# ALBERGUE MUNICIPAL DE LATEBAIDA

## REGISTRO DE CONSULTA VETERINARIA / PROCEDIMIENTO VETERINARIO 2025

**FECHA DEL PROCEDIMIENTO DIA 14 MES 07 AÑO 2025**

| *I. Datos de la mascota* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *AÑO 2025* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *Nombre* Laila. | | | | | | *Sexo: M* ◯ *H* ⊗ | | | | | | | | | | | | | |
| *Especie* | | | *Canino* ◯ *Felino* X | | | *raza* ◯ | | | | *Peso Aprox.* | | | | | | | | | |
| *Edad* 11 meses. | | | *Color* Pardo | | | *Pelaje* | | | | *Vacunas si* ⊗ *no* ◯ | | | | | | | | | |
| *Estado de salud* | | | *buena* ⊗ | | | *regular* ◯ | | | | *mala* ◯ | | | | | | | | | |
| *Fiebre* | *si* | *no* X | *Diarrea* | *si* | *no* ⊗ | *Vomito* | *si* | *no* X | *Inapetencia* | *si* | *no* X | *Golpes* | *si* | *no* X | | | | | |
| *Heridas* | *si* | *no* X | *Tto veterinario* | *si* | *no* ⊗ | *Celo* | *si* | *no* X | *Lactancia* | *si* | *no* X | *Ayunas* | *si* ⊗ | *no* | | | | | |
| *Estado corporal* | | | *normal* ⊗ | | | *desnutrido* ◯ | | | | *soberest* ◯ | | | | | | | | | |

| *II. Datos del propietario* | |
|---|---|
| *Nombre:* Luz Aida Ramirez | *T.I./C.C.* 31871592. |
| *Dirección:* Mirador mz B C8. | *Teléfono:* 3136607408. |
| *E-mail:* | *Sisben: SI* ◯ *NO* ◯ *Nivel 1* ⊗ *2* ⊗ *3* ◯ |
| | |

CC. 31871592

**PROCEDIMIENTO VETERINARIO**
**Ley 566/2000 Art. 26**

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

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

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

hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han explicado los riesgos de cualquier intervención quirúrgica y lo entiendo a satisfacción de igual manera he recibido Formula impresa sobre las recomendaciones a tener en cuenta en el post-operatorio y la/

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE Luz Aida Ramirez Oviedo

---



Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

12

Registro válido

**Fecha de consulta:** 11/08/2025

**Ficha:** 63401021548800000385

# C13

## Vulnerable

**DATOS PERSONALES**

**Nombres:** LUZ AIDA

**Apellidos:** RAMIREZ URRESTY

**Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía

**Número de documento:** 41871592

**Municipio:** La Tebaida

**Departamento:** Quindío

**INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA**

**Encuesta vigente:** 16/07/2019

**Última actualización ciudadano:** 09/09/2019

**Última actualización vía registros administrativos:**

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

## Contacto Oficina SISBEN

**Nombre administrador:** MARCELA SALAZAR GARCIA

**Dirección:** Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

**Teléfono:** 7542444

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

# ALBERGUE MUNICIPAL DE LATEBAIDA

## ATENCIONES VETERINARIAS ALBERGUE MUNICIAL DE LA TEBAIDA

**FECHA DEL PROCEDIMIENTO DIA** 14 **MES** 07 **AÑO 2025**

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

| *II. Datos del propietario* | |
|---|---|
| **Nombre:** Elsi Domar | **T.I./C.C.** 1128878070 |
| **Dirección:** Cantaito M77 CS Barranco | **Teléfono:** 3146467679 |
| **E-mail:** | **Sisben: SI** ◯ **NO** ◯ **Nivel** 1 Ⓧ 2 Ⓧ 3 Ⓧ ◯ |

**PROCEDIMIENTO VETERINARIO**
**Ley 566/2000 Art. 26**
***"El médico veterinario o el médico veterinario zootecnista están en la obligación de comunicar al usuario de sus servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso"***
***Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinaria.**

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

hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han explicado los riesgos de cualquier intervención quirúrgica y lo entiendo a satisfacción de igual manera he recibido Formula impresa sobre las recomendaciones a tener en cuenta en el post-operatorio y la

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE



Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

11

Registro válido

**Fecha de consulta:** **11/08/2025**

**Ficha:** **63401073749400001757**

B4

**Pobreza moderada**

***DATOS PERSONALES***

**Nombres:** **ELSI DIOMAR**

**Apellidos:** **LOPEZ MONTOYA**

**Tipo de documento:** **Cédula de ciudadanía**

**Número de documento:** **1112878070**

**Municipio:** **La Tebaida**

**Departamento:** **Quindío**

**INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA**

**Encuesta vigente:** **05/05/2023**

**Última actualización ciudadano:** **05/05/2023**

**Última actualización via registros administrativos:** **25/11/2023**

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

# Contacto Oficina SISBEN

**Nombre administrador:** **MARCELA SALAZAR GARCIA**

**Dirección:** **Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205**

**Teléfono:** **7542444**

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

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

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

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

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

# ALBERGUE MUNICIPAL DE LATEBAIDA

## ATENCIONES VETERINARIAS ALBERGUE MUNICIAL DE LA TEBAIDA

**FECHA DEL PROCEDIMIENTO DIA** 09 **MES** 07 **AÑO 2025**

| *I. Datos de la mascota* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *AÑO 2025* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *Nombre* | | | | lupe | | | | *Sexo: M* (X) *H* ( ) | | | | | | | | | | | |
| *Especie* | | | | *Canino* ( ) *Felino* | | | | *raza* ( ) Anchel *Peso Aprox.* | | | | | | | | | | | |
| *Edad* | | | | 17 año | *Color* | Negro | | *Pelaje* | corto | | *Vacunas si* (X) *no* ( ) | | | | | | | | |
| *Estado de salud* | | | | *buena* ( ) | | | | *regular* ( ) | | | | | | *mala* ( ) | | | | | |
| *Fiebre* | *si* | | *no* | *Diarrea* | *si* | | *no* | *Vomito* | *si* | | *no* | *Inapetencia* | *si* | *no* | *Golpes* | *si* | *no* | | |
| *Heridas* | *si* | | *no* | *Tto veterinario* | *si* | | *no* | *Celo* | *si* | | *no* | *Lactancia* | *si* | *no* | *Ayunas* | *si* | *no* | | |
| *Estado corporal* | | | | *normal* ( ) | | | | *desnutrido* ( ) | | | | | | *soberest* ( ) | | | | | |

| *II. Datos del propietario* | |
|---|---|
| *Nombre:* Delsy leon | *T.I./C.C.* 1024505510 |
| *Dirección:* la alambra cra 4A #5-33 | *Teléfono:* 3106966124 |
| *E-mail:* | *Sisben: SI* ( ) *NO* ( ) *Nivel 1* (2) (3) ( ) |
| | |

**PROCEDIMIENTO VETERINARIO**
**Ley 566/2000 Art. 26**
***"El médico veterinario o el médico veterinario zootecnista están en la obligación de comunicar al usuario de sus servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso"***
***Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinario.**

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

hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han explicado los riesgos de cualquier intervención quirúrgica y lo entiendo a satisfacción de igual manera he recibido Formula impresa sobre las recomendaciones a tener en cuenta en el post-operatorio y la

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE


9/07/2025, 11:20:10 a.m.
Calle 22
La Tebaida
Quindío
Colombia

10

Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

**Fecha de consulta:** **11/08/2025**

**Ficha:** **63401013548100000390**

A2

## Pobreza extrema

**DATOS PERSONALES**

**Nombres:** MARIA DEICY

**Apellidos:** LEON BELLO

**Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía

**Número de documento:** 1024505510

**Municipio:** La Tebaida

**Departamento:** Quindío

**INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA**

**Encuesta vigente:** **06/05/2020**

**Última actualización ciudadano:** **06/05/2020**

**Última actualización via registros administrativos:** **25/11/2023**

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

# Contacto Oficina SISBEN

**Nombre administrador:** **MARCELA SALAZAR GARCIA**

**Dirección:** **Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205**

**Teléfono:** **7542444**

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

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

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

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

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

# ALBERGUE MUNICIPAL DE LATEBAIDA
# ATENCIONES VETERINARIAS

**FECHA DEL PROCEDIMIENTO DIA 14 MES 07 AÑO 2025**

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

| *II. Datos del propietario* | | |
|---|---|---|
| *Nombre:* Carlos M Arias | *T.I./C.C.* | 1099420345 |
| *Dirección:* B/ Olaya | *Teléfono:* | 321917-9285 |
| *E-mail:* | *Sisben: SI* ◯ *NO* ◯ *Nivel 1* ② ③ ◯ | |

**PROCEDIMIENTO VETERINARIO** X Ligia Betancur

**Ley 566/2000 Art. 26**

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

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

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

X Carlos M Arias B

hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han explicado los riesgos de cualquier intervención quirúrgica y lo entiendo a satisfacción de igual manera he recibido Formula impresa sobre las recomendaciones a tener en cuenta en el post-operatorio y la FIRMA DEL DUEÑO



09

Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

**Fecha de consulta:** 11/08/2025

**Ficha:** 63401558750600000750

B7

**Pobreza moderada**

**DATOS PERSONALES**

**Nombres:** CARLOS MARIO

**Apellidos:** ARIAS BETANCOURTH

**Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía

**Número de documento:** 1094942034

**Municipio:** La Tebaida

**Departamento:** Quindío

**INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA**

**Encuesta vigente:** 07/09/2023

**Última actualización ciudadano:** 07/09/2023

**Última actualización via registros administrativos:**

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

## Contacto Oficina SISBEN

**Nombre administrador:** MARCELA SALAZAR GARCIA

**Dirección:** Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

**Teléfono:** 7542444

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

# ALBERGUE MUNICIPAL DE LATEBAIDA
# ATENCIONES VETERINARIAS

**FECHA DEL PROCEDIMIENTO DIA** 14 **MES** 07 **AÑO 2025**

| *I. Datos de la mascota* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *AÑO 2025* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *Nombre* | | | | | | | | *Sexo: M* ◯ *H* ◯ | | | | | | | | | | S | |
| *Especie* | | | *Canino* (X) *Felino* | | | | | *raza* ◯ | | | | *Peso Aprox.* | | | | | | | |
| *Edad* negra | | | | *Color* | | | | *Pelaje* | | | | *Vacunas si* ◯ *no* ◯ | | | | | | | |
| *Estado de salud* | | | *buena* ◯ | | | | | *regular* ◯ | | | | *mala* ◯ | | | | | | | |
| *Fiebre* | *si* | *no* | *Diarrea* | *si* | *no* | | | *Vomito* | *si* | *no* | | *Inapetencia* | *si* | *no* | | *Golpes* | *si* | *no* | |
| *Heridas* | *si* | *no* | *Tto veterinario* | *si* | *no* | | | *Celo* | *si* | *no* | | *Lactancia* | *si* | *no* | | *Ayunas* | *si* | *no* | |
| *Estado corporal* | | | *normal* ◯ | | | | | *desnutrido* ◯ | | | | *soberest* ◯ | | | | | | | |

| *II. Datos del propietario* | | | |
|---|---|---|---|
| *Nombre:* Maritza Vanegas | | *T.I./C.C.* 41872675 | |
| *Dirección:* | | *Teléfono:* 3161359678 | |
| *E-mail:* Oasis de Vida | | *Sisben:* (SI) ◯ *NO* ◯ *Nivel* 1 (2) (3) ◯ | |
| ◯ | | | |

Animalista.

**PROCEDIMIENTO VETERINARIO**
**Ley 566/2000 Art. 26**
***"El médico veterinario o el médico veterinario zootecnista están en la obligación de comunicar al usuario de sus servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso"***
***Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinario.**

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

x Maritza V

hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han explicado los riesgos de cualquier intervención quirúrgica y lo entiendo a satisfacción de igual manera he recibido Formula impresa sobre las recomendaciones a tener en cuenta en el post-operatorio y la FIRMA DEL DUEÑO



1114209405

Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

08

**Fecha de consulta:** 03/06/2025

**Ficha:** 63401073749300001086

B5

**Pobreza moderada**

**DATOS PERSONALES**

**Nombres:** MARITZA

**Apellidos:** VANEGAS DEVIA

**Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía

**Número de documento:** 41872675

**Municipio:** La Tebaida

**Departamento:** Quindío

**INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA**

**Encuesta vigente:** 21/01/2021

**Última actualización ciudadano:** 21/01/2021

**Última actualización via registros administrativos:**

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

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

## Contacto Oficina SISBEN

**Nombre administrador:** MARCELA SALAZAR GARCIA

**Dirección:** Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

**Teléfono:** 7542444

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

# ALBERGUE MUNICIPAL DE LATEBAIDA
# ATENCIONES VETERINARIAS

**FECHA DEL PROCEDIMIENTO DIA** 14 **MES** 07 **AÑO 2025**

| *I. Datos de la mascota* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *Nombre* | | | | | | *Sexo: M* (X) *H* ( ) | | | | | | | | | | | | | | |
| *Especie* Zeus | | | *Canino* (X) *Felino* | | | *raza* (X) | | | *Peso Aprox.* | | | | | | | | | | | |
| *Edad* 8 | | | | *Color* | | *Pelaje* | | | *Vacunas si* ( ) *no* ( ) | | | | | | | | | | | |
| *Estado de salud* | | | *buena* ( ) | | | *regular* ( ) | | | *mala* ( ) | | | | | | | | | | | |
| *Fiebre* | *si* | *no* | *Diarrea* | *si* | *no* | *Vomito* | *si* | *no* | *Inapetencia* | *si* | *no* | *Golpes* | *si* | *no* | | | | | | |
| *Heridas* | *si* | *no* | *Tto veterinario* | *si* | *no* | *Celo* | *si* | *no* | *Lactancia* | *si* | *no* | *Ayunas* | *si* | *no* | | | | | | |
| *Estado corporal* | | | *normal* ( ) | | | *desnutrido* ( ) | | | *soberest* ( ) | | | | | | | | | | | |

S

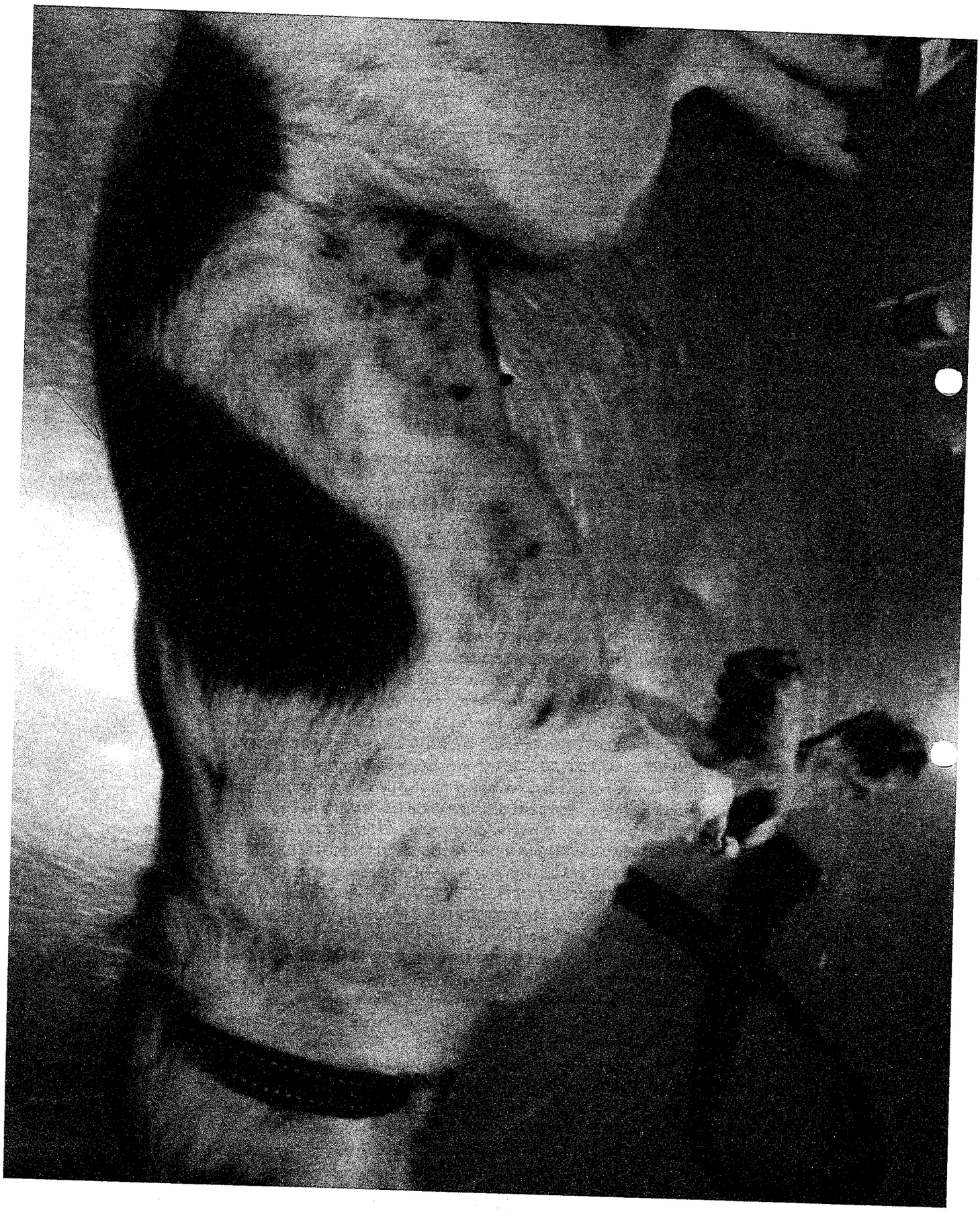
| *II. Datos del propietario* | | | |
|---|---|---|---|
| *Nombre:* Martha L. Lucia Villa | | *T.I./C.C.* 41941641 | |
| *Dirección:* | | *Teléfono:* 3137220117. | |
| *E-mail:* HH & M734. | | *Sisben* SI ( ) NO ( ) *Nivel* 1 (2) (3) ( ) | |

**PROCEDIMIENTO VETERINARIO**
**Ley 566/2000 Art. 26**
***"El médico veterinario o el médico veterinario zootecnista están en la obligación de comunicar al usuario de sus servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso"***
***Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinario.**

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

Martha L Villa

hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han explicado los riesgos de cualquier intervención quirúrgica y lo entiendo a satisfacción de igual manera he recibido Formula impresa sobre las recomendaciones a tener en cuenta en el post-operatorio y la FIRMA DEL DUEÑO O A



02

Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

**Fecha de consulta:** 11/08/2025

**Ficha:** 63401016548400000047

C1

**Vulnerable**

**DATOS PERSONALES**

**Nombres:** MARTHA LUCIA

**Apellidos:** VILLA RUBIO

**Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía

**Número de documento:** 41941641

**Municipio:** La Tebaida

**Departamento:** Quindío

**INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA**

**Encuesta vigente:** 12/07/2019

**Última actualización ciudadano:** 24/07/2019

**Última actualización via registros administrativos:**

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

## Contacto Oficina SISBEN

**Nombre administrador:** MARCELA SALAZAR GARCIA

**Dirección:** Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

**Teléfono:** 7542444

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

# ALBERGUE MUNICIPAL DE LATEBAIDA

## ATENCIONES VETERINARIAS ALBERGUE MUNICIAL DE LA TEBAIDA

**FECHA DEL PROCEDIMIENTO DIA 11 MES 07 AÑO 2025**

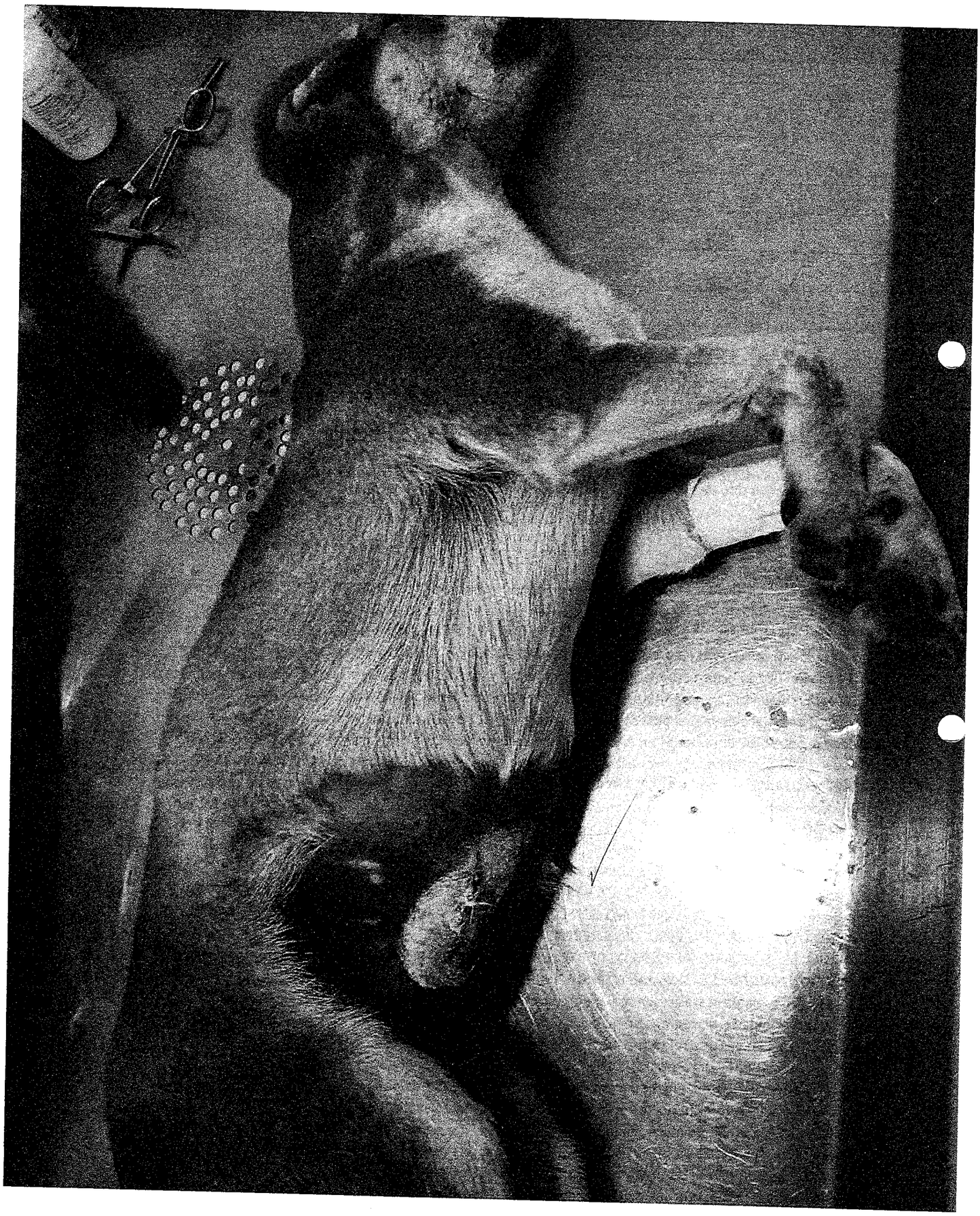
| *I. Datos de la mascota* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nombre** luna | | | | | | | **Sexo: M** ◯ **H** (X) | | | | | | | | | | | | | |
| **Especie** | | | **Canino** (X) **Felino** | | | | **raza**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

| *II. Datos del propietario* | |
|---|---|
| **Nombre:** Zorada Idarraga | **T.I./C.C.** 24499020 |
| **Dirección:** Conjunto MF C7 | **Teléfono:** 3114001777 |
| **E-mail:** | **Sisben: SI** ◯ **NO** ◯ **Nivel 1** (2) (3) ◯ |

**PROCEDIMIENTO VETERINARIO**
**Ley 566/2000 Art. 26**
***"El médico veterinario o el médico veterinario zootecnista están en la obligación de comunicar al usuario de sus servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso"***
***Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinario.**

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

hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han explicado los riesgos de cualquier intervención quirúrgica y lo entiendo a satisfacción de igual manera he recibido Formula impresa sobre las recomendaciones a tener en cuenta en el post-operatorio y la



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

06

Registro válido

**Fecha de consulta:** **11/08/2025**

**Ficha:** **63401006547400000740**

A5

## Pobreza extrema

**DATOS PERSONALES**

**Nombres:** ZORAIDA

**Apellidos:** IDARRAGA VALENCIA

**Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía

**Número de documento:** 24499020

**Municipio:** La Tebaida

**Departamento:** Quindío

**INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA**

**Encuesta vigente:** **19/05/2020**

**Última actualización ciudadano:** **19/05/2020**

**Última actualización vía registros administrativos:** **25/11/2023**

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

## Contacto Oficina SISBEN

**Nombre administrador:** **MARCELA SALAZAR GARCIA**

**Dirección:** **Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205**

**Teléfono:** **7542444**

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

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

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

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

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

# ALBERGUE MUNICIPAL DE LATEBAIDA

## ATENCIONES VETERINARIAS ALBERGUE MUNICIAL DE LA TEBAIDA

05 Julio

**FECHA DEL PROCEDIMIENTO DIA** 11 **MES** 07 **AÑO 2025**

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

| II. Datos del propietario | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre:** | Lina Lorena Castillo | **T.I./C.C.** | 1114209406 |
| **Dirección:** | | **Teléfono:** | 3117103836 |
| **E-mail:** | Cantato MZB-3-9 | **Sisben: SI** ◯ **NO** ◯ **Nivel** 1 ② ③ ◯ | |

**PROCEDIMIENTO VETERINARIO**
**Ley 566/2000 Art. 26**

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

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

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

Lina Lorena Castrillon

hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han explicado los riesgos de cualquier intervención quirúrgica y lo entiendo a satisfacción de igual manera he recibido Formula impresa sobre las recomendaciones a tener en cuenta en el post-operatorio y la

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE

11/07/2025, 9:00:
La

Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

05

Registro válido

**Fecha de consulta:** 11/08/2025

**Ficha:** 63401072649200001430

A4

## Pobreza extrema

**DATOS PERSONALES**

**Nombres:** LINA LORENA

**Apellidos:** CASTRILLON JIMENEZ

**Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía

**Número de documento:** 1114209405

**Municipio:** La Tebaida

**Departamento:** Quindío

**INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA**

**Encuesta vigente:** 05/05/2023

**Última actualización ciudadano:** 05/05/2023

**Última actualización via registros administrativos:**

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

## Contacto Oficina SISBEN

**Nombre administrador:** MARCELA SALAZAR GARCIA

**Dirección:** Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

**Teléfono:** 7542444

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

# ALBERGUE MUNICIPAL DE LATEBAIDA
# ATENCIONES VETERINARIAS

**FECHA DEL PROCEDIMIENTO DIA** 02 **MES** 07 **AÑO 2025**

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

| *II. Datos del propietario* | |
|---|---|
| *Nombre:* Daniela Correa | *T.I./C.C.* 1095208064 |
| *Dirección:* | *Teléfono:* 3006784596 |
| *E-mail:* M7 7-C24 Mtt2 | *Sisben:* SI ○ NO ○ *Nivel* 1 (2) (3) ○ |

**PROCEDIMIENTO VETERINARIO** AY martha Rivers
**Ley 566/2000 Art. 26**

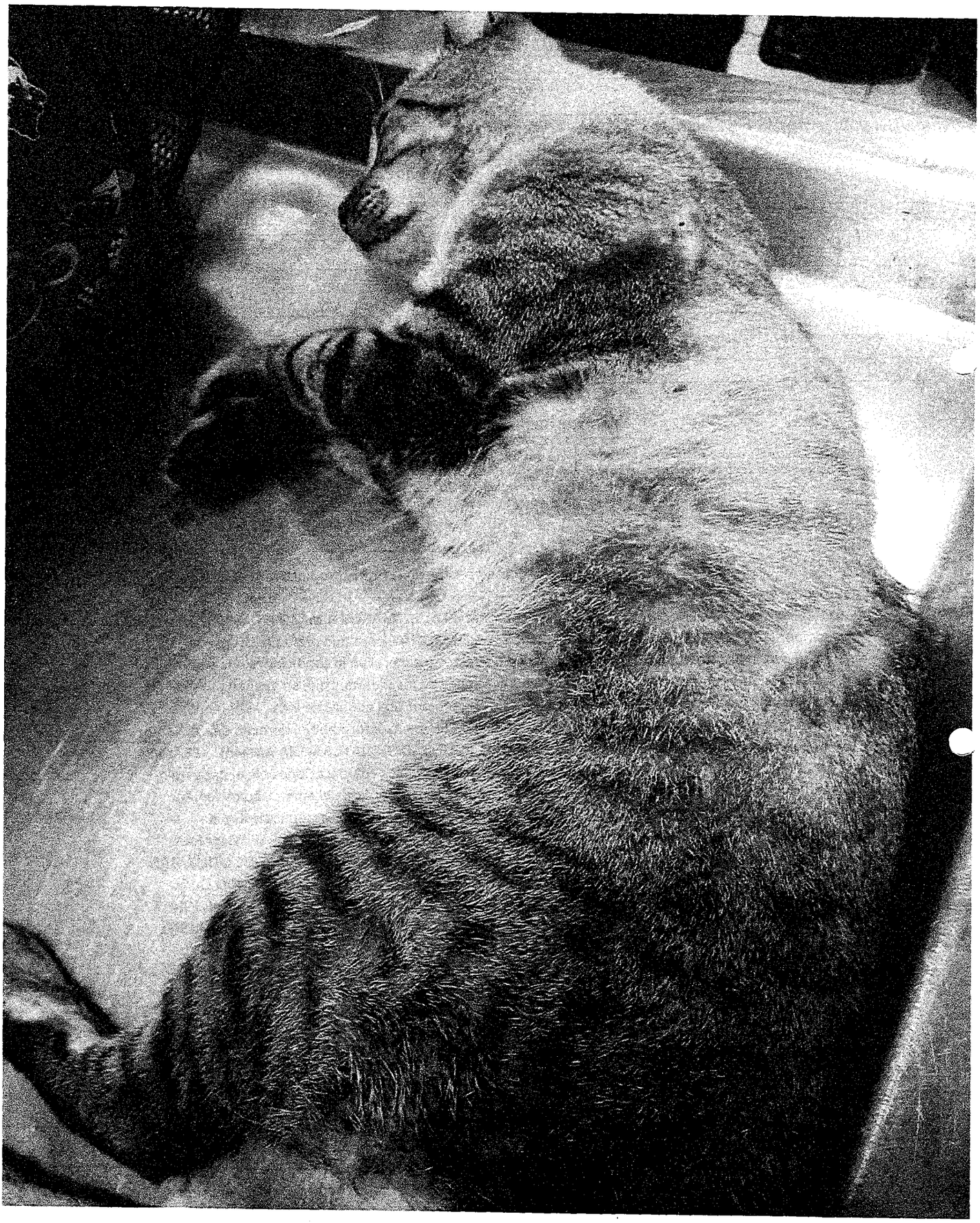
***"El médico veterinario o el médico veterinario zootecnista están en la obligación de comunicar al usuario de sus servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso"***

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

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

X Daniela Correa

hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han explicado los riesgos de cualquier intervención quirúrgica y lo entiendo a satisfacción de igual manera he recibido Formula impresa sobre las recomendaciones a tener en cuenta en el post-operatorio y la FIRMA DEL DUEÑO



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

04

Registro válido

**Fecha de consulta:** 11/08/2025

**Ficha:** 63401072649200001826

A4

## Pobreza extrema

**DATOS PERSONALES**

**Nombres:** DANIELA

**Apellidos:** CORREA ALARCON

**Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía

**Número de documento:** 1095208064

**Municipio:** La Tebaida

**Departamento:** Quindío

**INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA**

**Encuesta vigente:** 02/06/2023

**Última actualización ciudadano:** 26/06/2023

**Última actualización vía registros administrativos:**

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

## Contacto Oficina SISBEN

**Nombre administrador:** MARCELA SALAZAR GARCIA

**Dirección:** Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

**Teléfono:** 7542444

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

# ALBERGUE MUNICIPAL DE LATEBAIDA

## ATENCIONES VETERINARIAS ALBERGUE MUNICIAL DE LA TEBAIDA

**FECHA DEL PROCEDIMIENTO DIA 11 MES 07 AÑO 2025**

| *I. Datos de la mascota* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *AÑO 2025* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *Nombre* Merlyn | | | | | | | *Sexo: M* (X) *H* ( ) | | | | | | | | | | | | | SV. | |
| *Especie* | | | *Canino* ( ) *Felino* (X) | | | | *raza* ( ) | | | | *Peso Aprox.* | | | | | | | | | | |
| *Edad* 7meses | | | | *Color* tg.e. | | | *Pelaje* | | | | *Vacunas si* (X) *no* ( ) | | | | | | | | | | |
| *Estado de salud* | | | *buena* (X) | | | | *regular* ( ) | | | | *mala* ( ) | | | | | | | | | | |
| *Fiebre* | *si* | *no* X | *Diarrea* | *si* | *no* X | | *Vomito* | *si* | *no* X | | *Inapetencia* | *si* | *no* X | | *Golpes* | *si* | *no* X | | | | |
| *Heridas* | *si* | *no* X | *Tto veterinario* | *si* | *no* X | | *Celo* | *si* | *no* X | | *Lactancia* | *si* | *no* X | | *Ayunas* | *si* X | *no* | | | | |
| *Estado corporal* | | | *normal* (X) | | | | *desnutrido* ( ) | | | | *soberest* ( ) | | | | | | | | | | |

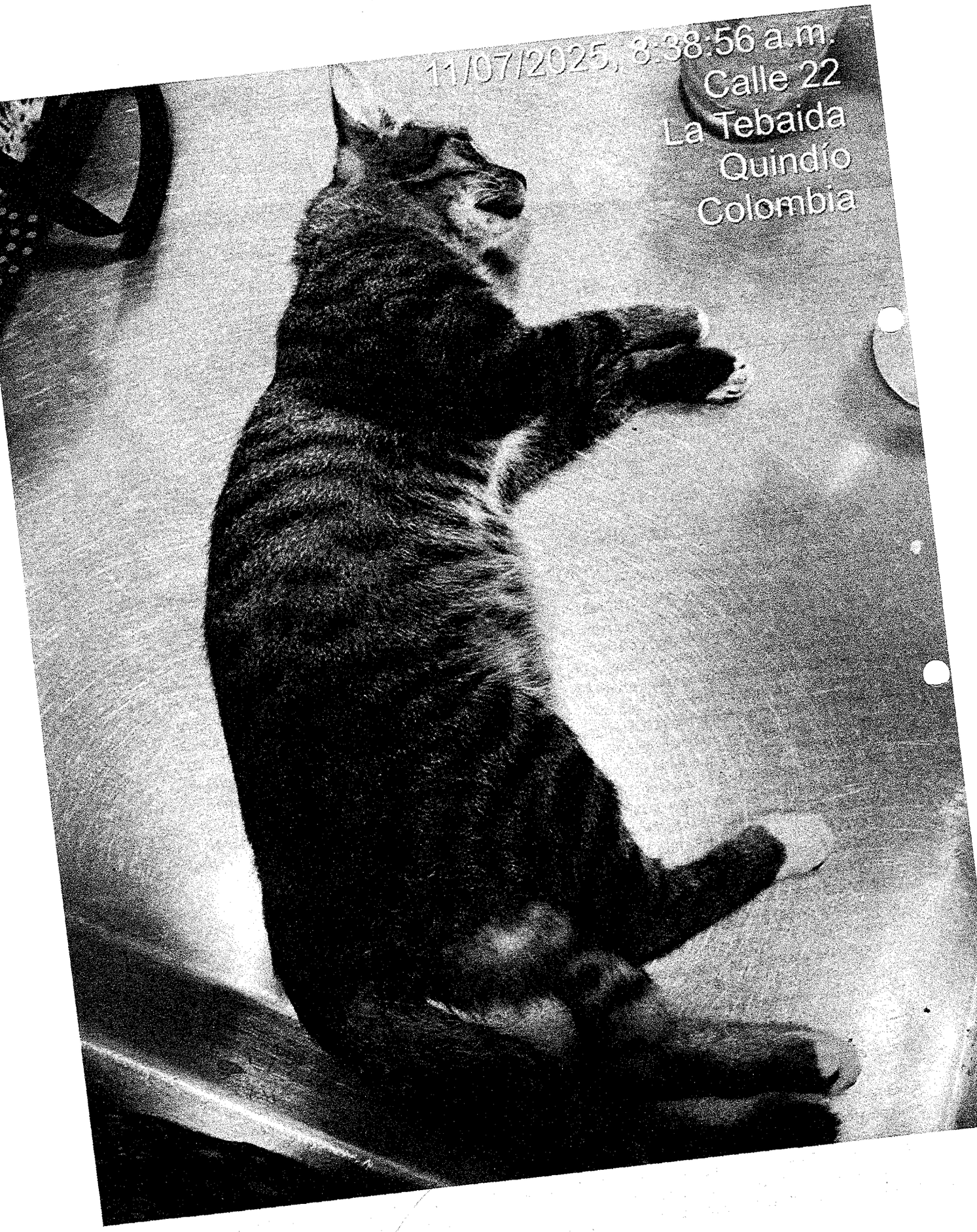
| *II. Datos del propietario* | |
|---|---|
| *Nombre:* Leidy Paola Betancur. | *T.I./C.C.* 24652197 |
| *Dirección:* Silvia | *Teléfono:* 3145586380 |
| *E-mail:* | *Sisben: SI ( ) NO ( ) Nivel 1 (2) (3) ( )* |

**PROCEDIMIENTO VETERINARIO**
**Ley 566/2000 Art. 26**
***"El médico veterinario o el médico veterinario zootecnista están en la obligación de comunicar al usuario de sus servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso"***
****Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinario.***

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

hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han explicado los riesgos de cualquier intervención quirúrgica y lo entiendo a satisfacción de igual manera he recibido Formula impresa sobre las recomendaciones a tener en cuenta en el post-operatorio y la

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE


11/07/2025, 8:38:56 a.m.
Calle 22
La Tebaida
Quindío
Colombia

Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

03

Registro válido

**Fecha de consulta:** **11/08/2025**

**Ficha:** **63401014548200000418**

A5

## Pobreza extrema

**DATOS PERSONALES**

**Nombres:** LUZ MERY

**Apellidos:** GONZALEZ MARIN

**Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía

**Número de documento:** 1096032185

**Municipio:** La Tebaida

**Departamento:** Quindío

**INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA**

**Encuesta vigente:** **17/07/2019**

**Última actualización ciudadano:** **08/08/2019**

**Última actualización vía registros administrativos:** **10/09/2024**

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

## Contacto Oficina SISBEN

**Nombre administrador:** **MARCELA SALAZAR GARCIA**

**Dirección:** **Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205**

**Teléfono:** **7542444**

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

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

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

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

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

# ALBERGUE MUNICIPAL DE LATEBAIDA

## ATENCIONES VETERINARIAS ALBERGUE MUNICIAL DE LA TEBAIDA

**FECHA DEL PROCEDIMIENTO DIA 02 MES 07 AÑO 2025**

| *I. Datos de la mascota* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *AÑO 2025* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *Nombre* Kity. | | | | | | | *Sexo: M* ◯ *H* ⊗ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *Especie* | | | *Canino* ◯ *Felino* X | | | | *raza* ◯ | | | | | *Peso Aprox.* | | | | | | | | | | | |
| *Edad* 4 año. | | | *Color* Pardo. | | | | *Pelaje* | | | | | *Vacunas si* ◯ *no* ⊗ | | | | | | | | | | | |
| *Estado de salud* | | | *buena* ⊗ | | | | *regular* ◯ | | | | | *mala* ◯ | | | | | | | | | | | |
| *Fiebre* | *si* | *no* X | *Diarrea* | *si* | *no* X | | *Vomito* | *si* | *no* X | | *Inapetencia* | *si* | *no* X | | *Golpes* | *si* | *no* X | | | | | | |
| *Heridas* | *si* | *no* X | *Tto veterinario* | *si* | *no* X | | *Celo* | *si* | *no* X | | *Lactancia* | *si* | *no* X | | *Ayunas* | *si* X | *no* | | | | | | |
| *Estado corporal* | | | *normal* ◎ | | | | *desnutrido* ◯ | | | | | *soberest* ◯ | | | | | | | | | | | |

SV

| *II. Datos del propietario* | |
|---|---|
| *Nombre:* Luz Mery Gonzalez. | *T.I./C.C.* 1096032185 |
| *Dirección:* Boyacá carrer 2 m78c15. | *Teléfono:* 3219436167 |
| *E-mail:* | *Sisben: SI* ◯ *NO* ◯ *Nivel 1* ② ③ ◯ |

**PROCEDIMIENTO VETERINARIO**
**Ley 566/2000 Art. 26**

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

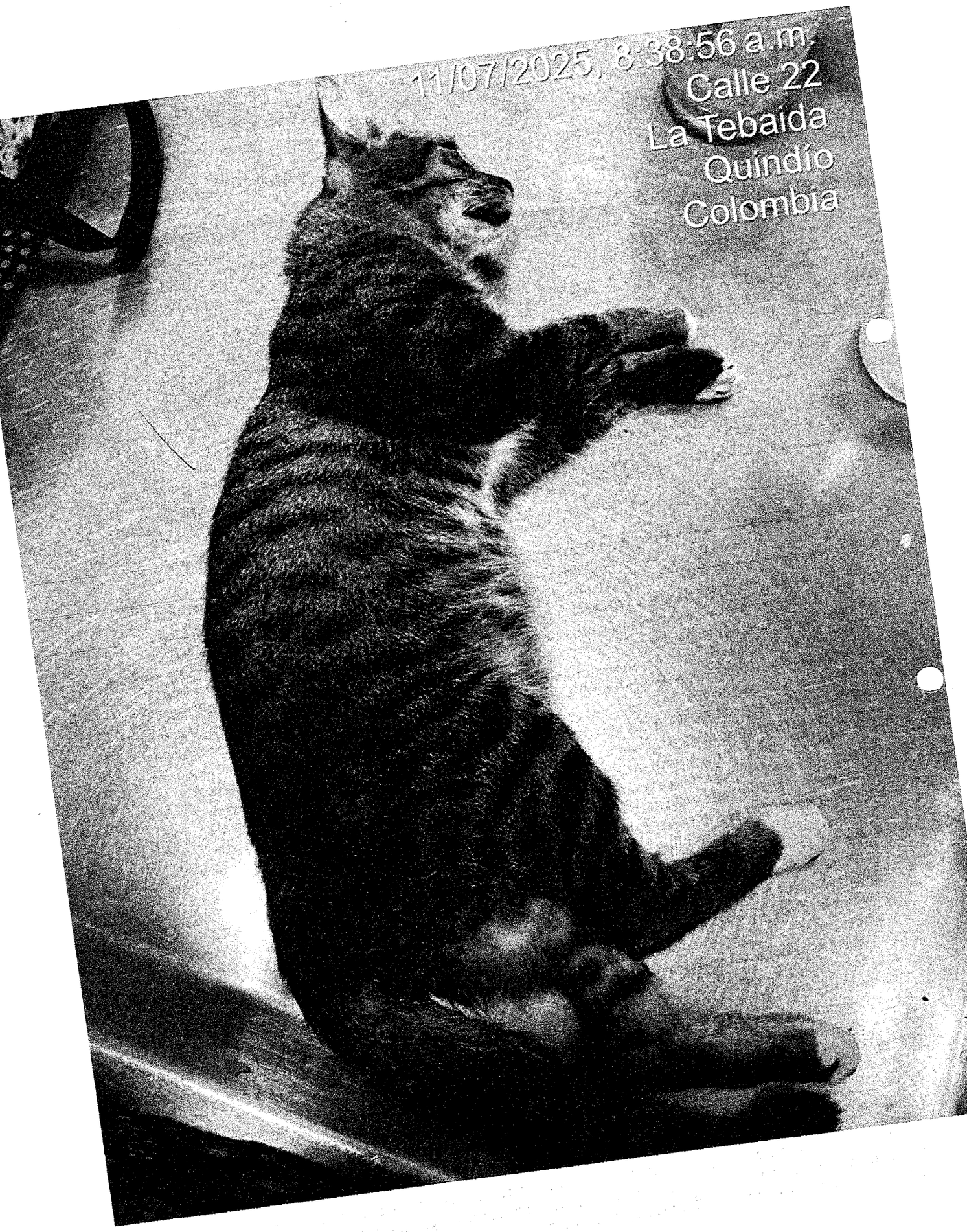
***Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinario.**

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

Luz Mery Gonzales

hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han explicado los riesgos de cualquier intervención quirúrgica y lo entiendo a satisfacción de igual manera he recibido Formula impresa sobre las recomendaciones a tener en cuenta en el post-operatorio y la

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE


11/07/2025, 8:38:56 a.m.
Calle 22
La Tebaida
Quindío
Colombia

02

Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

**Fecha de consulta:** 11/08/2025

**Ficha:** 63401014548200000418

A5

## Pobreza extrema

**DATOS PERSONALES**

**Nombres:** LUZ MERY

**Apellidos:** GONZALEZ MARIN

**Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía

**Número de documento:** 1096032185

**Municipio:** La Tebaida

**Departamento:** Quindío

**INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA**

**Encuesta vigente:** 17/07/2019

**Última actualización ciudadano:** 08/08/2019

**Última actualización via registros administrativos:** 10/09/2024

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

## Contacto Oficina SISBEN

**Nombre administrador:** MARCELA SALAZAR GARCIA

**Dirección:** Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

**Teléfono:** 7542444

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

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

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

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

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

# ALBERGUE MUNICIPAL DE LATEBAIDA

## ATENCIONES VETERINARIAS ALBERGUE MUNICIAL DE LA TEBAIDA

**FECHA DEL PROCEDIMIENTO DIA 01 MES 07 AÑO 2025**

| *I. Datos de la mascota* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *Nombre* Amber | | | | | | | *Sexo: M* ◯ *H* Ⓗ | | | | | | | | | | | | | |
| *Especie* | | | *Canino* Ⓒ *Felino* | | | | *raza* ◯ | | | | *Peso Aprox.* | | | | | | | | | |
| *Edad* 1año. | | | | *Color* negra | | | *Pelaje* | | | | *Vacunas si* Ⓢ *no* ◯ | | | | | | | | | |
| *Estado de salud* | | | *buena* Ⓑ | | | | *regular* ◯ | | | | *mala* ◯ | | | | | | | | | |
| *Fiebre* | *si* | *no* Ⓝ | *Diarrea* | *si* | *no* Ⓝ | | *Vomito* | *si* | *no* Ⓝ | | *Inapetencia* | *si* | *no* Ⓝ | | *Golpes* | *si* | *no* Ⓝ | | | |
| *Heridas* | *si* | *no* Ⓝ | *Tto veterinario* | *si* | *no* Ⓝ | | *Celo* | *si* | *no* Ⓝ | | *Lactancia* | *si* | *no* Ⓝ | | *Ayunas* | *si* Ⓢ | *no* | | | |
| *Estado corporal* | | | *normal* Ⓝ | | | | *desnutrido* ◯ | | | | *soberest* ◯ | | | | | | | | | |

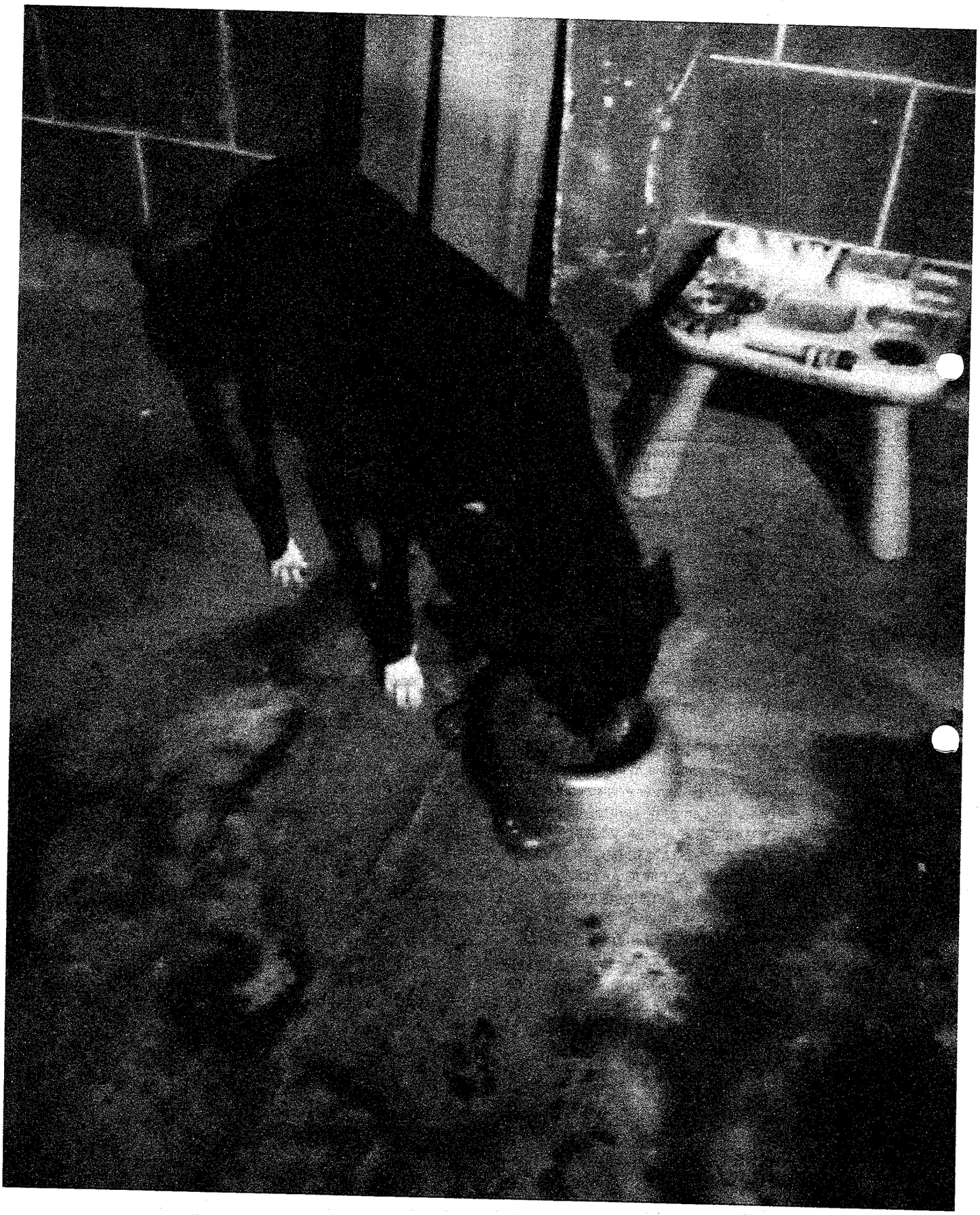
| *II. Datos del propietario* | |
|---|---|
| *Nombre:* Sirley trujillo | *T.I./C.C.* 1117744432. |
| *Dirección:* Mz 30 C 14 nueva tebaida | *Teléfono:* 3106857144 |
| *E-mail:* | *Sisben: SI* ◯ *NO* ◯ *Nivel 1* ◯ *2* Ⓒ *3* ◯ |
| ◯ | |

**PROCEDIMIENTO VETERINARIO**
**Ley 566/2000 Art. 26**
***"El médico veterinario o el médico veterinario zootecnista están en la obligación de comunicar al usuario de sus servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso"***
***Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinario.**

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

hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han explicado los riesgos de cualquier intervención quirúrgica y lo entiendo a satisfacción de igual manera he recibido Formula impresa sobre las recomendaciones a tener en cuenta en el post-operatorio y la

FIRMA DEL DUEÑO O ACUDIENTE



Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

01

Registro válido

**Fecha de consulta:** 11/08/2025

**Ficha:** 63401007547500000515

A3

## Pobreza extrema

**DATOS PERSONALES**

**Nombres:** SIRLEY VIVIANA

**Apellidos:** TRUJILLO VARGAS

**Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía

**Número de documento:** 1111744482

**Municipio:** La Tebaida

**Departamento:** Quindío

**INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA**

**Encuesta vigente:** 19/05/2023

**Última actualización ciudadano:** 11/07/2023

**Última actualización via registros administrativos:**

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

## Contacto Oficina SISBEN

**Nombre administrador:** MARCELA SALAZAR GARCIA

**Dirección:** Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

**Teléfono:** 7542444

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

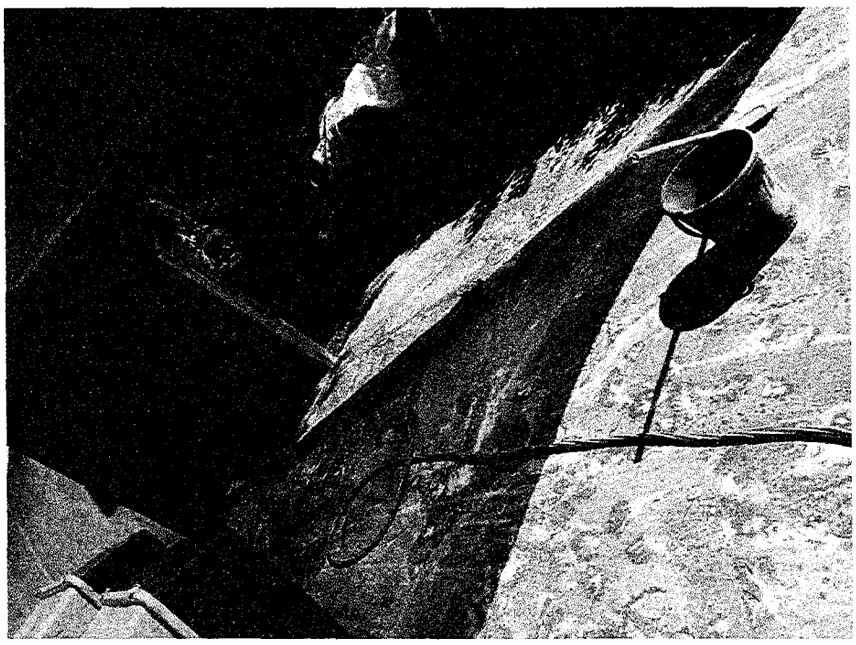
# OBLIGACION 08

CUMPLIR CON LAS NORMAS MINIMASDESDEEL PUNTO DE VISTA SANITARIO, EXIGIDOS POR EL PALN TERRTORIAL DE SALUD QUIEN REALIZARA LA SUPERVICION SALNITARI PERIODICA DEL ALBERGUE MUNICIPAL PARA FAUNA DE LA TEBAIDA Y HARA LAS RECOMENDACIONES QUE HAYA A LUGAR

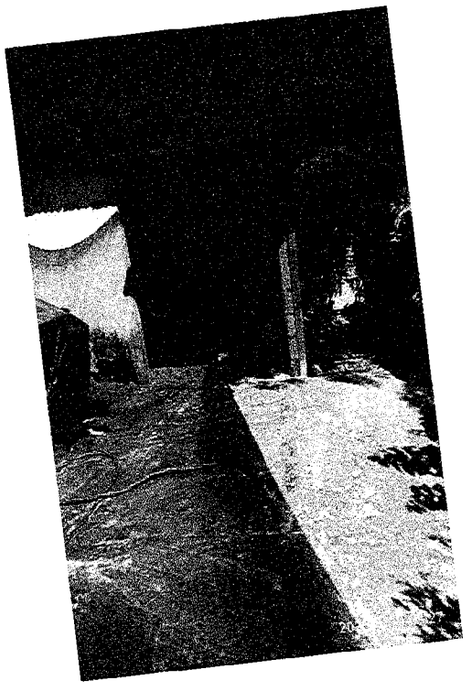
EN EL ALBERGUE MUNICIPAL SE COMIENZA CON EL PROTOCOLO SANITARIO DESDE LAS 7AM HASTA LAS 12,30 DEL MEDIO DIA.

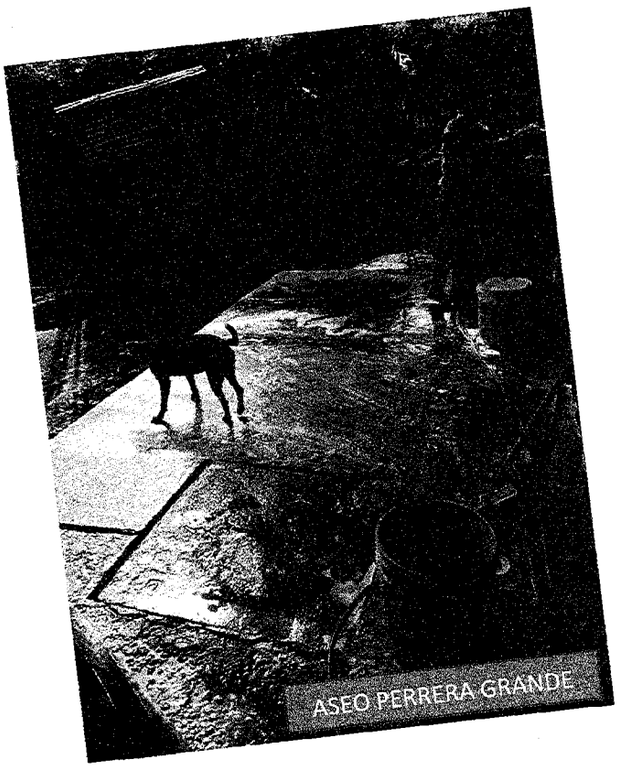
SE RECOGE LAS HECES, LAS CUALES SE ENTIERRAN, SE PROCEDE A LAVAR CON AGUA Y JABON Y LUEGO SE HACE UN ENGUAGUE CON HIPOCLORITO, 3 VECES A LA SEMANA SE EXPARSE AMITRAZ O ESPECIFICO EN LA 9 PERRERAS Y VINAGRE BLANCO EN LA GATERA.

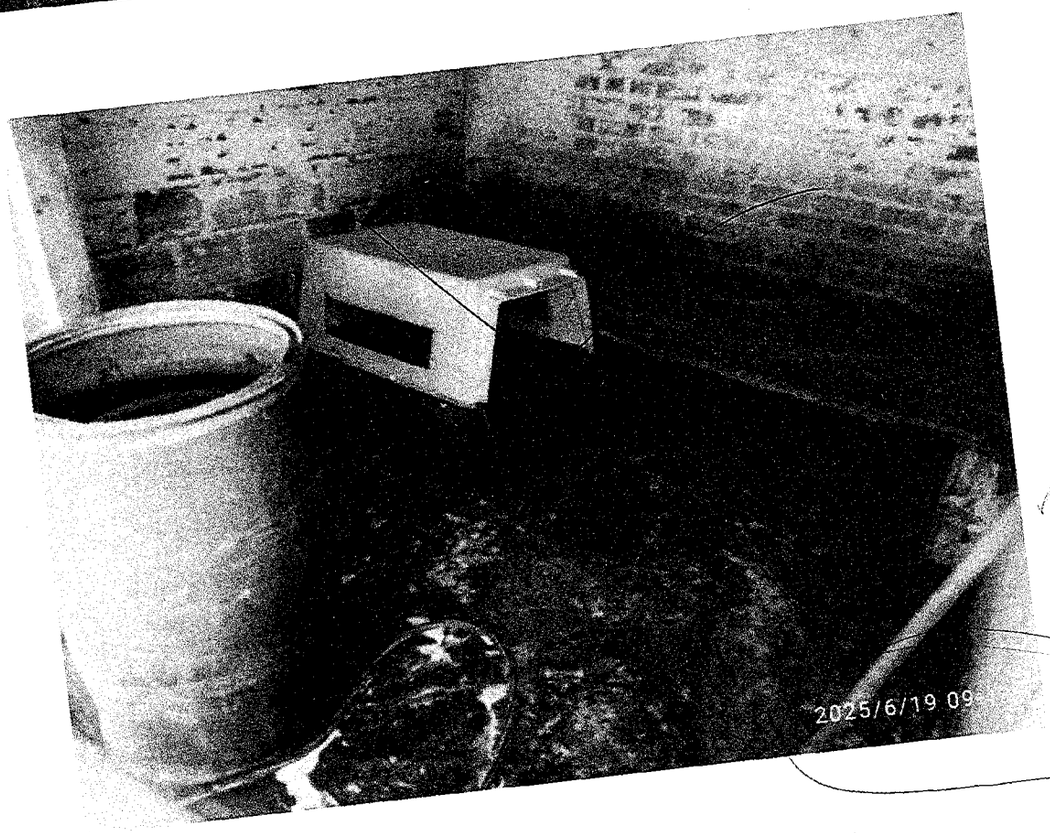
JULIO 2025.








ASEO PERRERA GRANDE


2025/6/19 09

# OBLIGACION 09

Adelantar las acciones correspondientes para dar cumplimiento a los hallazgos u observaciones que se realice Secretaria de Salud Departamental e informar a la Supervisora del Convenio todas las visitas que se Realicen

En el Mes de Julio del 2025.

Se llevó a cabo varias actividades para tener el Albergue en Óptimas condiciones,

Pintura de paredes y techo y lavado con hidrolavadora.

Secretaria de Salud Departamental del Quindío.



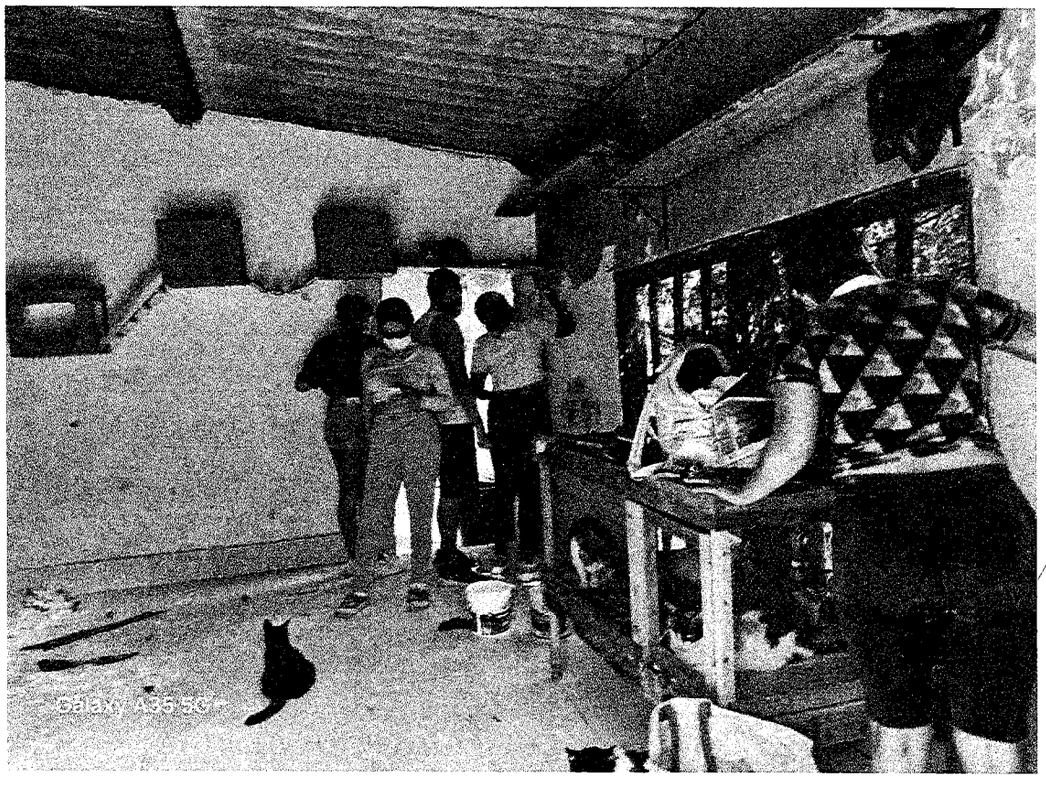
LAVADO CON HIDROLAVADORA. TODAS LAS ZONAS CON MOHO

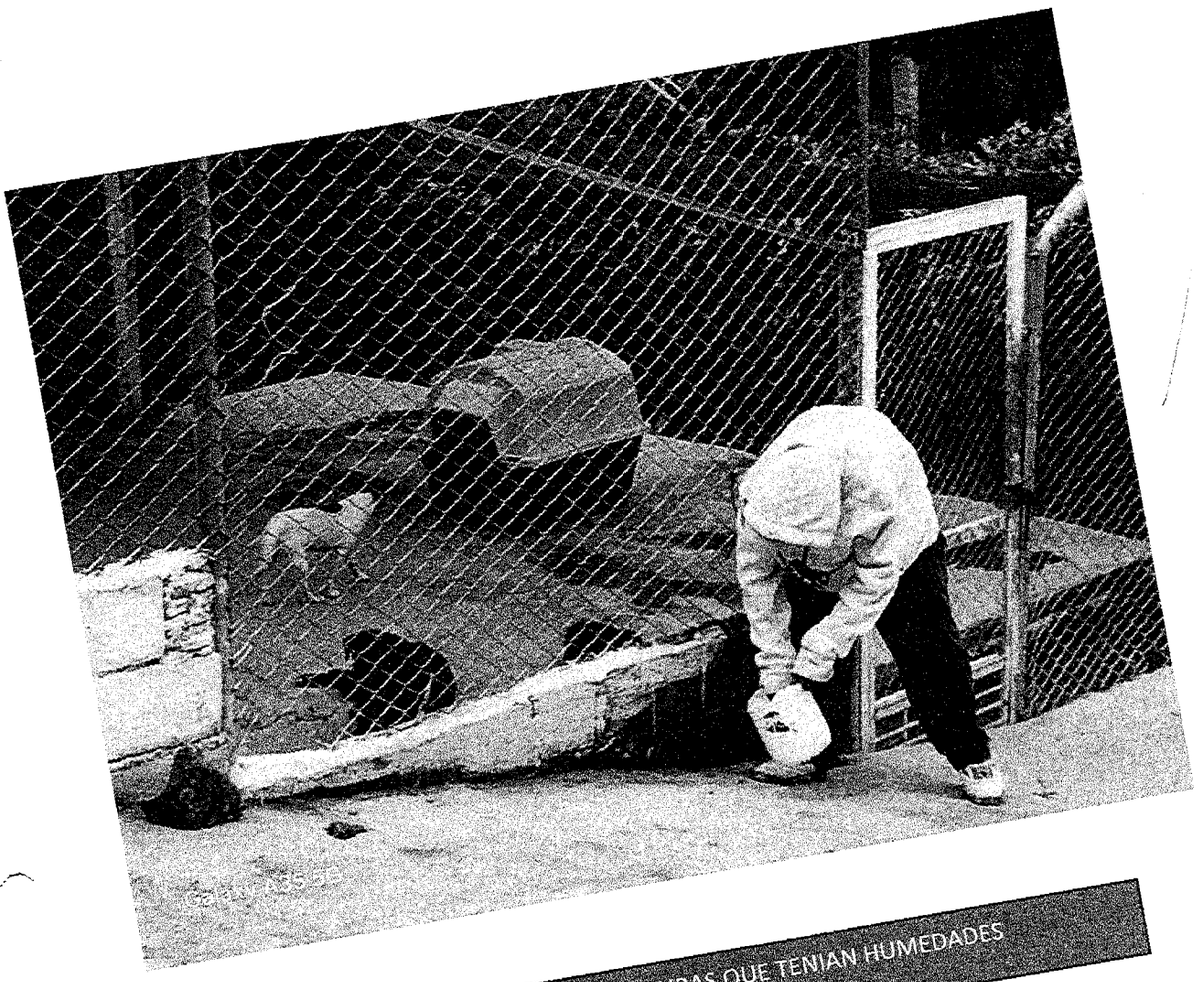
LAVADO DE TECHOS PARA LUEGO PINTAR



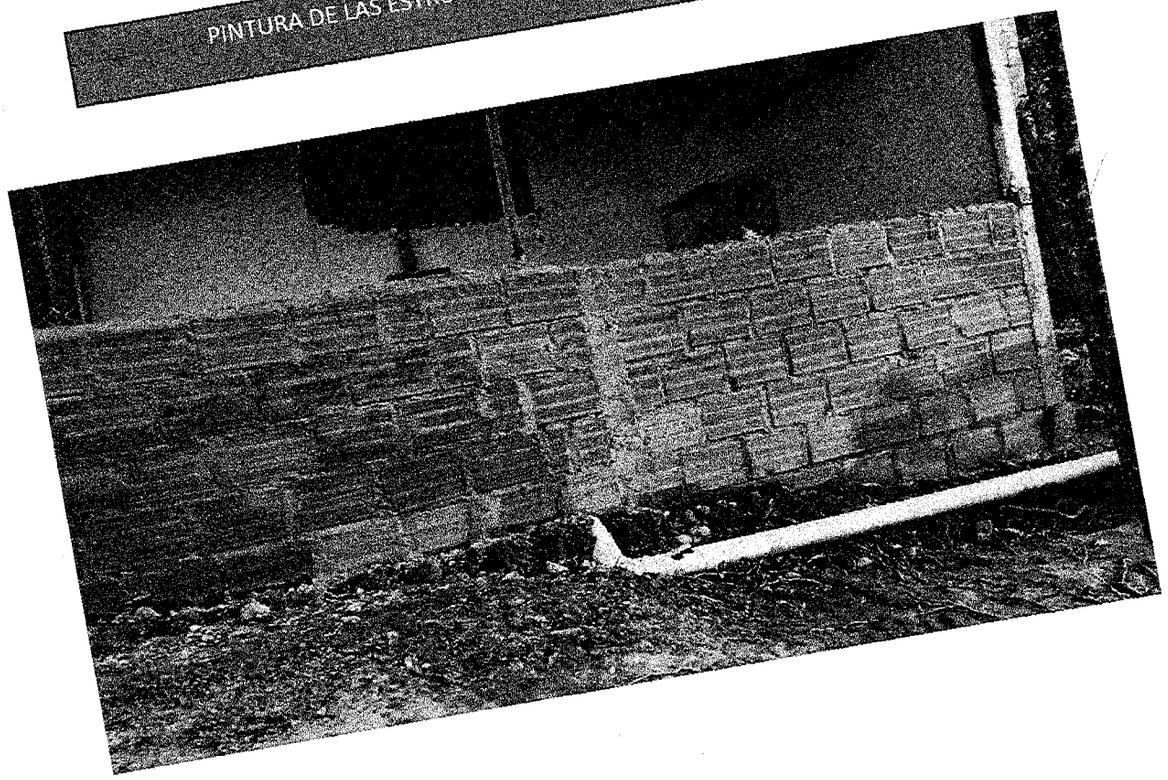
ARREGLO Y PINTURA DE GATERA POR HUMEDADES







PINTURA DE LAS ESTRUCTURAS QUE TENIAN HUMEDADES



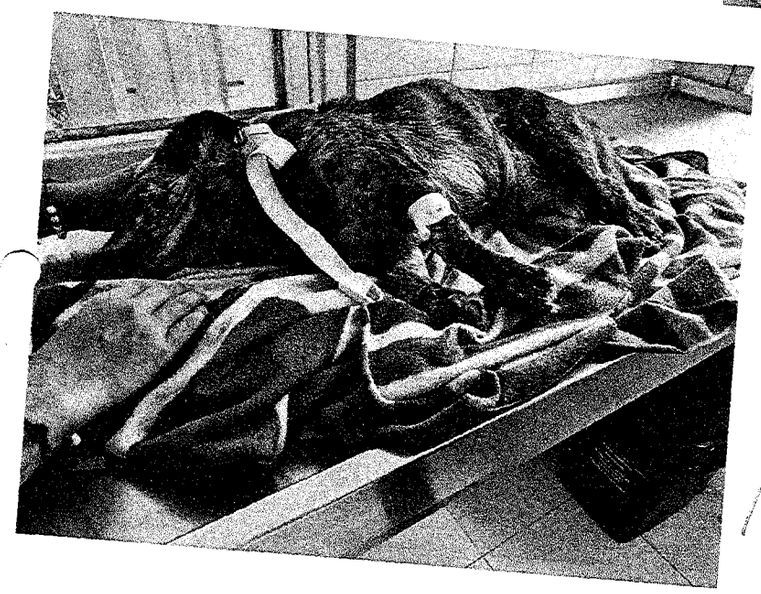
# OBLIGACION 11

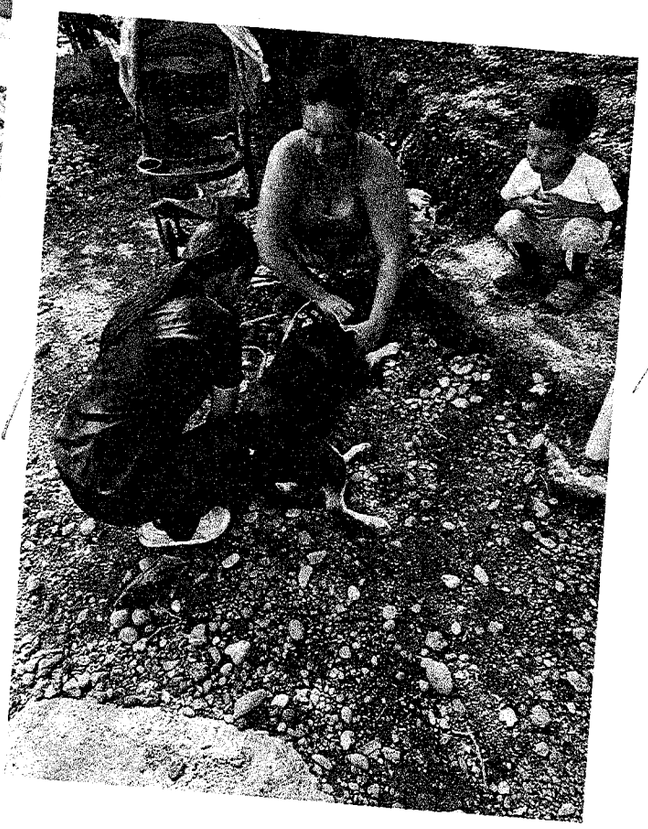
Realizar una jornada de adopción mensual para los caninos y felinos, abandonados, programa de adopción, consultas y eutanasias

FOTOS MES DE JULIO 2025.

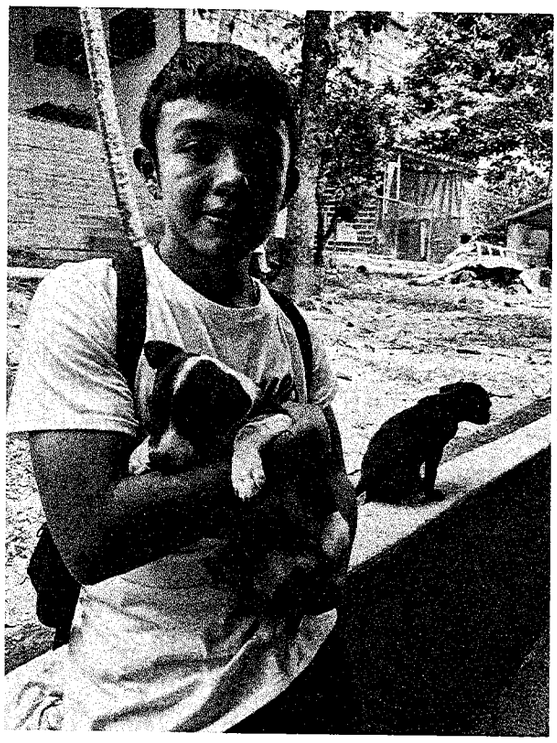


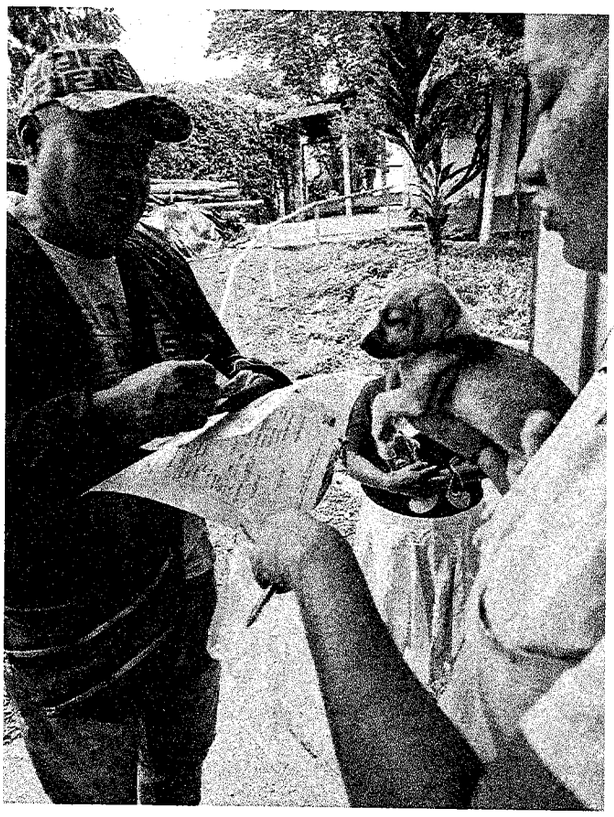


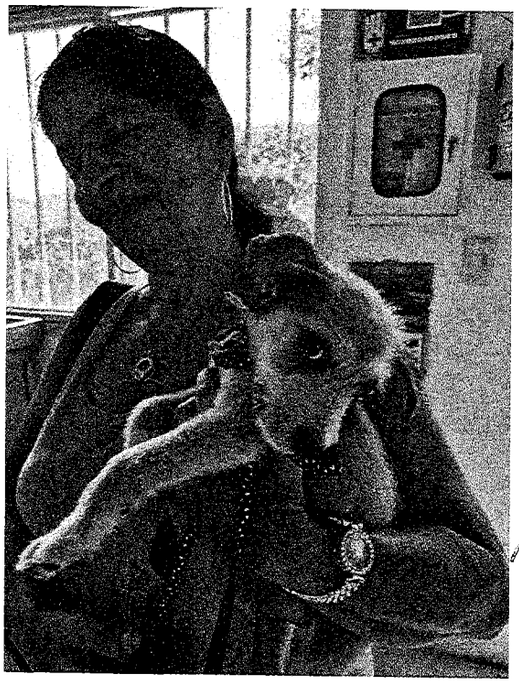


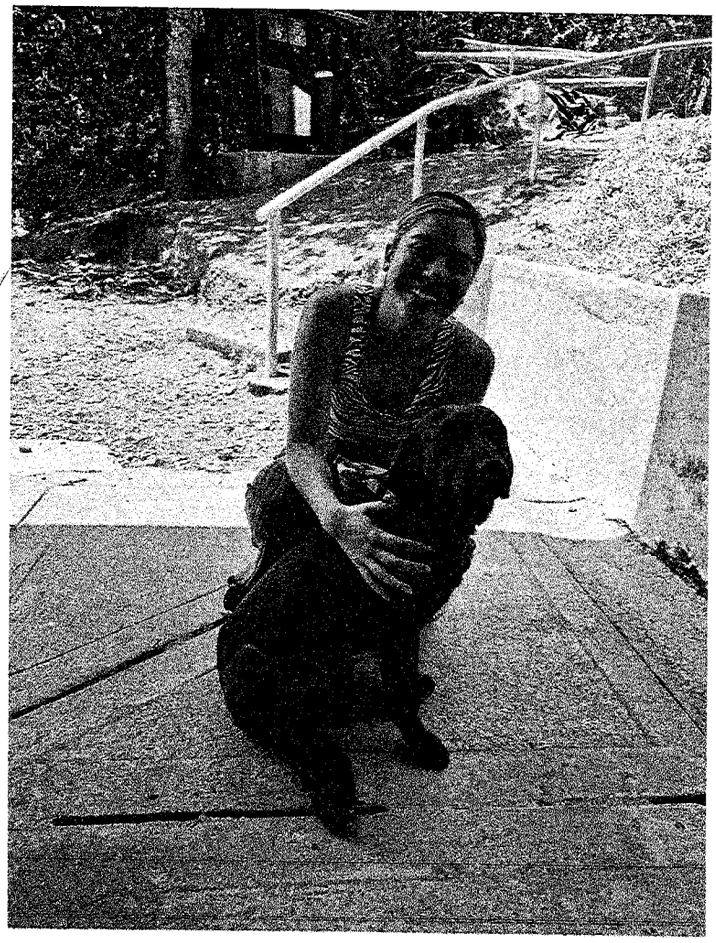


FOTOS MES DE JULIO 2025.

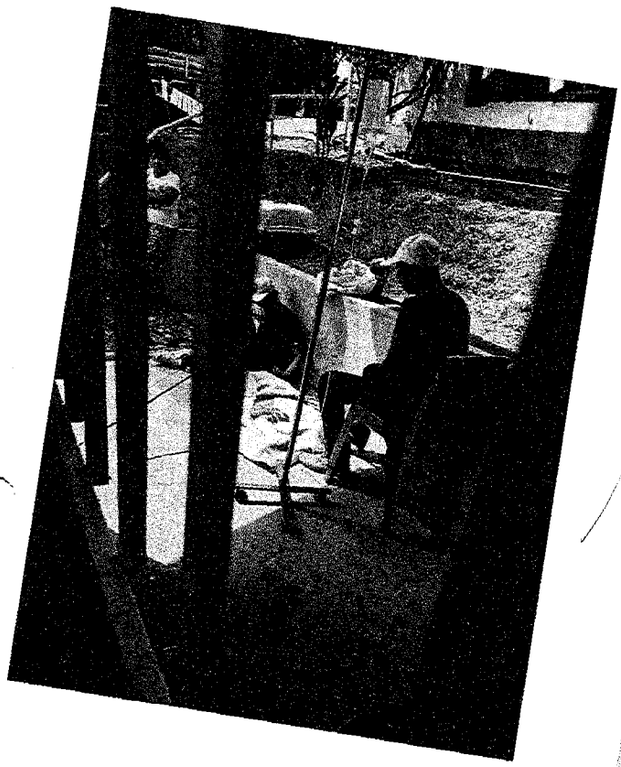


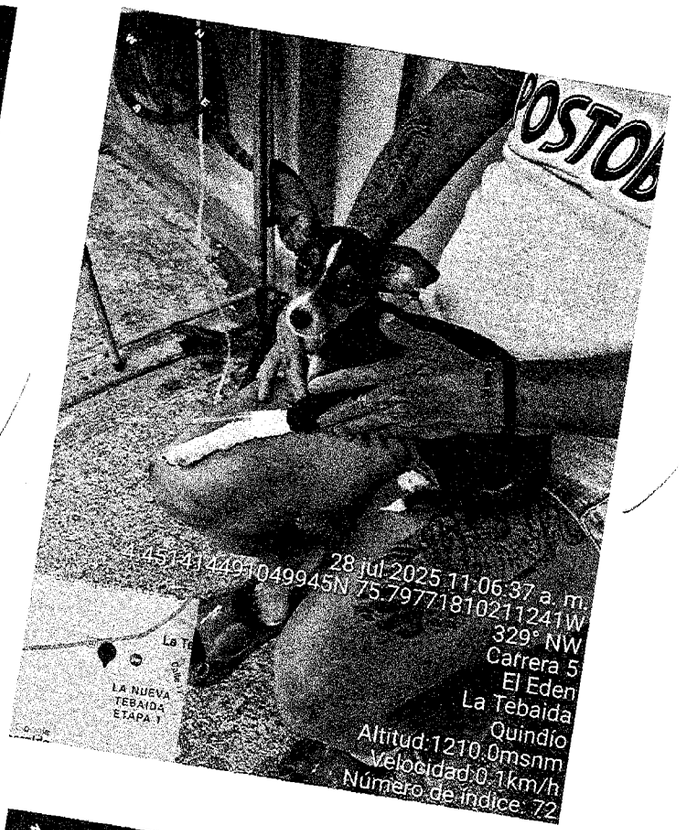






FOTOS MES DE JULIO 2025.










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

28 07 2025

| DATOS DEL ADOPTANTE | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| *s:NOMBRE* Erika | *APELLIDO* Arias | | | *C.C.* 1096040530 | |
| | | | | | |
| *Dirección:* calle 4 # 7-18 | *Barrio* Fundadores | | Adulto ( ) | Cachorro (X) | perra |
| *Tel. fijo* | | *Cel.* 3122509669 | | | |
| ~~Especie:~~ | ~~Canino (X)~~ | ~~Felino ( )~~ | ~~Sexo:~~ | ~~H (X)~~ | ~~M ( )~~ |
| Raza: | Color: Negra | | Edad: 2 Meses | | |
| Características particulares | | | Carnet de vacunación SI ( ) NO ( ) | | |
| Estado de salud: | | | Peso: | | |
| Estado corporal | Normal (X) | Desnutrido ( ) | Sobrepeso ( ) | | |
| Procedencia de la mascota | Callejera ( ) | abandonada ( ) | Con dueño ( ) | | |

**Yo,** Erika Vanessa Arias C. **, identificado(a) con C.C.** 1096040530 **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:**

Gloria Palacio

*Firma del dueño* Erika Arias C.

*funcionario que entrega*

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

*FECHA DE ADOPCION* 24-7-2025

| DATOS DEL ADOPTANTE | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| *Nombres y apellidos:* | Andrea Rincon | | | *C.C.* | 1000707857 |
| *Dirección:* | *Barrio* | | | 3223609918 | |
| DATOS DE LA MASCOTA ADOPTADA: | | | *Cel.* | Adulto (X) | Cachorro ( ) |
| **Especie:** | **Canino (X)** | **Felino ( )** | **Sexo:** | **H (X)** | **M ( )** |
| **Raza:** | **Color:** | | **Edad:** | 8 años | |
| **Características particulares** | CAFE MANCHO | | | **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)**

X Andrea R

# 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 NI SE ABANDONAN

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

| DATOS DEL ADOPTANTE julio 12 / 2025 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| *s:NOMBRE* Brener | *APELLIDO* Cortes | | | *C.C.* 1097389787 | |
| Mz B' Lt. Nuevo Armela | | | | 3003977755 | |
| *Dirección:* | *Barrio* | | Adulto ( ) | Cachorro (X) | |
| *Tel. fijo* | | *Cel.* | | | |
| ~~Especie:~~ | ~~Canino (X)~~ | ~~Felino ( )~~ | ~~Sexo:~~ | ~~H (X)~~ | ~~M ( )~~ |
| Raza: Criollo | 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 ( ) | | |

**Yo,** Brener Cortes, **identificado(a) con C.C.** 1097389787, **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 méses y vacunación anual) El adoptado no será en ningún caso golpeado, maltratado, humillado, abandonado ni regalado**

**Acepto las condiciones:**

*Firma del dueño* Brener cortes

*funcionario que entrega*

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

| DATOS DEL ADOPTANTE julio / 14 / 2025 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| *s:NOMBRE* Sergio | *APELLIDO* Hernandez | | | *C.C.* 1138790076 | |
| *Dirección:* Finca el descanso | *Barrio* Vereda Mamato | | Adulto ( ) | Cachorro (X) | |
| *Tel. fijo* | | *Cel.* 3107697157 | | | |
| ~~Especie:~~ | ~~Canino (X)~~ | ~~Felino ( )~~ | ~~Sexo:~~ | ~~H (X)~~ | ~~M ( )~~ |
| Raza: | Color: Cafesita | | Edad: 2 meses | | |
| Características particulares | | | Carnet de vacunación SI (X) NO (X) | | |
| Estado de salud: | | | Peso: | | |
| Estado corporal | Normal (X) | Desnutrido ( ) | Sobrepeso ( ) | | |
| Procedencia de la mascota | Callejera ( ) | abandonada ( ) | Con dueño ( ) | | |

**Yo,** Sergio Hernandez **, identificado(a) con C.C.** 1138790076 **, 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:**

Sergio Hernandez
1138790076

*Firma del dueño*

Alejandra Soto

*funcionario que entrega*

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

6 07 2025

| DATOS DEL ADOPTANTE | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| *s:NOMBRE* Juan José | *APELLIDO* Sánchez Sarna | | | *C.C.* 1096.040.785 | |
| *Dirección:* Cra 11 #15-44 | *Barrio* Acción Comunal | | Adulto ( ) | Cachorro (X) | |
| *Tel. fijo* | | *Cel.* 3217897146 | | | |
| ~~Especie:~~ | ~~Canino (X)~~ | ~~Felino ( )~~ | ~~Sexo:~~ | ~~H ( )~~ | ~~M (X)~~ |
| Raza: | Color: | | Edad: 5 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 José Sánchez Sarna **, identificado(a) con C.C.** 1096040785**, 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*
Gloria Elsy Palacio

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

| DATOS DEL ADOPTANTE | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| *s:NOMBRE* Elizabeth | *APELLIDO* Mejia | julio/26/2025 | | *C.C.* 42029625 | |
| Mz #1 | Mz 13-20 | | | 3137191282 | |
| *Dirección:* | *Barrio* | | Adulto ( ) | Cachorro (X) | |
| *Tel. fijo* | | *Cel.* | | | |
| ~~Especie:~~ | ~~Canino (X)~~ | ~~Felino ( )~~ | ~~Sexo:~~ | ~~H ( )~~ | ~~M (X)~~ |
| Raza: | Color: Beige | | 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,** Elizabeth Mejia, **identificado(a) con C.C.** 42029625, **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 Elizabeth

*Firma del dueño*

*funcionario que entrega*

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

julio 11 - 2025

| DATOS DEL ADOPTANTE | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| *s:NOMBRE* Fransisco | *APELLIDO* Sanchez | | | *C.C.* 1096033159 | |
| | | | | | |
| *Dirección:* Pedro Londo | *Barrio* mz B C#8 | | Adulto ( ) | Cachorro (X) | |
| *Tel. fijo* | | *Cel.* | | | |
| ~~Especie:~~ ~~Canino (X)~~ | ~~Felino ( )~~ | ~~Sexo:~~ | ~~H ( )~~ | ~~M ( )~~ | |
| Raza: Criollo | Color: Amarillo | Edad: ~~1 año~~ | | | |
| Características particulares | Orejas negras | 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,** x Francisco S **identificado(a) con C.C.** x 1096033159 **, 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* |
|---|---|
| x Francisco S | Angela ceballos |

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

julio/06-/2025

| DATOS DEL ADOPTANTE | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| *s:NOMBRE* Monica | *APELLIDO* Grajales | | | *C.C.* 1053800432 8 | |
| | | | | | |
| *Dirección:* Calle 6 norte | *Barrio* Profesionales | | Adulto (X) | Cachorro ( ) | |
| *Tel. fijo* | | *Cel.* 310 714 0690 | | | |
| ~~Especie:~~ | ~~Canino (X)~~ | ~~Felino ( )~~ | ~~Sexo:~~ | ~~H ( )~~ | ~~M (X)~~ |
| Raza: | Color: negro Amarillo | | Edad: 9 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

**Yo,** Monica Grajales **, identificado(a) con C.C.** 1053800432 **, 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:**

Monica Grajales
*Firma del dueño*
1053804328

1007355392
Alejandra Soto
*funcionario que entrega*

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

| DATOS DEL ADOPTANTE | | julio / 22 / 2025 | |
|---|---|---|---|
| *s:NOMBRE* Margarita | *APELLIDO* Velasquez | | *C.C.* 41885311 |
| | | | |
| *Dirección:* Finca Parcos | *Barrio* cl Caimo | Adulto (✓) | Cachorro ( ) |
| *Tel. fijo* 311 3208811 | 3122509301 | *Cel.* | |
| Especie: Canino ( ✓ ) | Felino ( ) | Sexo: H ( ✓ ) | M ( ) |
| Raza: Criollos | Color: Blanco con negro | Edad: 3 meses | |
| Características particulares: Ninguna | | Carnet de vacunación: SI ( ) NO (✓) | |
| Estado de salud: Bien | | Peso: | |
| Estado corporal | Normal ( ) | Desnutrido ( ) | Sobrepeso ( ) |
| Procedencia de la mascota | Callejera ( ) | abandonada ( ) | Con dueño ( ) |

**Yo,** Margarita Velasquez **identificado(a) con C.C.** 41885311 **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:**

Margarita Velasquez
*Firma del dueño*

*funcionario que entrega*

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

16 07 2023

| DATOS DEL ADOPTANTE | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| *s:NOMBRE* Luz Marina | *APELLIDO* Pineda Gonzales | | | *C.C.* 47.870.584 | |
| *Dirección:* | *Barrio* Granja El Vergel | | Adulto ( ) | Cachorro ( ) | |
| *Tel. fijo* | | *Cel.* 304 25 56 257 | | | |
| Especie: | Canino (X) | Felino ( ) | Sexo: | H ( ) | M ( ) |
| Raza: | Color: Café | | Edad: 2 Meses | | |
| Características particulares | | | Carnet de vacunación SI ( ) NO ( ) | | |
| Estado de salud: | | | Peso: | | |
| Estado corporal | Normal (X) | Desnutrido ( ) | Sobrepeso ( ) | | |
| Procedencia de la mascota | Callejera ( ) | abandonada ( ) | Con dueño ( ) | | |

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

**AL FIRMAR ESTE ACUERDO, EL ADOPTANTE ACEPTA QUE:**

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

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

**Acepto las condiciones:**

*Firma del dueño* *funcionario que entrega*

x Luz Marina Pineda, Gloria Elsy Palacio

47 870 584

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

24 07 2025

| DATOS DEL ADOPTANTE | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| *s:NOMBRE* Hector | *APELLIDO* Julio Lopez | | | *C.C.* 18412782 | |
| *Dirección:* | *Barrio* Finca el bizcocho | | Adulto X | Cachorro ( ) | |
| *Tel. fijo* | | *Cel.* 322 340 0153 | | | |
| Especie: | Canino ( ) | Felino X | Sexo: | H ( ) | M ( ) |
| Raza: | Color: Mona | | Edad: 1 AÑO | | |
| 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 ( ) | | |

Gato

**Yo,** [signature], **identificado(a) con C.C.** X18412782, **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:**

[signature]
*Firma del dueño*
X18412782

Gloria palacio
*funcionario que entrega*

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

| DATOS DEL ADOPTANTE | | | | | | julio/8/2025 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| *s:NOMBRE* Erika | *APELLIDO* Arias | | | | *C.C.* 1096040530 | |
| | | | | | 3122509669 | |
| *Dirección:* Calle 4 | *Barrio* 7-18 | | | Adulto ( ) | Cachorro (X) 2m | |
| *Tel. fijo* | | | *Cel.* | | | |
| ~~Especie:~~ | ~~Canino ( )~~ | ~~Felino (X)~~ | ~~Sexo:~~ | ~~H ( )~~ | ~~M (X)~~ | |
| Raza: | | Color: Pardo | | 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,** Erika Arias, **identificado(a) con C.C.** 1096040530, **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 Erika Arias C.

*Firma del dueño* *funcionario que entrega*

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

21 07 2025

| DATOS DEL ADOPTANTE | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| *s:NOMBRE* Antonelly | *APELLIDO* Cardona | | | *C.C.* 18371406 | |
| *Dirección:* | *Barrio* Via Aeropuerto | | Adulto ( ) | Cachorro (X) | |
| *Tel. fijo* | | *Cel.* | | | |
| ~~Especie:~~ | ~~Canino ( )~~ | ~~Felino (X)~~ | ~~Sexo:~~ | ~~H ( )~~ | ~~M ( )~~ |
| Raza: | 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 ( ) | | |

Gato

**Yo,** Antonelly Cardona Beitrago, **identificado(a) con C.C.** 18371406, **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*** Antonelly Cardona Beitrago

***funcionario que entrega*** Gloria Palacio

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

Gato

| DATOS DEL ADOPTANTE 15-07-25 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| *s:NOMBRE* Leidy Carolina | *APELLIDO* Castañeda | | | *C.C.* 1094939519 | |
| *Dirección:* Hotel | *Barrio* Herradura Casa Habba | | Adulto ( ) | Cachorro (X) | |
| *Tel. fijo* | | *Cel.* 3007168057 | | | |
| ~~Especie:~~ | ~~Canino ( )~~ | ~~Felino (X)~~ | ~~Sexo:~~ | ~~H ( )~~ | ~~M (X)~~ |
| Raza: | 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 ( ) | Con dueño ( ) | | |

**Yo,** Leidy Carolina Castañeda **identificado(a) con C.C.** 1094939519 **, 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:**

1007353392
Alejandra Soto

*Firma del dueño* *funcionario que entrega*

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

Vacunar a los 4 meses

| **DATOS DEL ADOPTANTE** | | | | | | Julio 8 2025 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| *s:NOMBRE* Alejandra | *APELLIDO* mapura | | | *C.C.* 1095208222 | | |
| *Dirección:* M7B C10 | *Barrio* Sauces | | Adulto ( ) | Cachorro (X) | | |
| *Tel. fijo* | | *Cel.* | | | | |
| ~~Especie:~~ | ~~Canino ( )~~ | ~~Felino (X)~~ | ~~Sexo:~~ | ~~H ( )~~ | ~~M ( )~~ | |
| **Raza:** | **Color:** Gris. | | **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, _____, 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:**

Alejandra mapura — *Firma del dueño*

Alexandra T. — *funcionario que entrega*

# ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA QUINDIOA
# LA TEBAIDA 2025

| DATOS DEL ADOPTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| *Nombres y apellidos:* | Valen macha | *C.C.* | 1088002 |
| *Dirección:* | *Barrio* | | |
| *Tel. fijo* | | *Cel.* | 3117248703 |

| DATOS DE LA MASCOTA ADOPTADA | | ADULTO ( ) | CACHORRO (X) 6 |
|---|---|---|---|
| **Nombre de la mascota entregada en adopción:** | | | |
| **Especie:** | **Canino ( )** | **Felino ( )** | **Sexo:** H ( ) M ( ) |
| **Raza:** | **Color:** Amarilla | **Edad:** 6 m. | |
| **Características particulares** | | **Carnet de vacunación SI ( ) NO ( )** | |
| **Estado de salud:** | | **Peso:** | |
| **Estado corporal** | **Normal (✓)** | **Desnutrido ( )** | **Sobrepeso ( )** |
| **Procedencia de la mascota** | **Callejera ( )** | **abandonada ( )** | **Con dueño ( )** |

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 ___JA___ del año **2025**____, el día se le asignara de acuerdo a la disponibilidad presupuestal y de programación

8676638398 1

315.65287 76

---

=>

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

| DATOS DEL ADOPTANTE | | | | | | Julio 18/2025 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| *s:NOMBRE* Gloria | *APELLIDO* J Vargas | | | | *C.C.* 38196434 | |
| Parque de Westfalia | | | | | | |
| *Dirección:* | *Barrio* | | | Adulto ( ) | Cachorro (X) 10m | |
| *Tel. fijo* | | | *Cel.* | | | |
| Especie: | Canino (X) | Felino ( ) | Sexo: | H ( ) | M (X) | |
| Raza: | | Color: B/ CAFE | | Edad: 10m | | |
| Características particulares | | | | Carnet de vacunación SI ( ) NO ( ) | | |
| Estado de salud: | | | | Peso: | | |
| Estado corporal | Normal ( ) | Desnutrido (X) | | Sobrepeso ( ) | | |
| Procedencia de la mascota | Callejera ( ) | abandonada (X) | | Con dueño ( ) | | |

**Yo,** Gloria J Vargas **, identificado(a) con C.C.** 38196434 **, 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*

Gloria Yanid Vargas. O
38196434

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

Gata

| DATOS DEL ADOPTANTE | | | | | Julio / 20 / 2025 |
|---|---|---|---|---|---|
| *s:NOMBRE* Ruben | *APELLIDO* sanchez | | | *C.C.* 94.193.052 | |
| *Dirección:* | *Barrio* vereda san pablo | | Adulto ( ) | Cachorro (X) | |
| *Tel. fijo* | | *Cel.* 3170554479 | | | |
| Especie: | Canino ( ) | Felino (X) | Sexo: | H ( ) | M ( ) |
| Raza: | Color: Amarilla | | Edad: 1 año | | |
| 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,** Ruben Sanchez **, identificado(a) con C.C.** 94.193.052 **, 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:**

Ruben Marles — *Firma del dueño*
94193052

Alejandra soto — *funcionario que entrega*

# ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2025

## REGISTRO Y AUTORIZACION DE EUTANACIA

| *I. Datos de la mascota* | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| *Nombre* | Frida | | *Sexo: M* ◯ *H* Ⓧ | | |
| *Especie* | *Canino* Ⓧ *Felino* ◯ | | *raza* bigol | *Peso Aprox.* 12kg | |
| *Edad* | 13 | *Color* | *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:* Wuilian Ruiz | *T.I./C.C.* 9735779 |
| *Dirección:* Cami del bosque M2 C25 | *Teléfono:* 3007097640 |
| *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"*

* firma - *Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinaria

Yo, *Wuilian Andres Ruiz *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. La Tebaida Q. 22-11-2025

| |
|---|
| *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:* |

# ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2025

## REGISTRO Y AUTORIZACION DE EUTANACIA

| I. Datos de la mascota | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Nombre | Caras | | Sexo: M ◯ H ⓥ | | Raza Pequeño Canino |
| Especie mestizo | Canino ⓧ | Felino ◯ | raza | Peso Aprox. | |
| Edad 2 años | | Color Blan | 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: Luz Stella Castañeda. | T.I./C.C. 24157892. |
| Dirección: Cantarito mz M3 C7. | Teléfono: 3175886346. |
| E-mail: | Sisben: SI ◯ NO ◯ Nivel 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ |

**ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD**
**PROCEDIMIENTO VETERINARIO**

Ley 566/2000 Art. 26

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

*Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinaria

Yo, Luz Stella Castañeda 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. 24.157.892 La Tebaida Q. 15 Julio 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:* |

# ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2025

## REGISTRO Y AUTORIZACION DE EUTANACIA

| I. Datos de la mascota | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Nombre | toby | | Sexo: M (X) H ( ) | | Parche canino |
| Especie | Canino (X) Felino ( ) | | raza | Peso Aprox. | |
| Edad | | Color beis. | Pelaje | | |
| Características particulares | | | | | |
| Estado de salud | buena ( ) | | regular ( ) | mala (X) | |
| Causas por las cuales se le aplicara la eutanacia: ( ) enfermedad terminal ( ) plitraumatismo | | | | | |
| ( ) Hipotermia ( ) desnutricion severa (X) otros | | | | | |

| II. Datos del propietario | |
|---|---|
| Nombre: Jairo Hernandez. | T.I./C.C. 1096033362. |
| Dirección: cristales mz 9 c7. | Teléfono: 3218588893. |
| 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 toby, 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.

JAIRO HDEZ
*Firma* C.C. 1096033362 La Tebaida Q. julio 23 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:* |

# ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2025

## REGISTRO Y AUTORIZACION DE EUTANACIA

| *I. Datos de la mascota* | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| *Nombre* | Pelusita | | *Sexo: M* ⊗ *H* ○ | | |
| *Especie* | *Canino* ⊗ *Felino* ○ | | *raza* | *Peso Aprox.* | |
| *Edad* | | *Color* B/ | *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* Fallo respiratorio (9 años) | | | | | |

| *II. Datos del propietario* | |
|---|---|
| *Nombre:* Lozmery Caicedo | *T.I./C.C.* 24497555 |
| *Dirección:* La Naveta mz 3-8 | *Teléfono:* 3147738 2576 |
| *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.

Lozmery Caicedo

*Firma* C.C. 24497555 La Tebaida Q. Julio 12 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 | Apolo | | Sexo: M ⊗ H ○ | | |
| Especie | Canino ⊗ | Felino ○ | raza pitbull | 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 | | | | | |
| 15 AÑOS. Cancer en la prostata. | | | | | |

| II. Datos del propietario | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre: | Maria Lopez | T.I./C.C. | 24394331 |
| Dirección: | la loseda | Teléfono: | 3235214357. |
| E-mail: | mz 1 - c 9. p. 2 | 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, Maria Lopez identificado (a) como aparece al pie de la firma, propietario (a) y/o responsable de la mascota llamada Apolo, 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.

Xmaria Jose. da lopez
*Firma* C.C. 24394331 La Tebaida Q. 10/10/2025

| |
|---|
| *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 | Nani | | Sexo: M ◯ H ⊗ | | |
| Especie | Canino ◯ Felino ⊗ | | raza Mestizo | Peso Aprox. | Pacrete |
| Edad | 1 AÑO | Color Negro | 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 | | | | | |
| Enfermedad viral | | | | | |

| II. Datos del propietario | |
|---|---|
| Nombre: Andies Mauricio Jaramillo | T.I./C.C. 1112632398 |
| Dirección: Calle 19 Bis #7-51 | Teléfono: 3008187499 |
| 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, Andies Jaramillo identificado (a) como aparece al pie de la firma, propietario (a) y/o responsable de la mascota llamada Nani, especie canino ___ Felino ✓ sexo H DECLARO, **SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO** al Médico Veterinario Zootecnista (M.V.Z.) DRA. Laura Marcela Mazo Patiño. Matricula Profesional 37991. **U DEL TOLIMA contratado** por la **FUNDACIÓN NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT,** para que realice la EUTANACIA bajo anestesia general en las condiciones que me han sido propuestas observando todos los protocolos vigentes para el procedimiento. He leído, comprendido y aceptado la información que me ha sido proporcionada, he realizado las preguntas oportunas y he sido informado. Exonero civil y penalmente a la **FUNDACIÓN NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT** y a **M.V.Z LAURA M MAZO PATIÑO** por el deceso de mi mascota, ya que voluntariamente y sin ningún tipo de presiones y después de escuchar el diagnostico por parte del médico veterinario, he tomado la decisión libre y voluntariamente de eutanasia mi mascota con el fin de librarla del sufrimiento que la aqueja. Autorizo a que se tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas o educativas, bajo la reserva del nombre. Yo exonero a la **FUNDACIÓN NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT** y al **M.V.Z LAURA M MAZO PATIÑO** de toda reclamación, responsabilidad civil o penal por el procedimiento que se va a llevar a cabo, y cualquier reclamación de reembolso de costos relacionados con el del animar ya sea que el dueño o responsable crea que tales costos están relacionados con el procedimiento. Mi firma y huella abajo indica que he leído y entendido este formulario de consentimiento.

Firma C.C. 1112632398 La Tebaida Q. 10/10/2025

| |
|---|
| *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:* |

# ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2025

# REGISTRO Y AUTORIZACION DE EUTANACIA

| *I. Datos de la mascota* | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| *Nombre* | NANA | | *Sexo: M* ◯ *H* ⊗ | | |
| *Especie* | *Canino* ⊗ | *Felino* ◯ | *raza* Pinchel | *Peso Aprox.* | |
| *Edad* | | *Color* Negro | *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* | | | | | |
| 16 años, Cancer en el utero. | | | | | |

| *II. Datos del propietario* | |
|---|---|
| *Nombre:* Andres F Cortes | *T.I./C.C.* 1088329840 |
| *Dirección:* Cantabria Mz 12 - 14 | *Teléfono:* 3138770226 |
| *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, Andres F Cortes identificado (a) como aparece al pie de la firma, propietario (a) y/o responsable de la mascota llamada NANA, especie canino X Felino ___sexo H DECLARO, **SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO** al Médico Veterinario Zootecnista (M.V.Z.) DRA. Laura Marcela Mazo Patiño. Matricula Profesional 37991. **U DEL TOLIMA contratado** por la **FUNDACIÓN NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT,** para que realice la EUTANACIA bajo anestesia general en las condiciones que me han sido propuestas observando todos los protocolos vigentes para el procedimiento. He leído, comprendido y aceptado la información que me ha sido proporcionada, he realizado las preguntas oportunas y he sido informado. Exonero civil y penalmente a la **FUNDACIÓN NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT** y a **M.V.Z LAURA M MAZO PATIÑO** por el deceso de mi mascota, ya que voluntariamente y sin ningún tipo de presiones y después de escuchar el diagnostico por parte del médico veterinario, he tomado la decisión libre y voluntariamente de eutanasia mi mascota con el fin de librarla del sufrimiento que la aqueja. Autorizo a que se tomen fotografías y videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas o educativas, bajo la reserva del nombre. Yo exonero a la **FUNDACIÓN NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT** y al **M.V.Z LAURA M MAZO PATIÑO** de toda reclamación, responsabilidad civil o penal por el procedimiento que se va a llevar a cabo, y cualquier reclamación de reembolso de costos relacionados con el del animar ya sea que el dueño o responsable crea que tales costos están relacionados con el procedimiento. ~~Mi firma y huella~~ abajo indica que he leído y entendido este formulario de consentimiento.

*Firma* C.C. 1088329840 La Tebaida Q. Julio 20.

| |
|---|
| *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:* |

# MUNICIPIO DE LA TEBAIDA 2025

MES Julio. AÑO 2025

| Nº | NOMBRE | CEDULA | DIRECCION | TELEFONO | FELINO | CANINO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Shaick Melendez | 1095553009 | Centro | 3226600573 | | X | MAX |
| | Yuleth Aguilar | 1096040982 | Centro | 3246829850 | | X | D. x 3 perros |
| | Onaudis Guedez | 1002597 | Jaguay vereda | 3025227878 | | X | Kia |
| | Luz Marina Tirado | 1125479357 | La esperanza | 3053069231 | 1 | 1 | Marina Tirado |
| | Karolina Ortega | 16577113 | La Nueva te Pit | 3238196345 | | X | Carolina ortega |
| | Katiana Ardila | 41947680 | Finca Belen | 3218715327 | X | | Belen |
| | Erica montoya | 1090485334 | M76C48 Nueva tba | 3134753805 | X | | michi |
| | Valeria soto | 1096037057 | Cra 6b #15-50 | 3135788740 | X | | manchas |
| | natalia pulgarin | 1007269233 | Alto Canaguay | 3128961784 | | X | mailo |
| | Andres Arciniegas | 9770004 | Cra 7 #11-09 | 3115277257 | X | | merlin |
| | Sandra milena Garcia | 41943905 | Conta. to M7 em 7 C13 | 3147157593 | | X | Toby |
| | marley Gallon | 41904245 | M7 N2 C16 N. tebaida | 3167952920 | | X | Capital |
| | Diana M villegas | 1094925153 | Villa C #99 | 3225922500 | | X | Rocky |
| | Alonzo Sanchez | 9698107 | Mz A #2 piso 1 | Un. 3105924813 | X | | mons |
| | Diana Contreras | 41952323 | M2 S4 C #2 N.T | 3006909823 | X | | Diana C. |
| | Gloria Giraldo | 30406689 | San miguel M7 AG1 | 3136917240 | X | | lulu |
| | Magda Rodriguez | 41872129 | Cra 6-B-20 | 3503449912 | | X | NIKA |
| | Valentina Villa | 1094968646 | | 3108440479 | | X | ying |
| | Math L Rincon | 24581241 | MZ H M7 | 3123838536 | | X | Zeus |
| | Floralba posada | 52238047 | Calle 10 n 9-36 Centro | 3009030058 | | X | lulu |
| | Estefany Almanza | 1133860901 | Vereda Pizamal | 3017981664 | | X | Mia |
| | | | | | | | |

21

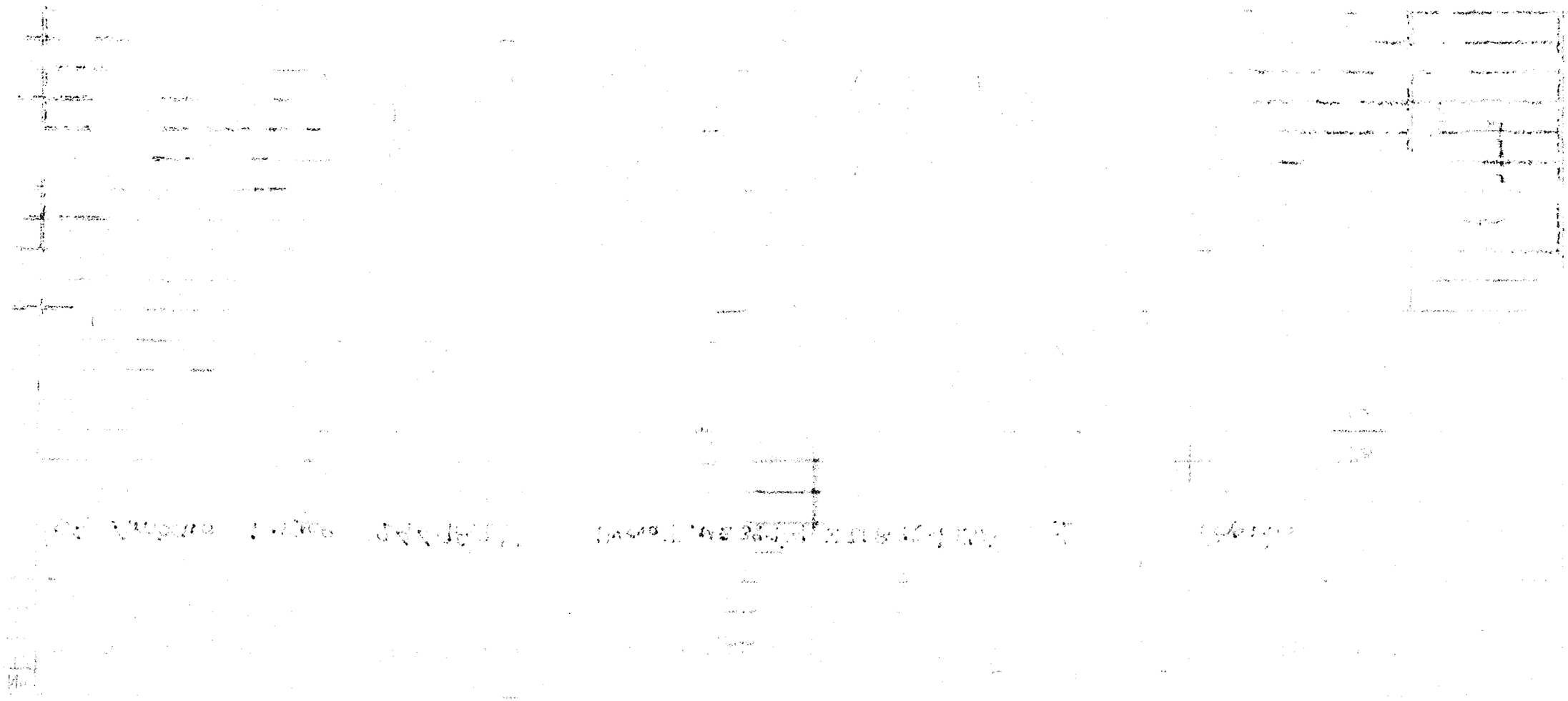
# CONSULTAS DIARIAS COSO MUNICIPAL
## COSO MUNICIPAL

FUNAT

MES Julio AÑO 2025

| Nº | NOMBRE | CEDULA | DIRECCION | TELEFONO | FELINO | CANINO | FIRMA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Monica Velasco | 41872421 | los kingos | 3227231760 | | 7 | Monica Ve | |
| | Deyanira Duque | 24499320 | Los Alpes 4A | 3126986576 | | 2 | Bevanda | |
| | Juliana Loaiza | 1095208065 | los Alpes calle 15 | 3218594157 | | 1 | Juliana L. | |
| | Dennis Tobar | 1094553800 | Policia mz20-6 | 3204515386 | | 1 | Mia | |
| | Lot Amparo Duque | 24498211 | Nueva T. Mz 39 #9 | 3218924036 | 1 | | Copito | |
| | OSCAR Rivera | 1096039823 | [illegible] mz 1-3 | 3203155242 | | 1 | HANA (3a) | est. |
| | Teidy Valencia | 1058816612 | Bl Gualla MZ C5 | 3042480726 | 1 | | IROchy | |
| | Deiby Lopez | 1096034721 | 51-26 Mz #2 | 3148659531 | | 1 | Sacha | |
| | DIANA Escobar | 41871582 | Blalam C4 6-15 | 3234513439 | 1 | | Tito | |
| | Orfilia Alzate | 24494862 | Fabio molina mz 3 | 3117740413 | X | | Jerry | |
| | Kriny Roque | 41906369 | La estrella | 3147266102 | X | | Venus | |
| | y Stiven Uribe | 24811023 | Mz # | 3116349988 | | X | Sacha (Cachorro) | |
| | Angelica Camargo | 41872368 | Salvador calle 11 | 3151730250 | X | X | Silvestre | |
| | maria Violeta valencia | 24498712 | calle 14 10-10 | 3127724231 | | X | Emiliano | |
| | Sara Sabar | 1005096599 | Progreso mz b c4 | 3218844050 | | X | Maqui | |
| | Paula Muñoz | 1002543141 | B/Nata Mz 2 c 9 | 3128477023 | | X | Rock (3 meses) | |
| | Ivan y Queens | 9808588 | Almendros | 3183123379 | X | | Marcelo | |
| | Mabel Zapata | 24499746 | Castuera mz 1-5 | 3136233699 | | X | Mujeres (15 a) | |
| | Jenny Erazo | 1096040277 | Cast mz B4-7 | 3137761211 | | X | negra (6 años) | |
| | Sara S Ramirez | 1088271940 | 2 Agosto Cas 7 | 3134751105 | | X | Bruno 8 años | |
| | Yeraldin Martinez | 1091202113 | chalet Andalucia | 3106507879 | | X | Toby | |
| | Mirley Castellanos | 52886641 | vereda popa + Antioquia | 3192196016 | | X | Sacha | |

22



FUNAT

# CONSULTAS VETERINARIAS
## ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2025

MES Julio AÑO 2025

| Nº | NOMBRE | CEDULA | DIRECCION | TELEFONO | FELINO | CANINO | FIRMA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Cristina Prada | 41927705 | Casa M72H6 | 3205960170 | 4 | 5 | Ave Prado | |
| | Cinelo Murillo | 41641774 | Cra 10 #11-31 | 3207971543 | | X | Gillo | |
| | Jackeline Rivaldo | 1117015172 | M7A39 C8 | 3218082437 | | X | Katy - (2) | |
| | Claudia Zapata | 41870403 | Nu. tebaida m7A35 C5 | 3212412798 | | X | Kiara | |
| | Leidy Lorena Reyes | 1096037908 | N. tebaida m734 C15 | 3148110837 | X | | Candy. Enferma | |
| | Lina Marcela Tirado | 1096033755 | Alto canaguay | 3009860102 | | X | Sofia | |
| | Hernan Pamba | 1096038866 | N tebaida M738 C3 | 3137756972 | | X | Tyson | |
| | Jinet Llanos | 1096040606 | Alambrado #71 | 3107403014 | | X | Alaska | Examen |
| | Silvana Hernandez | 1096036267 | Alambrado | 3142737383 | | X | Toby | |
| | Luz Mery Marquez | 24583619 | Cra 23 24-33 Bc. Ln | 3147656975 | | X | Negra | |
| | Manuela Serna | 1096041201 | M7 H2 47-2 | 3126572766 | | X | Toby | |
| | Cesar Mendoza | 98054647 | Calle 15-10.21 | 3113319256 | | X | Hola. M (perra 15 años) | |
| | Ligia Betancurth | 24811001 | Quebrada MC-4 | 3213242598 | | X | Lola. 12 años (Gata) | |
| | Yorgelis Martinez | 28012088 | Guayacanes bajo | 3225569527 | X | | Tom (caballos) | |
| | esteban prada | 1094939083 | M2 #6 Asodevida | 3224350626 | | X | Frida | |
| | Leidy johana cortes | 1096038035 | Estación M7A C27 | 3234717586 | | X | Milo | |
| | natalia lopez | 1005088127 | Nueva tebaida m749 C4 | 3154818706 | | X | Yeiko | |
| | Leidy Valencia | 1058816612 | Barrio Guayacanes M21 casa 5 | 304248 | X | | Iroshi | 3225299196 |
| | Yenifer uribe | 1096034088 | M7A C8 Pavan 79 | 3016200752 | | X | perla | |
| | Dafilia Alzate | 24494862 | Fabio molina M7 D. | 3117740413 | | X | Bella | |
| | Yenifer fernanda Gil | 41962537 | Fuchsia M7 C10 | 3137299231 | | X | Estrella | |
| | Angie V Vasquez | 1096038374 | Castaño M42-94 | 3217748615 | | X | Kira (Juez) | |

9 23

22

FUNAT

# MUNICIPIO DE LA TEBAIDA 2025

LA TEBAID

MES julio AÑO 2025

| Nº | NOMBRE | CEDULA | DIRECCION | TELEFONO | FELINO | CANINO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Cristina Prada | 41927705 | ocasis mz 2 #6 | 3205966170 | | X | Zeus. |
| | michel calderon | 1005090534 | n.tebaida mz30c2 | 3136822415 | | X | cloe. |
| | Jenyfe Castro | 1005098885 | Mz49-17 Ptt#2 | 3108311400 | X | | mono |
| | Jakeline Soarez | 41916945 | B/fun M5 C1 | 3170363746 | | X | yeri |
| | marley Cañan | 41904245 | M42 C-16 | 3167952920 | | X | Lupita |
| | Ligia Betancurth | 24811001 | Oriente C-4 | 3213272594 | | X | pia - oreja |
| | Angie Hernandez | 1005098802 | Bosque mz H-2 | 3102188667 | X | | Bruno |
| | Floribal Santillano | 7516734 | calle 45 N. #73-90 Armenia | 3136650380 | | X | Rocky - papi |
| | Marleinal | 1126457 | M716 C7 n.tebaida | 3153235545 | | X | Olejas |
| | Johan Alejandro Lopez | 1092457189 | M736 C14 n.tebaida | 3216030965 | | X | negro. |
| | Angie katherin 1970 | 1096038867 | B/nevado M723 C19 | 3147749564 | | X | Joe |
| | Magda liceth | 41872129 | Carrera 6 #8-20 | 3503449912 | | X | La Niña |
| | Katorina martinez | 41872435 | alambra C4 AC 6-63 | 3135804453 | | X | Lola |
| | Pamela megia | 1096037316 | B/alfonso lo C7 6-75 | 3103554938 | X | | nalan |
| | Celmar Bedoya | 1096032875 | M747 C20 n.tebaida | 3213452009 | X | | niña. |
| | Dalia fernanda taparco | 1007442796 | calle 9 #7-34 | 3214714333 | | X | gema |
| | David Ricardo camargo | 1005018705 | B/salvador C M18 T1-18 | 3218867743 | | X | Bengi |
| | ani leandra | 1096035355 | B/fmolina M6 C2 | 3113100666 | | X | morgan. |
| | Luisa fernanda lopez | 1144195417 | M7F3 C14 Alaska | 3012664892 | X | | Vicky |
| | Diana Cardona | 41877473 | Mz 6 casa 1 ocasis | 3205474821 | | X | Maria |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

5 15

20

FUNAT

# CONSULTAS VETERINARIAS
# MUNICIPIO DE LA TEBAIDA 2025

LA TEBAID
TRABAJO · DIVISAS · RIQU

MES Julio AÑO 2025 2025 2025.

| Nº | NOMBRE | CEDULA | DIRECCION | TELEFONO | FELINO | CANINO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Yaneth Valencia | 24.499030 | 3138440728 | [illegible] | | X | Lulu (socorro). |
| 2 | Jose Cardano | 1015192234 | F1 Lum | 3207907108 | | X | Luna. |
| 3 | Jesica Ramirez. | 1007216492 | m75 c21 n. tebaida | 3142946573. | X | | Princesa. |
| 4 | Carmen muñoz | 24496311. | Fundacion m74 c16. | 3137398028 | | X | Wanda. |
| 5 | Luz Beti ercio | 24497086 | p. Alamos m79 8 | 3054352519 | X | | Fiona. |
| 6 | Roberto trujillo | 1094919674 | Rambla m74 c11 739 | 3207223641 | | X | Niño. |
| 7 | Elena del valle. | 24052837. | Cra m738 c3 n. t. | 3248587385. | X | | mono |
| 8 | • Maria Jose morales | 1097884570 | cr 10 #4-48 montecr | 31435666 27 | X | | Princesa. |
| 9 | • Rosa cano | 42018395 | m75 c10 n. tebaid | 3133142580. | | X | Lupe. |
| 10 | • Luz bety Erazo | 24497086. | p/amos m79 c8 | 3054352519. | X | | Fiona |
| 11 | • Jose A Garcia | 18370795 | M#2 m245.1 | 3188087033 | | X | Max |
| 12 | • Jhon Alex Perez | 18370510 | n. tebaida m74 c11 | 3225825726 | | X | Luna |
| 13 | • Olga lucia Arcate | 41872027 | Anapolmo m73 c7 | 3003906878 | | X | Tomasita |
| 14 | Soledad Gomez. | 25213425. | cantalito m7k1#6 | 3177001957 | | X | Negra. |
| 15 | Samuel david Quintero | 1093221808 | N/teba m49 c9 | 3163636368 | X | | Seylla |
| 16 | Zoraida Giraldo | 41871315. | San miguel m24 | 3147766298 | | X | Lum. (4) |
| 17 | Yeimi andrea Hernandez | 1096034967 | B/bosque m E c#2 | 3104304800 | X | | michi |
| 18 | Mariana Sanchez | 1095209043 | B/ fontanag m^c#4 | 3142171185 | X | | Sisi |
| 19 | Mari Rivera | No se lo sabe | m49 c17 | No tiene | X | X | alverja Rivera |
| 20 | Emilio Hernandez | 1095209182 | m^ 47 c15 N/teba | 3225567736 | | X | toby |
| 21 | Leidy johana naranjo | 1096033736 | n.tebaida m73 c13. | 3104872162. | | X | Fili |
| 22 | Maria este. valencia | 24498772 | calle 14 10-10 | 3127724231. | | X | Emiliano |
| | | | | | 9 | 14 | 22 |

(107)