OBLIGACION 06

ENCARGARSE DEL CUIDADO Y MANUNTENCION DE LOS ANIMALES QUE SE ENCUENTREN ALOJADOS EN EL ALBERGUE MUNICIPAL Y SU ATECION VETERINARIA

CENSO DE ANIMALES RESIDENTES EN EL ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA A MAYO 2025.

22 FELINOS EN LA GATERA Y 80 CANINOS ADULTOS Y 14 CACHORROS UN TOTAL DE * 116 ANIMALES

TOTAL, DE ANIMALES RESIDENTES EN EL ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 116

PERRERA 1 3 CANINOS.

BRUNO, HIENA, CARMEN,

PERRERA 2. 10 CANINOS

SACHA, BLANQUITA, TULIA, CHUECA, BRANDY, PALOMA, RATONA, TERESO, BONY, MONOMOCHO,

PERRERA 3. 6 CANINOS.

NEGRO 1, NEGRO2, CARLOTA, DEBORA, ARDILLO, MACHA

PERRERA 4. 10 CANINOS

LIBARDO, ESPERANZA, LUPE, VIEJO IDIME, LUISA, PAPAYA, ROSA, BARSINA, EDUARDA, SEBASTIAN

PERRA 5 . 10 CANINOS

ROSENDA, MATEO GRANDE, MATEO PEQUEÑO, CANELA, MAMAMECHAS, HACHY, MOLLY, VIEJO DE TULIA

PERRERA 6 19 CANINOS

PIPE, PALOMA, LOKA, MARYCRUZ, HIJA DE OJONA, TAYSON, HOMERO, CHILLONA, CHILLON, LORE, NEGRA MOCHA, NEGRA, TARA, MOROCHA, ESTRELLA, MECHAS, MAYI

PERRERA 7. 14 CANINOS.

MAURICIO, NIEVES, GINEBRA, PULGA, FLAQUINI, FERCHA, VENECA, DULCE CLARENA, OJONA, CANTARITO, COLLY Y LAS DOS HIJAS

PERRERA 8 CORREDOR. 10 CANINOS 12 CACHORROS

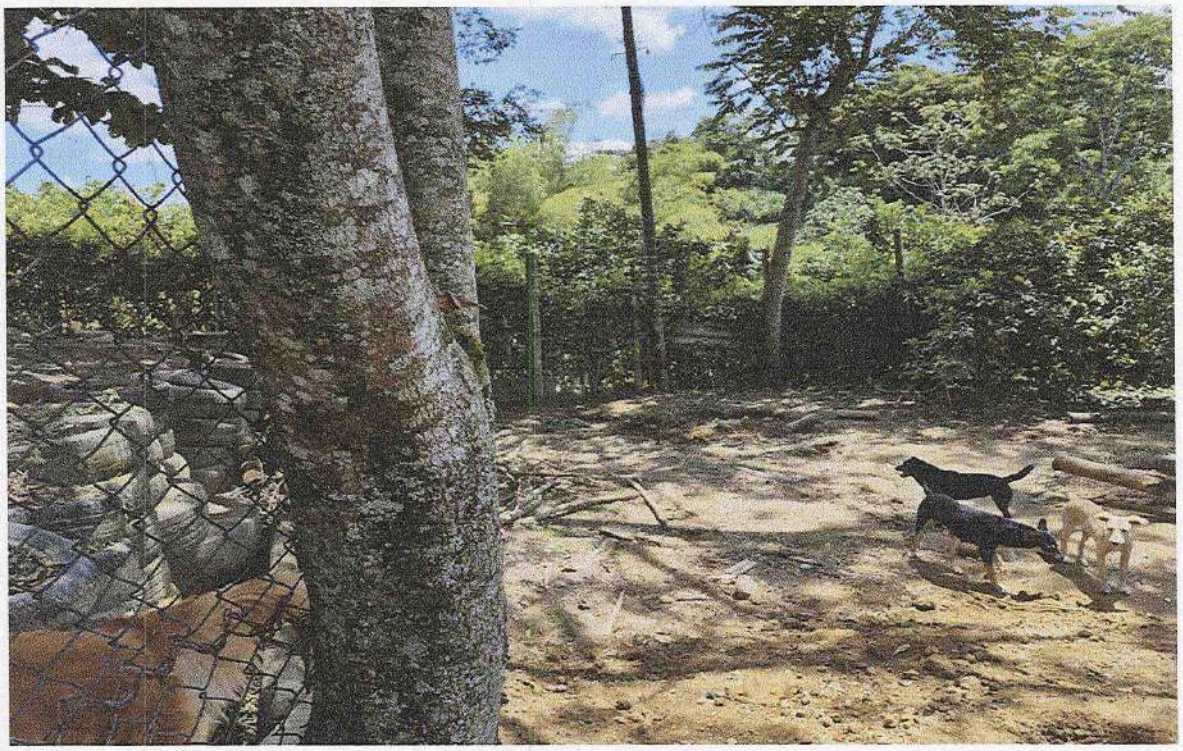
MULETAS, ONEIDA, PAPUCHO, YOLI, ZARA, CARLITOS, RANDY, ROSENDAI, 12 CACHORROS RESCATADOSDE LA VEREDA PIZAMAL Y LA MAMA, luna.

OBLIGACION 09

ADELANTAR ACCIONES CORRESPONDIENTES A DAR CUMPLIMIETO A LOS HALLAZGOS U OBSERVACIONES QUE REALIZA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL E INFORMAR A LA SUPERVISORA DEL CONVENIO DE TODAS LA VISITAS QUE SE REALICEN

FOTOS MES DE MAYO 20025.

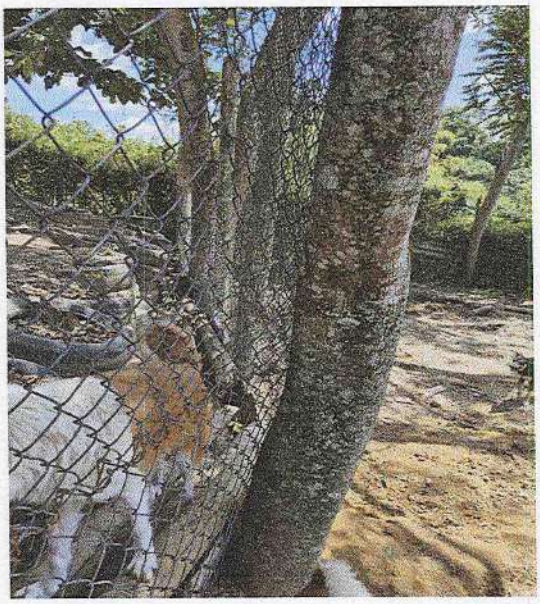
En el mes de Mayo 2025, se repararon las cerca del albergue, ya que estaban muy deterioradas, se les cambio las mallas y se le cambiaron los postes de soporte, para evitar que los caninos se salgan y deambulen.





FOTOS MES DE MAYO 20025.

En el mes de Mayo 2025, se repararon las cerca del albergue, ya que estaban muy deterioradas, se les cambio las mallas y se le cambiaron los postes de soporte, para evitar que los caninos se salgan y deambulen.





OBLIGACION 11

Realizar una jornada de adopción, programas de impacto.

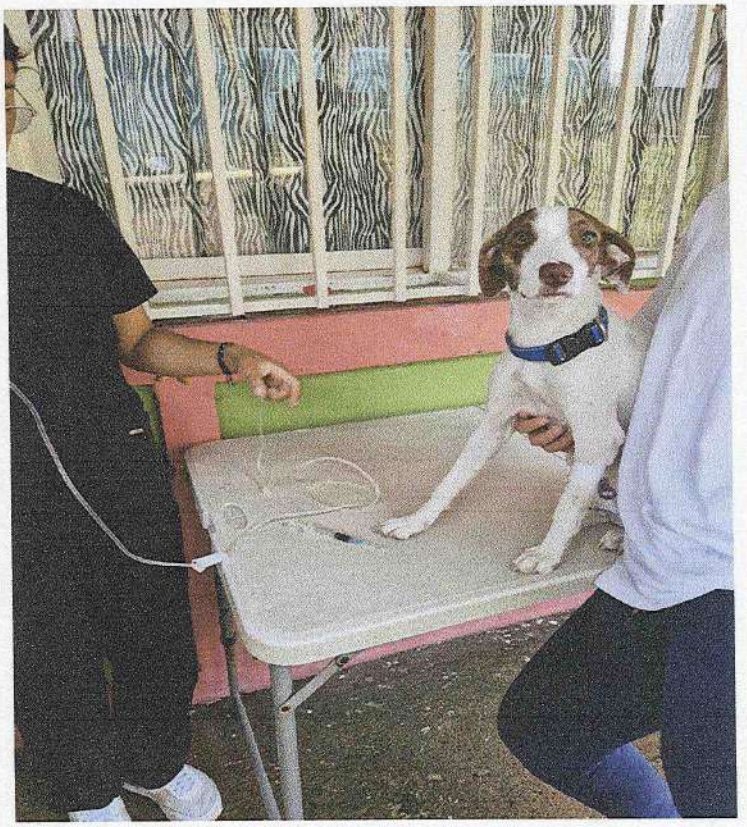
La fundación durante el período del mes de mayo del 2025

Realizo programas de ADOPCION, CONSULTAS MEDICAS, EUTANACIAS

FOTOS MES DE MAYO.

ADOPCIONES CONSULTAS EUTANACIAS



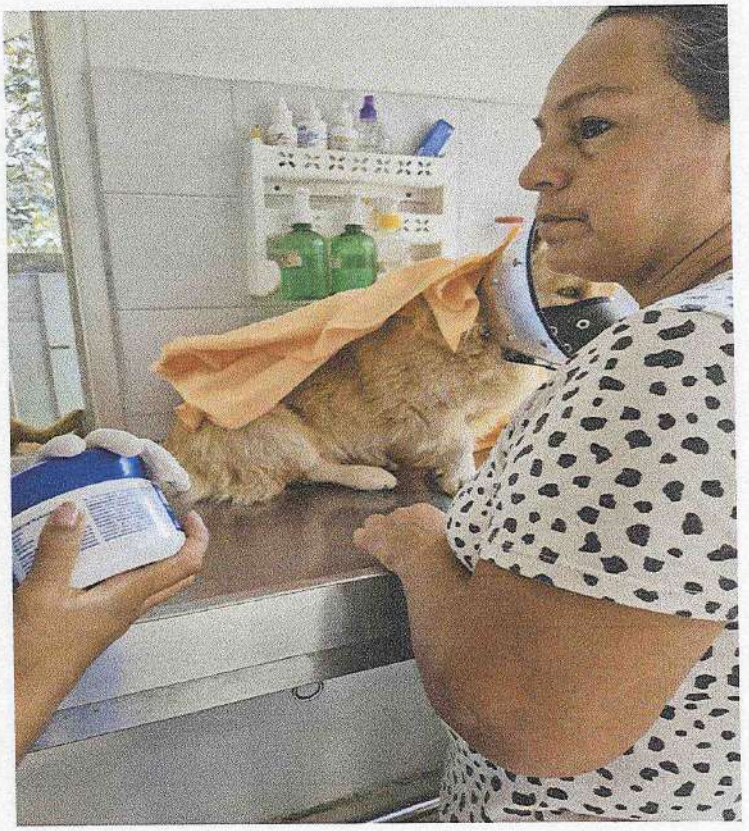




FOTOS MES DE MAYO.

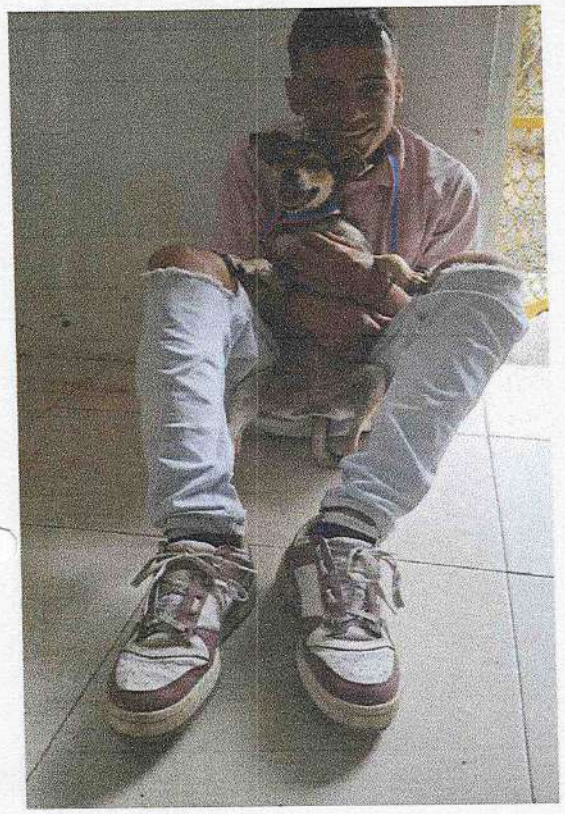
ADOPCIONES CONSULTAS EUTANACIAS

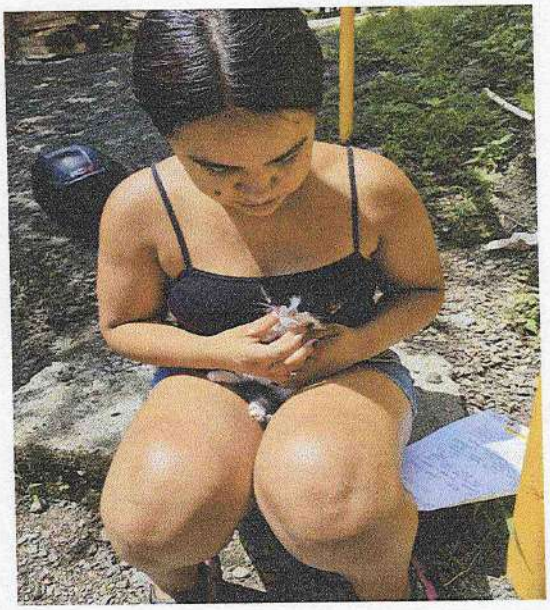






FOTOS MES DE MAYO.









Consultas Mayo - 2025

MUNICIPIO DE LA TEBAIDA 2025

MES Mayo AÑO 2025

Nº	NOMBRE	CEDULA	DIRECCION	TELEFONO	FELINO	CANINO	FIRMA
1	claudia milena zuleta	1096032750	Alfonso calle 8 5-28	3127287583		X	077y
2	Eliana Rodriguez.	29307339	cir 5 8-39 Alfonso	3137468614	X		pepe.
3	manuela giron	1096040376	pisamos mz 5 c7	3207441808		X	muñeca
4	samuel david quintero.	1003221808	nuevatebaida mz 7 cq	3163636368	X		Sieya
5	yuri leon leon	1096039789	Guayacanes mz 7 c22	3105865850		X	Stuard.
6	luis guillermo marin	1094880480	nueva tebaida mz 8 cq	3183844891	X		Pachito
7	luz mery caicedo	24997555	Hacienda mz 3 c8	3147382576		X	peluche.
8	margarita brandon.	41870378	pisamos mz 1 cq.	3234503458		X	morocho
9	luz velasquez	24499740	oasis vida mz 2 c18	3197935579.		X	Gaia
10	leidy peña.	1096034692	Calle 7. 7-58	3005504761		X	MAX.
11	juan camilo bedoya	1096032691	puerta del e 15-306	3135447092	X		eva
12	kevin. jaramillo	1094901476	Mz 3 c23	3207814496	X		Ricky
13	mantza vanegas	41872665.	oasis de vida mz 4 c2.	3161359877		X	Bruno.
14	jhon. mallon Cortes	1005160134	Mz 2 43 T	3212401295		X X	gusi y kiara (perros)

14

CONSULTAS VETERINARIAS

ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2025

MES Mayo AÑO 2025

Nº	NOMBRE	CEDULA	DIRECCION	TELEFONO	FELINO	CANINO	FIRMA	OBSERVACIONES
	Katerin Medina	1003373572	B/ Hda Medina	3107311686	X		Michi	
	Luis F Castro	1096041066	B/ M731-19. Hda	3104815292		X	Lun.	
	Orfilia Alzate	24494862	Fabrm m20-3	3117740413	X		Terry	
	Deyanira Zolarte	41871187.	Vereda alambrado	3144746622.	X		Taylon	
	Adriana Isaza.	31041637.	Via 38 t. Diamante	3218599207		X	pequi	
	Brus S Bueno	1007168290	Alto C #34	3234781386		X	AMBAR	
	Luisa fernanda	1096038719	cantarito mzk c9.	3106122980		X	Leo.	
	Jesus A Velez	9806383.	Mz H2.	3122499593		X	SACHA	
	Alejandra Ruiz	1095208170	Cra 9. 7/41	3246924981		X	Ero)	
	Jorge Jose Usama	1096040795	Barrio Esdelcomas	3012027186		X	FIFI	
	Yezica Quintero	1116434149	Manzana 45 casa 9	3225061500	X		Princesa	
	Juliana Escobar.	1005091662	Mz H 2	3206904230		X	Morga	
	Carolina Garcia	1096034084	Cristales Mz OC72	3113077037	X		niña	
	Carlos Daniel	1095209522		3022119464	X		niña.	
	Abelardo Lara	15920085	Mz 309 Mz 2	3114218660	X		Pola	(baba)
	Yeferny almanza	1133869907	Hacienda Piscinal	3017981664	X		milo	
	Omar Marin	12108933	cra 7 calle 7 1/2 10	3105207372		X	milo	
	Jhon S Solarte.	No sabe	Alb casa 4	No sabe		X	Peluche.	
	Marieta Valencia	42096166	Calle 45 10-60	3126089900		X	Kiara	
	Jacqueline Moreno	1005093721	Arupm mz6-4	3218536307		X	Rocky/	Mano
	Pedro J Galeano	9807739.	Progreso	3127253259		X	milo	Desg.
	Leonardo Cardona	75032921	43 C 7. Centro	3117806603	X		pulgas	(Pelo)

22

22
21
14

CONSULTAS DIARIAS COSO MUNICIPAL

COSO MUNICIPAL

MES Mayo AÑO 2025

Nº	NOMBRE	CEDULA	DIRECCION	TELEFONO	FELINO	CANINO	FIRMA	OBSERVACIONES
	Gloria (DONS)		Km. Corrales	3183513884	7 X		Muñeca	
	Andres Gutierrez	1096039524	B. Unidos mico	3216974884	2		mico - pepa.	->piloro
	Anderson morales	1096041411	n. tebaida m43.18	3007489676	1		tom	
	Maria I. valencia	51701724	la Cuba	3116090591		1	Kira	
	edy Alvarez	31488230	F. alto bonito	3133891098		1	Fernanda	
	Yamile Cardona	41872259	B/parchitos #12-46	3234338200		X	Yamile Cardona	Alcaldia
	Edgar Heraso	16594426	Cra. #13-40	3155481887	1		Martina	1 ofrenda.
	Mary Carmen	24498437	Oriente	3113381491		1	Dulce	
	Jackeline Guzman	1116912535	M726 C13 n. tebai.	3008446233		1	Gitana.	
	Alexandra Solarte	1061695405	M72 - Arrayanes	3137379888		1	Mango	
	Gloria Gutierrez	24499754	M+#2 M749-15	3233415403		1	Sandy	
	maria jose morales.	1097864570	Cr 10 #4-18	3143566627	1		Don gato	
	MARY. mayorquin	24498175	Cra 64 4-34	3146796997		1	Bruno	Negra
	Jhon Cepeda	9807762	mirador C5	3106513222	1		Callejero	
	Marcel Rodriguez.	1095178707	calle 7 #9-56.	3006127570	1		Alaska.	
	Luz elena Serna.	63287111.	M730C9 n. tebaida	3172488689.	1		NINO.	
	MARY J Fernanda	1095208586	M+2 A M750 1	3206702160	1		C Hechavarria	Oreja
	Danny M Herrera	1096034452	Cra 9-63	3105189155		1	RAISA	
	mar, bernal.	29126457	n. tebaida m726 C7	3153235545	1		pepe.	
	yeni marcela Henao	1096034961	cantarito m43 c26	3028330070		1	ROCKY.	
	claudia patricia.	43678783.	n. tebaida m73 c17	3104482688		1	Kiara.	

22

CENTRO DE SALUD Y BIENESTAR ANIMAL/ALBERGUEMUNICIPALDE LA TEBAIDA

ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2025

REGISTRO Y AUTORIZACION DE EUTANACIA

26 / 05 2024

I. Datos de la mascota					
Nombre	Luna [redacted]		Sexo: M ○ H ⊗		
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 ○ plitraumatismo					
○ Hipotermia ○ desnutricion severa ○ otros					

II. Datos del propietario	
Nombre: Ceney Osorio	T.I./C.C. 41 872 222
Dirección: Los Alpes Aurora 4 # 15 21	Teléfono: 310 383 06 64
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, Ceney osorio Benitez identificado (a) como aparece al pie de la firma, propietario (a) y/o responsable de la mascota llamada Luna, especie canino ___ Felino X 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.

Ceney Osorio
Firma C.C.

La Tebaida Q. 28/05/2025

*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:
Firma del profesional responsable del procedimiento de eutanasia:

CENTRO DE SALUD Y BIENESTAR ANIMAL/ALBERGUEMUNICIPALDE LA TEBAIDA

ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2025

REGISTRO Y AUTORIZACION DE EUTANACIA

I. Datos de la mascota					
Nombre	Diamer		*Sexo: M ○ H ⊗*		S
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 ○ plitraumatismo					
○ Hipotermia ○ desnutricion severa ○ otros					
Calicivirus en etapa Avanzada					

II. Datos del propietario	
Nombre: Albergue Municipal	*T.I./C.C.* 41912415
Dirección:	*Teléfono:* 3178553398
E-mail: albergue@gmail.com	*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, Albergue Municipal identificado (a) como aparece al pie de la firma, propietario (a) y/o responsable de la mascota llamada _____, 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.

Firma C.C 41912415 La Tebaida Q. 20/05/2025

*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:
Firma del profesional responsable del procedimiento de eutanasia:

CENTRO DE SALUD Y BIENESTAR ANIMAL/ALBERGUEMUNICIPALDE LA TEBAIDA

ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2025

REGISTRO Y AUTORIZACION DE EUTANACIA

I. Datos de la mascota					
Nombre Chocolate			*Sexo: M* ⊗ *H* ○		
Especie	*Canino* ⊗ *Felino* ○		*raza* Criollo	*Peso Aprox.* 27	
Edad	7	*Color* Amari	*Pelaje* Corto		
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: Carlos alberto Urtado	*T.I./C.C.* 9809409
Dirección: Calle 5 # 9-28	*Teléfono:* 3105131934
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, _____ 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.* 9809409 La Tebaida Q. 13/05/2025

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:
Firma del profesional responsable del procedimiento de eutanasia:

CENTRO DE SALUD Y BIENESTAR ANIMAL/ALBERGUEMUNICIPALDE LA TEBAIDA

ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2025

REGISTRO Y AUTORIZACION DE EUTANACIA

I. Datos de la mascota					
Nombre	paque.		*Sexo: M ⊗ H ○*		
Especie	*Canino ⊗*	*Felino ○*	*raza*	*Peso Aprox.*	
Edad	2 años.	*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: Carolina toro.	*T.I./C.C.* 1094940826
Dirección: Fondaciones m74 c3.	*Teléfono:* 3108317862.
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, _____ identificado (a) como aparece al pie de la firma, propietario (a) y/o responsable de la mascota llamada paque., especie canino X 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.

Carolina toro

Firma C.C.

La Tebaida Q. 14/05/2025

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:
Firma del profesional responsable del procedimiento de eutanasia:

CENTRO DE SALUD Y BIENESTAR ANIMAL/ALBERGUEMUNICIPALDE LA TEBAIDA

ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2025

REGISTRO Y AUTORIZACION DE EUTANACIA

I. Datos de la mascota					
Nombre	tayler.		*Sexo: M (X) H ( )*		P
Especie cocker	*Canino (X)*	*Felino ( )*	*raza*	*Peso Aprox.*	
Edad 17A.		*Color*	*Pelaje*		
Características particulares					
Estado de salud	*buena ( )*		*regular ( )*	*mala ( )*	
Causas por las cuales se le aplicara la eutanacia: (X) enfermedad terminal ( ) plitraumatismo					
( ) Hipotermia ( ) desnutricion severa ( ) otros					

II. Datos del propietario	
Nombre: laura camila vargas	*T.I./C.C.* 1004916070
Dirección: calle 5 10-35 polindar.	*Teléfono:* 3012175126
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, _____ 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.

Laura Vargas
Firma C.C. 1004916070 La Tebaida Q. 18/05/2025

*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:
Firma del profesional responsable del procedimiento de eutanasia:

CENTRO DE SALUD Y BIENESTAR ANIMAL/ALBERGUEMUNICIPALDE LA TEBAIDA

ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2025

REGISTRO Y AUTORIZACION DE EUTANACIA

I. Datos de la mascota					
Nombre	Pipy	Sexo: M ☒ H ○			
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 ○ plitraumatismo ○ Hipotermia ○ desnutricion severa ○ otros					
Respirado mal					

II. Datos del propietario	
Nombre: Kelly Johana Parra	T.I./C.C.
Dirección: Nueva Tebaida MZ 33 #19	Teléfono: 3148639641
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, Kelly 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.

Kelly Parra

Firma C.C. 1004798664 La Tebaida Q. 12/05/2025

*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:
Firma del profesional responsable del procedimiento de eutanasia:

LA TEBAIDA

FUNAT

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA 2025.

FECHA DE ADOPCION 20-05-2025

DATOS DEL ADOPTANTE						
Nombres y apellidos:	Maria Gonzalez			*C.C.*	25057684	
Dirección:	*Barrio*			3233881733		
DATOS DE LA MASCOTA ADOPTADA:			*Cel.*	**Adulto** (X)	**Cachorro** ( )	
Especie:	**Canino** ( )	**Felino** (X)	**Sexo:**	**H** (X)	**M** ( )	
Raza:		**Color:** Amarilla.		**Edad:** 7 meses		
Características particulares	Gata Operada.			**Carnet de vacunación** SI ( ) NO (X)		
Estado de salud:				**Peso:**		
Estado corporal	**Normal** (X)	**Desnutrido** ( )	**Sobrepeso** ( )			
Procedencia de la mascota	**Callejera** (X)	**abandonada** ( )	**Con dueño** ( )			

comprometido fielmente a cuidarla, amarla, alimentarla mínimo dos veces al día, bañarla, cepillarla, pasearla, vacunarla, brindarle servicios medico veterinarios Y **A QUE NUNCA LA ABANDONARE, NI LA MALTRATARÉ, NI LA VENDERÉ**

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, COMO ADOPTANTE ACEPTO 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)**

María Gonzalez

COPIA ADOPTANTE

Favor presentar este certificado N° con el fin de 2023programarle la esterilización para el mes de _____del año __23_, el día se le asignara de acuerdo a la disponibilidad presupuestal y de



CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA 2025.

DATOS DEL ADOPTANTE 18-05-2025			
s:NOMBRE Vladimir	*APELLIDO* Ospina	*C.C.* 1007442740	
Dirección:	*Barrio*	Adulto (X)	Cachorro ( )
Tel. fijo		*Cel.* 3217518465	
Especie: Canino ( )	Felino (X)	Sexo: H ( )	M (X)
Raza:	Color: Gris / Blanco Makalele	Edad:	
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, Vladimir Ospina., **identificado(a) con C.C.** 1007442740, **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

Vladimir Ospina

funcionario que entrega

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA 2025

CONVENIO DE ADOPCION

*Esterilizacion Gratis a los 6 meses.

*Dejo primer vacuna paga.

DATOS DEL ADOPTANTE			22-05-2025
Nombres y apellidos:	Jenifer Erazo	*C.C.*	1096040277
Dirección:	*Barrio*		

DATOS DE LA MASCOTA ADOPTADA:				*Cel.*	**Adulto ( )**	**Cachorro (X)**
Especie:	**Canino ( )**	**Felino (X)**		**Sexo:**	**H ( )**	**M (X)**
Raza: Criollo		**Color:** Gris			**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 (X)**	**abandonada ( )**	**Con dueño ( )**			

comprometido fielmente a cuidarla, amarla, alimentarla mínimo dos veces al día, bañarla, cepillarla, pasearla, vacunarla, brindarle servicios medico veterinarios Y **A QUE NUNCA LA ABANDONARE, NI LA MALTRATARÉ, NI LA VENDERÉ**

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, COMO ADOPTANTE ACEPTO 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)**

COPIA ADOPTANTE

Favor presentar este certificado N° con el fin de 2023programarle la esterilización para el mes de _____del año __23_, el día se le asignara de acuerdo a la disponibilidad presupuestal y de programación



CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA 2025

CONVENIO DE ADOPCION:

DE ADOPCION No FECHA 25-05-2025

DATOS DEL ADOPTANTE					
s:NOMBRE Ilenifer	*APELLIDO* Erazo			*C.C.* 1096040277	
Dirección: barr Canta Bloc 7	*Barrio* Cantarito		Adulto (X)	Cachorro (X)	
Tel. fijo			*Cel.*		
Especie:	Canino ( )	Felino (X)	Sexo:	H ( )	M ( )
Raza: Criollo		Color: Gris		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 (X)	Con dueño ( )	

Yo, Jenifer Erazo **, identificado(a) con C.C.** 1096040277 **, 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*

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA 2025

CONVENIO DE ADOPCION:

DE ADOPCION No FECHA 25-05-25

1 Vacuna Rabia Resta = 6.000

DATOS DEL ADOPTANTE Galleta				
s:NOMBRE Mariana	*APELLIDO* Quintana		*C.C.* 1005099048	
Dirección: Cr 7-10-56	*Barrio* Alfonso lopez		Adulto ( )	Cachorro (X)
Tel. fijo		*Cel.*		
Especie: Canino ( )	Felino (X)	Sexo:	H (X)	M ( )
Raza:	Color: Pintadita		Edad: 1 mes	
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, Mariana Quintana **, identificado(a) con C.C.** 1005099048 **, 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:

Mariana Quintana 1005099048
Firma del dueño

Alejandra Soto
funcionario que entrega

CONVENIO DE ADOPCION:

DE ADOPCION No FECHA 26 05 2024

DATOS DEL ADOPTANTE			
s:NOMBRE Mayerli	*APELLIDO* Andreu Morales	*C.C.* 1096040799	
Dirección MZN 6 C	*Barrio* El canturito	Adulto ( )	Cachorro ( )
Tel. fijo # 7		*Cel.* 321 660 26 38	
Especie: Canino ( )	Felino (X)	Sexo: H ( )	M ( )
Raza:	Color: tigrillo	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, Mayerli Andreu Morales **identificado(a) con C.C.** 1096040799 **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:

Mayerli Andreu Morales

Firma del dueño

funcionario que entrega Gloria Elsy Palacios

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA 2025

CONVENIO DE ADOPCION:

DE ADOPCION No FECHA 26 05 2023

DATOS DEL ADOPTANTE				
s:NOMBRE Jennifer	*APELLIDO* Medina Hernández		*C.C.* 1005134345	
Dirección: la patria	*Barrio* Parques de Bolivar		Adulto ( )	Cachorro (X)
Tel. fijo			*Cel.* 3128230227	
Especie:	Canino ( )	Felino (X)	Sexo:	H ( ) M ( )
Raza:		Color: Negro		Edad: 2 MESES
Características particulares				Carnet de vacunación SI ( ) NO ( )
Estado de salud:				Peso:
Estado corporal	Normal ( )	Desnutrido ( )		Sobrepeso ( )
Procedencia de la mascota	Callejera ( )	abandonada ( )		Con dueño ( )

Yo, Jennifer Medina, identificado(a) con C.C. 1005734345, **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:

Jennifer M
Firma del dueño
1005734345

funcionario que entrega
Gloria Elsy Palacio

CONVENIO DE ADOPCION:

DE ADOPCION No FECHA 26 05 2025

DATOS DEL ADOPTANTE			
s:NOMBRE Briana	*APELLIDO* Orjuela	*C.C.*	
Dirección: calle 18 D	*Barrio* Ciudad Fontibón	Adulto ( )	Cachorro ( )
Tel. fijo Vi3A #97 35 Bogotá *Cel.* 314 6722 573			
Especie: Canino ( )	Felino ( )	**Sexo:** H ( )	M ( )
Raza:	**Color:** Tenizo	**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, Briana Orjuela Garcia **, identificado(a) con C.C.** X **, 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:

Briana Orjuela G.

Firma del dueño

X

funcionario que entrega

Gloria Elsi Pulecio

CONVENIO DE ADOPCION:

DE ADOPCION No FECHA 27-05-25

Paga Vacuna Costo

DATOS DEL ADOPTANTE					
s:NOMBRE Anyi	*APELLIDO* Molina			*C.C.* 1009285257	
Dirección: M2 ES-21	*Barrio* Cantarito		Adulto ( )	Cachorro (X)	
Tel. fijo		*Cel.*			
Especie:	Canino ( )	Felino (X)	Sexo:	H (X)	M ( )
Raza:		Color: Gris		Edad: 2meses	
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, Anyi Molina, identificado(a) con C.C. 1009285257, **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:

Angie Molina
1092852357
Firma del dueño

Abejandra Soto
funcionario que entrega

CONVENIO DE ADOPCION:

Costy

DE ADOPCION No FECHA 27-05-25

DATOS DEL ADOPTANTE				
s:NOMBRE Jesus Alberto	*APELLIDO* Herrera		*C.C.* 24.161.843	
Dirección:	*Barrio* via valle - finca		Adulto ( )	Cachorro (X)
Tel. fijo		*Cel.* 3143740108		
Especie: Canino ( )	Felino (X)	Sexo:	H ( )	M ( )
Raza:	Color: negrita		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, Jesus Alberto Herrera **, identificado(a) con C.C.** 24-161-843 **, 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:

Jesus 24161843
Firma del dueño

Alejandra Soto
funcionario que entrega

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA 2025

CONVENIO DE ADOPCION:

DE ADOPCION No FECHA 27-05-25

Transfieren vacuna 2 cachorros gaticos

DATOS DEL ADOPTANTE					
s:NOMBRE Angela	*APELLIDO* Gil			*C.C.* 53132471	
Dirección: Cl 12-8-52	*Barrio* Sector Florida alta			Adulto ( )	Cachorro (X)
Tel. fijo			*Cel.*		
Especie:	Canino ( )	Felino (X)	Sexo:	H (X)	M ( )
Raza:		Color: Trigurilla-Negro		Edad: 2 mese	
Características particulares		Primera vacuna finales de Julio a principios Agosto		Carnet de vacunación SI ( ) NO (X)	
Estado de salud:				Peso:	
Estado corporal		Normal (X)	Desnutrido ( )	Sobrepeso ( )	
Procedencia de la mascota		Callejera ( )	abandonada ( )	Con dueño ( )	

Gata

Yo, Angela Gil, identificado(a) con C.C. 53132471, 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:

Angela Gil Reyes
Firma del dueño
53132472

Alejandra Soto
funcionario que entrega

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA 2025.

DATOS DEL ADOPTANTE 20/05-2025			
s:NOMBRE ANA	APELLIDO Sofia. Rojas	C.C. 1095178974	
Dirección: Cantaclo mz64. 2	Barrio	Adulto ( )	Cachorro (X)
Tel. fijo		Cel. 3003446483	
Especie: Canino ( )	Felino (X)	Sexo: H ( )	M (X)
Raza:	Color: Bln	Edad: 2 meses	
Características particulares Gato		Carnet de vacunación SI ( ) NO ( )	
Estado de salud:		Peso:	
Estado corporal	Normal (X)	Desnutrido ( )	Sobrepeso ( )
Procedencia de la mascota	Callejera ( )	abandonada ( )	Con dueño ( )

Gato 1

Yo, Ana S Rojas, identificado(a) con C.C. 1095-178974, 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:

Ana Sofia Rojas
Firma del dueño

funcionario que entrega

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA 2025

CONVENIO DE ADOPCIONES ALBERGUE MUNICIPAL

DE ADOPCION No FECHA 18/05-2025

DATOS DEL ADOPTANTE					
s:NOMBRE clodia	*APELLIDO* patricia .43678783			*C.C.* marin	
Dirección: M7 15 C17	*Barrio* nueva tebaida		Adulto ( )	Cachorro (X)	
Tel. fijo		*Cel.*			
Especie:	Canino (X)	Felino ( )	Sexo:	H (X)	M ( )
Raza: mestizo		Color: blanca		Edad:	
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, clodia patricia **, identificado(a) con C.C.** 43678783 **, 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

Alexandra I

funcionario que entrega

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA 2025

CONVENIO DE ADOPCION:

Paga 1 primer vacuna y abona a la segunda = 15.000

DE ADOPCION No FECHA 22-May-25

DATOS DEL ADOPTANTE					
s:NOMBRE Jose	*APELLIDO* Alvarez			*C.C.* 31797189	
Dirección: 6-61 Cr 8 calle 8	*Barrio* Pisamos		Adulto ( )	Cachorro (X)	
Tel. fijo		*Cel.*			
Especie:	Canino (X)	Felino ( )	Sexo:	H ( )	M (X)
Raza: Criollo	Color: Beich		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 ( )		

Perro

Macho

Criollo

Yo, Jose alvarez, **identificado(a) con C.C.** 31797189, **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:

Jose 31.797.189 — *Firma del dueño*

Alejandra Soto — *funcionario que entrega*

CONVENIO DE ADOPCION:

DE ADOPCION No FECHA 14/05/2025 6940

DATOS DEL ADOPTANTE			
s:NOMBRE Hemily Yuby	*APELLIDO* Gomez A MM472	*C.C.* 1120357360 3217191123	
Dirección:	*Barrio*	Adulto ( )	Cachorro ( )
Tel. fijo		*Cel.*	
Especie: Canino ( )	Felino (X)	Sexo: H ( )	M ( )
Raza:	Color: negro	Edad:	
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, Hemily Gomez, **identificado(a) con C.C.** 1120357360, **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 Hemily Gomez
Firma del dueño

funcionario que entrega

CONVENIO DE ADOPCION:

2 GATOS

DATOS DEL ADOPTANTE 13/05/2025					
Nombres y apellidos:	Sofia Pineda			*C.C.*	41943109
Dirección:	*Barrio*				3173708744
DATOS DE LA MASCOTA ADOPTADA:			*Cel.*	**Adulto ( )**	**Cachorro (X)** 2
Especie:	**Canino ( )**	**Felino (X)**	**Sexo:**	**H ( )**	**M (X)** 2
Raza:		**Color:** 2		**Edad:**	
Características particulares 1 2		6 mes. negro		**Carnet de vacunación** **SI ( ) NO ( )**	
Estado de salud:				**Peso:**	
Estado corporal	**Normal (X)**		**Desnutrido ( )**		**Sobrepeso ( )**
Procedencia de la mascota	**Callejera ( )**		**abandonada ( )**		**Con dueño ( )**

comprometido fielmente a cuidarla, amarla, alimentarla mínimo dos veces al día, bañarla, cepillarla, pasearla, vacunarla, brindarle servicios medico veterinarios Y **A QUE NUNCA LA ABANDONARE, NI LA MALTRATARÉ, NI LA VENDERÉ**

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, COMO ADOPTANTE ACEPTO 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)**

X

COPIA ADOPTANTE

Favor presentar este certificado N° con el fin de 2023programarle la esterilización para el mes de _____del año __23_, el día se le asignara de acuerdo a la disponibilidad presupuestal y de programación



CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA 2025

CONVENIO DE ADOPCION:

Gato

DE ADOPCION No FECHA 20 05 2025

DATOS DEL ADOPTANTE					
s:NOMBRE Alonzo	APELLIDO Sanchez			C.C. 96.48 707	
Dirección: MZN A #2	Barrio la silvia		Adulto (X)	Cachorro ( )	
Tel. fijo Piso 1			Cel. 310 592 48 43		
Especie:	Canino ( )	Felino (X)	Sexo:	H ( )	M ( )
Raza:		Color: Mona		Edad: 1 año	
Características particulares				Carnet de vacunación SI ( ) NO ( )	
Estado de salud: fa esterilizada				Peso:	
Estado corporal		Normal (X)	Desnutrido ( )	Sobrepeso ( )	
Procedencia de la mascota		Callejera ( )	abandonada ( )	Con dueño ( )	

Yo, _____, identificado(a) con C.C. 1698107, 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
1698107

Gloria Palacio
funcionario que entrega

LA TEBAIDA

FUNAT

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA 2025

CONVENIO DE ADOPCIONES ALBERGUE MUNICIPAL

DE ADOPCION No FECHA 6 05 2025

DATOS DEL ADOPTANTE			
s:NOMBRE Aileen Susana	*APELLIDO* López Peralta	*C.C.* 1095551538	
Dirección: MZN 5 #3	*Barrio* Providencia	Adulto ( )	Cachorro X
Tel. fijo		*Cel.* 3172785553	
Especie:	**Canino ( )**	**Felino (X)**	**Sexo:** H ( ) M ( )
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, Susana López Peralta **, identificado(a) con C.C.** 1095551538 **, 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:

Susana López
Firma del dueño

Gloria Palacio
funcionario que entrega

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA 2025

CONVENIO DE ADOPCION:

DE ADOPCION No FECHA 20 05 2024

Costo

DATOS DEL ADOPTANTE					
s:NOMBRE Jennifer	*APELLIDO* Medina			*C.C.* 1005734345	
Dirección: Parques de bolivar	*Barrio* 1er patria		Adulto ( )	Cachorro X	
Tel. fijo			*Cel.* X		
Especie:	Canino ( )	Felino X	Sexo:	H ( )	M ( )
Raza:		Color: Negro		Edad: 6 meses	
Características particulares				Carnet de vacunación SI ( ) NO ( )	
Estado de salud:				Peso:	
Estado corporal		Normal ( )	Desnutrido ( )		Sobrepeso ( )
Procedencia de la mascota		Callejera ( )	abandonada ( )		Con dueño ( )

Yo, Jennifer Medina H., **identificado(a) con C.C.** 1005734345, **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*

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

ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA QUINDIOA
LA TEBAIDA 2025

CONVENIO DE ADOPCION No FECHA 12/05/2025

DATOS DEL ADOPTANTE			
Nombres y apellidos:	Lina M. Ochoa	*C.C.*	1061737047
Dirección:	*Barrio*	3142862329	
Teléfono			

DATOS DE LA MASCOTA A ADOPTAR:	*Cel.*	Adulto ( )	Cachorro (X)
			2m-

Nombre de la mascota entregada en adopción:							
Especie:	Canino ( )	Felino (X)		Sexo:	H (X)	M ( )	
Raza:		Color:			Edad:	2m	
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, Lina M Ochoa **, identificado(a) con C.C.** 1061737047 **, 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 minimo 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.

Responsable del informe

CONVENIO DE ADOPCIONES ALBERGUE MUNICIPAL

Gato

DE ADOPCION No FECHA 08/05/2025

DATOS DEL ADOPTANTE					
s: NOMBRE Diana	*APELLIDO* Caballero			*C.C.* 1097071932	
Dirección:	*Barrio*		Adulto ( )	Cachorro ( )	
Tel. fijo		*Cel.* 3008925402			
Especie:	Canino ( )	Felino (X)	Sexo:	H ( )	M (X)
Raza:		Color: Negro	Edad: 5 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, Diana Caballero, **identificado(a) con C.C.** 1097071932, **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:

Diana Caballero 08/05

Firma del dueño ***funcionario que entrega***

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA 2025

FECHA DE ADOPCION 09/05-2025 Bato

DATOS DEL ADOPTANTE							
Nombres y apellidos:	Eliana Angel			*C.C.*	41914335		
Dirección:	MZA MZ 54-13	*Barrio*		3217750639			
DATOS DE LA MASCOTA ADOPTADA:			*Cel.*	**Adulto ( )**		**Cachorro (X)**	
Especie:	**Canino ( )**	**Felino (X)**		**Sexo:**	**H (X)**		**M ( )**
Raza:		**Color:** tricolor		**Edad:** 2 m.			
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 ( )**		

comprometido fielmente a cuidarla, amarla, alimentarla mínimo dos veces al día, bañarla, cepillarla, pasearla, vacunarla, brindarle servicios medico veterinarios Y **A QUE NUNCA LA ABANDONARE, NI LA MALTRATARÉ, NI LA VENDERÉ**

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, COMO ADOPTANTE ACEPTO 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)**

X Eliana Angel Gaviria

COPIA ADOPTANTE

Favor presentar este certificado N° con el fin de 2023programarle la esterilización para el mes de _____del año __23_, el día se le asignara de acuerdo a la disponibilidad presupuestal y de



CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA 2025

FECHA DE ADOPCION 07/05/2025

DATOS DEL ADOPTANTE					
Nombres y apellidos:	Diana M Mosquera			*C.C.*	1054542826
Dirección:	*Barrio*			3108921467	
DATOS DE LA MASCOTA ADOPTADA:			*Cel.*	**Adulto** (X)	**Cachorro** ( )
Especie:	**Canino** ( )	**Felino** (X)	**Sexo:**	**H** (X)	**M** ( )
Raza:		**Color:** Griseldo		**Edad:** 6 M.	
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** ( )		

comprometido fielmente a cuidarla, amarla, alimentarla mínimo dos veces al día, bañarla, cepillarla, pasearla, vacunarla, brindarle servicios medico veterinarios Y **A QUE NUNCA LA ABANDONARE, NI LA MALTRATARÉ, NI LA VENDERÉ**

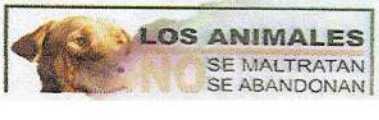
AL FIRMAR ESTE ACUERDO, COMO ADOPTANTE ACEPTO QUE:

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)**

Diana Milena Mosquera 3117228499
3108921467

COPIA ADOPTANTE

Favor presentar este certificado N° con el fin de 2023programarle la esterilización para el mes de _____del año __23_, el día se le asignara de acuerdo a la disponibilidad presupuestal y de



CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA 2025

CONVENIO DE ADOPCION:

DE ADOPCION No FECHA 13 05 2023

DATOS DEL ADOPTANTE			
s:NOMBRE Olga	*APELLIDO* Arango Hidalgo	*C.C.* 47.872.048	
Dirección: MZN D #6	*Barrio* Canturito	Adulto ( )	Cachorro (X)
Tel. fijo		*Cel.* 320 623 3581	
Especie: Canino ( )	Felino (X)	Sexo: H ( )	M ( )
Raza:	Color: Negra	Edad: 1/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, Olga Arango Hidalgo, **identificado(a) con C.C.** 47872048, **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:

Olga Arango H. — *Firma del dueño*

Gloria Peñaloza — *funcionario que entrega*

LA TEBAIDA

FUNAT

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA 2025

CONVENIO DE ADOPCIONES ALBERGUE MUNICIPAL

Gata

DE ADOPCION No FECHA 09/05/2025

DATOS DEL ADOPTANTE					
s:NOMBRE Juliana	*APELLIDO* Castaño			*C.C.* 41958731	
Dirección: Conjunto	*Barrio* la estero	# 11	Adulto ( )	Cachorro (X)	
Tel. fijo			*Cel.* 3146615856		
Especie: Canino ( )	Felino (X)	Sexo:	H (X)	M ( )	
Raza:	Color:		Edad: 7 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, Juliana Castaño **, identificado(a) con C.C.** 41958731 **, 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:

Juliana Castaño
Firma del dueño

funcionario que entrega

ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA QUINDIOA
LA TEBAIDA 2025

DATOS DEL ADOPTANTE mayo/18/2025			
Nombres y apellidos:	Sofia pineda	***C.C.***	41943100
Dirección:	***Barrio***		
Tel. fijo Finca	LISBOA	***Cel.***	3173708074 Gato

DATOS DE LA MASCOTA ADOPTADA			**ADULTO ( )**	**CACHORRO (X)**	
Nombre de la mascota entregada en adopción:					
Especie:	**Canino ( )**	**Felino (X)**	**Sexo:**	**H (X)**	**M ( )**
Raza:		**Color:** negro		**Edad:** 2m	
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 ( )**	

Adoptante

Al recibir mi mascota será un miembro más de mi familia a partir del día de hoy me he comprometido fielmente a cuidarla, amarla, alimentarla minimo dos veces al dia, bañarla, cepillarla, pasearla, vacunarla, brindarle servicios medico veterinarios Y **A QUE NUNCA LA ABANDONARE, NI LA MALTRATARÉ, NI LA VENDERÉ**

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, COMO ADOPTANTE ACEPTO 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)

Favor presentar este certificado N° con el fin de programarle la esterilización para el mes de _____del año **2025**____, el día se le asignara de acuerdo a la disponibilidad presupuestal y de programación

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA 2025

FECHA DE ADOPCION 06/05/2025

Perro

DATOS DEL ADOPTANTE					
Nombres y apellidos:	Sofia Sanchez			*C.C.*	31490942
Dirección: Cra 8A. 16-35/2024	*Barrio*			*Cel.*	3166840556
DATOS DE LA MASCOTA ADOPTADA:				**Adulto ( )**	**Cachorro (X)**
Especie:	**Canino (X)**	**Felino ( )**	**Sexo:**	**H (X)**	**M ( )**
Raza:	**Color:** Beige Cafe		**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 ( )**		

comprometido fielmente a cuidarla, amarla, alimentarla mínimo dos veces al día, bañarla, cepillarla, pasearla, vacunarla, brindarle servicios medico veterinarios Y **A QUE NUNCA LA ABANDONARE, NI LA MALTRATARÉ, NI LA VENDERÉ**

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, COMO ADOPTANTE ACEPTO 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)**

COPIA ADOPTANTE

Favor presentar este certificado N° con el fin de 2023programarle la esterilización para el mes de _____del año __23_, el día se le asignara de acuerdo a la disponibilidad presupuestal y de

LOS ANIMALES NO SE MALTRATAN SE ABANDONAN

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA 2025

FECHA DE ADOPCION 09/05/2025

DATOS DEL ADOPTANTE					
Nombres y apellidos:	Silvia Rodriguez			*C.C.*	31499300
Dirección:	*Barrio*			3155481837	
DATOS DE LA MASCOTA ADOPTADA:			*Cel.*	**Adulto ( )**	**Cachorro (X)**
Especie:	**Canino (X)**	**Felino ( )**		**Sexo:**	**H (X)**	**M ( )**
Raza:		**Color:** Negra		**Edad:** 3 1/2	
Características particulares	Ley			**Carnet de vacunación SI ( ) NO ( )**	
Estado de salud:				**Peso:**	
Estado corporal	**Normal (X)**	**Desnutrido ( )**		**Sobrepeso ( )**	
Procedencia de la mascota	**Callejera (X)**	**abandonada ( )**		**Con dueño ( )**	

comprometido fielmente a cuidarla, amarla, alimentarla mínimo dos veces al día, bañarla, cepillarla, pasearla, vacunarla, brindarle servicios medico veterinarios Y **A QUE NUNCA LA ABANDONARE, NI LA MALTRATARÉ, NI LA VENDERÉ**

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, COMO ADOPTANTE ACEPTO 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)**

x Silvia Rodriguez Q.

COPIA ADOPTANTE

Favor presentar este certificado N° con el fin de 2023programarle la esterilización para el mes de _____del año __23_, el día se le asignara de acuerdo a la disponibilidad presupuestal y de



CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA 2025

CONVENIO DE ADOPCIONES ALBERGUE MUNICIPAL

DE ADOPCION No FECHA 04-05/25

Nota = paga la vacuna. Devolver = 15.000 mil a la señora Doris Mancera.

DATOS DEL ADOPTANTE			
s:NOMBRE Doris	*APELLIDO* Mancera	*C.C.* 41.963.302	
Dirección: D6 #9 esquina	*Barrio* Barrio Cantarito	Adulto ( )	Cachorro (X)
Tel. fijo		*Cel.* 3217743911	
Especie: Canino (X)	Felino ( )	Sexo: H (X)	M ( )
Raza: Criollo	Color: Beich	Edad:	
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, Doris Mancera, **identificado(a) con C.C.** 41.963.302, **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:

Doris Mancera.
Firma del dueño

Alejandra Soto O.
funcionario que entrega

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA 2025

CONVENIO DE ADOPCION:

DE ADOPCION No FECHA 16 05 2025

DATOS DEL ADOPTANTE					
s:NOMBRE Juan Esteban	*APELLIDO* Sierra cartagena			*C.C.* 1092456947	
Dirección: M56 casa 3	*Barrio* La nueva tebaida 2 etapa		Adulto ( )	Cachorro (X)	
Tel. fijo		*Cel.* 3173537749			
Especie:	Canino (X)	Felino ( )	Sexo:	H ( )	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, Juan Esteban Sierra cartagen, **identificado(a) con C.C.** 1092456947 **, 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

Gloria Palacio

funcionario que entrega

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA 2025

CONVENIO DE ADOPCIONES ALBERGUE MUNICIPAL

DE ADOPCION No FECHA 05-05-25

DATOS DEL ADOPTANTE					
s:NOMBRE natalia	*APELLIDO* vivas			*C.C.* 1096039977	
				3218589031	
Dirección: Caleta comun	*Barrio* estacion		Adulto (X)	Cachorro ( )	
Tel. fijo		*Cel.*			
Especie: Canino (X)	Felino ( )	Sexo:	H ( )	M (X)	
Raza: COCKER.	Color:		Edad:		
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, natalia vivas, 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:

*Nabila Vivas — *Firma del dueño*

*Alexandra. — *funcionario que entrega*

CONVENIO DE ADOPCION:

DE ADOPCION No FECHA 28-05-25

Abona Vacuna 10.000 = Resta 25.000

DATOS DEL ADOPTANTE					
s:NOMBRE Zabdiel	*APELLIDO* Herrera			*C.C.* 27-912-489	
Dirección: calle 12-via	*Barrio* Salvador Arango		Adulto ( )	Cachorro (X)	
Tel. fijo		*Cel.* 3169202583			
Especie: Canino (X)	Felino ( )	Sexo:	H (X)	M ( )	
Raza: Criollo	Color: Negrita	Edad: 2meses			
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, Zabdiel Herrera **, identificado(a) con C.C.** 27-912-489 **, 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:

Zabdiel 27912489
Firma del dueño

Alejandra Soto
funcionario que entrega

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA 2025

CONVENIO DE ADOPCIONES ALBERGUE MUNICIPAL

DE ADOPCION No FECHA 8-5-2025

DATOS DEL ADOPTANTE			
s:NOMBRE Karen	APELLIDO Daniela Lopez	C.C. 1020570519	
	3004555894	1094935379	
Dirección: Guayacan	Barrio Mz 6-18	Adulto (X)	Cachorro ( )
Tel. fijo		Cel.	
Especie: Canino (X)	Felino ( )	Sexo: H ( )	M ( )
Raza:	Color: Negro	Edad:	
Características particulares	Pitbull Kiara	Carnet de vacunación SI ( ) NO ( )	
Estado de salud:		Peso:	
Estado corporal	Normal ( )	Desnutrido ( )	Sobrepeso ( )
Procedencia de la mascota	Callejera ( )	abandonada ( )	Con dueño ( )

Yo, Karen Lopez **, identificado(a) con C.C.** 1020570519 **, me comprometo fielmente a cuidar, amar, alimentar, bañar, cepillar, pasear, vacunar, brindarle servicios medico veterinarios à 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:

Karen Daniela
Firma del dueño

funcionario que entrega