELO: X FECHA ÚLTIMO PARTO: X # PARTOS: X

PROCEDIMIENTO A REALIZAR

OVH: X ORQUIECTOMÍA: _____

OBSERVACIONES

MEDICO VETERINARIO Y T.P.: Fabian P MP 43907
FIRMA O SELLO

Chiquinquirá

CHIQUINQUIRÁ
ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRÁ

65

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA Y CIRUGÍA

Nombre del Paciente: Billy.

ESPECIE: Canino: __ Felino: X

SEXO: Macho: __ Hembra: X

Yo Yolanda Espejo Cano. identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 1.056.306.529 de Sonsón Antioquia, expreso mi consentimiento de que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas que estén al alcance la ciencia médico veterinaria y que asumo el riesgo de la presentación de eventualidades, complicaciones o accidentes dentro de los procesos pre quirúrgicos, quirúrgicos y pos operatorios.

Dejo constancia de que eximo de toda responsabilidad a la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), a la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal" y al personal que en ella labora, por las eventualidades que sobre el estado de salud puedan sobre venir como consecuencia de las maniobras médicas o clínico quirúrgicas que sean aplicadas de manera correcta.

El personal médico no se hace responsable de los animales que por su naturaleza no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños a terceros.

Declaro que se me fue informado sobre los riesgos, ventajas y/o desventajas de los procedimientos quirúrgicos Ovario histerectomía (OVH) u Orquiectomía (Castración) al que será sometido el paciente de mi propiedad.

De manera expresa autorizo al personal de la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), y de la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal", acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos, que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

NOTA: El propietario manifiesta haber realizado ayuno de 12 horas a su mascota.

En constancia firmo la presente autorización, hoy _____ de _____ / 2024.

FIRMA: Yolanda Espejo Cano
C.C: 1.056.306.529
TELÉFONO: 3102835142.

Chiquinquirá

ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRÁ


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.056.506.529

ESPEJO CASAS
APELLIDOS

YORLAIDENI
NOMBRES

FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 07-NOV-1994

SAN PABLO DE BORBUR
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

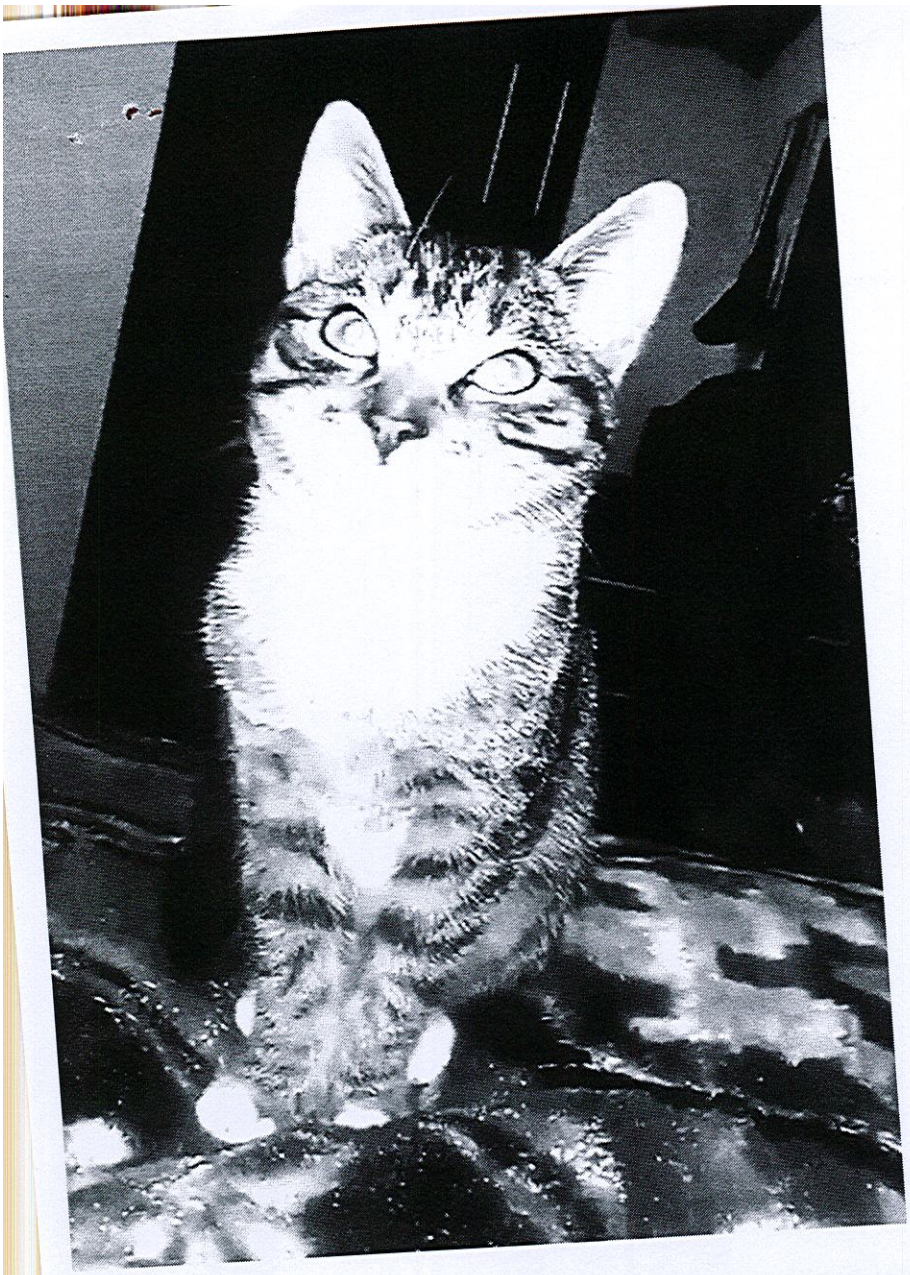
19-NOV-2012 SAN PABLO DE BORBUR
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-0724900-00451890-F-1056506529-20130719 0034043389G 1 30113302

Gahca → Lily
cel. 3102835192





Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registra válido

B7

Fecha de consulta: 09/07/2024

Ficha: 15176029516700000579

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: YORLAIDENI

Apellidos: ESPEJO CASAS

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1056506529

Municipio: Chiquinquirá

Departamento: Boyacá

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 23/05/20

Última actualización ciudadano: 23/05/20

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: ZULAY NAYIV SANCHEZ CASTILLO

Dirección: Calle 17 No 7A - 48 CAM

Teléfono: 7262535 Extensión 122

Correo Electrónico: sisben@chiquinquira-boyaca.gov.co

DEJANDO HUELLA
REFUGIO ANIMAL

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
HISTORIA CLÍNICA

FICHA: 66

FECHA: DIA: 12 MES: 02 2024	HISTORIA CLÍNICA N°

DATOS DEL PROPIETARIO

NOMBRE: Gloria Diaz	IDENTIFICACIÓN: 1053322990
TELÉFONO: 3227151150	VEREDA/BARRIO: Bolivariano.

HISTORIA DEL PACIENTE

NOMBRE:	Kitty	SEXO	MACHO: ___ HEMBRA: X
ESPECIE:	CANINO ___ FELINO X	EDAD	5 meses
RAZA		PESO	
COLOR	BLANCO ___ NEGRO X GRIS ___ CAFÉ ___ OTRO ___		
TEMPERAMENTO	AGRESIVO ___ DÓCIL X NERVIOSO ___		
ACTITUD	ALERTA X DEPRIMIDO ___		

RESEÑA

CONDICIÓN	CALLE:___ CON PROPIETARIO: X
VACUNACIÓN	ESQUEMA COMPLETO SI___ NO X ANTIRRÁBICA: SI V NO___
HABITAD	CASA: X FINCA: ___ CALLE: ___
CONDICIÓN CORPORAL:	CAQUÉCTICO: ___ DELGADO: ___ IDEAL: X SOBREPESO:___ OBESO:___
ENFERMEDAD RECIENTE	SI ___ NO X CUÁL ? ATROPELLADO: SI___ NO X
PLANIFICACIÓN REPRODUCTIVA	SI ___ NO X CUÁL ?
DATOS REPRODUCTIVOS	FECHA ÚLTIMO CELO: X FECHA ÚLTIMO PARTO: X # PARTOS: X

PROCEDIMIENTO A REALIZAR

OVH: X ORQUIECTOMÍA: ___

OBSERVACIONES:

MEDICO VETERINARIO Y T.P.: Fabian P
MP 43902
FIRMA O SELLO

Chiquinquirá

CHIQUINQUIRÁ
ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRÁ

677

680

695

680

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA Y CIRUGÍA

DEJANDO HUELLA
REFUGIO ANIMAL

Nombre del Paciente: Kitty.

60

ESPECIE: Canino: __ Felino: X

SEXO: Macho: __ Hembra: X

Yo Gloria Rincón identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 1.053322990 de Chiquinquirá, expreso mi consentimiento de que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas que estén al alcance la ciencia médico veterinaria y que asumo el riesgo de la presentación de eventualidades, complicaciones o accidentes dentro de los procesos pre quirúrgicos, quirúrgicos y pos operatorios.

Dejo constancia de que eximo de toda responsabilidad a la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), a la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal" y al personal que en ella labora, por las eventualidades que sobre el estado de salud puedan sobre venir como consecuencia de las maniobras médicas o clínico quirúrgicas que sean aplicadas de manera correcta.

El personal médico no se hace responsable de los animales que por su naturaleza no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños a terceros.

Declaro que se me fue informado sobre los riesgos, ventajas y/o desventajas de los procedimientos quirúrgicos Ovario histerectomía (OVH) u Orquiectomía (Castración) al que será sometido el paciente de mi propiedad.

De manera expresa autorizo al personal de la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), y de la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal", acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos, que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

NOTA: El propietario manifiesta haber realizado ayuno de 12 horas a su mascota.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 12 de 07 / 2024.

FIRMA: Gloria Rincón
C.C: 1.053322990
TELÉFONO: 3227151150

Chiquinquirá

CHIQUINQUIRÁ
ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRÁ

DEJANDO HUELLA
REFUGIO ANIMAL

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
HISTORIA CLÍNICA

FICHA: 67

FECHA: DIA: 12 MES: 07 2024 | HISTORIA CLÍNICA N°

DATOS DEL PROPIETARIO

NOMBRE: Jessita Pineda | IDENTIFICACIÓN: 1033348082
TELÉFONO: 3219871072 | VEREDA/BARRIO: Bellavista

HISTORIA DEL PACIENTE

NOMBRE:	Cloe	SEXO	MACHO: ☐ HEMBRA: X
ESPECIE:	CANINO X FELINO ☐	EDAD	2 años 3 mes
RAZA	M.	PESO	
COLOR	BLANCO ☐ NEGRO ☐ GRIS ☐ CAFÉ X OTRO ☐		
TEMPERAMENTO	AGRESIVO ☐ DÓCIL X NERVIOSO ☐		
ACTITUD	ALERTA X DEPRIMIDO ☐		

RESEÑA

CONDICIÓN	CALLE:_____ CON PROPIETARIO: X		
VACUNACIÓN	ESQUEMA COMPLETO SI ✓ NO ___	ANTIRRÁBICA:	SI ✓ NO ___
HABITAD	CASA: X FINCA: ___ CALLE: ___		
CONDICIÓN CORPORAL:	CAQUÉCTICO: ___ DELGADO: ___ IDEAL: X SOBREPESO: ___ OBESO: ___		
ENFERMEDAD RECIENTE	SI ___ NO X CUÁL ?	ATROPELLADO:	SI ___ NO X
PLANIFICACIÓN REPRODUCTIVA	SI ___ NO X CUÁL ?		
DATOS REPRODUCTIVOS	FECHA ÚLTIMO CELO: X	FECHA ÚLTIMO PARTO: X	# PARTOS: X

PROCEDIMIENTO A REALIZAR

OVH: X ORQUIECTOMÍA: _____

OBSERVACIONES:

MEDICO VETERINARIO Y T.P.: Fabio C
FIRMA O SELLO MP 43902

Chiquinquirá
CHIQUINQUIRÁ
ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRÁ

67

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA Y CIRUGÍA

Nombre del Paciente: Cloe

ESPECIE: Canino: X Felino: ___

SEXO: Macho: ___ Hembra: X

Yo Yesica Pinzon identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 1053348087 de Chiquinquirá, expreso mi consentimiento de que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas que estén al alcance la ciencia médico veterinaria y que asumo el riesgo de la presentación de eventualidades, complicaciones o accidentes dentro de los procesos pre quirúrgicos, quirúrgicos y pos operatorios.

Dejo constancia de que eximo de toda responsabilidad a la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), a la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal" y al personal que en ella labora, por las eventualidades que sobre el estado de salud puedan sobre venir como consecuencia de las maniobras médicas o clínico quirúrgicas que sean aplicadas de manera correcta.

El personal médico no se hace responsable de los animales que por su naturaleza no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños a terceros.

Declaro que se me fue informado sobre los riesgos, ventajas y/o desventajas de los procedimientos quirúrgicos Ovario histerectomía (OVH) u Orquiectomía (Castración) al que será sometido el paciente de mi propiedad.

De manera expresa autorizo al personal de la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), y de la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal", acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos, que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

NOTA: El propietario manifiesta haber realizado ayuno de 12 horas a su mascota.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 12 de Julio / 2024.

FIRMA: Yesica Pinzon
C.C: 1053348087.
TELÉFONO: 3219870172.

Chiquinquirá | ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRÁ