OBLIGACION

09

9. Efectuar un mínimo de sesenta (60) esterilizaciones mensuales en mascotas (caninos y felinos) de las personas pertenecientes a los grupos A, B o C del Sisbén y residentes en la jurisdicción del Municipio de La Tebaida, como medida de control reproductivo y de salud pública, cumpliendo los protocolos sanitarios exigidos por la autoridad competente

OBLIGACION 09

9. Efectuar un mínimo de sesenta (60) esterilizaciones mensuales en mascotas (caninos y felinos) de las personas pertenecientes a los grupos A, B o C del Sisbén y residentes en la jurisdicción del Municipio de La Tebaida, como medida de control reproductivo y de salud pública, cumpliendo los protocolos sanitarios exigidos por la autoridad competente

ALBERGUE MUNICIPAL DE LATEBAIDA
ATENCIONES VETERINARIAS/ESTERILIZACION

60

FECHA DEL PROCEDIMIENTO DIA 20 MES 02 AÑO 2026

II. Datos de la mascota																			
AÑO 2026																			
Nombre Fito.						*Sexo: M* (X) *H* ( )													
Especie		*Canino* ( ) *Felino* (X)				*raza* ( )				*Peso Aprox.*									
Edad 8 meses			*Color* Blanco			*Pelaje*				*Vacunas si* ( ) *no* (X)									
Estado de salud		*buena* (X)				*regular* ( )				*mala* ( )									
Fiebre	*si*	*no* (X)	*Diarrea*	*si*	*no* (X)	*Vomito*	*si*	*no* (X)	*Inapetencia*	*si*	*no* (X)	*Golpes*	*si*	*no* (X)					
Heridas	*si*	*no* (X)	*Tto veterinario*	*si*	*no* (X)	*Celo*	*si*	*no* (X)	*Lactancia*	*si*	*no* (X)	*Ayunas*	*si* (X)	*no*					
Estado corporal			*normal* (X)			*desnutrido* ( )			*soberest* ( )										

III. Datos del propietario	
Nombre: Izeth Garces.	*T.I./C.C.* 1116445312.
Dirección: Rio la vieja.	*Teléfono:* 3154334725.
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"

AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario
Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT**, para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en las 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 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 NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA/ LAURA MAZO P** 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 A

Firma del Dueño/tutor o Responsable de la Mascota


20 feb 2026 9:09:17 a.
4.451477397233248N 75.79771902412176
38°
14176 Carrera
La Teba
Quin
Altitud:1209.0msn
Velocidad:0.0km
Número de índice: 6
La Tebaida

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 17/03/2026

Ficha: 63401558750600001690

D4

No pobre no vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: LIZETH MAGNOLIA

Apellidos: GARCES RINCON

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1116445312

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 24/06/2024

Última actualización ciudadano: 31/08/2025

Última actualización vía registros administrativos: 28/02/2026

***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:

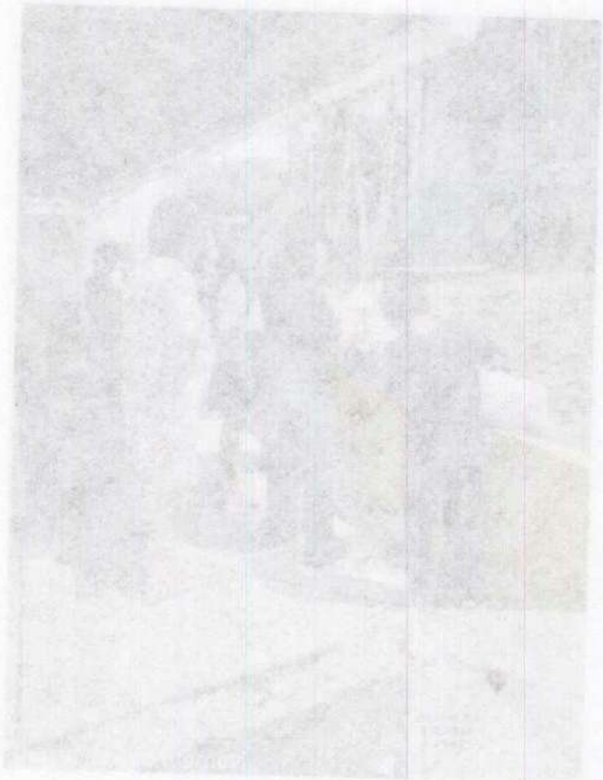
- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX

FOTOS MES DE FEBRERO 2026

JORNADAS DE ESTERILIZACION ESTRATOS A,B,C







ALBERGUE MUNICIPAL DE LATEBAIDA
ATENCIONES VETERINARIAS/ESTERILIZACION

FUNAT

AÑO 2026

Nombre Kony					**Sexo:** M ◯ H (X)									S.			
Especie		**Canino** ◯ **Felino** X			**raza** ◯			**Peso Aprox.**									
Edad No sabe.			**Color** Blanco.		**Pelaje**			**Vacunas si** ◯ **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** ◯								

I. Datos del propietario	
Nombre: paula Andrea mera	**T.I./C.C.** 1096032320
Dirección: Mz 5y C7 Nueva Tebaida.	**Teléfono:**
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"

AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario

Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT**, para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en las 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 MARIA CONTANZA TP 53404** ,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 NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA/ MARIA CONTANZA G CON TP 53404** , 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.**

(1)

* paula andrea mera

FIRMA DEL DUEÑO DE LA MASCOTA


26/02/2026, 9:29:03

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 27/02/2026

Ficha: 63401020548700000089

A5

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: PAULA ANDREA

Apellidos: MERA ROZO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1096032320

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 15/07/2019

Última actualización ciudadano: 14/03/2022

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

Fecha de consulta:

Hora:

AS

Polizas externas

DATOS PERSONALES

Nombres: PAULA ANDREA

Apellidos: VERA SOTO

Tipo de documento: Cedula de ciudadania

Número de documento: 1020312210

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindio

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Vinculado desde:

Última actualización cedulante:

Última actualización de registros relacionados:

Si necesitas alguna información adicional o deseas actualizar tus datos, contáctanos a la oficina del Sisben del municipio donde recibe atención.

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

Dirección:

Teléfono:

Correo Electrónico:

ALBERGUE MUNICIPAL DE LATEBAIDA
ATENCIONES VETERINARIAS/ESTERILIZACION

FECHA DEL PROCEDIMIENTO DIA MES AÑO 2026

II. Datos de la mascota																								
AÑO 2026																								
Nombre Muñeca								*Sexo: M* ◯ *H* (X)																
Especie			*Canino* (X) *Felino*					*raza* ◯				*Peso Aprox.*												
Edad 7m			*Color* Negro					*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* ◯													

S.

III. Datos del propietario	
Nombre: Elizabeth Serna	*T.I./C.C.* 1096038254
Dirección: Barrio las Orquideas M2-E-C17	*Teléfono:* 3145107690
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"

AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario
Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT**, para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en las 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 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 NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA/ LAURA MAZO P** 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 A * Elizabeth Serna Jará

Firma del Dueño/tutor o Responsable de la Mascota

(2)


N
S
W
LA NUEVA
TEBAIDA
ETAPA 1
4 feb 2026 12:06:40 p.m.
77° E
Altitud:1204.0msnm
Velocidad:0.0km/h

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

59

Registro válido

Fecha de consulta: 27/02/2026

Ficha: 63401556750600008927

C3

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: ELIZABETH

Apellidos: SERNA LOPEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1096038254

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 28/07/2023

Última actualización ciudadano: 28/07/2023

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

Fecha de consulta:

Hora:

C3

Vulnerable

Datos personales

Nombres: ELIZABETH

Apellidos: SERNA LOPEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1098028214

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Ficha(s) registr:

Última actualización cuidadano:

Última actualización vía registros administrativos:

*Si encuentra algún inconveniente o desea actualizar su información por favor comuníquese a la oficina del Sisbén del municipio donde recibe actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

Dirección:

Teléfono:

Correo Electrónico:

Nombre: Elizabeth Serna Lopez

1. Ha solicitado la información por primera vez o ha cambiado de lugar de residencia

2. Cuando sus datos personales aparecen por registro Social de Hogares (SIH) se deben consultar a la oficina del Sisbén de la alcaldía

Para actualizar su ficha VULNERABLE diligencia los siguientes artículos:

- DNI - Documento de identidad de la persona
- Declaración - Impuesto de Renta
- DNI - Libreta militar de la persona de Nacionalidad
- DNI - Libreta militar de la persona de Nacionalidad

ALBERGUE MUNICIPAL DE LATEBAIDA
ATENCIONES VETERINARIAS/ESTERILIZACION

FECHA DEL PROCEDIMIENTO DIA MES AÑO 2026

II. Datos de la mascota																				
AÑO 2026																				
Nombre Chimuela							*Sexo: M* ◯ *H* (X)													
Especie			*Canino* ◯ *Felino* X				*raza* ◯				*Peso Aprox.*									
Edad 1año			*Color* negro				*Pelaje*				*Vacunas si* ◯ *no* (X)									
Estado de salud			*buena* (X)				*regular* ◯				*mala* ◯									
Fiebre	*si*	*no* X	*Diarrea*	*si*	*no* X		*Vomito*	*si*	*no* X		*Inapetencia*	*si*	*no* X		*Golpes*	*si*	*no* X			
Heridas	*si*	*no* X	*Tto veterinario*	*si*	*no* X		*Celo*	*si*	*no* X		*Lactancia*	*si*	*no* X		*Ayunas*	*si* X	*no*			
Estado corporal			*normal* (X)				*desnutrido* ◯				*soberest* ◯									

III. Datos del propietario	
Nombre: Alison Ramirez Aguirre	*T.I./C.C.* 1096037969
Dirección: la silvia mzB2 c6	*Teléfono:* 3203071175
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"

AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario
Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT**, para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en las 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 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 NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA/ LAURA MAZO P** 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 A

Alison Ramirez A

Firma del Dueño/tutor o Responsable de la Mascota

(3)


19/02/2026, 9:24:58 a.m.
31° NE
Calle 22
La Tebaida
Quindío
Colombia
Altitud:1184.1meter

ALBERGUE MUNICIPAL DE LATEBAIDA
ATENCIONES VETERINARIAS/ESTERILIZACION

FECHA DEL PROCEDIMIENTO DIA MES AÑO 2026

II. Datos de la mascota																				
Nombre Bella.						Sexo: M ◯ H ✓														
Especie			Canino ◯ Felino ✓			raza ◯					Peso Aprox.									
Edad 1año.			Color Blanco.			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

III. Datos del propietario	
Nombre: Alison Ramirez Aguirre.	T.I./C.C. 1096032469
Dirección: la silvia MZ1 C6	Teléfono: 3203071175
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"

AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario
Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT**, para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en las 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 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 NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA/ LAURA MAZO P** 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 A

Firma del Dueño/tutor o Responsable de la Mascota

4


18/02/2026, 11:02:29 a.m.
16° N
Calle 22
La Tebaida
Quindío
Colombia
Altitud:1204.3meter
N
E
W

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

57/58

Registro válido

Fecha de consulta: 27/02/2026

Ficha: 63401007547500000586

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ALISON

Apellidos: RAMIREZ AGUIRRE

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1096032969

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 17/07/2019

Última actualización ciudadano: 09/11/2023

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARCELA SALAZAR GARCIA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

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

Sisbén

Fecha de consulta:

Hora:

Poderes externos

Datos PERSONALES

Nombres: ALISON

Apellidos: BALDREZ AGUIRRE

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1098227966

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

Encuesta vigente:

Última actualización cédulas:

Última actualización de 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:

Dirección:

Teléfono:

Correo Electrónico:

ALBERGUE MUNICIPAL DE LATEBAIDA
ATENCIONES VETERINARIAS/ESTERILIZACION

FECHA DEL PROCEDIMIENTO DIA MES AÑO 2026

II. Datos de la mascota																		5
AÑO 2026																		
Nombre Noche							*Sexo: M* (X) *H* ( )											
Especie			*Canino* ( ) *Felino* X				*raza* ( )				*Peso Aprox.*							
Edad 1 año			*Color* Negro				*Pelaje*				*Vacunas si* (Y) *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* ( )							

III. Datos del propietario	
Nombre: Esmeralda Osorio	*T.I./C.C.* 41870892
Dirección: Nueva Tebaida M2-35-C-28	*Teléfono:* 3137307315
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"

AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario
Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT**, para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en las 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 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 NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA/ LAURA MAZO P** 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 A Esmeralda Osorio Ariza

Firma del Dueño/tutor o Responsable de la Mascota


19/02/2026, 9:24:58 a.m.
31° NE
Calle 22
La Tebaida
Quindío
Colombia
Altitud:1184.1metes

ALBERGUE MUNICIPAL DE LATEBAIDA
ATENCIONES VETERINARIAS/ESTERILIZACION

FECHA DEL PROCEDIMIENTO DIA MES AÑO 2026

II. Datos de la mascota			AÑO 2026														5
Nombre Pelusa						Sexo: M ◯ H (X)											
Especie			Canino ◯	Felino X		raza ◯				Peso Aprox.							
Edad 7 meses				Color BINA		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 ◯							

III. Datos del propietario	
Nombre: Esmeralda Osorio	T.I./C.C. 41870892
Dirección: Nueva Tebaida M2-35-C-28	Teléfono: 3137301315
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"

AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario
Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT**, para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en las 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 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 NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA/ LAURA MAZO P** 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 OA +3137301315 Esmeralda Osorio

Firma del Dueño/tutor o Responsable de la Mascota

(6)


13/02/2026, 9:53:56 a.m.
282° W
Calle 22
La Tebaida
Quindío
Colombia
Altitud:1183.8meter
Velocidad:17.4km/h

ALBERGUE MUNICIPAL DE LATEBAIDA
ATENCIONES VETERINARIAS/ESTERILIZACION

FECHA DEL PROCEDIMIENTO DIA MES AÑO 2026

II. Datos de la mascota																			
AÑO 2026																			
Nombre Mia					*Sexo: M* ◯ *H* (X)													5	
Especie		*Canino* ◯ *Felino* X			*raza* ◯			*Peso Aprox.*											
Edad 10 meses			*Color* ALBIN		*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* ◯										

III. Datos del propietario	
Nombre: Esmeralda Osorio	*T.I./C.C.* 41870892
Dirección: Nueva Tebaida mza-34-C-28	*Teléfono:* 3137307315
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"

AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario
Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT**, para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en las 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 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 NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA/ LAURA MAZO P** 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 A X Esmeralda Osorio

Firma del Dueño/tutor o Responsable de la Mascota

(2)

13/02/2026, 10:54:06 a.m.
108° E
Calle 22
La Tebaida
Quindío
Colombia
Altitud:1204.1meter
S
W
E

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

54/55/56

Registro válido

Fecha de consulta: 27/02/2026

Ficha: 63401020548700000024

B5

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ESMERALDA

Apellidos: OSORIO ARIZA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 41870892

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 12/07/2019

Última actualización ciudadano: 24/07/2019

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

SISBÉN

Fecha de consulta:

Hora:

85

Páginas impresas

DATOS PERSONALES

Nombres: ESMERALDA

Apellidos: OSORIO AREIZA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 43870832

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Ficha(s) válida(s):

Última actualización:

Última actualización vía registro administrativo:

*El ciudadano dispone hasta de 5 días calendario para solicitar la corrección por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde realizó encuesta.

Contacto Oficina SISBÉN

Nombre administrador:

Dirección:

Teléfono:

Correo Electrónico:

ALBERGUE MUNICIPAL DE LATEBAIDA
ATENCIONES VETERINARIAS/ESTERILIZACION

FUNAT

AÑO 2026

Nombre maddy				Sexo: M ◯ H ◉												S	
Especie		Canino ◉ Felino ◯		raza ◯			Peso Aprox.										
Edad 3 años			Color	Pelaje			Vacunas si ◉ no ◯										
Estado de salud		buena ◉		regular ◯			mala ◯										
Fiebre	si	no X	Diarrea	si	no X	Vomito	si	no X	Inapetencia	si	no X	Golpes	si	no ◉			
Heridas	si	no X	Tto veterinario	si	no X	Celo	si	no X	Lactancia	si	no X	Ayunas	si ◉	no			
Estado corporal		normal ◉		desnutrido ◯			soberest ◯										

I. Datos del propietario	
Nombre: marcela villa	T.I./C.C. 1096037716
Dirección: Alambra Cra 4B #731.	Teléfono: 3217747302
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"

AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario

Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT**, para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en las 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 MARIA CONTANZA TP 53404** ,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 NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA/ MARIA CONTANZA G CON TP 53404** , 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.**

Maddy Marcela Villa.

FIRMA DEL DUEÑO DE LA MASCOTA

8


19/02/2026, 11:45:18 a.m.
9° N
Calle 22
La Tebaida
Quindío
Colombia
Altitud:1178.6meter
Velocidad:0.7km/h
N
E
S

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

53

Registro válido

Fecha de consulta: 27/02/2026

Ficha: 63401073749200001080

A5

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: LEIDY MARCELA

Apellidos: VILLA MORENO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1096032716

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 25/06/2020

Última actualización ciudadano: 25/06/2020

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/ESTERILIZACION

AÑO 2026

Nombre	Marcha Molly				**Sexo: M** ◯ **H** X									S			
Especie	tirico	**Canino** ◯	**Felino** X		**raza** X			**Peso Aprox.**									
Edad	B/ Años		**Color**		**Pelaje**			**Vacunas si** ◯ **no** ◯									
Estado de salud		**buena** X			**regular** ◯			**mala** ◯									
Fiebre	**si**	**no**	**Diarrea**	**si**	**no**	**Vomito**	**si**	**no**	**Inapetencia**	**si**	**no**	**Golpes**	**si**	**no**			
Heridas	**si**	**no**	**Tto veterinario**	**si**	**no**	**Celo**	**si**	**no**	**Lactancia**	**si**	**no**	**Ayunas**	**si**	**no**			
Estado corporal			**normal** ◯			**desnutrido** ◯			**soberest** ◯								

I. Datos del propietario			
Nombre:	Gloria Amparo García	**T.I./C.C.**	36175550
Dirección:	Mz #2 Mz 43-15	**Teléfono:**	3144061473
E-mail:		**Sisben: SI** ◯ **NO** ◯ **Nivel** 1 (2) (3) ◯	

ADC

PROCEDIMIENTO VETERINARIO
Ley 566/2000 Art. 26

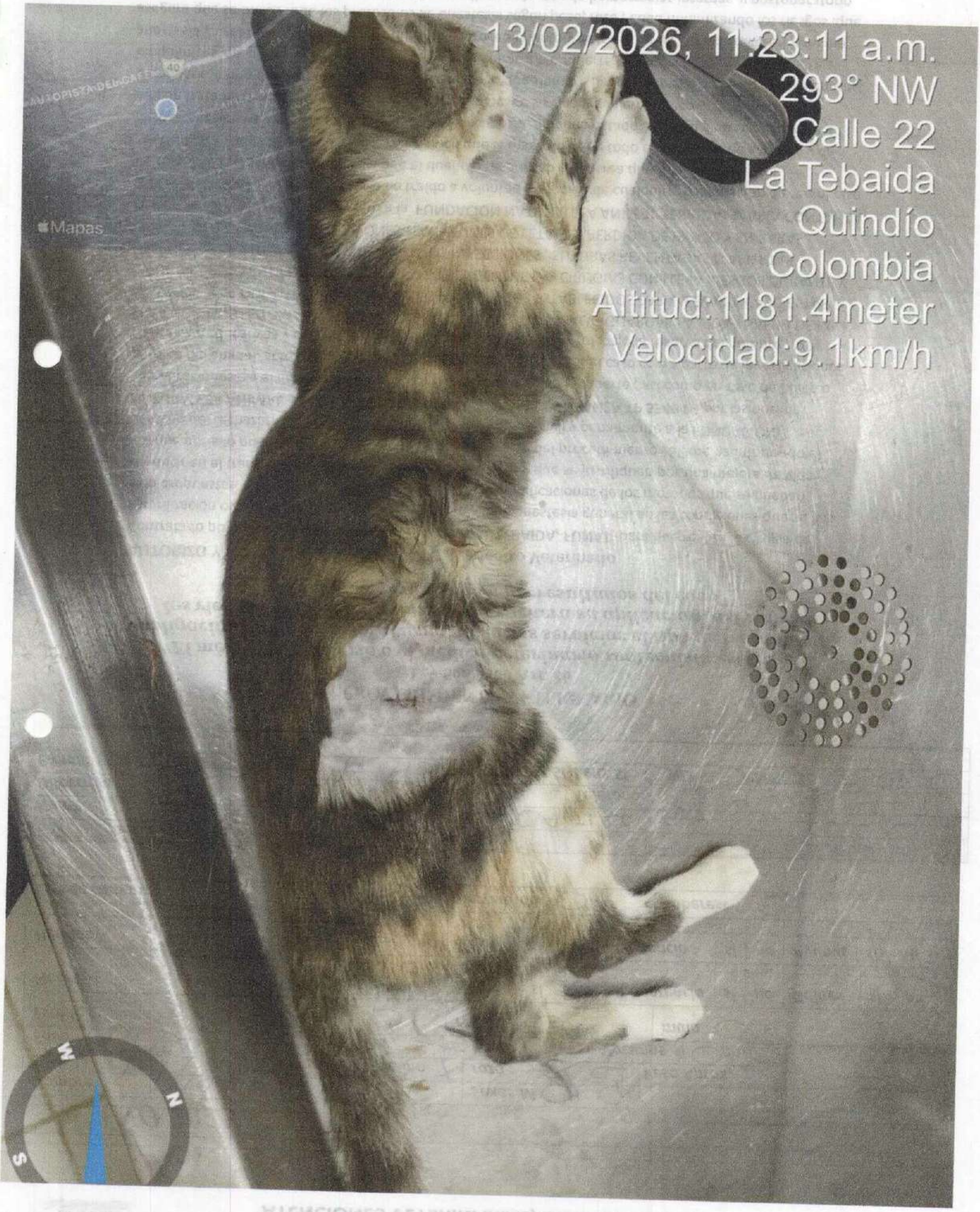
"El médico veterinario o el médico veterinario zootecnista están en la obligación de comunicar al usuario de sus servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso"

AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario

Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT**, para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en las 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 MARIA CONTANZA TP 53404** ,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 NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA/ MARIA CONTANZA G CON TP 53404** , 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.**

X García

FIRMA DEL DUEÑO DE LA MASCOTA


13/02/2026, 11.23:11 a.m.
293° NW
Calle 22
La Tebaida
Quindío
Colombia
Altitud:1181.4meter
Velocidad:9.1km/h
Mapas

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

52

Registro válido

Fecha de consulta: 27/02/2026

Ficha: 63401016548400000166

B5

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: GLORIA AMPARO

Apellidos: GARCIA HERNANDEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 36175550

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 12/09/2023

Última actualización ciudadano: 04/10/2023

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/ESTERILIZACION

FECHA DEL PROCEDIMIENTO DIA MES AÑO 2026

II. Datos de la mascota																							
AÑO 2026																							5
Nombre Silvestre								*Sexo: M* (X) *H* ( )															
Especie			*Canino* ( ) *Felino* (X)					*raza* ( )					*Peso Aprox.*										
Edad 7 meses				*Color*				*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* ( )												

III. Datos del propietario	
Nombre: Luara Sofia Paez	*T.I./C.C.* 1094892101
Dirección: Calle 15-9-05 Acción Comunal	*Teléfono:* 3123785364
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"

AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario
Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT**, para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en las 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 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 NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA/ LAURA MAZO P** 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 A X

Firma del Dueño/tutor o Responsable de la Mascota

12


9/02/2026, 10:04:38 a.m.
327° NW
Calle 22
La Tebaida
Quindío
Colombia
Altitud:1181.5meter
Velocidad:7.4km/h
N
W
E
S

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

51

Registro válido

Fecha de consulta: 27/02/2026

Ficha: 63401073749200000964

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: LAURA SOFIA

Apellidos: PAEZ MARTINEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1094892101

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 02/06/2020

Última actualización ciudadano: 17/06/2025

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARCELA SALAZAR GARCIA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

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

SISBÉN

Fecha de creación

Hora

S1

27/02/2023

63497072716200900964

A3

Pulsera externa

DATOS PERSONALES

Nombres: LAURA SOFIA

Apellidos: PAEZ MARTINEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1094882101

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INSCRIPCIÓN ACTIVA/ACTUALIZADA

Ficha(s) vigente

02/06/2020

Última actualización ficha(s)

17/08/2023

Última actualización via registro administrativo

*El municipio alguno inconsistencia o diseño particular no relacionado por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside nuevamente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador

MARCELA SALAZAR GARCIA

Dirección

Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono

7340414

Correo Electrónico

sisben@alcaldia-quimbaya.gov.co

ALBERGUE MUNICIPAL DE LATEBAIDA
ATENCIONES VETERINARIAS/ESTERILIZACION

FECHA DEL PROCEDIMIENTO DIA MES AÑO 2026

II. Datos de la mascota																				
AÑO 2026																				
Nombre Estrella								*Sexo: M* ◯ *H* (X)												5
Especie			*Canino* ◯ *Felino* X					*raza* ◯				*Peso Aprox.*								
Edad 6 meses				*Color* A/N/B				*Pelaje*				*Vacunas si* ◯ *no* (X)								
Estado de salud			*buena* (X)					*regular* ◯				*mala* ◯								
Fiebre	*si*	*no* X	*Diarrea*	*si*	*no* X			*Vomito*	*si*	*no* X		*Inapetencia*	*si*	*no* X		*Golpes*	*si*	*no* X		
Heridas	*si*	*no* X	*Tto veterinario*	*si*	*no* X			*Celo*	*si*	*no* X		*Lactancia*	*si*	*no* X		*Ayunas*	*si* X	*no*		
Estado corporal			*normal* (X)					*desnutrido* ◯				*soberest* ◯								

III. Datos del propietario	
Nombre: Luz Aydee Londoño	*T.I./C.C.* 25166719
Dirección: M2 I2-C-8 Cortijito	*Teléfono:* 3146188081
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"

AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario
Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT**, para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en las 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 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 NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA/ LAURA MAZO P** 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 OA X Luz Aydee L

Firma del Dueño/tutor o Responsable de la Mascota


9/02/2026, 11:30:44 a.m.
263° W
Carrera 5
La Tebaida
Quindío
Colombia
Altitud:1176.2meter
Velocidad:19.1km/h
W
N

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

50

Registro válido

Fecha de consulta: 27/02/2026

Ficha: 63401006547400000838

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: LUZ AYDEE

Apellidos: LONDOÑO LOPEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 25166719

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 14/04/2023

Última actualización ciudadano: 31/08/2025

Última actualización vía registros administrativos: 31/08/2025

***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

SISBEN

Fecha de consulta: 27/02/2020

Hora: 15:40:10

A4

Pública externa

DATOS PERSONALES

Nombres: LUZ AYDEE

Apellidos: LONDOÑO LOPEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 25156719

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 14/06/2013

Última actualización validada: 21/09/2015

Última actualización vía registros administrativos: 31/03/2015

Si encuentra algún 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: 7362444

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

Nuevos procesos de información para usuarios en los siguientes casos:

1. Por validación de información previa registrada sin novedades.
2. Cuando usted quiera informar un cambio en: Dirección de residencia (Rural o Urbana), Teléfono, Composición del hogar, Ubicación geográfica.

Para realizar la toma utilizamos procesos de los siguientes aplicativos:

- DRS - Dispositivo para la Recolección Móvil
- Integración - Mejoras en Captación
- ACTO - Archivo Centralizado para la Gestión de la Información
- CITO

ALBERGUE MUNICIPAL DE LATEBAIDA
ATENCIONES VETERINARIAS/ESTERILIZACION

FECHA DEL PROCEDIMIENTO DIA MES AÑO 2026

II. Datos de la mascota		AÑO 2026							
Nombre	Dona			Sexo: M ◯ H ⊗				S.	
Especie		Canino ⊗ Felino		raza ◯		Peso Aprox.			
Edad	2 años	Color negra		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 ◯			

III. Datos del propietario	
Nombre: Carmen yaneth Ruedas	T.I./C.C. 31483167
Dirección: Cr 4 #9-56 Matadero	Teléfono: 3052111949
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"

AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario
Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT**, para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en las 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 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 NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA/ LAURA MAZO P** 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 cirugia 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 A Blanca Doris.

Carmen yane Rueda
Firma del Dueño/tutor o Responsable de la Mascota

12


13/02/2026, 8:50:58 a.m.
32° NE
Altitud:1179.3meter
Velocidad:10.6km/h
Mapas
N
E

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

49

Registro válido

Fecha de consulta: 27/02/2026

Ficha: 63401557749400000240

B1

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: CARMEN YANETH

Apellidos: RUEDA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 31483167

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 06/03/2023

Última actualización ciudadano: 06/03/2023

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

Sisbén

Fecha de consulta:

Hora:

Puntaje modelo sda

DATOS PERSONALES

Nombres: CARMEN YANETH

Apellidos: RUEDA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 37423767

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente

Última actualización de datos:

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:

Dirección:

Teléfono:

Correo Electrónico:

ALBERGUE MUNICIPAL DE LATEBAIDA
ATENCIONES VETERINARIAS/ESTERILIZACION

FECHA DEL PROCEDIMIENTO DIA MES AÑO 2026

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

III. Datos del propietario			
Nombre:		*T.I./C.C.*	
Dirección:		*Teléfono:*	
E-mail:		*Sisben: SI* ◯ *NO* ◯ *Nivel 1* ◯ *2* ◯ *3* ◯	

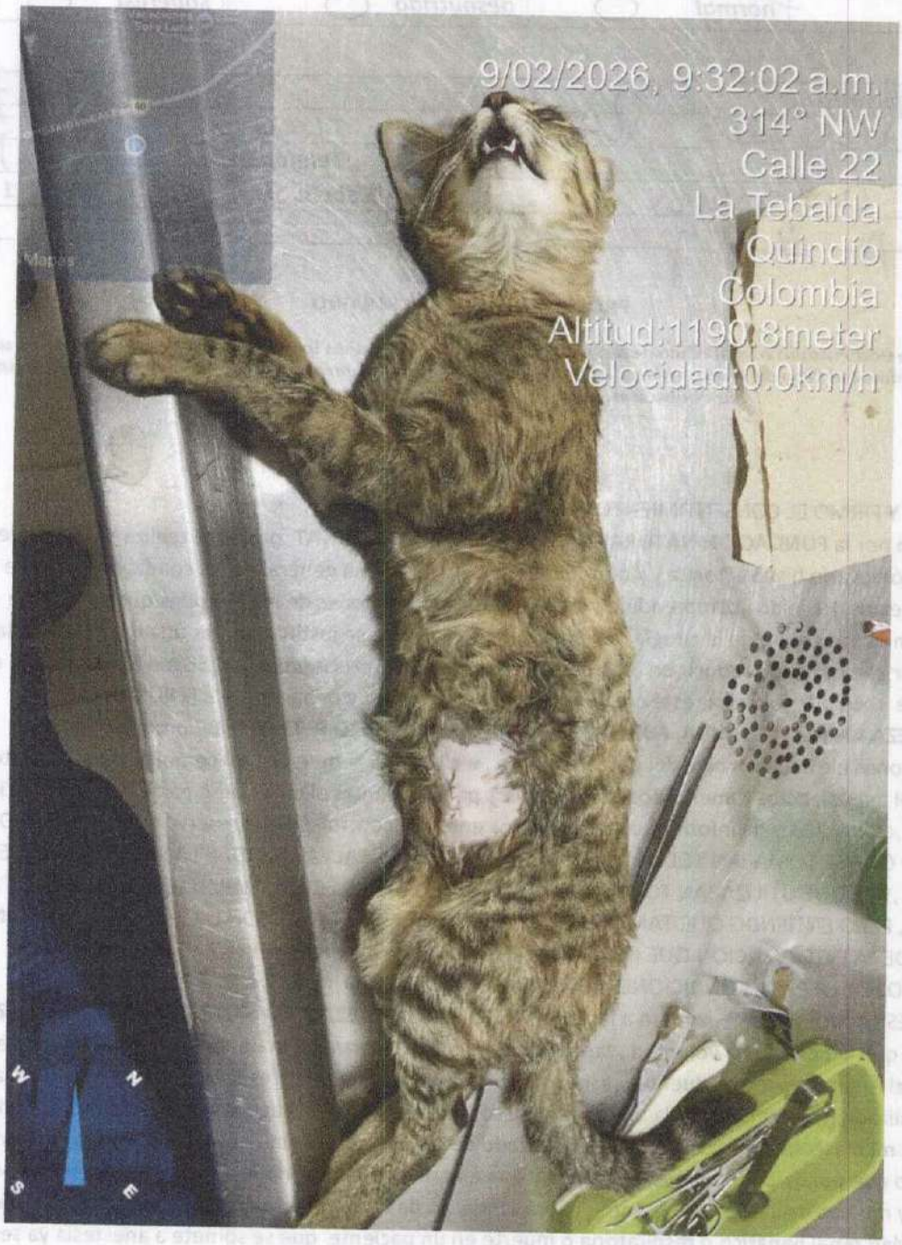
PROCEDIMIENTO VETERINARIO
Ley 566/2000 Art. 26

"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"

AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario
Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT**, para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en las 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 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 NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA/ LAURA MAZO P** 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 A

Firma del Dueño/tutor o Responsable de la Mascota


9/02/2026, 9:32:02 a.m.
314° NW
Calle 22
La Tebaida
Quindío
Colombia
Altitud:1190.8meter
Velocidad:0.0km/h
W
N
S
E

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

48

Registro válido

Fecha de consulta: 27/02/2026

Ficha: 63401006547400000125

B5

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MERCEDES

Apellidos: RAMIREZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 39401718

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 15/07/2019

Última actualización ciudadano: 19/09/2019

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

Sisben

Fecha de consulta: 27/02/2025

Ficha: 65A6700852471000000752

85

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MERCEDES

Apellidos: RAMIREZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1940172

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Versión vigente: 15/07/2019

Última actualización efectuada: 17/09/2019

Última actualización vía registros administrativos: 25/11/2021

El presente registro fue encuestado o debe actualizar su información por tener adscripción a la oficina del Sisbén del municipio dejado fecha de actualización

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARCELA SANCHEZ GARCIA

Dirección: Carrera 6 No. 12-17 Oficina 202

Teléfono: 7526444

Correo Electrónico: sisbenmunicipal@quindio-gov.co

Nuevo procedimiento implementado para consulta y registro en los siguientes casos:

1. Por solicitud de actualización en otro registro de encuestados
2. Cuando exista información inexacta por Fuente Cruce de Registro (ESE de Salud, que no le ofrece actualización de la ficha)

Para actualizar la ficha diligencia Solicitud de de cualquiera anteriores:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- Ministerio de Educación
- ICBF - Instituto Colombiano para la Educación
- ESE

ALBERGUE MUNICIPAL DE LATEBAIDA
ATENCIONES VETERINARIAS/ESTERILIZACION

FECHA DEL PROCEDIMIENTO DIA MES AÑO 2026

III. Datos de la mascota																		
AÑO 2026																		
Nombre	Jerson			*Sexo: M* X *H* ○													3	
Especie	*Canino* ○ *Felino* X			*raza* ○				*Peso Aprox.*										
Edad		*Celo*		*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* ○									

IV. Datos del propietario			
Nombre:	Angie Grajales	*T.I./C.C.*	1096040864
Dirección:	Mz 26-11 Lt 11	*Teléfono:*	3105074035
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"

AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario
Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT**, para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en las 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 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/ LAURA MAZO P**

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 A

X Angie Grajales.
Firma del Dueño/tutor o Responsable de la Mascota

14


26/02/2
Vitalis
Dexametasona
Fosfato
8 mg
2 mL
SOLUCIÓN INYECTABLE
100 Ampollas
NIPRO SYRINGE TUBERCULIN WITH NEEDLE
Jeringa Estéril Hipodérmica
de Único Uso (con aguja)

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

47

Registro válido

Fecha de consulta: 27/02/2026

Ficha: 63401011547900000042

B2

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ANYI LORENA

Apellidos: PUERTA GRAJALES

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1096040864

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 15/07/2019

Última actualización ciudadano: 15/07/2019

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


Coliseo Municipal
La Tebaida
4 feb 2026 11:42:00 a.m
308° NV
Altitud:1154msnm
Número de índice: 60

ALBERGUE MUNICIPAL DE LATEBAIDA
ATENCIONES VETERINARIAS/ESTERILIZACION

FECHA DEL PROCEDIMIENTO DIA MES AÑO 2026

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

S

IV. Datos del propietario	
Nombre: Karen Dahiana Acevedo Montoya.	*T.I./C.C.* 1005160435
Dirección: B/Cantarito Mz 02 #7.	*Teléfono:*
E-mail: Mariajose Montoya Mann12@gmail.com	*Sisben: SI* X *NO* *Nivel* X (2) (3)

3

B3

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"

AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario
Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT**, para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en las 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 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 NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA/ LAURA MAZO P** 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 A

Firma del Dueño/tutor o Responsable de la Mascota
Karen Dahiana Acevedo

15


N
E
S
3 feb 2026 8:52:09 a.m
4.451514487154782N 75.79769027419388W
345° N
19-5 Carrera 4
La Tebaid
Quindío
Altitud:1199.0msnm
Velocidad:0.0km/h
Número de índice: 59
LA NUEVA
TEBAIDA
ETAPA 1

ALBERGUE MUNICIPAL DE LATEBAIDA
ATENCIONES VETERINARIAS/ESTERILIZACION

FECHA DEL PROCEDIMIENTO DIA MES AÑO 2026

Sisben

III. Datos de la mascota																				
Nombre			Mia					*Sexo: M ◯ H ✓*												
Especie			*Canino ◯ Felino X*					*raza ◯*					*Peso Aprox.*							
Edad 1año.				*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 ◯*											

B

IV. Datos del propietario	
Nombre: Karen Dahiana Abudelo Montoya	*T.I./C.C.* 1005160435
Dirección: Mz 53 #10. Bl cantanto.	*Teléfono:*
E-mail: Galokaro1223@gmail.com.	*Sisben: SI ✓ NO ◯ Nivel X (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"

AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario
Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT**, para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en las 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 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 NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA/ LAURA MAZO P** 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 A

Firma del Dueño/tutor o Responsable de la Mascota

Karen Dahiana Abudelo

16


W
E
S
3 feb 2026 8:52:07 a.m.
4.451514487154782N 75.79769027419388W
0° N
19-5 Carrera 4
La Tebaida
Quindío
Altitud:1199.0msnm
Velocidad:0.0km/h
La 1
LA NUEVA
TEBAIDA
ETAPA 1

45/46

Registro válido

Fecha de consulta: 27/02/2026

Ficha: 63401021548800000644

B3

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: KAREN DAHIANA

Apellidos: AGUDELO MONTOYA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1005160435

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 18/07/2019

Última actualización ciudadano: 08/01/2025

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

Sisbén

Fecha de consulta: 27/02/2024

Hora: 8:54:07 PM

B3

Persona consultada

Datos personales

Nombres: KAREN DAYANA

Apellidos: ASDUDEO MONTOYA

Tipo de documento: Cedula de ciudadanía

Número de documento: 1005748452

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

AFILIACIÓN ADMINISTRATIVA

Resuelve régimen: 18/07/2019

Última actualización realizada: 08/07/2025

Último acompañamiento registrado administrativo: 25/11/2023

*Si aparecen algunos 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. 12-32 Oficina 205

Teléfono: 7524444

Correo Electrónico: sisbenquindio-quindio@gov.co

Nota aclaratoria la información: Este soporte se realiza en tipo de consulta usuario

1. Por validación de información en otras regulas administrativas.
2. Cuando exista alguna información reportada por Registro Civil de Nacimiento Superintendencia y la Oficina de Atención de la ciudadanía

Para actualizar su Sisbén diligencie información de los siguientes requisitos:

- DNI - Documento de identidad original
- Registro civil - Certificado de Nacimiento
- CCAP - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ADITIVA

ALBERGUE MUNICIPAL DE LATEBAIDA
ATENCIONES VETERINARIAS/ESTERILIZACION

FECHA DEL PROCEDIMIENTO DIA MES AÑO 2026

III. Datos de la mascota																				
AÑO 2026																				
Nombre Gema						*Sexo: M* ◯ *H* Ⓗ														
Especie			*Canino* Ⓒ *Felino*			*raza* ◯				*Peso Aprox.*										
Edad			*Color* mel B			*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

IV. Datos del propietario	
Nombre: luz eleny camayo	*T.I./C.C.* 1096032102
Dirección: oasis m77 c5	*Teléfono:* 3014590286
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"

AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario
Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT**, para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en las 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 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 NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA/ LAURA MAZO P** 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 A X luz eleni camayo cobos.

Firma del Dueño/tutor o Responsable de la Mascota

17

4 feb 2026 12:06:40 p.m.
77° E
Altitud:1204.0msnm
Velocidad:0.0km/h
LA NUEVA
TEBAIDA
ETAPA 1
S
M
N

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

44

Registro válido

Fecha de consulta: 27/02/2026

Ficha: 63401556750100002803

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: LUZ ELENI

Apellidos: CAMAYO COBOS

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1096032102

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 11/08/2023

Última actualización ciudadano: 11/08/2023

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

Sisbén

44

Fecha de consulta: 27/02/2026

Ficha: 6340175507501000025603

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: LUZ ELENI

Apellidos: CAMAYO COBOS

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1062032182

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 17/08/2022

Última actualización cabecera: 17/08/2022

Última actualización vía registro administrativo:

*El encuestado alguna incorrectitud o falsa afirmación en información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: ALFREDO A SALAZAR GARCIA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 201

Teléfono: 7524444

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

ALBERGUE MUNICIPAL DE LATEBAIDA
ATENCIONES VETERINARIAS/ESTERILIZACION

FECHA DEL PROCEDIMIENTO DIA MES AÑO 2026

II. Datos de la mascota																							
Nombre Negra						*Sexo: M* ◯ *H* ⊗																	
Especie			*Canino* ⊗ *Felino*					*raza* ◯						*Peso Aprox.*									
Edad 1 año				*Color* Negro				*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* ◯										

SJ

III. Datos del propietario	
Nombre: Luz Mary Bernal	*T.I./C.C.* 29126457
Dirección: Nueva Tebaida M2-16-C7	*Teléfono:* 3193235545
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"

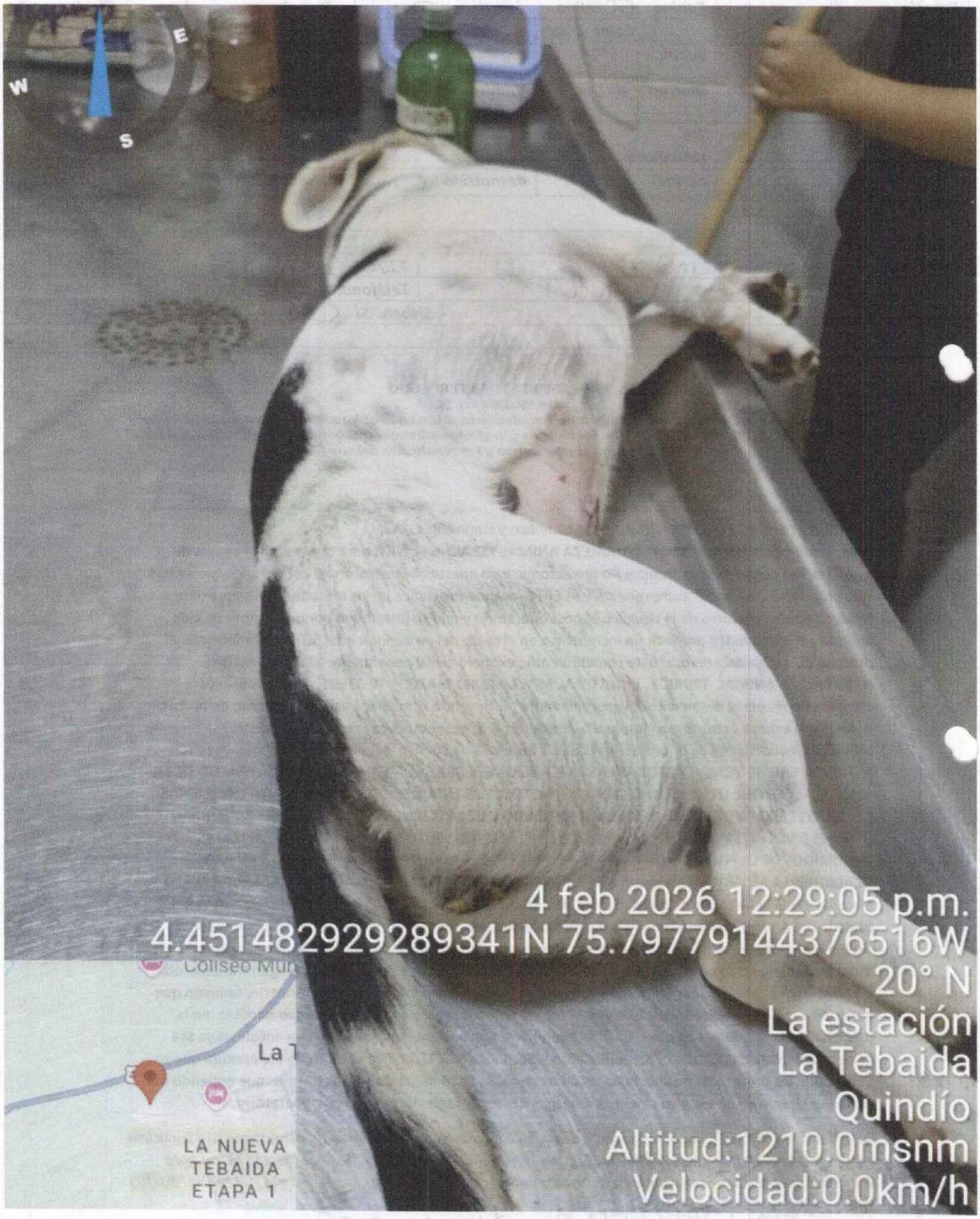
AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario
Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT**, para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en las condiciones que se has sido propuestas. He leído ,comprendido y 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 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 NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA/ LAURA MAZO P** 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 A

X Luz Mary Bernal X Henry montenegro

Firma del Dueño/tutor o Responsable de la Mascota

18


W
E
S
4 feb 2026 12:29:05 p.m.
4.451482929289341N 75.79779144376516W
20° N
La estación
La Tebaida
Quindío
Altitud:1210.0msnm
Velocidad:0.0km/h
LA NUEVA
TEBAIDA
ETAPA 1

ALBERGUE MUNICIPAL DE LATEBAIDA
ATENCIONES VETERINARIAS/ESTERILIZACION

FECHA DEL PROCEDIMIENTO DIA MES AÑO 2026

II. Datos de la mascota																							
Nombre Laika							*Sexo: M* ◯ *H* (x)																5.
Especie			*Canino* (x) *Felino*				*raza* ◯				*Peso Aprox.* 12												
Edad 1 año				*Color* B/N			*Pelaje*				*Vacunas si* ◯ *no* (x)												
Estado de salud			*buena* (x)				*regular* ◯				*mala* ◯												
Fiebre	*si*	*no* x	*Diarrea*	*si*	*no* x		*Vomito*	*si*	*no* x		*Inapetencia*	*si*	*no* x		*Golpes*	*si*	*no* x						
Heridas	*si*	*no* x	*Tto veterinario*	*si*	*no* x		*Celo*	*si*	*no* x		*Lactancia*	*si*	*no* x		*Ayunas*	*si* x	*no*						
Estado corporal			*normal* (x)				*desnutrido* ◯				*soberest* ◯												

III. Datos del propietario	
Nombre: Luz Mari Bernal Montoya	*T.I./C.C.* 24716457
Dirección: Nueva Tebaida Mza-76-C-7	*Teléfono:* 3153235545
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"

AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario
Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT**, para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomía bajo anestesia general en las 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 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 NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA/ LAURA MAZO P** 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 A x luz Mary Bernal x Henry montenegro

Firma del Dueño/tutor o Responsable de la Mascota


4 feb 2026 10:10:45 a.m.
4.451476014219224 5N 75.797717850655 32W
84° E
La Tebaida
Quindío
Altitud:1207.0msnm
Velocidad:0.0km/h
LA NUEVA
TEBAIDA
ETAPA 1

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

42/43

Registro válido

Fecha de consulta: 27/02/2026

Ficha: 63401014548200000045

C13

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: LUZ MARY

Apellidos: BERNAL MONTOYA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 29126457

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 09/09/2022

Última actualización ciudadano: 09/09/2022

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/ESTERILIZACION

AÑO 2026

Nombre Gufi					**Sexo: M** ✓ **H** ○												
Especie			**Canino** ○ **Felino** ✓			**raza** ○			**Peso Aprox.**								
Edad 7m.				**Color** Am/B		**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** ✓	**no**			
Estado corporal			**normal** ○			**desnutrido** ○			**soberest** ○								

I. Datos del propietario

Nombre: Darlyn Ximena Arenas.	**T.I./C.C.** 1095208924
Dirección: Canaro mz 3 cq.	**Teléfono:** 3222678232.
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"

AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario
Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT**, para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en las 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 MARIA CONTANZA TP 53404** ,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 NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA/ MARIA CONTANZA G CON TP 53404** , 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.

FIRMA DEL DUEÑO


N
E
S
3 feb 2026 8:52:09 a.
4.451514487154782N 75.79769027419388
345
19-5 Carrera
La Teba
Quin
Altitud:1199.0msn
Velocidad:0.0km
Número de índice: 5
LA NUEVA
TEBAIDA
ETAPA 1

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

41

Registro válido

Fecha de consulta: 29/01/2026

Ficha: 63401556546800011158

B1

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: DARLYN XIMENA

Apellidos: ARENAS TALLACA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1095208924

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 19/05/2023

Última actualización ciudadano: 21/01/2025

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/ESTERILIZACION

AÑO 2026																			
Nombre Manchas					Sexo: M (X) H ( )													S	
Especie			Canino ( ) Felino X			raza ( )				Peso Aprox.									
Edad 1 año				Color BIG		Pelaje				Vacunas si (✓) 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 ✓			
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 ( )									

I. Datos del propietario	
Nombre: Maria Gladis Rojas	T.I./C.C. 29136009
Dirección: Mz 5 - C8 - 6 Guayacanes	Teléfono: 3125391947
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"

AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario

Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT**, para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en las 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 MARIA CONTANZA TP 53404** ,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 NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA/ MARIA CONTANZA G CON TP 53404** , 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**.

22

x M Gladis Rojas

FIRMA DEL DUEÑO DE LA MASCOTA


12 feb 2026 11:50:53 a.m
4.451465243473649N 75.79773226752877W
251° W
La Tebaid
Quindío
Altitud:1202.0msnm
Velocidad:0.0km/
Número de índice: 64
LA NUEVA
TEBAIDA
ETAPA 1

Sisbén

38

Registro válido

C2

Fecha de consulta: 30/01/2026

Ficha: 63401013548100000360

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA GLADIS

Apellidos: ROJAS

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 29136009

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 16/07/2019

Última actualización ciudadano: 06/09/2019

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARCELA SALAZAR GARCIA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

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

ALBERGUE MUNICIPAL DE LATEBAIDA
ATENCIONES VETERINARIAS/ESTERILIZACION

FECHA DEL PROCEDIMIENTO DIA MES AÑO 2026

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

IV. Datos del propietario	
Nombre:	*T.I./C.C.*
Dirección:	*Teléfono:*
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"

AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario
Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT**, para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en las 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 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 NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA/ LAURA MAZO P** 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 A

Firma del Dueño/tutor o Responsable de la Mascota


SE NADA
Carrera 5
La Tebaida
Quindío
Colombia
Altitud:1204.7meter

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

40

Registro válido

Fecha de consulta: 02/02/2026

Ficha: 63401019548900000104

B1

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ANA LUCIA

Apellidos: CARDONA SERNA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24497486

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 16/12/2020

Última actualización ciudadano: 16/12/2020

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/ESTERILIZACION

AÑO 2026																			
Nombre Mara					Sexo: M ◯ H Ⓗ													S.	
Especie			Canino ◯ Felino Y		raza ◯			Peso Aprox.											
Edad 7meses.			Color Amarilla		Pelaje			Vacunas si ◯ no Ⓗ											
Estado de salud			buena Ⓑ		regular ◯			mala ◯											
Fiebre	si	no X	Diarrea	si	no X	Vomito	si	no X	Inapetencia	si	no X	Golpes	si	no Y					
Heridas	si	no X	Tto veterinario	si	no X	Celo	si	no X	Lactancia	si	no Y	Ayunas	si Y	no					
Estado corporal			normal Ⓝ		desnutrido ◯			soberest ◯											

I. Datos del propietario			
Nombre: Amparo de Jesus Munera		T.I./C.C. 24496682	
Dirección: Gabriel lopez M7C C/50		Teléfono: 3164754539	
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"

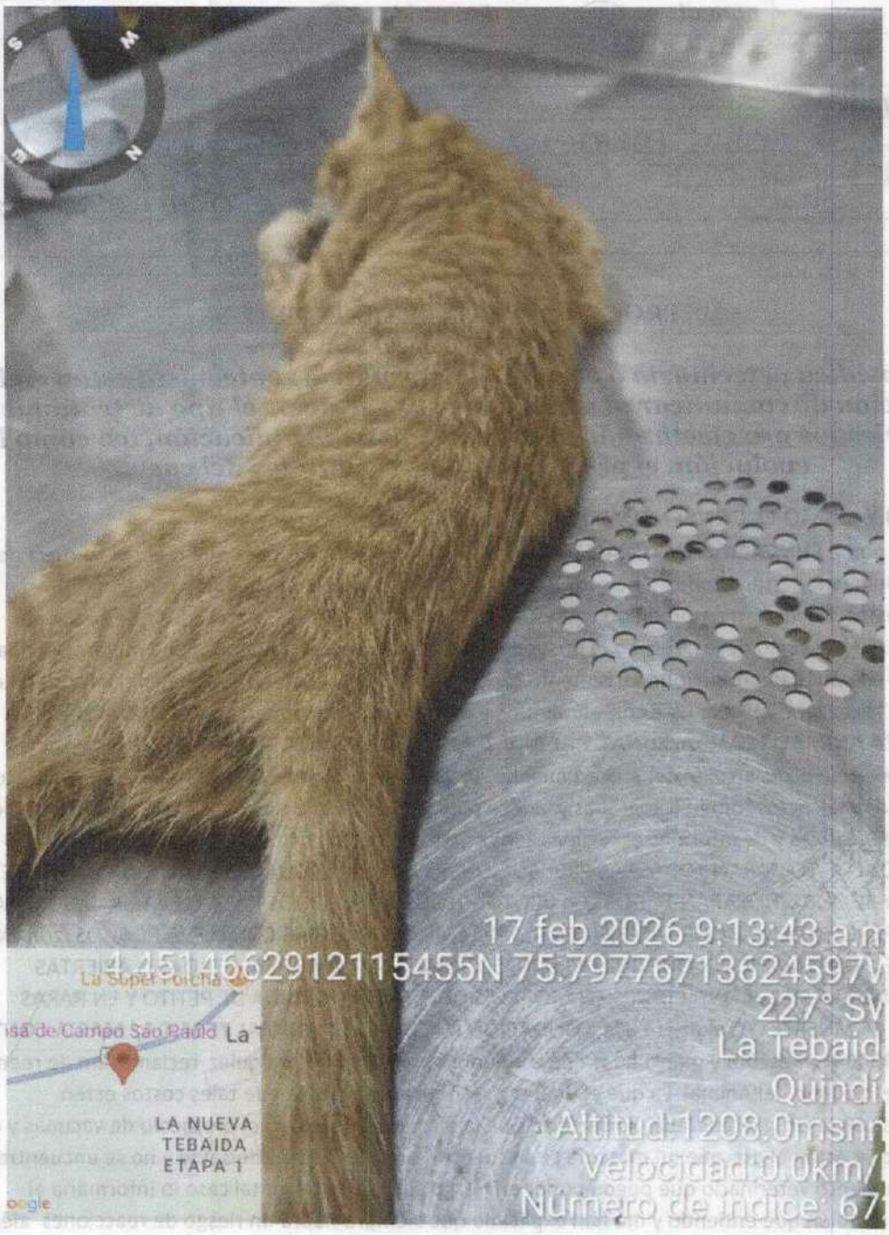
AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario

Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT**, para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en las 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 MARIA CONTANZA TP 53404** ,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 NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA/ MARIA CONTANZA G CON TP 53404** , 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.**

Amparo de Jesus Munera

FIRMA DEL DUEÑO DE LA MASCOTA

23


17 feb 2026 9:13:43 a.m
4.451466291211545 5N 75.79776713624597V
227° SV
La Tebaid
Quindi
Altitud 1208.0msnm
Velocidad 0.0km/
Número de índice: 67
La Súper Polcha
LA NUEVA
TEBAIDA
ETAPA 1

Fecha de consulta: 27/08/2024

Ficha:

63401020548700000061

37



GRUPO SISBÉN IV
Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres:

AMPARO DEJESUS

Apellidos: **MUNERA RIOS**

Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

Número de documento:

24496682

Municipio: **La Tebaida**

Departamento: **Quindío**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **13/12/2020**

37

ALBERGUE MUNICIPAL DE LATEBAIDA
ATENCIONES VETERINARIAS/ESTERILIZACION

AÑO 2026							13/2/2026												
Nombre Francheska						Sexo: M ◯ H ⊗													
Especie			Canino ◯ Felino ✗			raza ◯			Peso Aprox.										
Edad 6 meses				Color NIBIA		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.

I. Datos del propietario	
Nombre: Daneris Diaz	T.I./C.C. 24871541
Dirección: Guayacanes 2- M28-C16	Teléfono: 3108377862
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"

AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario

Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT**, para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en las 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 MARIA CONTANZA TP 53404** ,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 NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA/ MARIA CONTANZA G CON TP 53404** , 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.**

Carolina Canaveral

FIRMA DEL DUEÑO DE LA MASCOTA

13/02/2026, 10:54:06 a.m.
108° E
Calle 22
La Tebaida
Quindío
Colombia
Altitud:1204.1meter
S
W
E

ALBERGUE MUNICIPAL DE LATEBAIDA
ATENCIONES VETERINARIAS/ESTERILIZACION

FUNAT

AÑO 2026																			11/02/2026		
Nombre Manchas								Sexo: M ◯ H (✓)													5.
Especie			Canino ◯ Felino ✓					raza ◯					Peso Aprox.								
Edad 6 meses				Color A/N/C				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 ◯								

I. Datos del propietario	
Nombre: Doneris Diaz	T.I./C.C. 24811544
Dirección: Guayacanes 2 M28C16	Teléfono: 3108317862
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"

AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario

Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT**, para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en las 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 MARIA CONTANZA TP 53404** ,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 NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA/ MARIA CONTANZA G CON TP 53404** , 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.**

25

* Carolina Cardona

FIRMA DEL DUEÑO DE LA MASCOTA


11/02/2026, 9:44:22 a.m.
282° W
Calle 22
La Tebaida
Quindío
Colombia
Altitud:1177.8meter
Velocidad:0.0km/h

Sisbén

35|36

Registro válido

Fecha de consulta: 13/02/2026

A5

Ficha: 63401013548100001424

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: DANERIS

Apellidos: DIAZ HENAO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24811544

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 08/08/2019

Última actualización ciudadano: 08/08/2019

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: 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/ESTERILIZACION

FECHA DEL PROCEDIMIENTO DIA 20 MES 02 AÑO 2026

II. Datos de la mascota																				
AÑO 2026																				
Nombre Sombra						Sexo: M ◯ H (X)														
Especie			Canino (X) Felino			raza ◯				Peso Aprox.										
Edad 10 meses			Color Negro			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 ◯											

5

III. Datos del propietario	
Nombre: Huber Alberto Conaque	T.I./C.C. 1096040473
Dirección: M21-C5 - Fundaciones	Teléfono: 3108317862
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"

AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario
Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT**, para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en las 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 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 NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA/ LAURA MAZO P** 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 A X Huber Alberto Conaque

26

Firma del Dueño/tutor o Responsable de la Mascota

20/02/2026, 10:15:32 a.m.
206° SW
Calle 22
La Tebaida
Quindio
Colombia
Altitud:1229.0meter
Velocidad:0.0km/h
S
W
N

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

34

Registro válido

A4

Fecha de consulta: 11/02/2026

Ficha: 63401556749400000027

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: HUBER ALBERTO

Apellidos: CANACUE TORO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1096040473

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 09/07/2021

Última actualización ciudadano: 09/07/2021

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARCELA SALAZAR GARCIA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

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

ALBERGUE MUNICIPAL DE LATEBAIDA
ATENCIONES VETERINARIAS/ESTERILIZACION

LA TEBAIDA

FUNAT

AÑO 2026	19/02/2026					
Nombre	chelsy		Sexo: M ◯ H ⊕			5
Especie		Canino ⊕ Felino	raza ◯	Peso Aprox.		
Edad		Color negro	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
		X			X			X			⊕			⊕
Heridas	si	no	Tto veterinario	si	no	Celo	si	no	Lactancia	si	no	Ayunas	si	no
		X			X			X		⊕			⊕	

Estado corporal	normal ⊕	desnutrido ◯	soberest ◯

I. Datos del propietario	
Nombre: Daniela Hincapie Higuita	T.I./C.C. 109 6037877
Dirección: La Esperanza mz C C1	Teléfono: 3146341758.
E-mail:	Sisben: SI ◯ NO ◯ Nivel 1 ② ③ ◯

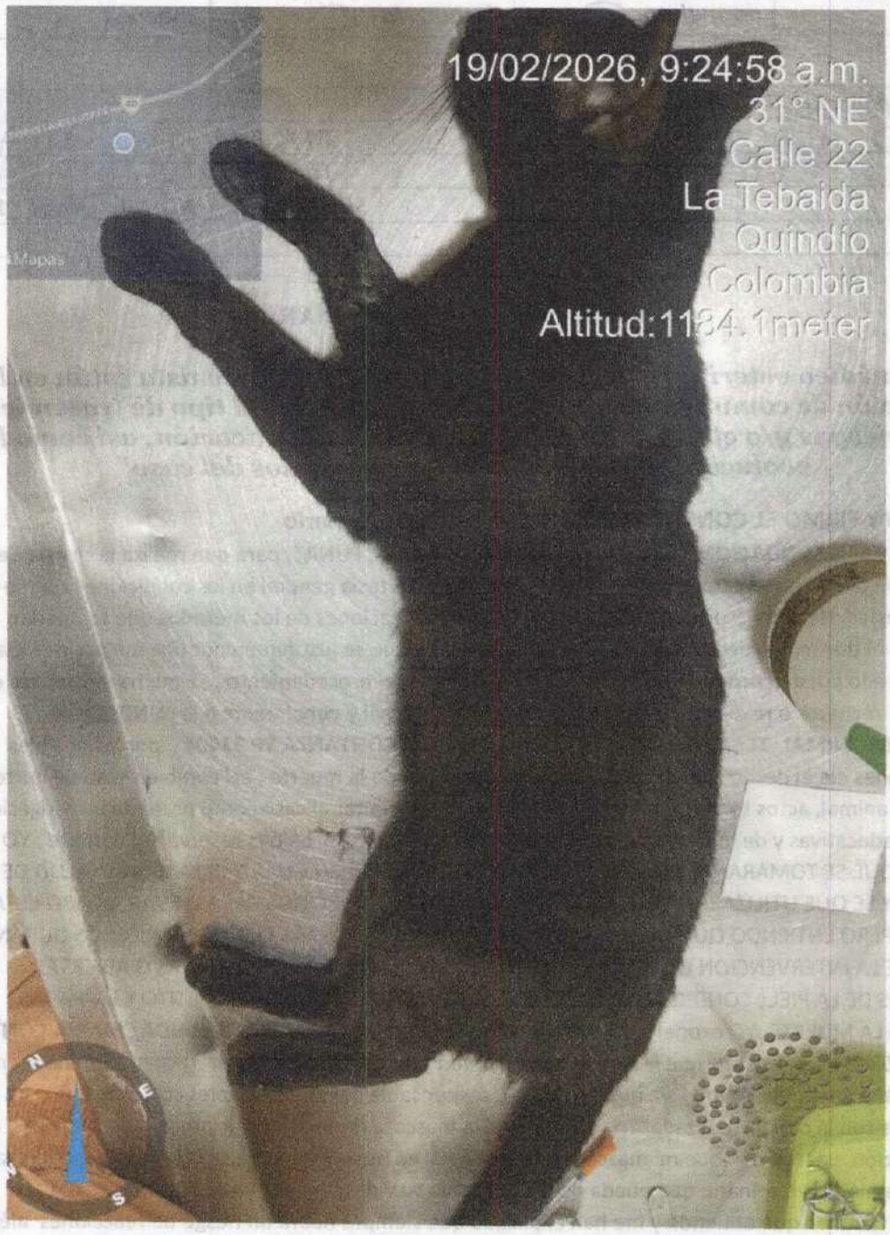
PROCEDIMIENTO VETERINARIO
Ley 566/2000 Art. 26
"El médico veterinario o el médico veterinario zootecnista están en la obligación de comunicar al usuario de sus servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados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

AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario
Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT**, para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en las 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 MARIA CONTANZA TP 53404** ,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 NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA/ MARIA CONTANZA G CON TP 53404** , 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**.

(27)

X Daniela Hincapie

FIRMA DEL DUEÑO DE LA MASCOTA


19/02/2026, 9:24:58 a.m.
31° NE
Calle 22
La Tebaida
Quindío
Colombia
Altitud:1184.1meter

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

33

Fecha de consulta: 11/02/2026 **B3**

Ficha: 63401556749300001357

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: DANIELA

Apellidos: HINCAPIE HIGUITA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1096037877

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 09/06/2021

Última actualización ciudadano: 09/06/2021

Última actualización via registros administrativos:

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

"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/ESTERILIZACION

FECHA DEL PROCEDIMIENTO DIA 13 **MES** 02 **AÑO 2026**

II. Datos de la mascota																			
AÑO 2026																			
Nombre Felix							*Sexo: M* (X) *H* ( )												SJ
Especie			*Canino* ( ) *Felino* (X)				*raza* ( )			*Peso Aprox.*									
Edad 2 años.			*Color* tigre.				*Pelaje*			*Vacunas si* ( ) *no* (X)									
Estado de salud			*buena* (X)				*regular* ( )			*mala* ( )									
Fiebre	*si*	*no* X	*Diarrea*	*si*	*no* X		*Vomito*	*si*	*no* X	*Inapetencia*	*si*	*no* X	*Golpes*	*si*	*no* X				
Heridas	*si*	*no* X	*Tto veterinario*	*si*	*no* X		*Celo*	*si*	*no* X	*Lactancia*	*si*	*no* X	*Ayunas*	*si* X	*no*				
Estado corporal			*normal* (X)				*desnutrido* ( )			*soberest* ( )									

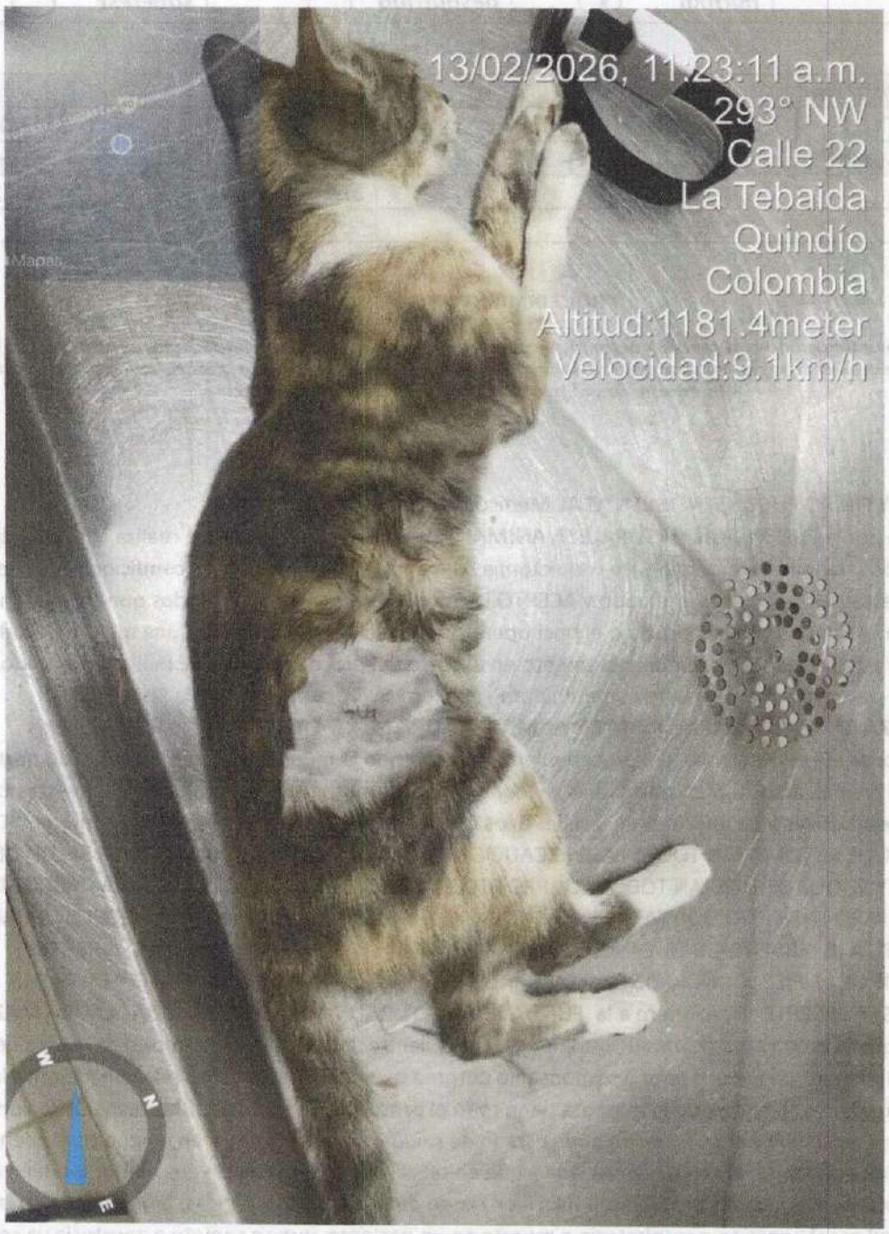
III. Datos del propietario	
Nombre: Johana Patricia Cardona	*T.I./C.C.* 1004791105
Dirección: Orquideas mz D 07	*Teléfono:* 3116798734
E-mail:	*Sisben: SI* ( ) *NO* ( ) *Nivel 1* (2) (3) ( )

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"

AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario
Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT**, para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en las 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 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 NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA/ LAURA MAZO P** 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 A * Johana cardona

Firma del Dueño/tutor o Responsable de la Mascota


13/02/2026, 11:23:11 a.m.
293° NW
Calle 22
La Tebaida
Quindío
Colombia
Altitud:1181.4meter
Velocidad:9.1km/h

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

32

Registro válido

B6

Fecha de consulta: 06/02/2026

Ficha: 63401021548800000710

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: JOHANA PATRICIA

Apellidos: CARDONA LATORRE

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1004791105

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 13/01/2023

Última actualización ciudadano: 13/01/2023

Última actualización via registros administrativos:

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

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/ESTERILIZACION

FUNAT

AÑO 2026																							
12/02/2026																							
Nombre	tomy					Sexo: M (H) H ( )																	
Especie		Canino ( ) Felino (X)				raza ( )				Peso Aprox.													
Edad	7meses		Color B/A			Pelaje				Vacunas si (X) no ( )													
Estado de salud		buena (X)				regular ( )				mala ( )													
Fiebre	si	no (X)	Diarrea	si	no (X)	Vomito	si (X)	no	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 ( )													

I. Datos del propietario	
Nombre: Daniela fernanda Arenas	T.I./C.C. 1096040034.
Dirección: Calle 13 #9-54 centro.	Teléfono: 3234347813
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"

AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario
Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT**, para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en las 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 MARIA CONTANZA TP 53404** ,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 NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA/ MARIA CONTANZA G CON TP 53404** , 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.

29

FIRMA DEL DUEÑO Daniela


17 feb 2026 9:13:43 a.m
4.45146629121154 55N 75.79776713624597W
227° SW
La Tebaida
Quindío
Altitud 1208.0msnm
Velocidad 0.0km/h
Número de índice: 67
La Súper Fonda
LA NUEVA
TEBAIDA
ETAPA 1

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

31

Registro válido

Fecha de consulta:	29/01/2026
Ficha:	63401021548800000561

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: DANIELA FERNANDA

Apellidos: ARENAS TALLACA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1096040034

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:	28/04/2023
Última actualización ciudadano:	28/04/2023
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/ESTERILIZACION

FUNAT

FECHA DEL PROCEDIMIENTO DIA 19 **MES** 02 **AÑO 2026**

III. Datos de la mascota																				
AÑO 2026																				
Nombre Oliver .						*Sexo: M* ⊗ *H* ○														
Especie			*Canino* ○ *Felino* X			*raza* ○			*Peso Aprox.*											
Edad 1año			*Color* B/Gris			*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* ○											

IV. Datos del propietario	
Nombre: Darlyn Ximena Arenal	*T.I./C.C.* 1095208924
Dirección: Cantaro m73 c9	*Teléfono:* 3222678232
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"

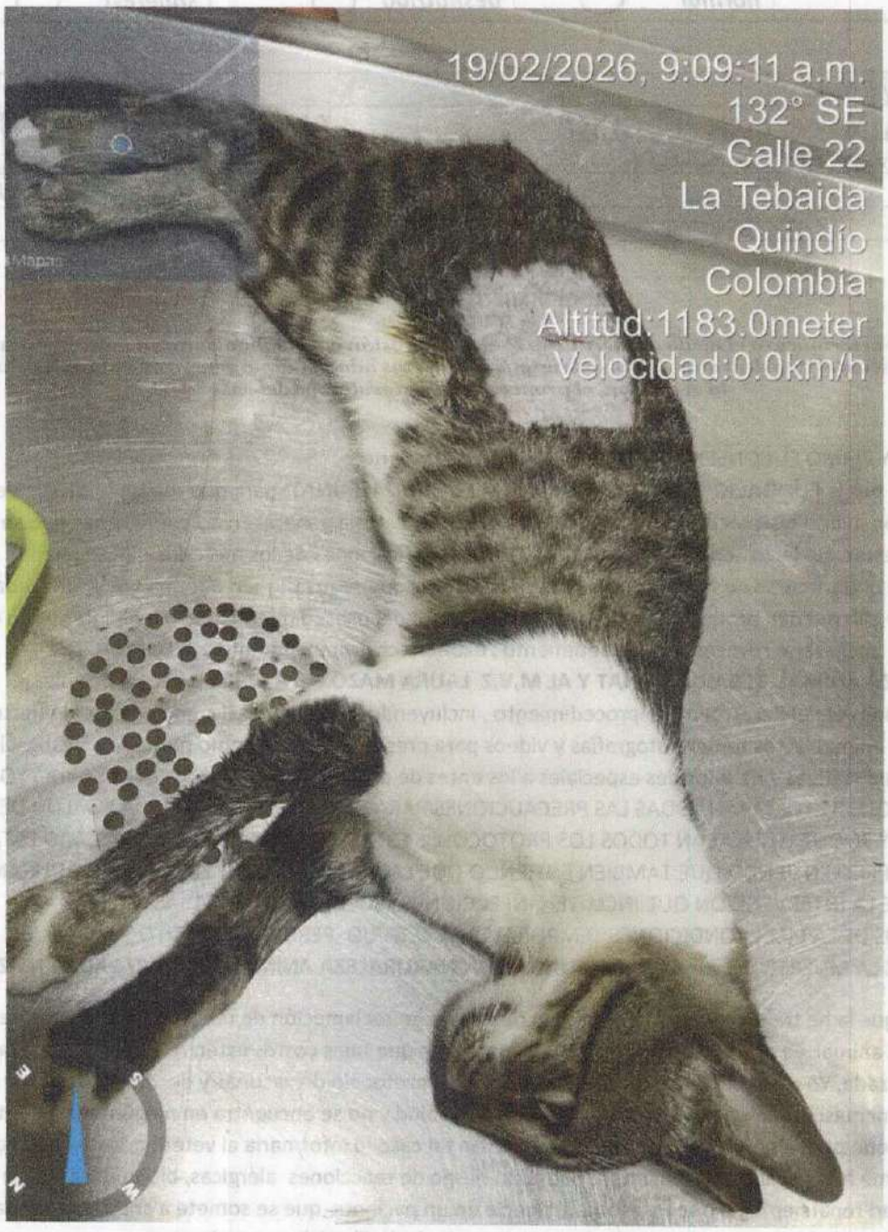
AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario
Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT**, para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en las condiciones que se has sido propuestas. He leído ,comprendido y 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 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/ LAURA MAZO P**

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 A

Firma del Dueño/tutor o Responsable de la Mascota

30


19/02/2026, 9:09:11 a.m.
132° SE
Calle 22
La Tebaida
Quindío
Colombia
Altitud:1183.0meter
Velocidad:0.0km/h

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

30

Registro válido

Fecha de consulta: 29/01/2026

Ficha: 63401556546800011158

B1

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: DARLYN XIMENA

Apellidos: ARENAS TALLACA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1095208924

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 19/05/2023

Última actualización ciudadano: 21/01/2025

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

Sisben

Fecha de creación: 29/07/2020

Folio: 63-019826-20200717152

B1

Persona moderada

Datos personales

Nombres: DARLYN XIMENA

Apellidos: ARENAS TAULACA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1093220224

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

Información adicional

Encuesta vigente: 17/08/2023

Última actualización: 27/07/2023

Última actualización de registro no encontrada

*El resultado aquí presentado no constituye o genera vinculación con el Sisbén, solo hace referencia a la última información disponible en nuestras bases de datos.

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: VANESSA GARCIA

Dirección: Carrera 4 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7581414

Correo Electrónico: sisben@la-tebaida.gov.co

ALBERGUE MUNICIPAL DE LATEBAIDA
ATENCIONES VETERINARIAS/ESTERILIZACION

FECHA DEL PROCEDIMIENTO DIA 03 MES 2 AÑO 2026

II. Datos de la mascota																			
AÑO 2026																			
Nombre matias						Sexo: M (X) H ( )													
Especie			Canino (X) Felino ( )			raza ( )			Peso Aprox.										
Edad 2 años			Color Amar.			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 ( )										

S.

III. Datos del propietario	
Nombre: maria Gladys Cañan	T.I./C.C. 41902010
Dirección: M 36 C14 Nueva tebaida	Teléfono: 3155697406
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"

AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario
Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT**, para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en las 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 cirugia 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 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 NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA/ LAURA MAZO P** 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 A

Maria Gladys Cañan R.

Firma del Dueño/tutor o Responsable de la Mascota

31


3 feb 2026 10:35:18 a.m
4.4548999N 75.793286W
28° N
15-17 Carrera
La Tebaid
Quindí
Altitud:1141msnm
Número de índice: 59
Coliseo Municipal
La Tebaida
LA NUEVA

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

29

Registro válido

Fecha de consulta: 09/02/2026

Ficha: 63401008547600000053

A5

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA GLADYS

Apellidos: GAÑAN RENDON

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 41902010

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 12/07/2019

Última actualización ciudadano: 28/03/2022

Última actualización via registros administrativos:

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

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/ESTERILIZACION

FECHA DEL PROCEDIMIENTO DIA 13 MES 02 AÑO 2026

II. Datos de la mascota																							
AÑO 2026																							
Nombre Tom						Sexo: M (X) H ( )																	
Especie			Canino ( ) Felino X			raza ( )				Peso Aprox.													
Edad 6 meses			Color			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 ( )														

5.

III. Datos del propietario	
Nombre: Luis Fernando Rincon	T.I./C.C. 9806134
Dirección: Barrio la cabra carrera 4C-6-52	Teléfono: 3127561931
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"

AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario
Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT**, para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en las 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 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 NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA/ LAURA MAZO P** 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 A X Luis Fernando Rincón R

Firma del Dueño/tutor o Responsable de la Mascota

(2)

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

28

Registro válido

Fecha de consulta: 07/02/2026

Ficha: 63401556751100012111

C16

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: LUIS FERNANDO

Apellidos: RINCON PERDOMO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 9806134

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 25/02/2025

Última actualización ciudadano: 25/02/2025

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

SISBEN

Fecha de consulta: 07/02/2025

Hora: 15:42:12

CERTIFICADO

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: LUIS FERNANDO

Apellidos: RINCON PEDROZO

Tipo de documento: Cedula de ciudadania

Número de documento: 8308134

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindio

INFORMACION ADMINISTRATIVA

Fecha de vigencia: 25/02/2025

Ultima actualización cedulado: 25/02/2025

Ultima actualización de registro administrativo:

*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. 12-17 Oficina 203

Teléfono: 7543264

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

ALBERGUE MUNICIPAL DE LATEBAIDA
ATENCIONES VETERINARIAS/ESTERILIZACION

FECHA DEL PROCEDIMIENTO DIA 18 **MES** 02 **AÑO 2026**

II. Datos de la mascota																				
AÑO 2026																				
Nombre Kotiusca						*Sexo: M* ◯ *H* (X)												S		
Especie			*Canino* ◯ *Felino* X			*raza* ◯			*Peso Aprox.*											
Edad 6 meses				*Color*		*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* ◯											

III. Datos del propietario	
Nombre: Maria Yolanda Agudelo	*T.I./C.C.* 29969833
Dirección: Barrio Cortanito mzn B1-C5	*Teléfono:* 3177353891
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"

AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario
Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT**, para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en las 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 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 NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA/ LAURA MAZO P** 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 A x Yoni Lorana agudelo

Firma del Dueño/tutor o Responsable de la Mascota

34


E
W
S
16 feb 2026 9:07:13 a.m.
4.463618N 75.8070898W
32° NE
La Tebaida-Montenegro
La Tebaida
Quindío
Altitud:1144msnm

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

26

Registro válido

Fecha de consulta: 08/02/2026

Ficha: 63401018548600000043

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA YOLANDA

Apellidos: AGUDELO CARDONA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 29996833

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 12/07/2019

Última actualización ciudadano: 26/07/2019

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

Sisbén

Fecha de consulta

Hora

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombre: MARIA YOLANDA

Apellido: ANGUELO CARDONA

Tipo de documento: Cedula de ciudadanía

Número de documento: 25575623

Municipio: La Tebaida

Departamento: quindio

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente

Última actualización cedulario

Última actualización vía registros administrativos

*Si encuentra algún inconveniente o desea actualizar su información por favor acerquese a la oficina (de Sisben del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador

Dirección

Teléfono

Correo Electrónico

ALBERGUE MUNICIPAL DE LATEBAIDA
ATENCIONES VETERINARIAS/ESTERILIZACION

FECHA DEL PROCEDIMIENTO DIA 17 MES 02 AÑO 2026

II. Datos de la mascota																					
Nombre Rayitas							*Sexo: M* ◯ *H* (X)													5.	
Especie			*Canino* ◯ *Felino* X				*raza* ◯					*Peso Aprox.*									
Edad 6 meses				*Color* Parda			*Pelaje*					*Vacunas si* (V) *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* ◯									

III. Datos del propietario	
Nombre: Luis Fernando Rincon	*T.I./C.C.* 9806434
Dirección: Barrio Lalombra Carrera 4c -6-52	*Teléfono:* 3127567931
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"

AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario
Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT**, para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en las 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 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 NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA/ LAURA MAZO P** 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 A X Luis Fernando Rincon P.

Firma del Dueño/tutor o Responsable de la Mascota

33



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

27

Registro válido

Fecha de consulta: 07/02/2026

Ficha: 63401556751100012111

C16

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: LUIS FERNANDO

Apellidos: RINCON PERDOMO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 9806134

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 25/02/2025

Última actualización ciudadano: 25/02/2025

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

Sisbén

Fecha de consulta: 07/02/2025

Hora: 09:59:07 PM

C16

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: LUIS FERNANDO

Apellidos: RINCON PERDOMO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 98031134

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 25/02/2025

Última actualización encuestador: 25/02/2025

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 realizó su encuesta

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARCELA SALAZAR GARCIA

Dirección: Carrera 5 No. 11-27 Oficina 203

Teléfono: 7524444

Correo Electrónico: sisbenlatebaida-quindio.gov.co

ALBERGUE MUNICIPAL DE LATEBAIDA
ATENCIONES VETERINARIAS/ESTERILIZACION

FECHA DEL PROCEDIMIENTO DIA 17 MES 02 AÑO 2026

II. Datos de la mascota																				
AÑO 2026																				
Nombre Paloma						Sexo: M ◯ H ⊗														
Especie			Canino ⊗ Felino			raza ◯			Peso Aprox.											
Edad 10 meses			Color Amarillo			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 ◯											

5.

III. Datos del propietario	
Nombre: Leiman Caracue	T.I./C.C. 7514138
Dirección: M24-C3 Fundaciones	Teléfono: 3108317862
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"

AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario
Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT**, para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en las 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 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 NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA/ LAURA MAZO P** 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 A * Carolina Caracue Toro

Firma del Dueño/tutor o Responsable de la Mascota

35


17 feb 2026 9:13:35 a.
4.451483222655952N 75.79776864498854
263°
La Tebaic
Quind
Altitud:1206.0msn
Velocidad:8.4km/
Número de índice: 6
La Super Forcha
de Campo Sao Paulo
LA NUEVA
TEBAIDA
ETAPA 1

Sisbén

25

Registro válido

Fecha de consulta: 11/02/2026

A4

Ficha: 63401556749400000027

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: GERMAN

Apellidos: CANACUE

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 7514138

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 09/07/2021

Última actualización ciudadano: 09/07/2021

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARCELA SALAZAR GARCIA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

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

ALBERGUE MUNICIPAL DE LATEBAIDA
ATENCIONES VETERINARIAS/ESTERILIZACION

AÑO 2026																		20/02/2026
Nombre Atlas							Sexo: M (X) H ( )											5
Especie			Canino ( ) Felino (X)				raza ( )				Peso Aprox.							
Edad 7 meses			Color B/A				Pelaje				Vacunas si ( ) no (X)							
Estado de salud			buena (X)				regular ( )				mala ( )							
Fiebre	si	no X	Diarrea	si	no X		Vomito	si	no X		Inapetencia	si	no X		Golpes	si	no X	
Heridas	si	no X	Tto veterinario	si	no X		Celo	si	no X		Lactancia	si	no X		Ayunas	si X	no	
Estado corporal			normal (X)				desnutrido ( )				soberest ( )							

I. Datos del propietario	
Nombre: Pamela Mejia	T.I./C.C. 1096037316
Dirección: San Miguel MZ C-13	Teléfono: 3103554938
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"

AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario

Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT**, para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en las 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 MARIA CONTANZA TP 53404** ,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 NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA/ MARIA CONTANZA G CON TP 53404** , 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**.

(36)

Pamela Mejia Herrera.

FIRMA DEL DUEÑO DE LA MASCOTA


20 feb 2026 9:09:17 a.m
4.451477397233248N 75.79771902412176W
38° N
14176 Carrera 4A
La Tebaid
Quindí
Altitud:1209.0msnm
Velocidad:0.0km/
Número de indice: 68
La Tebaida
LA NUEVA

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

24

Registro válido

Fecha de consulta: 27/02/2026

Ficha: 63401021546800000064

B7

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: PAMELA

Apellidos: MEJIA HERRERA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1096037316

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 31/07/2024

Última actualización ciudadano: 31/07/2024

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARCELA SALAZAR GARCIA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

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

Sisbén

Fecha de consulta: 27/02/2025

Folio: 0840102215400000004

87

Pobreza moderada

Datos personales

Nombres: PAMELA

Apellidos: MEJIA HERRERA

Tipo de documento: Cedula de ciudadania

Número de documento: 1098037110

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindio

Información administrativa

Entidad origen: 31/07/2024

Última actualización ciudadano: 31/07/2024

Última actualización de registro administrativo:

*El encuesta 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: Cerrera 6 No. 12 -27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

Correo Electrónico: sisben.lat@la-tebaida-quindio.gov.co

ALBERGUE MUNICIPAL DE LATEBAIDA
ATENCIONES VETERINARIAS/ESTERILIZACION

FECHA DEL PROCEDIMIENTO DIA 4 **MES** 02 **AÑO 2026**

III. Datos de la mascota																							
AÑO 2026																							
Nombre 0774								*Sexo: M* ◯ *H* ◯															
Especie			*Canino* ◯ *Felino* Y					*raza* ◯				*Peso Aprox.*											
Edad				*Color* tigre				*Pelaje*				*Vacunas si* ◯ *no* (Y)											
Estado de salud			*buena* (Y)					*regular* ◯					*mala* ◯										
Fiebre	*si*	*no* X	*Diarrea*	*si*	*no* X			*Vomito*	*si*	*no* Y		*Inapetencia*	*si*	*no* Y		*Golpes*	*si*	*no* P					
Heridas	*si*	*no* X	*Tto veterinario*	*si*	*no* P			*Celo*	*si*	*no* —		*Lactancia*	*si*	*no* —		*Ayunas*	*si* P	*no*					
Estado corporal			*normal* ◯					*desnutrido* ◯					*soberest* ◯										

SV

IV. Datos del propietario			
mbre: Lina Paola Posada		*T.I./C.C.* 1110563315	
Dirección: Nueva Tebaida M 745 C22		*Teléfono:* 3246555508	
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"

AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL Médico Veterinario
Contratado por la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, FUNAT**, para que realiza la cirugía de esterilización ovario histerectomía y / o orquictomia bajo anestesia general en las 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 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/ LAURA MAZO P TP MVZ 37991** , 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 .

39

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 Lina Paola Posada Ramirez.


4 feb 2026 9:42:32 a.m
4.45143548771739N 75.797735368832
330° NW
18-91 Carrera
La Tebaid
Quindí
Altitud:1210.0msnm
Velocidad:0.0km/
Número de índice: 60
LA NUEVA
TEBAIDA
ETAPA 1

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

21

Registro válido

Fecha de consulta: 27/02/2026

Ficha: 63401072649200001851

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: LINA PAOLA

Apellidos: POSADA RAMIREZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1110563315

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 25/02/2021

Última actualización ciudadano: 25/02/2021

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

21