OBLIGACION

9

Efectuar un mínimo de sesenta (60) esterilizaciones mensuales en caninos y/o felinos pertenecientes a los grupos A, B o C del Sisbén, como medida de control reproductivo y de salud pública, cumpliendo los protocolos sanitarios

exigidos por la autoridad competente .

OBLIGACIÓN
9

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

ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2026
REGISTROS DE ESTERILIZACION Y/O PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

Registro de Ingreso 23 / 4 / 2026

I. Datos de la mascota																	
Nombre	Angela					Sexo: M ◯ H (X)											
Especie	Canino ◯	Felino (X)				raza				Peso Aprox.							
Edad 7meses.		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 ◯				sobrepeso ◯							

S

II. Datos del propietario	
Nombre: Luz Aida Garcia	T.I./C.C. 24814660.
Dirección: Calle 10 5-26 Alfonso L	Teléfono: 3243669317
E-mail:	Sisben: SI ◯ NO ◯ Nivel 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD
PROCEDIMIENTO VETERINARIO

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

YO Identificado(a) como aparece al pied de la firma ,propietario(a) y / responsable de la mascota llamada ,especie canino Felino sexo DECLARO ,SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL MEDICO(A) VETERINARIO(A) ZOOTENESTA (M.V.Z) LAURA MAZO CON LA TP 37991 Universidad del Tolima , contratada por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, (FUNAT), Para que realice la Cirugía de Esterilización y/o ovario histerectomía bajo anestesia general con las condiciones que se han sido propuestas y explicadas de ante mano. 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 mejor 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y AL MVZ LAURA MAZO TP 37991,** Por los posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento, incluyendo la MUERTE, así como en caso de hurto o pérdida del animal , actos mal intencionados de terceros y en general cualquier acontecimiento que implique fuerza mayor o caso fortuito. Autorizo a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA A que tomen fotos y videos para presentar en casos de investigaciones científicas o educativas**, bajo la reserva del nombre. YO ENTIEDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS MEDIDAS POSIBLES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y QUE SE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTBLECIDOS PAR LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE LA CIRUGIA CONLLEVA A RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN , INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS SARPULLIDOS DE LAPIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DEL APETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE , Yo exonero a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y/O A LA MVZ LAURA MAZO TP 37991, De toda reclamación penal, civil por la cirugía y por la anestesia , mi** mascota y cualquier reclamación de reembolsos relacionados con mi animal ya que sea que el dueño o responsable crean que tales costos están relacionados con la cirugía realizada en el animal , 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 a la cualquier miembro presente de la fundación o al vet. también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza , edad minimizando los riesgos .que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias internas y postoperatorio

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

*Luz Aida Garcia Piñeros

FIRMA DEL DUEÑO / ACUDIENTE FECHA ----------


S
M
N
La Super Forcha
LA NUEVA
TEBAIDA
ETAPA 1
23 abr 2026 12:05:13 p.m
4.451393997296691N 75.79765255562961
207° SV
Carrera
La Tebaid
Quindí
Altitud:1210.0msnm
Velocidad:0.0km/
Número de índice: 95

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Fecha de consulta: 26/04/2026

Ficha: 63401556749400007128

B2

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: LUZ AIDA

Apellidos: GARCIA PIÑEROS

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24814660

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 01/07/2022

Última actualización ciudadano: 31/08/2025

Última actualización via 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

"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

¡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
- Minsalud - Ministerio de Salud
- RNEC - Registraduría Nacional del Estado Civil
- Migración Colombia

- ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- ANT - Agencia Nacional de Tierras
- FINAGRO - Fondo para el Financiamiento del Sector Agropecuario
- ICBF - Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
- UARIV - Unidad para las Víctimas
- DNP- Departamento Nacional de Planeación

* Actualización según literal D del Artículo 4 de la Ley 1581 de 2012, y el Artículo 22 del Decreto 1377 de 2013.

ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2026
REGISTROS DE ESTERILIZACION Y/O PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

Registro de Ingreso 13/4/2026

I. Datos de la mascota

Nombre	Gata2			Sexo: M ◯ H ✗									
Especie	Canino ◯	Felino ✗		raza N.			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 ✓	Trto veterinario	si	no ✓	Celo	si	no ✓	Lactancia	si	no ✓	Ayunas	si ✓	no
Estado corporal	normal ◯			desnutrido ◯			sobrepeso ◯						

5

II. Datos del propietario

Nombre:	Maria E Ramirez	T.I./C.C.	24487932
Dirección:		Teléfono:	No tiene
E-mail:	matadero cra 13	Sisben: SI ◯ NO ◯	Nivel 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD
PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Invasion matadero

Ley 566/2000 Art. 26

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

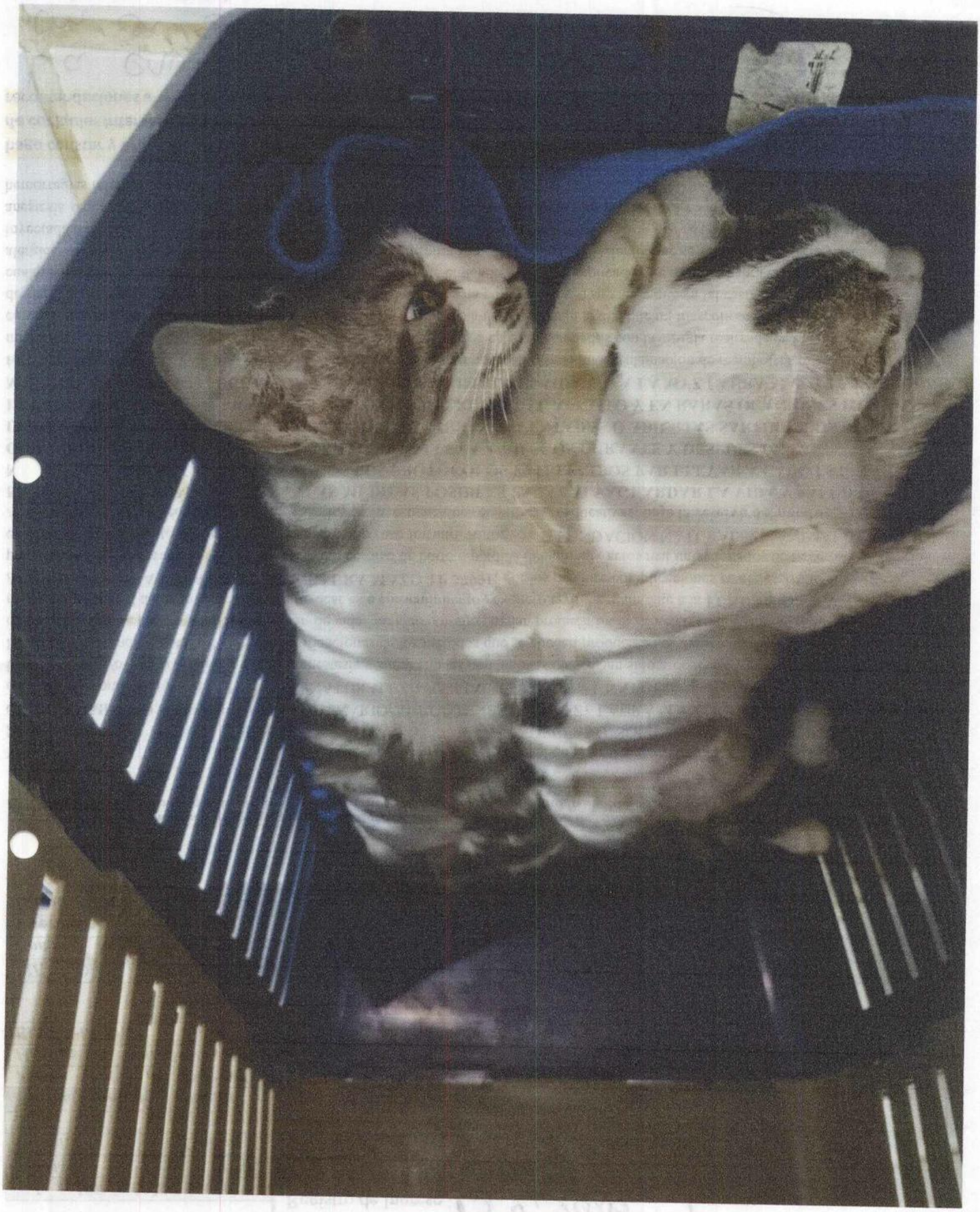
***Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinario**

YO Identificado(a) como aparece al pied de la firma ,propietario(a) y / responsable de la mascota llamada ,especie canino Felino sexo DECLARO ,SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL MEDICO(A) VETERINARIO(A) ZOOTENESTA (M.V.Z) LAURA MAZO CON LA TP 37991 Universidad del Tolima , contratada por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, (FUNAT), Para que realice la Cirugía de Esterilización y/o ovario histerectomía bajo anestesia general con las condiciones que se han sido propuestas y explicadas de ante mano. 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 mejor 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y AL MVZ LAURA MAZO TP 37991,** Por los posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento, incluyendo la MUERTE, así como en caso de hurto o pérdida del animal , actos mal intencionados de terceros y en general cualquier acontecimiento que implique fuerza mayor o caso fortuito. Autorizo a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA A que tomen fotos y videos para presentar en casos de investigaciones científicas o educativas**, bajo la reserva del nombre. YO ENTIEDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS MEDIDAS POSIBLES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y QUE SE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTBLECIDOS PAR LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE LA CIRUGIA CONLLEVA A RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN , INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS SARPULLIDOS DE LAPIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DEL APETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE , Yo exonero a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y/O A LA MVZ LAURA MAZO TP 37991, De toda reclamación penal, civil por la cirugía y por la anestesia , mi** mascota y cualquier reclamación de reembolsos relacionados con mi animal ya que sea que el dueño o responsable crean que tales costos están relacionados con la cirugía realizada en el animal , 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 a la cualquier miembro presente de la fundación o al vet. 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.

La envio
con un seros
Wilson Fena
No firma

FIRMA DEL DUEÑO / ACUDIENTE FECHA ----------



ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2026
REGISTROS DE ESTERILIZACION Y/O PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

Registro de Ingreso 13/4/2026

I. Datos de la mascota																		
Nombre	Gata 1				Sexo: M ◯ H ✗													
Especie	Canino ◯ Felino ✗				raza C				Peso Aprox.									
Edad	B/negra.		Color		Pelaje				Vacunas si ◯ no ◯									
Estado de salud	buena ✓				regular ◯				mala ◯									
Fiebre	si	no	Diarrea	si	no	Vomito	si	✓ no	Inapetencia	si	no ✓	Golpes	si ✓	no				
Heridas	si	no	Tto veterinario	si	no	Celo	si	no ✓	Lactancia	si	no ✓	Ayunas	si ✓	no				
Estado corporal	normal ✓				desnutrido ◯				sobrepeso ◯									

S

II. Datos del propietario			
Nombre:	MARIA C Ramirez	T.I./C.C.	24487932
Dirección:	MATADERO Cra 13	Teléfono:	No tiene
E-mail:	Invacion.	Sisben: SI ◯ NO ◯ Nivel 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯	

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD
PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Invacion
matadero

Ley 566/2000 Art. 26

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

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

YO Identificado(a) como aparece al pied de la firma ,propietario(a) y / responsable de la mascota llamada ,especie canino Felino sexo DECLARO ,SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL MEDICO(A) VETERINARIO(A) ZOOTENESTA (M.V.Z) LAURA MAZO CON LA TP 37991 Universidad del Tolima , contratada por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, (FUNAT), Para que realice la Cirugía de Esterilización y/o ovario histerectomía bajo anestesia general con las condiciones que se han sido propuestas y explicadas de ante mano. 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 mejor 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y AL MVZ LAURA MAZO TP 37991,** Por los posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento, incluyendo la MUERTE, así como en caso de hurto o pérdida del animal , actos mal intencionados de terceros y en general cualquier acontecimiento que implique fuerza mayor o caso fortuito. Autorizo a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA A que tomen fotos y videos para presentar en casos de investigaciones científicas o educativas**, bajo la reserva del nombre. YO ENTIEDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS MEDIDAS POSIBLES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y QUE SE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTBLECIDOS PAR LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE LA CIRUGIA CONLLEVA A RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN , INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS SARPULLIDOS DE LAPIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DEL APETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE , Yo exonero a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y/O A LA MVZ LAURA MAZO TP 37991, De toda reclamación penal, civil por la cirugía y por la anestesia , mi** mascota y cualquier reclamación de reembolsos relacionados con mi animal ya que sea que el dueño o responsable crean que tales costos están relacionados con la cirugía realizada en el animal , 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 a la cualquier miembro presente de la fundación o al vet. 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.

Albergue

Las envio con Wilson Feria.
No firma

FIRMA DEL DUEÑO / ACUDIENTE FECHA ----------

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 26/04/2026

Ficha: 63401557749400000192

B1

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA ESFRIDE

Apellidos: RAMIREZ CARDONA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24487932

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 18/09/2024

Última actualización ciudadano: 18/09/2024

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 LA TEBAIDA 2026
REGISTROS DE ESTERILIZACION Y/O PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

Registro de Ingreso 29/4/2026

I. Datos de la mascota																			
Nombre	Princesa			Sexo: M ( ) H (✓)															
Especie	Canino (✓)		Felino ( )	raza				Peso Aprox.											
Edad 3 años		Color café		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 ( )			sobrepeso ( )												

5

II. Datos del propietario			
Nombre: Yesica Castaño		T.I./C.C. 1096038090	
Dirección: casa de vida m73c1		Teléfono: 3017559638	
mail:		Sisben: SI ( ) NO ( )	Nivel (1) (2) (3)

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD
PROCEDIMIENTO VETERINARIO

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

YO Identificado(a) como aparece al pied de la firma ,propietario(a) y / responsable de la mascota llamada ,especie canino Felino sexo DECLARO ,SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL MEDICO(A) VETERINARIO(A) ZOOTENESTA (M.V.Z) LAURA MAZO CON LA TP 37991 Universidad del Tolima , contratada por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, (FUNAT), Para que realice la Cirugía de Esterilización y/o ovario histerectomía bajo anestesia general con las condiciones que se han sido propuestas y explicadas de ante mano. 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 mejor 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y AL MVZ LAURA MAZO TP 37991,** Por los posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento, incluyendo la MUERTE, así como en caso de hurto o pérdida del animal , actos mal intencionados de terceros y en general cualquier acontecimiento que implique fuerza mayor o caso fortuito. Autorizo a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA A que tomen fotos y videos para presentar en casos de investigaciones cientificas o educativas**, bajo la reserva del nombre. YO ENTIEDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS MEDIDAS POSIBLES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y QUE SE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTBLECIDOS PAR LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE LA CIRUGIA CONLLEVA A RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN , INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS SARPULLIDOS DE LAPIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DEL APETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE , Yo exonero a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y/O A LA MVZ LAURA MAZO TP 37991, De toda reclamación penal, civil por la cirugía y por la anestesia , mi** mascota y cualquier reclamación de reembolsos relacionados con mi animal ya que sea que el dueño o responsable crean que tales costos están relacionados con la cirugía realizada en el animal , 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 a la cualquier miembro presente de la fundación o al vet. 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.

* Yesica Castaño

1

FIRMA DEL DUEÑO / ACUDIENTE FECHA ----------


La Super Forcha
LA NUEVA
TEBAIDA
ETAPA 1
20 abr 2026 10:27:24 a.m
4.4552056N 75.7929227W
265° W
4-2 Calle 1
La Tebaid
Quindí
Altitud:1142msnm
Número de índice: 92

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 21/04/2026

Ficha: 63401016548400000576

B6

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: YESICA ALEJANDRA

Apellidos: CASTAÑO MARTINEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1096038090

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 19/05/2023

Última actualización ciudadano: 31/08/2025

Última actualización vía registros administrativos: 12/04/2026

***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

Fecha de consulta: 21/04/2026

Hora: 01:01:07.852

B6

Prohibida modificar

DATOS PERSONALES

Nombres: YESICA ALEJANDRA

Apellidos: CASTAÑO MARTINEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1036923050

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Estado vigente: 19/07/2023

Última actualización vigente: 21/08/2025

Última actualización vía registro administrativo: 12/04/2026

*El usuario algún inconveniente o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARCELA CALVACHE GARCIA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7524464

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

Nota: La falsedad en la información de este registro acarrea las sanciones civiles, penales y administrativas a que haya lugar.

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista otra información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fecha posterior a la última actualización de la misma.

Para consultar la información almacena en de los siguientes enlaces:

- DNP - Departamento para la Prosperidad Social
- Migración Colombia - Ministerio de Educación
- ADRES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX

ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2026
REGISTROS DE ESTERILIZACION Y/O PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

Registro de Ingreso 14 / 2026

5

I. Datos de la mascota

Nombre	Kiva			Sexo: M ( ) H (X)											
Especie	Canino (X)	Felino ( )		raza			Peso Aprox.								
Edad 1 año		Color café		Pelaje corto			Vacunas si ( ) no (X)								
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 (X)			desnutrido ( )			sobrepeso ( )								

II. Datos del propietario

Nombre: María Victoria Londoño T.I./C.C. 1096090983

Dirección: La Tebaida M 36 Casa 19 Teléfono: 3176328676

E-mail: Sisben: SI ( ) NO ( ) Nivel (1) (2) (3)

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD
PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

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

YO Identificado(a) como aparece al pied de la firma ,propietario(a) y / responsable de la mascota llamada ,especie canino Felino sexo DECLARO ,SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL MEDICO(A) VETERINARIO(A) ZOOTENESTA (M.V.Z) LAURA MAZO CON LA TP 37991 Universidad del Tolima , contratada por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, (FUNAT), Para que realice la Cirugía de Esterilización y/o ovario histerectomía bajo anestesia general con las condiciones que se han sido propuestas y explicadas de ante mano. 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 mejor 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y AL MVZ LAURA MAZO TP 37991,** Por los posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento, incluyendo la MUERTE, así como en caso de hurto o pérdida del animal , actos mal intencionados de terceros y en general cualquier acontecimiento que implique fuerza mayor o caso fortuito. Autorizo a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA A q[illegible] tomen fotos y videos para presentar en casos de investigaciones científicas o educativas**, bajo la reserva del nombre. YO ENTIEDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS MEDIDAS POSIBLES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y QUE SE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTBLECIDOS PAR LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE LA CIRUGIA CONLLEVA A RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN , INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS SARPULLIDOS DE LAPIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DEL APETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE , Yo exonero a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y/O A LA MVZ LAURA MAZO TP 37991, De toda reclamación penal, civil por la cirugía y por la anestesia , mi** mascota y cualquier reclamación de reembolsos relacionados con mi animal ya que sea que el dueño o responsable crean que tales costos están relacionados con la cirugía realizada en el animal , 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 a la cualquier miembro presente de la fundación o al vet. 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.

maría victoria londoño

FIRMA DEL DUEÑO / ACUDIENTE FECHA ----------

20/04/2026, 9:58:02
Calle 22
La Tebaida
Quindío
Colombia

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 21/04/2026

Ficha: 63401008547600000028

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA VICTORIA

Apellidos: LONDOÑO VELASQUEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1096040983

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 12/07/2019

Última actualización ciudadano: 30/08/2025

Última actualización via 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

Sisbén

Fecha de consulta

Hora:

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA VICTORIA

Apellidos: LONDOÑO VELASQUEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1089019983

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Estuvo vigente

Última actualización de grupo

Última actualización de registros administrativos

Si encuentra algún inconveniente o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde recibió actualización

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador

MARICELA SALAZAR GARCIA

Dirección

Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono

7542444

Correo Electrónico

sisben@latebaida-quindio.gov.co

Horario atención de información (de acuerdo a la disponibilidad de los funcionarios)

1. Por validación de información en otros registros administrativos
2. Cuando exista nueva información relevante por registro. Favor de acercarse a la oficina administrativa de la vereda

Para actualizar la base de datos información de las siguientes opciones

- DNI - Documento para la corresponsabilidad social
- NACIMIENTO - Nacimiento de Educación
- CEDULA - Cedula Ciudadanía para la Edad de la Educación
- OTROS

ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2026
REGISTROS DE ESTERILIZACION Y/O PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

Registro de Ingreso 17/4/26

I. Datos de la mascota																			
Nombre Tiara							Sexo: M ( ) H (X)												
Especie			Canino ( )		Felino (X)		raza Mestizo				Peso Aprox.								
Edad 1 año				Color Habano			Pelaje Corto				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 (X)	no		Ayunas	si (X)	no		
Estado corporal			normal (X)				desnutrido ( )				sobrepeso ( )								

S

II. Datos del propietario	
Nombre: Tatiana bravo	T.I./C.C. 1006418748
Dirección: N. Tebaida 42 12 casa 14	Teléfono: 3217228317
mail:	Sisben: SI (X) NO ( ) Nivel (1) (2) (3)

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD
PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

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

YO Identificado(a) como aparece al pied de la firma ,propietario(a) y / responsable de la mascota llamada ,especie canino Felino sexo DECLARO ,SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL MEDICO(A) VETERINARIO(A) ZOOTENESTA (M.V.Z) LAURA MAZO CON LA TP 37991 Universidad del Tolima , contratada por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, (FUNAT), Para que realice la Cirugía de Esterilización y/o ovario histerectomía bajo anestesia general con las condiciones que se han sido propuestas y explicadas de ante mano. 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 mejor 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y AL MVZ LAURA MAZO TP 37991,** Por los posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento, incluyendo la MUERTE, así como en caso de hurto o pérdida del animal , actos mal intencionados de terceros y en general cualquier acontecimiento que implique fuerza mayor o caso fortuito. Autorizo a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA A que tomen fotos y videos para presentar en casos de investigaciones cientificas o educativas**, bajo la reserva del nombre. YO ENTIEDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS MEDIDAS POSIBLES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y QUE SE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTBLECIDOS PAR LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE LA CIRUGIA CONLLEVA A RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN , INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS SARPULLIDOS DE LAPIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DEL APETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE , Yo exonero a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y/O A LA MVZ LAURA MAZO TP 37991, De toda reclamación penal, civil por la cirugía y por la anestesia , mi** mascota y cualquier reclamación de reembolsos relacionados con mi animal ya que sea que el dueño o responsable crean que tales costos están relacionados con la cirugía realizada en el animal , 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 a la cualquier miembro presente de la fundación o al vet. 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.

Jenny Tatiana Bravo

1

FIRMA DEL DUEÑO / ACUDIENTE FECHA ----------


17/04/2026, 10:48:53 a
307°
Calle
La Teba
Quin
Colom
1178.2 m.s.n

Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 12/04/2026

Ficha: 63401007547500000017

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: JENNY TATIANA

Apellidos: BRAVO ROJAS

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1006418748

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 12/07/2019

Última actualización ciudadano: 31/08/2025

Última actualización via 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

Sisbén

Fecha de consulta: 12/04/2026

Folio: 8140100754175008000017

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: JERRY TATIANA

Apellidos: [illegible]

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1002412212

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 12/07/2019

Última actualización disponible: 31/08/2025

Última actualización vía registro administrativo: 28/08/2025

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

Contacto Oficina SISBÉN

Nombre administrador: MARCELA SALAZAR SARCIA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7514464

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

ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2026
REGISTROS DE ESTERILIZACION Y/O PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

Registro de Ingreso 8/4/2026

5

I. Datos de la mascota																	
Nombre PACO						Sexo: M (X) H ( )											
Especie		Canino ( )		Felino (X)		raza MESTIZO			Peso Aprox.								
Edad 7 meses			Color blanco negro			Pelaje CORTO			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 ( )					sobrepeso ( )						

II. Datos del propietario	
Nombre: MARIA OFELIA PEDRAZA	T.I./C.C. 24496757
Dirección: ANAPOIMA M71 C12	Teléfono: 3119285476
E-mail:	Sisben: SI ( ) NO ( ) Nivel (1) (2) (3)

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD
PROCEDIMIENTO VETERINARIO

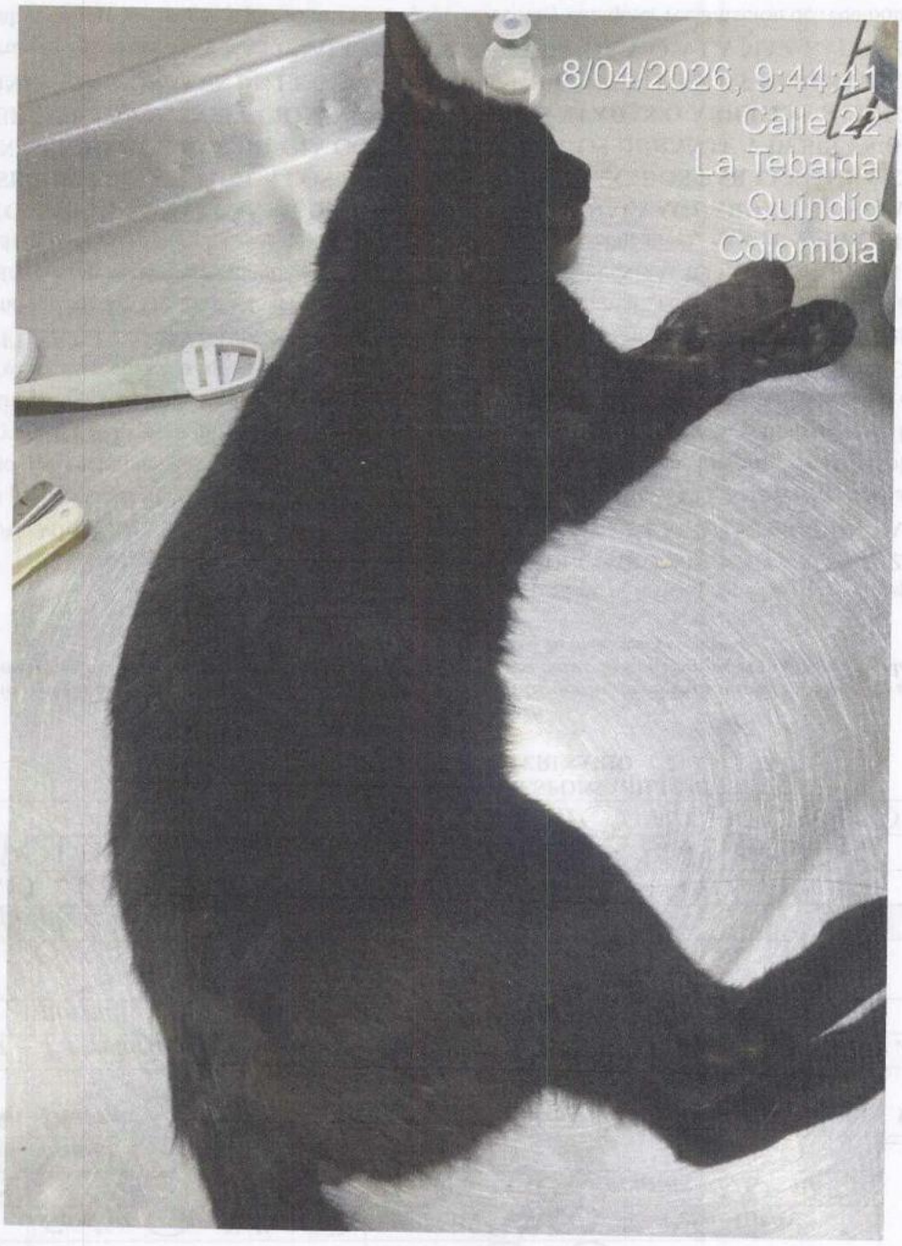
Ley 566/2000 Art. 26
"El médico veterinario o el médico veterinario zootecnista están en la obligación de comunicar al usuario de sus servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso"
***Formato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

YO Identificado(a) como aparece al pied de la firma ,propietario(a) y / responsable de la mascota llamada ,especie canino Felino sexo DECLARO ,SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL MEDICO(A) VETERINARIO(A) ZOOTENESTA (M.V.Z) LAURA MAZO CON LA TP 37991 Universidad del Tolima , contratada por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, (FUNAT), Para que realice la Cirugía de Esterilización y/o ovario histerectomía bajo anestesia general con las condiciones que se han sido propuestas y explicadas de ante mano. 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 mejor 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y AL MVZ LAURA MAZO TP 37991,** Por los posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento, incluyendo la MUERTE, así como en caso de hurto o pérdida del animal , actos mal intencionados de terceros y en general cualquier acontecimiento que implique fuerza mayor o caso fortuito. Autorizo a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA A que tomen fotos y videos para presentar en casos de investigaciones científicas o educativas**, bajo la reserva del nombre. YO ENTIEDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS MEDIDAS POSIBLES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y QUE SE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTBLECIDOS PAR LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE LA CIRUGIA CONLLEVA A RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN , INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS SARPULLIDOS DE LAPIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DEL APETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE , Yo exonero a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y/O A LA MVZ LAURA MAZO TP 37991, De toda reclamación penal, civil por la cirugía y por la anestesia , mi** mascota y cualquier reclamación de reembolsos relacionados con mi animal ya que sea que el dueño o responsable crean que tales costos están relacionados con la cirugía realizada en el animal , 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 a la cualquier miembro presente de la fundación o al vet. 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.

maria ofelia Pedraza Cuervo

FIRMA DEL DUEÑO / ACUDIENTE FECHA ----------


8/04/2026, 9:44:41
Calle 22
La Tebaida
Quindío
Colombia

ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2026
REGISTROS DE ESTERILIZACION Y/O PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

Registro de Ingreso 17/4/2026

I. Datos de la mascota																		
Nombre	Raska					Sexo: M ( ) H (X)												
Especie	Canino (X)		Felino ( )			raza					Peso Aprox.							
Edad			Color Blan			Pelaje					Vacunas si (X) 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 (X)					desnutrido ( )					sobrepeso ( )							

5

II. Datos del propietario		
Nombre: maria ofelia pedraza	T.I./C.C. 24496757 24496757	
Dirección: Anapoima M7 C12	Teléfono: 3114285476	
E-mail:	Sisben: SI ( ) NO ( )	Nivel (1) (2) (3)

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD
PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

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

YO Identificado(a) como aparece al pied de la firma ,propietario(a) y / responsable de la mascota llamada ,especie canino Felino sexo DECLARO ,SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL MEDICO(A) VETERINARIO(A) ZOOTENESTA (M.V.Z) LAURA MAZO CON LA TP 37991 Universidad del Tolima , contratada por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, (FUNAT), Para que realice la Cirugía de Esterilización y/o ovario histerectomía bajo anestesia general con las condiciones que se han sido propuestas y explicadas de ante mano. 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 mejor 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y AL MVZ LAURA MAZO TP 37991,** Por los posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento, incluyendo la MUERTE, así como en caso de hurto o pérdida del animal , actos mal intencionados de terceros y en general cualquier acontecimiento que implique fuerza mayor o caso fortuito. Autorizo a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA A que tomen fotos y videos para presentar en casos de investigaciones científicas o educativas**, bajo la reserva del nombre. YO ENTIEDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS MEDIDAS POSIBLES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y QUE SE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTBLECIDOS PAR LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE LA CIRUGIA CONLLEVA A RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN , INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS SARPULLIDOS DE LAPIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DEL APETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE , Yo exonero a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y/O A LA MVZ LAURA MAZO TP 37991, De toda reclamación penal, civil por la cirugía y por la anestesia , mi** mascota y cualquier reclamación de reembolsos relacionados con mi animal ya que sea que el dueño o responsable crean que tales costos están relacionados con la cirugía realizada en el animal , 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 a la cualquier miembro presente de la fundación o al vet. 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.

maria ofelia Pedraza cuervo

1

FIRMA DEL DUEÑO / ACUDIENTE FECHA ----------

17/04/2026, 11:43:00 a.m.
258° W
Calle 22
La Tebaida
Quindío
Colombia
1189.9 m.s.n.m.
Velocidad:0.0km/h
E
N
W

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 21/04/2026

Ficha: 63401008547600000663

B7

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA OFELIA

Apellidos: PEDRAZA CUERVO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24496757

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 23/10/2024

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

Sisbén

Fecha de consulta: 27/04/2026

Hora: 03:47:08

87

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombre: MARIA ORFILIA

Apellidos: ESTRADA CUERVO

Tipo de documento: Cedula de ciudadania

Número de documento: 24385757

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindio

INFORMACION ADMINISTRATIVA

Ficha/encuesta vigente: 29/10/2024

Última actualización ciudadano: 31/08/2023

Última actualización vía registrador/admisión: 31/08/2023

*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 8 No. 12-17 Oficina 205

Teléfono: 7563441

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

Nuevos cambios en Sisbén IV a partir de 2021

1. No se asigna ni cambia por un otro registro administrativo.
2. Cambio como mejor alternativa del propuesto por Registro Social de Hogares (RSH) en Julio 2021 para a la última actualización de la encuesta.

Para acceder al SISBÉN obligatorio tener en la siguiente condición:

- DNI - Documento con el empadronado local
- Mayor de edad - Mínimo de Ciudadano
- No se - Debido Ciudadano para la Expedición de la Ciudadanía
- [illegible]

ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2026
REGISTROS DE ESTERILIZACION Y/O PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

Registro de Ingreso 16 04. 2026

I. Datos de la mascota																	
Nombre			Martina			Sexo: M ( ) H (X)											
Especie			Canino ( ) Felino ( )			raza					Peso Aprox.						
Edad 6meses.				Color BLA.		Pelaje					Vacunas si (X) 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 (X)			desnutrido ( )			sobrepeso ( )								

5

II. Datos del propietario	
Nombre: Erika Isabel Ola. Te.	T.I./C.C. 5283757
Dirección: M210 C1 Pisamol	Teléfono: 3217525485
E-mail:	Sisben: SI ( ) NO ( ) Nivel (1) (2) (3)

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD
PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

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

YO Identificado(a) como aparece al pied de la firma ,propietario(a) y / responsable de la mascota llamada ,especie canino Felino sexo DECLARO ,SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL MEDICO(A) VETERINARIO(A) ZOOTENESTA (M.V.Z) LAURA MAZO CON LA TP 37991 Universidad del Tolima , contratada por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, (FUNAT), Para que realice la Cirugía de Esterilización y/o ovario histerectomía bajo anestesia general con las condiciones que se han sido propuestas y explicadas de ante mano. 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 mejor 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y AL MVZ LAURA MAZO TP 37991,** Por los posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento, incluyendo la MUERTE, así como en caso de hurto o pérdida del animal , actos mal intencionados de terceros y en general cualquier acontecimiento que implique fuerza mayor o caso fortuito. Autorizo a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA a que tomen fotos y videos para presentar en casos de investigaciones científicas o educativas, **bajo la reserva del nombre. YO ENTIEDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS MEDIDAS POSIBLES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y QUE SE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTBLECIDOS PAR LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE LA CIRUGIA CONLLEVA A RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN , INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS SARPULLIDOS DE LAPIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DEL APETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE , Yo exonero a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y/O A LA MVZ LAURA MAZO TP 37991, De toda reclamación penal, civil por la cirugía y por la anestesia , mi** mascota y cualquier reclamación de reembolsos relacionados con mi animal ya que sea que el dueño o responsable crean que tales costos están relacionados con la cirugía realizada en el animal , 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 a la cualquier miembro presente de la fundación o al vet. 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 / ACUDIENTE FECHA ----------


17/04/2026, 11:26:05 a.m.
7° N
Calle 22
La Tebaida
Quindío
Colombia
1180.1 m.s.n.m.
Velocidad:8.5km/h
N
E
S

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 21/04/2026

Ficha: 63401556749400010221

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ERIKA ISABEL

Apellidos: OLARTE DIAZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 52837757

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 17/01/2023

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

Sisbén

Fecha de consulta: 21/04/2026

Hora: 03:40:19

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: BRIXA ISABEL

Apellidos: OLARTE DIAZ

Tipo de documento: Cedula de ciudadania

Número de documento: 52837257

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindio

RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA

Fecha de expedición: 17/01/2025

Última actualización (fecha/hora): 31/08/2025

Última actualización (registro más reciente): 31/08/2025

*Si aparecen algunos campos incompletos 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: 7542414

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

- Por radicado de peticiones, en otras regiones (presencial).
- Cuando exista mora prolongada (más de 30 días hábiles desde la última actualización de la persona).

Para actualizar su información o informarse de los siguientes requisitos:

- DNP – Departamento para la Prosperidad Social
- Gobernación – Ministerio de Educación
- ICETEX – Instituto Colombiano para la Educación
- ICBF

ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2026
REGISTROS DE ESTERILIZACION Y/O PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

Registro de Ingreso 16/04-2026

I. Datos de la mascota																		
Nombre TOMAS						Sexo: M(X) H( )												
Especie		Canino ( )		Felino (X)		raza MESTIZO				Peso Aprox.								
Edad 7 MESES				Color NEGRO		Pelaje (CORTO				Vacunas si( ) no(X)								
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 (X)				desnutrido ( )				sobrepeso ( )								

5

II. Datos del propietario	
Nombre: LUZ AIDA GARCIA	T.I./C.C. 24817666
Dirección: ALFONSO LOPEZ CLL 10 526	Teléfono: 3243669317
E-mail:	Sisben: SI(X) NO( ) Nivel (1) (2) (3)

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD
PROCEDIMIENTO VETERINARIO

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

YO Identificado(a) como aparece al pied de la firma ,propietario(a) y / responsable de la mascota llamada ,especie canino Felino sexo DECLARO ,SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL MEDICO(A) VETERINARIO(A) ZOOTENESTA (M.V.Z) LAURA MAZO CON LA TP 37991 Universidad del Tolima , contratada por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, (FUNAT), Para que realice la Cirugía de Esterilización y/o ovario histerectomía bajo anestesia general con las condiciones que se han sido propuestas y explicadas de ante mano. 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 mejor 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y AL MVZ LAURA MAZO TP 37991,** Por los posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento, incluyendo la MUERTE, así como en caso de hurto o pérdida del animal , actos mal intencionados de terceros y en general cualquier acontecimiento que implique fuerza mayor o caso fortuito. Autorizo a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA que tomen fotos y videos para presentar en casos de investigaciones cientificas o educativas**, bajo la reserva del nombre. YO ENTIEDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS MEDIDAS POSIBLES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y QUE SE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTBLECIDOS PAR LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE LA CIRUGIA CONLLEVA A RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN , INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS SARPULLIDOS DE LAPIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DEL APETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE , Yo exonero a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y/O A LA MVZ LAURA MAZO TP 37991, De toda reclamación penal, civil por la cirugía y por la anestesia , mi** mascota y cualquier reclamación de reembolsos relacionados con mi animal ya que sea que el dueño o responsable crean que tales costos están relacionados con la cirugía realizada en el animal , 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 a la cualquier miembro presente de la fundación o al vet. también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza , edad minimizando los riesgos .que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias internas y postoperatorio

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

Luz Aida García Piñeros

1

FIRMA DEL DUEÑO / ACUDIENTE FECHA ----------


17/04/2026, 9:49:34 a.m.
349° N
Calle 22
La Tebaida
Quindío
Colombia
1205.8 m.s.n.m.
Mapas
N
E
S

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Fecha de consulta: 21/04/2026

Ficha: 63401556749400007128

B2

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: LUZ AIDA

Apellidos: GARCIA PIÑEROS

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24814660

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 01/07/2022

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

"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

¡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:

Sisben

Fecha de consulta: 21/04/2026

Folio: 8540155021640000021129

B2

Persona encontrada

DATOS PERSONALES

Nombres: LUIZ EDER

Apellidos: GARCIA PINEDOS

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24816660

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Ficha(s) vigente: 01/07/2022

Última actualización realizada: 31/08/2025

Última consulta(s) de registros administrativos: 21/08/2025

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

"La información de la encuesta debe ser validada por funcionarios pertenecientes a la Secretaría de Información. La oficina Sisbén debe realizar en un plazo no mayor a 12 meses, un proceso para dar cumplimiento a este indicador. En caso de que la oficina no realice este proceso en el plazo mencionado, se realizará un bloqueo preventivo de su encuesta. El registro podrá ser desbloqueado por fuera cumpliendo con la oficina Sisbén de su municipio."

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MANUELA SALAZAR BADILLA

Dirección: Carrera 6 #6a 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7548444

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

Nombre actualizado en encuesta(s) Este cambio se realiza en los siguientes casos:

1. Por solicitud del interesado en otros trámites administrativos.
2. Cuando exista alguna información registrada por Registro Civil de Nuevos (RCN) en fechas posteriores a la última actualización de la encuesta.

Para actualizar en tipo o número de identificación de los siguientes miembros

ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2026
REGISTROS DE ESTERILIZACION Y/O PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

Registro de Ingreso 16/04/2026

I. Datos de la mascota																	
Nombre	NIÑO					Sexo: M (Y) H ( )											
Especie	Canino ( ) Felino (X)					raza					Peso Aprox.						
Edad			Color BLN			Pelaje			Vacunas si ( ) no (Y)								
Estado de salud	buena (Y)					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 (Y)					desnutrido ( )			sobrepeso ( )								

5

II. Datos del propietario	
Nombre: maria maleny galdo	T.I./C.C. 41870150
Dirección: Alamba 7-164	Teléfono: 3206616484
E-mail:	Sisben: SI ( ) NO ( ) Nivel (1) (2) (3)

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD 3206616484
PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

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

YO Identificado(a) como aparece al pied de la firma ,propietario(a) y / responsable de la mascota llamada ,especie canino Felino sexo DECLARO ,SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL MEDICO(A) VETERINARIO(A) ZOOTENESTA (M.V.Z) LAURA MAZO CON LA TP 37991 Universidad del Tolima , contratada por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, (FUNAT), Para que realice la Cirugía de Esterilización y/o ovario histerectomía bajo anestesia general con las condiciones que se han sido propuestas y explicadas de ante mano. 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 mejor 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y AL MVZ LAURA MAZO TP 37991,** Por los posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento, incluyendo la MUERTE, así como en caso de hurto o pérdida del animal , actos mal intencionados de terceros y en general cualquier acontecimiento que implique fuerza mayor o caso fortuito. Autorizo a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA A[illegible]e tomen fotos y videos para presentar en casos de investigaciones científicas o educativas**, bajo la reserva del nombre. YO ENTIEDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS MEDIDAS POSIBLES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y QUE SE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTBLECIDOS PAR LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE LA CIRUGIA CONLLEVA A RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN , INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS SARPULLIDOS DE LAPIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DEL APETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE , Yo exonero a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y/O A LA MVZ LAURA MAZO TP 37991, De toda reclamación penal, civil por la cirugía y por la anestesia , mi** mascota y cualquier reclamación de reembolsos relacionados con mi animal ya que sea que el dueño o responsable crean que tales costos están relacionados con la cirugía realizada en el animal , 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 a la cualquier miembro presente de la fundación o al vet. 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.

*Maria.

FIRMA DEL DUEÑO / ACUDIENTE FECHA ----------


16/04/2026, 10:42:48 a.m.
329° NW
Calle 22
La Tebaida
Quindío
Colombia
1153.9 m.s.n.m.

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 21/04/2026

Ficha: 63401008547600000080

C9

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA MARLENY

Apellidos: GIRALDO RIVERA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 41870150

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 06/02/2024

Última actualización ciudadano: 31/08/2025

Última actualización via 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

- Minsalud - Ministerio de Salud
- RNEC - Registraduría Nacional del Estado Civil
- Migración Colombia

- ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- ANT - Agencia Nacional de Tierras
- FINAGRO - Fondo para el Financiamiento del Sector Agropecuario
- ICBF - Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
- UARIV - Unidad para las Víctimas
- DNP- Departamento Nacional de Planeación

* Actualización según literal D del Artículo 4 de la Ley 1581 de 2012, y el Artículo 22 del Decreto 1377 de 2013.

ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2026
REGISTROS DE ESTERILIZACION Y/O PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

Registro de Ingreso 16/04/2026

I. Datos de la mascota																	
Nombre	Baicina				Sexo: M ( ) H (X)												
Especie	Canino ( ) Felino (X)				raza				Peso Aprox.								
Edad 7meses			Color Baicina		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 ( )				desnutrido ( )				sobrepeso ( )								

II. Datos del propietario	
Nombre: maria Victoria Barragan	T.I./C.C. 1095208930
Dirección: San miguel mzn J c8	Teléfono: 3234271724
E-mail:	Sisben: SI ( ) NO ( ) Nivel (1) (2) (3)

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD
PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

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

YO Identificado(a) como aparece al pied de la firma ,propietario(a) y / responsable de la mascota llamada ,especie canino Felino sexo DECLARO ,SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL MEDICO(A) VETERINARIO(A) ZOOTENESTA (M.V.Z) LAURA MAZO CON LA TP 37991 Universidad del Tolima , contratada por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, (FUNAT), Para que realice la Cirugía de Esterilización y/o ovario histerectomía bajo anestesia general con las condiciones que se han sido propuestas y explicadas de ante mano. 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 mejor 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y AL MVZ LAURA MAZO TP 37991,** Por los posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento, incluyendo la MUERTE, así como en caso de hurto o pérdida del animal , actos mal intencionados de terceros y en general cualquier acontecimiento que implique fuerza mayor o caso fortuito. Autorizo a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA a que me tomen fotos y videos para presentar en casos de investigaciones científicas o educativas**, bajo la reserva del nombre. YO ENTIEDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS MEDIDAS POSIBLES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y QUE SE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTBLECIDOS PAR LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE LA CIRUGIA CONLLEVA A RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN , INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS SARPULLIDOS DE LAPIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DEL APETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE , Yo exonero a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y/O A LA MVZ LAURA MAZO TP 37991, De toda reclamación penal, civil por la cirugía y por la anestesia , mi** mascota y cualquier reclamación de reembolsos relacionados con mi animal ya que sea que el dueño o responsable crean que tales costos están relacionados con la cirugía realizada en el animal , 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 a la cualquier miembro presente de la fundación o al vet. 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.

*Victoria Barragan

FIRMA DEL DUEÑO / ACUDIENTE FECHA ----------


17/04/2026, 10:16:02 a.m.
14° N
Calle 22
La Tebaida
Quindío
Colombia
1182.2 m.s.n.m.
N
E
S

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 21/04/2026

Ficha: 63401556749400000579

B6

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA VICTORIA

Apellidos: BARRAGAN HINCAPIE

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1095208930

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 05/02/2025

Última actualización ciudadano: 05/02/2025

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

Sisben

Fecha de consulta:

Hora:

21/04/2026

83401755749400000529

56

Fobres moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA VICTORIA

Apellidos: BARRAGAN HINCAPIE

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1095298959

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

05/02/2025

Última actualización ciudadano:

05/02/2025

Última actualización vía registros administrativos:

*Si encuentra algún inconveniente 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 203

Teléfono:

7525944

Correo Electrónico:

sisben@latebaida-quindio.gov.co

ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2026
REGISTROS DE ESTERILIZACION Y/O PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

Registro de Ingreso 16 / 04 2026

I. Datos de la mascota																		
Nombre	monito			Sexo: M(X) H( )														
Especie	Canino (X)		Felino ( )	raza				Peso Aprox.										
Edad 1 año			Color Amar.	Pelaje				Vacunas si( ) no(X)										
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 (X)			desnutrido ( )				sobrepeso ( )										

S

II. Datos del propietario	
Nombre: Alexandra Isaza Olpina	T.I./C.C. 1095209191
Dirección: fundadores m73 c6	Teléfono: 3115256496
E-mail:	Sisben: SI( ) NO( ) Nivel (1) (2) (3)

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD
PROCEDIMIENTO VETERINARIO

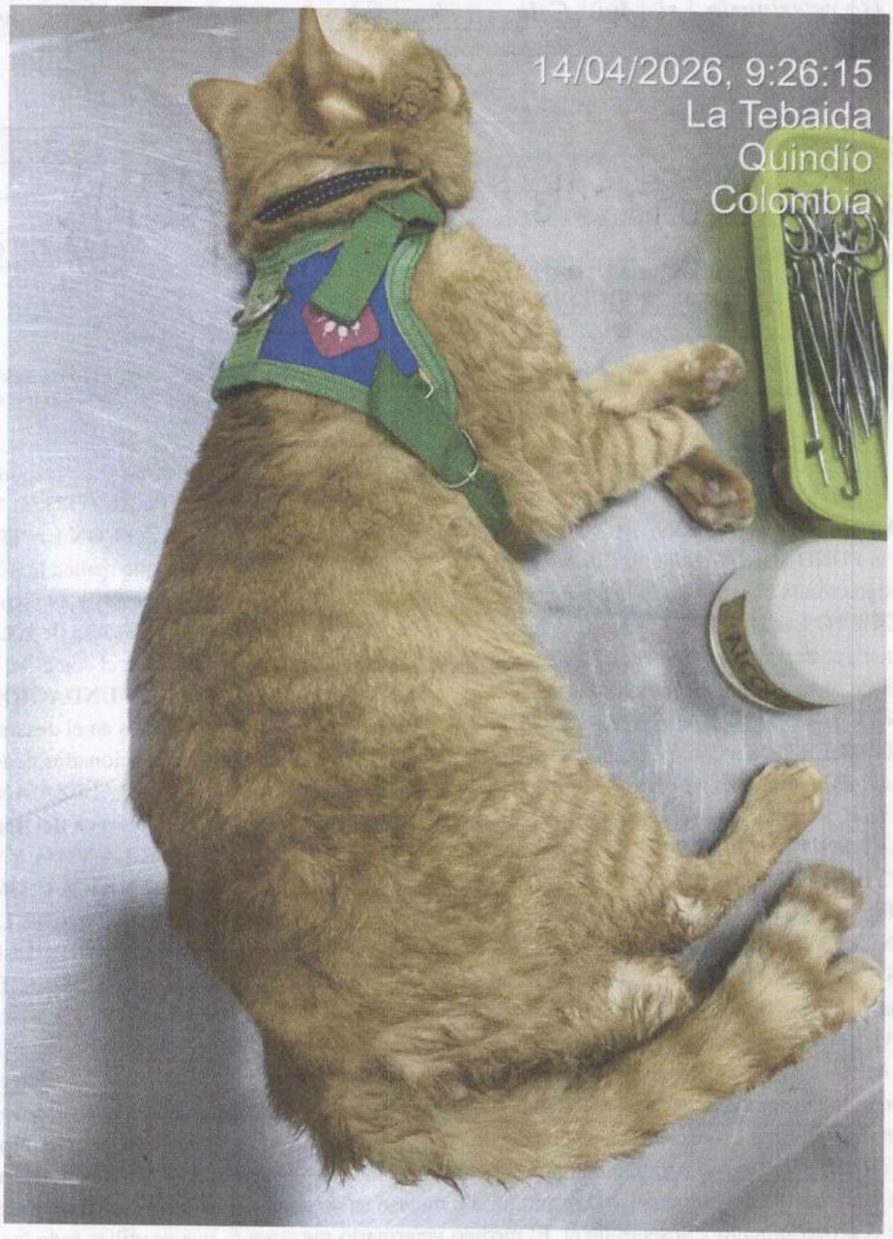
Ley 566/2000 Art. 26
"El médico veterinario o el médico veterinario zootecnista están en la obligación de comunicar al usuario de sus servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso"
***Formato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

YO Identificado(a) como aparece al pied de la firma ,propietario(a) y / responsable de la mascota llamada ,especie canino Felino sexo DECLARO ,SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL MEDICO(A) VETERINARIO(A) ZOOTENESTA (M.V.Z) LAURA MAZO CON LA TP 37991 Universidad del Tolima , contratada por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, (FUNAT), Para que realice la Cirugía de Esterilización y/o ovario histerectomía bajo anestesia general con las condiciones que se han sido propuestas y explicadas de ante mano. 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 mejor 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y AL MVZ LAURA MAZO TP 37991,** Por los posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento, incluyendo la MUERTE, así como en caso de hurto o pérdida del animal , actos mal intencionados de terceros y en general cualquier acontecimiento que implique fuerza mayor o caso fortuito. Autorizo a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA [illegible]e tomen fotos y videos para presentar en casos de investigaciones científicas o educativas**, bajo la reserva del nombre. YO ENTIEDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS MEDIDAS POSIBLES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y QUE SE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTBLECIDOS PAR LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE LA CIRUGIA CONLLEVA A RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN , INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS SARPULLIDOS DE LAPIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DEL APETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE , Yo exonero a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y/O A LA MVZ LAURA MAZO TP 37991, De toda reclamación penal, civil por la cirugía y por la anestesia , mi** mascota y cualquier reclamación de reembolsos relacionados con mi animal ya que sea que el dueño o responsable crean que tales costos están relacionados con la cirugía realizada en el animal , 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 a la cualquier miembro presente de la fundación o al vet 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.

Alexandra Isaza Olpina

FIRMA DEL DUEÑO / ACUDIENTE FECHA ----------


14/04/2026, 9:26:15
La Tebaida
Quindío
Colombia

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 21/04/2026

Ficha: 63401007547500000499

C9

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: ALEXANDRA

Apellidos: ISAZA OSPINA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1095208191

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 17/07/2019

Última actualización ciudadano: 04/09/2025

Última actualización via 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

Sisbén

Fecha de consulta:

Hora:

C9

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: ALEXANDRA

Apellidos: ISAZA OSPINA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1095258197

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

Última actualización de datos:

Última actualización y registro efectuado en:

*Si usted no aparece registrado o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBÉN

Nombre administrador:

Dirección:

Teléfono:

Correo Electrónico:

Antes efectuar su visita verifique la fecha de corte de los siguientes casos:

1. Por validación de información en otras bases administrativas.
2. Cuando exista información reportada por Registro Social de Hogares antes de la última actualización de su encuesta.

Para actualizar la Ficha efectúe información de los siguientes requisitos:

- DNI – Documento para la cooperativa social
- Multiusuario - Mayores de edad
- ICBF - Instituto Colombiano para la Educación de la Familia
- SISTEMA

ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2026
REGISTROS DE ESTERILIZACION Y/O PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

Registro de Ingreso 14/4/2026

I. Datos de la mascota

Nombre Jack				*Sexo:* M(X) H( )											
Especie	*Canino* ( ) *Felino* (X)			*raza*				*Peso Aprox.*							
Edad 2 años		*Color* Amg		*Pelaje*				*Vacunas si* (X) *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* (X)			*desnutrido* ( )				*sobrepeso* ( )							

S

II. Datos del propietario

Nombre: Maria Victoria Barragan	*T.I./C.C.* 1095708930
Dirección: San miguel mz AC8	*Teléfono:* 3234271724
Email:	*Sisben: SI( ) NO( ) Nivel (1) (2) (3)*

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD
PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

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

YO Identificado(a) como aparece al pied de la firma ,propietario(a) y / responsable de la mascota llamada ,especie canino Felino sexo DECLARO ,SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL MEDICO(A) VETERINARIO(A) ZOOTENESTA (M.V.Z) LAURA MAZO CON LA TP 37991 Universidad del Tolima , contratada por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, (FUNAT), Para que realice la Cirugía de Esterilización y/o ovario histerectomía bajo anestesia general con las condiciones que se han sido propuestas y explicadas de ante mano. 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 mejor 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y AL MVZ LAURA MAZO TP 37991,** Por los posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento, incluyendo la MUERTE, así como en caso de hurto o pérdida del animal , actos mal intencionados de terceros y en general cualquier acontecimiento que implique fuerza mayor o caso fortuito. Autorizo a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA A tomen fotos y videos para presentar en casos de investigaciones científicas o educativas**, bajo la reserva del nombre. YO ENTIEDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS MEDIDAS POSIBLES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y QUE SE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTBLECIDOS PAR LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE LA CIRUGIA CONLLEVA A RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN , INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS SARPULLIDOS DE LAPIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DEL APETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE , Yo exonero a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y/O A LA MVZ LAURA MAZO TP 37991, De toda reclamación penal, civil por la cirugía y por la anestesia , mi** mascota y cualquier reclamación de reembolsos relacionados con mi animal ya que sea que el dueño o responsable crean que tales costos están relacionados con la cirugía realizada en el animal , 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 a la cualquier miembro presente de la fundación o al vet. 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.

* Maria Victoria B.

FIRMA DEL DUEÑO / ACUDIENTE FECHA ----------


W
E
N
14 abr 2026 10:04:55 a.m.
4.451410719193518N 75.79765213653445W
187° S
#19-5 Carrera 4
La Tebaida
Quindío
Altitud:1219.0msnm
Velocidad:0.0km/h
La Super Forcha
LA NUEVA
TEBAIDA
ETAPA 1

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 17/04/2026

Ficha: 63401556749400000579

B6

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA VICTORIA

Apellidos: BARRAGAN HINCAPIE

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1095208930

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 05/02/2025

Última actualización ciudadano: 05/02/2025

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

ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2026
REGISTROS DE ESTERILIZACION Y/O PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

Registro de Ingreso ___/___/___/____

I. Datos de la mascota																	
Nombre	Nino					Sexo: M(X) H( )											
Especie	Canino (X)		Felino ( )			raza					Peso Aprox.						
Edad 4año			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 ( )					sobrepeso ( )						

II. Datos del propietario	
Nombre: Yenifer Baron	T.I./C.C. 1003851569
Dirección: Nueva Tebaida M7 3C4	Teléfono: 3135173390
E-mail:	Sisben: SI( ) NO( ) Nivel (1) (2) (3)

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD
PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

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

YO Identificado(a) como aparece al pied de la firma ,propietario(a) y / responsable de la mascota llamada ,especie canino Felino sexo DECLARO ,SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL MEDICO(A) VETERINARIO(A) ZOOTENESTA (M.V.Z) LAURA MAZO CON LA TP 37991 Universidad del Tolima , contratada por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, (FUNAT), Para que realice la Cirugía de Esterilización y/o ovario histerectomía bajo anestesia general con las condiciones que se han sido propuestas y explicadas de ante mano. 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 mejor 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y AL MVZ LAURA MAZO TP 37991,** Por los posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento, incluyendo la MUERTE, así como en caso de hurto o pérdida del animal , actos mal intencionados de terceros y en general cualquier acontecimiento que implique fuerza mayor o caso fortuito. Autorizo a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA A e tomen fotos y videos para presentar en casos de investigaciones científicas o educativas**, bajo la reserva del nombre. YO ENTIEDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS MEDIDAS POSIBLES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y QUE SE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTBLECIDOS PAR LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE LA CIRUGIA CONLLEVA A RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN , INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS SARPULLIDOS DE LAPIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DEL APETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE , Yo exonero a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y/O A LA MVZ LAURA MAZO TP 37991, De toda reclamación penal, civil por la cirugía y por la anestesia , mi** mascota y cualquier reclamación de reembolsos relacionados con mi animal ya que sea que el dueño o responsable crean que tales costos están relacionados con la cirugía realizada en el animal , 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 a la cualquier miembro presente de la fundación o al vet. 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.

* Jennifer Baron R

FIRMA DEL DUEÑO / ACUDIENTE FECHA ----------

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Fecha de consulta: 17/04/2026

Ficha: 63401073749300000043

Registro válido

B2

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: YENIFER ANDREA

Apellidos: BARON ROMAN

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1003851569

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

Última actualización ciudadano: 21/05/2020

Última actualización vía registros administrativos: 21/05/2020

*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 LA TEBAIDA 2026
REGISTROS DE ESTERILIZACION Y/O PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

Registro de Ingreso 10/4/2026

I. Datos de la mascota																	
Nombre	Ramon				Sexo: M (X) H ( )												
Especie	Canino (X)		Felino ( )		raza					Peso Aprox.							
Edad			Color Negro		Pelaje				Vacunas si ( ) no (X)								
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 (X)					desnutrido ( )			sobrepeso ( )								

II. Datos del propietario	
Nombre: Sandra viviana Castaño	T.I./C.C. 31096166
Dirección: El Jaman Mza c17 2do piso	Teléfono: 3206372300
E-mail:	Sisben: SI ( ) NO ( ) Nivel (1) (2) (3)

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD
PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

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

YO Identificado(a) como aparece al pied de la firma ,propietario(a) y / responsable de la mascota llamada ,especie canino Felino sexo DECLARO ,SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL MEDICO(A) VETERINARIO(A) ZOOTENESTA (M.V.Z) LAURA MAZO CON LA TP 37991 Universidad del Tolima , contratada por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, (FUNAT), Para que realice la Cirugía de Esterilización y/o ovario histerectomía bajo anestesia general con las condiciones que se han sido propuestas y explicadas de ante mano. 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 mejor 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y AL MVZ LAURA MAZO TP 37991,** Por los posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento, incluyendo la MUERTE, así como en caso de hurto o pérdida del animal , actos mal intencionados de terceros y en general cualquier acontecimiento que implique fuerza mayor o caso fortuito. Autorizo a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA a que tomen fotos y videos para presentar en casos de investigaciones científicas o educativas**, bajo la reserva del nombre. YO ENTIEDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS MEDIDAS POSIBLES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y QUE SE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTBLECIDOS PAR LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE LA CIRUGIA CONLLEVA A RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN , INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS SARPULLIDOS DE LAPIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DEL APETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE , Yo exonero a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y/O A LA MVZ LAURA MAZO TP 37991, De toda reclamación penal, civil por la cirugía y por la anestesia , mi** mascota y cualquier reclamación de reembolsos relacionados con mi animal ya que sea que el dueño o responsable crean que tales costos están relacionados con la cirugía realizada en el animal , 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 a la cualquier miembro presente de la fundación o al vet. 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 / ACUDIENTE FECHA ----------


10/04/2026, 8:47:30 a.m.
4° N
Calle 22
La Tebaida
Quindío
Colombia
1194.4 m.s.n.m.
Velocidad:0.0km/h
N
E
S

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 17/04/2026

Ficha: 63401014548200000219

C2

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: SANDRA VIVIANA

Apellidos: CASTAÑO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 31096166

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 16/07/2019

Última actualización ciudadano: 05/04/2026

Última actualización via registros administrativos: 12/04/2026

***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

ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2026
REGISTROS DE ESTERILIZACION Y/O PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

Registro de Ingreso 17/1/2026

5.

I. Datos de la mascota																	
Nombre	noah					Sexo: M(X) H( )											
Especie	Canino ( ) Felino (X)					raza					Peso Aprox.						
Edad 6meses			Color BLA.			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 ( )			sobrepeso ( )								

II. Datos del propietario	
Nombre: Daniela Hincapie Higuita	T.I./C.C. 1096037877
Dirección: M 7 C 18 Pisamos	Teléfono: 3113602734
E-mail:	Sisben: SI( ) NO( ) Nivel (1) (2) (3)

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD
PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

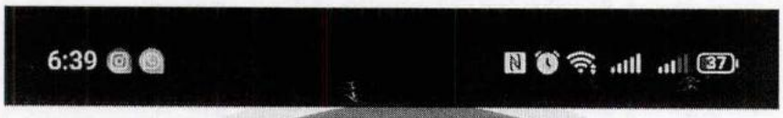
YO Identificado(a) como aparece al pied de la firma ,propietario(a) y / responsable de la mascota llamada ,especie canino Felino sexo DECLARO ,SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL MEDICO(A) VETERINARIO(A) ZOOTENESTA (M.V.Z) LAURA MAZO CON LA TP 37991 Universidad del Tolima , contratada por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, (FUNAT), Para que realice la Cirugía de Esterilización y/o ovario histerectomía bajo anestesia general con las condiciones que se han sido propuestas y explicadas de ante mano. 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 mejor 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y AL MVZ LAURA MAZO TP 37991,** Por los posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento, incluyendo la MUERTE, así como en caso de hurto o pérdida del animal , actos mal intencionados de terceros y en general cualquier acontecimiento que implique fuerza mayor o caso fortuito. Autorizo a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA A. ...e tomen fotos y videos para presentar en casos de investigaciones científicas o educativas**, bajo la reserva del nombre. YO ENTIEDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS MEDIDAS POSIBLES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y QUE SE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTBLECIDOS PAR LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE LA CIRUGIA CONLLEVA A RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN , INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS SARPULLIDOS DE LAPIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DEL APETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE , Yo exonero a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y/O A LA MVZ LAURA MAZO TP 37991, De toda reclamación penal, civil por la cirugía y por la anestesia , mi** mascota y cualquier reclamación de reembolsos relacionados con mi animal ya que sea que el dueño o responsable crean que tales costos están relacionados con la cirugía realizada en el animal , 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 a la cualquier miembro presente de la fundación o al vet. 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.

Daniela Hincapie.
FIRMA DEL DUEÑO / ACUDIENTE

FECHA ----------


17/04/2026, 10:48:53 a.m.
307° NW
Calle 22
La Tebaida
Quindío
Colombia
1178.2 m.s.n.m.



B3

GRUPO SISBÉN IV
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

ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2026
REGISTROS DE ESTERILIZACION Y/O PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

Registro de Ingreso 13/4/2026

I. Datos de la mascota																			
Nombre	Juana				Sexo: M ( ) H (X)														
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)	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 (X)				desnutrido ( )				sobrepeso ( )										

II. Datos del propietario	
Nombre: Daniel Felipe molina	T.I./C.C. 1092459459
Dirección: Nuevo Tebaida M750 C1	Teléfono: 3052347999
E-mail:	Sisben: SI ( ) NO ( ) Nivel (1) (2) (3)

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD
PROCEDIMIENTO VETERINARIO

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

YO Identificado(a) como aparece al pied de la firma ,propietario(a) y / responsable de la mascota llamada ,especie canino Felino sexo DECLARO ,SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL MEDICO(A) VETERINARIO(A) ZOOTENESTA (M.V.Z) LAURA MAZO CON LA TP 37991 Universidad del Tolima , contratada por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, (FUNAT), Para que realice la Cirugía de Esterilización y/o ovario histerectomía bajo anestesia general con las condiciones que se han sido propuestas y explicadas de ante mano. 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 mejor 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y AL MVZ LAURA MAZO TP 37991,** Por los posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento, incluyendo la MUERTE, así como en caso de hurto o pérdida del animal , actos mal intencionados de terceros y en general cualquier acontecimiento que implique fuerza mayor o caso fortuito. Autorizo a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA A que tomen fotos y videos para presentar en casos de investigaciones científicas o educativas**, bajo la reserva del nombre. YO ENTIEDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS MEDIDAS POSIBLES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y QUE SE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTBLECIDOS PAR LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE LA CIRUGIA CONLLEVA A RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN , INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS SARPULLIDOS DE LAPIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DEL APETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE , Yo exonero a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y/O A LA MVZ LAURA MAZO TP 37991, De toda reclamación penal, civil por la cirugía y por la anestesia , mi** mascota y cualquier reclamación de reembolsos relacionados con mi animal ya que sea que el dueño o responsable crean que tales costos están relacionados con la cirugía realizada en el animal , 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 a la cualquier miembro presente de la fundación o al vet. 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 / ACUDIENTE FECHA ----------


W
N
E
13 abr 2026 10:57:14 a.
4.4536913N 75.7954656
265°
18-91 Carrera
La Tebai
Quind
Altitud:1153msn
Número de índice: 8
La Super Forcha
La Tebaid
LA NUEVA
TEBAIDA
ETAPA 1
Carrera

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 12/04/2026

Ficha: 63401006547400000364

B7

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: DANIEL FELIPE

Apellidos: MOLINA POLOCHE

Tipo de documento: Tarjeta de identidad

Número de documento: 1092459459

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 16/07/2019

Última actualización ciudadano: 29/10/2025

Última actualización via 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

B7

ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2026
REGISTROS DE ESTERILIZACION Y/O PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

Registro de Ingreso 13/4/26

I. Datos de la mascota																			
Nombre	Chue					Sexo: M (X) H ( )													
Especie	Canino ( ) Felino (X)					raza						Peso Aprox.							
Edad 8meses			Color G.V/B			Pelaje					Vacunas si (X) 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 (X)					desnutrido ( )						sobrepeso ( )							

S

II. Datos del propietario	
Nombre: Eliana Cardona	T.I./C.C. 1096033656
Dirección: Asamor M79 C8	Teléfono: 3217759554
Email:	Sisben: SI ( ) NO ( ) Nivel (1) (2) (3)

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD
PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

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

YO Identificado(a) como aparece al pied de la firma ,propietario(a) y / responsable de la mascota llamada ,especie canino Felino sexo DECLARO ,SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL MEDICO(A) VETERINARIO(A) ZOOTENESTA (M.V.Z) LAURA MAZO CON LA TP 37991 Universidad del Tolima , contratada por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, (FUNAT), Para que realice la Cirugía de Esterilización y/o ovario histerectomía bajo anestesia general con las condiciones que se han sido propuestas y explicadas de ante mano. 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 mejor 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y AL MVZ LAURA MAZO TP 37991,** Por los posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento, incluyendo la MUERTE, así como en caso de hurto o pérdida del animal , actos mal intencionados de terceros y en general cualquier acontecimiento que implique fuerza mayor o caso fortuito. Autorizo a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA a que tomen fotos y videos para presentar en casos de investigaciones científicas o educativas**, bajo la reserva del nombre. YO ENTIEDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS MEDIDAS POSIBLES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y QUE SE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTBLECIDOS PAR LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE LA CIRUGIA CONLLEVA A RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN , INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS SARPULLIDOS DE LAPIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DEL APETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE , Yo exonero a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y/O A LA MVZ LAURA MAZO TP 37991, De toda reclamación penal, civil por la cirugía y por la anestesia , mi** mascota y cualquier reclamación de reembolsos relacionados con mi animal ya que sea que el dueño o responsable crean que tales costos están relacionados con la cirugía realizada en el animal , 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 a la cualquier miembro presente de la fundación o al vet. 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.

* Eliana Cardona Erazo.

1

FIRMA DEL DUEÑO / ACUDIENTE FECHA ----------


W
E
N
13 abr 2026 10:57:24 a.m.
4.451474882662296N 75.79779747873545W
205° SW
18-91 Carrera 4
La Tebaida
Quindío
Altitud:1207.0msnm
Velocidad:0.0km/h
Le Super Forcha
Casa de Campo Sao Paulo
LA NUEVA
TEBAIDA
ETAPA 1

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Fecha de consulta: Registro válido

Ficha: 13/04/2026

6340101554830000327

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ELIANA

Apellidos: CARDONA ERAZO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1096033656

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

Última actualización ciudadano: 28/07/2023

Última actualización via registros administrativos: 31/08/2025

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

A3

ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2026
REGISTROS DE ESTERILIZACION Y/O PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

Registro de Ingreso 14/4/2026

I. Datos de la mascota																			
Nombre	Tomy					Sexo: M (X) H ( )													
Especie	Canino ( ) Felino (X)					raza						Peso Aprox.							
Edad 1año			Color Siamés			Pelaje						Vacunas si ( ) no (X)							
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 (X)					desnutrido ( )			sobrepeso ( )										

II. Datos del propietario	
Nombre: Angi Lorena Puerta	T.I./C.C. 1006040864
Dirección: la silvia mz 2 c15	Teléfono: 3105074035
E-mail:	Sisben: SI ( ) NO ( ) Nivel (1) (2) (3)

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD
PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

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

YO Identificado(a) como aparece al pied de la firma ,propietario(a) y / responsable de la mascota llamada ,especie canino Felino sexo DECLARO ,SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL MEDICO(A) VETERINARIO(A) ZOOTENESTA (M.V.Z) LAURA MAZO CON LA TP 37991 Universidad del Tolima , contratada por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, (FUNAT), Para que realice la Cirugía de Esterilización y/o ovario histerectomia bajo anestesia general con las condiciones que se han sido propuestas y explicadas de ante mano. 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 mejor 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y AL MVZ LAURA MAZO TP 37991,** Por los posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento, incluyendo la MUERTE, así como en caso de hurto o pérdida del animal , actos mal intencionados de terceros y en general cualquier acontecimiento que implique fuerza mayor o caso fortuito. Autorizo a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA A e tomen fotos y videos para presentar en casos de investigaciones científicas o educativas, **bajo la reserva del nombre. YO ENTIEDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS MEDIDAS POSIBLES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y QUE SE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTBLECIDOS PAR LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE LA CIRUGIA CONLLEVA A RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN , INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS SARPULLIDOS DE LAPIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DEL APETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE , Yo exonero a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y/O A LA MVZ LAURA MAZO TP 37991, De toda reclamación penal, civil por la cirugía y por la anestesia , mi** mascota y cualquier reclamación de reembolsos relacionados con mi animal ya que sea que el dueño o responsable crean que tales costos están relacionados con la cirugía realizada en el animal , 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 a la cualquier miembro presente de la fundación o al vet. 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.

* Angi Lorena Puerta.

FIRMA DEL DUEÑO / ACUDIENTE FECHA ----------


W
E
N
14 abr 2026 10:04:45 a.m.
4.451381047256291N 75.797678958624 6W
192° S
19-5 Carrera 4
La Tebaida
Quindío
Altitud:1229.0msnm
Velocidad:0.0km/h
La Super Forcha
LA NUEVA
TEBAIDA
ETAPA 1

Sistema de Identificación de
Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 13/04/2026

Ficha: 634010115479000000042

B2

GRUPO SISBÉN IV
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

ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2026
REGISTROS DE ESTERILIZACION Y/O PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

Registro de Ingreso 15/4/26

S

I. Datos de la mascota																			
Nombre	niña					Sexo: M ( ) H (X)													
Especie	Canino ( ) Felino (X)					raza						Peso Aprox.							
Edad		Color Gris				Pelaje						Vacunas si ( ) no (X)							
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 (X)					desnutrido ( )			sobrepeso ( )										

II. Datos del propietario	
Nombre: Sandra Rodriguez S.	T.I./C.C. 24498897
Dirección: Ciudad jardin Mz 8 Cs 6	Teléfono: 3148683004
E-mail:	Sisben: SI ( ) NO ( ) Nivel (1) (2) (3)

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD
PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

YO Identificado(a) como aparece al pied de la firma ,propietario(a) y / responsable de la mascota llamada ,especie canino Felino sexo DECLARO ,SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL MEDICO(A) VETERINARIO(A) ZOOTENESTA (M.V.Z) LAURA MAZO CON LA TP 37991 Universidad del Tolima , contratada por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, (FUNAT), Para que realice la Cirugía de Esterilización y/o ovario histerectomía bajo anestesia general con las condiciones que se han sido propuestas y explicadas de ante mano. 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 mejor 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y AL MVZ LAURA MAZO TP 37991,** Por los posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento, incluyendo la MUERTE, así como en caso de hurto o pérdida del animal , actos mal intencionados de terceros y en general cualquier acontecimiento que implique fuerza mayor o caso fortuito. Autorizo a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA ue tomen fotos y videos para presentar en casos de investigaciones científicas o educativas**, bajo la reserva del nombre. YO ENTIEDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS MEDIDAS POSIBLES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y QUE SE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTBLECIDOS PAR LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE LA CIRUGIA CONLLEVA A RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN , INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS SARPULLIDOS DE LAPIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DEL APETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE , Yo exonero a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y/O A LA MVZ LAURA MAZO TP 37991, De toda reclamación penal, civil por la cirugía y por la anestesia , mi** mascota y cualquier reclamación de reembolsos relacionados con mi animal ya que sea que el dueño o responsable crean que tales costos están relacionados con la cirugía realizada en el animal , 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 a la cualquier miembro presente de la fundación o al vet. 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.

*Luisa Fernanda Ospina.

FIRMA DEL DUEÑO / ACUDIENTE FECHA ----------

17/04/2026, 11:25:56 a.m.
15° N
Calle 22
La Tebaida
Quindío
Colombia
1205.8 m.s.n.m.
Mapas
N
E
S

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta:	**13/04/2026**
Ficha:	**6340101454820000404**

B2

GRUPO SISBEN IV

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: SANDRA

Apellidos: RODRIGUEZ SIERRA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24498897

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:	**17/07/2019**
Última actualización ciudadano:	**30/08/2025**
Última actualización via registros administrativos:	**30/08/2025**

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

A1→A5	B1→B7	C1→C18	D1→D21
Pobreza extrema	Pobreza moderada	Vulnerabilidad	Ni pobre ni vulnerable

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
- Minsalud - Ministerio de Salud

ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2026
REGISTROS DE ESTERILIZACION Y/O PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

Registro de Ingreso 6/4/2026

S

I. Datos de la mascota																	
Nombre	6M. Luna.					Sexo: M ○ H X											
Especie		Canino ○		Felino X		raza Criolla			Peso Aprox.								
Edad	9 m	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 ○			sobrepeso ○								

II. Datos del propietario		
Nombre: Daniela Cabrera	T.I./C.C.	1096040183
Dirección: Cra 9A # 6-21	Teléfono:	3218542503
E-mail:	Sisben: SI ○ NO ○	Nivel ① ② ③

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD
PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

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

YO Identificado(a) como aparece al pied de la firma ,propietario(a) y / responsable de la mascota llamada ,especie canino Felino sexo DECLARO ,SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL MEDICO(A) VETERINARIO(A) ZOOTENESTA (M.V.Z) LAURA MAZO CON LA TP 37991 Universidad del Tolima , contratada por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, (FUNAT), Para que realice la Cirugía de Esterilización y/o ovario histerectomía bajo anestesia general con las condiciones que se han sido propuestas y explicadas de ante mano. 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 mejor 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y AL MVZ LAURA MAZO TP 37991,** Por los posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento, incluyendo la MUERTE, así como en caso de hurto o pérdida del animal , actos mal intencionados de terceros y en general cualquier acontecimiento que implique fuerza mayor o caso fortuito. Autorizo a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA A[illegible] tomen fotos y videos para presentar en casos de investigaciones científicas o educativas**, bajo la reserva del nombre. YO ENTIEDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS MEDIDAS POSIBLES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y QUE SE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTBLECIDOS PAR LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE LA CIRUGIA CONLLEVA A RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN , INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS SARPULLIDOS DE LAPIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DEL APETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE , Yo exonero a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y/O A LA MVZ LAURA MAZO TP 37991, De toda reclamación penal, civil por la cirugía y por la anestesia , mi** mascota y cualquier reclamación de reembolsos relacionados con mi animal ya que sea que el dueño o responsable crean que tales costos están relacionados con la cirugía realizada en el animal , 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 a la cualquier miembro presente de la fundación o al vet. 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.

Daniela Cabrera

FIRMA DEL DUEÑO / ACUDIENTE FECHA ----------


6 abr 2026 9:28:57 a.m
4.4514050194993615N 75.79775447957218W
277° W
16A-12 Carrera 4
La Tebaid
Quindí
Altitud:1196.0msnm
Velocidad:0.0km/
Número de índice: 84
La Super Forcha
LA NUEVA
TEBAIDA
ETAPA 1

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 09/04/2026

Ficha: 63401556750100002904

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: DANIELA

Apellidos: CABRERA TRUJILLO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1096040183

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 30/12/2021

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

ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2026
REGISTROS DE ESTERILIZACION Y/O PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

Registro de Ingreso 10/4/2026

I. Datos de la mascota																	
Nombre	maiton				Sexo: M(X) H( )												
Especie	Canino (X)		Felino ( )		raza				Peso Aprox.								
Edad 9meses			Color B/N		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 ( )				sobrepeso ( )								

II. Datos del propietario	
Nombre: maiton lopez Gonzales	T.I./C.C.1007442699
Dirección: Nueva Tebaida m7s3	Teléfono: 3157317654
mail:	Sisben: SI( ) NO( ) Nivel (1) (2) (3)

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD
PROCEDIMIENTO VETERINARIO

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

YO Identificado(a) como aparece al pied de la firma ,propietario(a) y / responsable de la mascota llamada ,especie canino Felino sexo DECLARO ,SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL MEDICO(A) VETERINARIO(A) ZOOTENESTA (M.V.Z) LAURA MAZO CON LA TP 37991 Universidad del Tolima , contratada por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, (FUNAT), Para que realice la Cirugía de Esterilización y/o ovario histerectomía bajo anestesia general con las condiciones que se han sido propuestas y explicadas de ante mano. 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 mejor 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y AL MVZ LAURA MAZO TP 37991,** Por los posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento, incluyendo la MUERTE, así como en caso de hurto o pérdida del animal , actos mal intencionados de terceros y en general cualquier acontecimiento que implique fuerza mayor o caso fortuito. Autorizo a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA A que tomen fotos y videos para presentar en casos de investigaciones científicas o educativas**, bajo la reserva del nombre. YO ENTIEDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS MEDIDAS POSIBLES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y QUE SE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTBLECIDOS PAR LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE LA CIRUGIA CONLLEVA A RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN , INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS SARPULLIDOS DE LAPIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DEL APETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE , Yo exonero a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y/O A LA MVZ LAURA MAZO TP 37991, De toda reclamación penal, civil por la cirugía y por la anestesia , mi** mascota y cualquier reclamación de reembolsos relacionados con mi animal ya que sea que el dueño o responsable crean que tales costos están relacionados con la cirugía realizada en el animal , 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 a la cualquier miembro presente de la fundación o al vet. 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.

*Maiton Lopez

FIRMA DEL DUEÑO / ACUDIENTE FECHA ----------


10/04/2026, 8:47:30 a.m.
4° N
Calle 22
La Tebaida
Quindío
Colombia
1194.4 m.s.n.m.
Velocidad:0.0km/h
N
E
S

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 10/04/2026

Ficha: 63401072649200001211

B4

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MARLON

Apellidos: LOPEZ GONZALEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1007442699

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 22/09/2023

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

ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2026
REGISTROS DE ESTERILIZACION Y/O PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

Registro de Ingreso 11/4/2026

S

I. Datos de la mascota																			
Nombre	Ramona				Sexo: M ( ) H (X)														
Especie	Canino ( ) Felino (X)				raza						Peso Aprox.								
Edad			Color Bacin		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 ( )						sobrepeso ( )								

II. Datos del propietario	
Nombre: Mayori Gotierez.	T.I./C.C. 1096039433.
Dirección: calle 16 4A # 15.	Teléfono: 3104988090
E-mail:	Sisben: SI ( ) NO ( ) Nivel (1) (2) (3)

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD
PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

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

YO Identificado(a) como aparece al pied de la firma ,propietario(a) y / responsable de la mascota llamada ,especie canino Felino sexo DECLARO ,SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL MEDICO(A) VETERINARIO(A) ZOOTENESTA (M.V.Z) LAURA MAZO CON LA TP 37991 Universidad del Tolima , contratada por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, (FUNAT), Para que realice la Cirugía de Esterilización y/o ovario histerectomía bajo anestesia general con las condiciones que se han sido propuestas y explicadas de ante mano. 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 mejor 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y AL MVZ LAURA MAZO TP 37991,** Por los posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento, incluyendo la MUERTE, así como en caso de hurto o pérdida del animal , actos mal intencionados de terceros y en general cualquier acontecimiento que implique fuerza mayor o caso fortuito. Autorizo a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA A tomen fotos y videos para presentar en casos de investigaciones científicas o educativas**, bajo la reserva del nombre. YO ENTIEDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS MEDIDAS POSIBLES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y QUE SE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTBLECIDOS PAR LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE LA CIRUGIA CONLLEVA A RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN , INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS SARPULLIDOS DE LAPIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DEL APETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE , Yo exonero a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y/O A LA MVZ LAURA MAZO TP 37991, De toda reclamación penal, civil por la cirugía y por la anestesia , mi** mascota y cualquier reclamación de reembolsos relacionados con mi animal ya que sea que el dueño o responsable crean que tales costos están relacionados con la cirugía realizada en el animal , 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 a la cualquier miembro presente de la fundación o al vet. 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.

Mayori G.

FIRMA DEL DUEÑO / ACUDIENTE FECHA ----------



• Minsalud - Ministerio de Salud
• RNEC - Registraduría Nacional del Estado Civil
• [illegible]
• ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
• ANT - Agencia Nacional de Tierras
• FINAGRO - Fondo para el Financiamiento del Sector Agropecuario
• ICBF - Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
• UARIV - Unidad para las Víctimas
• DNP- Departamento Nacional de Planeación

Registro válido

Fecha de consulta: **10/04/2026**

* Actualización según literal D del Artículo 4 de la Ley 1581 de 2012, y el Artículo 22 del Decreto 1377 de 2013.

Ficha: **63401556649200000542**

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MARYURY

Apellidos: GUTIERREZ SOLARTE

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1086039433

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **11/05/2021**

Última actualización ciudadano: **31/08/2025**

Última actualización via 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

- Minsalud - Ministerio de Salud
- RNEC - Registraduría Nacional del Estado Civil
- Migración Colombia
- ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- ANT - Agencia Nacional de Tierras
- FINAGRO - Fondo para el Financiamiento del Sector Agropecuario
- ICBF - Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
- UARIV - Unidad para las Víctimas
- DNP- Departamento Nacional de Planeación

* Actualización según literal D del Artículo 4 de la Ley 1581 de 2012, y el Artículo 22 del Decreto 1377 de 2013.

- Minsalud - Ministerio de Salud
- RNEC - Registraduría Nacional del Estado Civil
- Migración Colombia
- ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- ANT - Agencia Nacional de Tierras
- FINAGRO - Fondo para el Financiamiento del Sector Agropecuario
- ICBF - Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
- UARIV - Unidad para las Víctimas
- DNP- Departamento Nacional de Planeación

* Actualización según literal D del Artículo 4 de la Ley 1581 de 2012, y el Artículo 22 del Decreto 1377 de 2013.

ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2026
REGISTROS DE ESTERILIZACION Y/O PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

Registro de Ingreso 2014 / 2026

I. Datos de la mascota																	
Nombre Reina						Sexo: M ( ) H (X)											
Especie		Canino (X)		Felino ( )		raza				Peso Aprox.							
Edad 2 años			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 ( )				sobrepeso ( )							

II. Datos del propietario	
Nombre: Jhon Jairo Beinal	T.I./C.C. 1096036524
Dirección: M7 18 C15 nueva Tebaida	Teléfono: 3243841804
E-mail:	Sisben: SI ( ) NO ( ) Nivel (1) (2) (3)

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD
PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

YO Identificado(a) como aparece al pied de la firma ,propietario(a) y / responsable de la mascota llamada ,especie canino Felino sexo DECLARO ,SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL MEDICO(A) VETERINARIO(A) ZOOTENESTA (M.V.Z) LAURA MAZO CON LA TP 37991 Universidad del Tolima , contratada por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, (FUNAT), Para que realice la Cirugía de Esterilización y/o ovario histerectomía bajo anestesia general con las condiciones que se han sido propuestas y explicadas de ante mano. 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 mejor 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y AL MVZ LAURA MAZO TP 37991,** Por los posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento, incluyendo la MUERTE, así como en caso de hurto o pérdida del animal , actos mal intencionados de terceros y en general cualquier acontecimiento que implique fuerza mayor o caso fortuito. Autorizo a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA A tomen fotos y videos para presentar en casos de investigaciones científicas o educativas**, bajo la reserva del nombre. YO ENTIEDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS MEDIDAS POSIBLES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y QUE SE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTBLECIDOS PAR LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE LA CIRUGIA CONLLEVA A RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN , INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS SARPULLIDOS DE LAPIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DEL APETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE , Yo exonero a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y/O A LA MVZ LAURA MAZO TP 37991, De toda reclamación penal, civil por la cirugía y por la anestesia , mi** mascota y cualquier reclamación de reembolsos relacionados con mi animal ya que sea que el dueño o responsable crean que tales costos están relacionados con la cirugía realizada en el animal , 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 a la cualquier miembro presente de la fundación o al vet. 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.

* Jhon Jairo Beinal

FIRMA DEL DUEÑO / ACUDIENTE

FECHA ----------





Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

A5

Fecha de consulta: 07/04/2026

Ficha: 63401005547300000051

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: JHON JAIRO

Apellidos: BERNAL GIRALDO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1096036524

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 12/07/2019

Última actualización ciudadano: 26/08/2025

Última actualización via registros administrativos: 26/08/2025

***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 GARC

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 2

Teléfono: 75424

Correo Electrónico: sisben@latebaida-quindio.gov

¡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
- ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- ANT - Agencia Nacional de Tierras
- FINAGRO - Fondo para el Financiamiento del Sector

ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2026
REGISTROS DE ESTERILIZACION Y/O PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

Registro de Ingreso 09/01/26/

5

I. Datos de la mascota																	
Nombre Chanel						Sexo: M ( ) H (X)											
Especie		Canino (X)		Felino ( )		raza				Peso Aprox.							
Edad 10 meses				Color Amarillo		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	Tto veterinario	si	no	Celo	si	no	Lactancia	si	no	Ayunas	si	no			
Estado corporal		normal (X)				desnutrido ( )				sobrepeso ( )							

II. Datos del propietario	
Nombre: Jhoana Marcela Arango	T.I./C.C. 1096038249
Dirección: Oasis M2 2-17	Teléfono: 3127675332
E-mail:	Sisben: SI ( ) NO ( ) Nivel (1) (2) (3)

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD
PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

YO Identificado(a) como aparece al pied de la firma ,propietario(a) y / responsable de la mascota llamada ,especie canino Felino sexo DECLARO ,SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL MEDICO(A) VETERINARIO(A) ZOOTENESTA (M.V.Z) LAURA MAZO CON LA TP 37991 Universidad del Tolima , contratada por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, (FUNAT), Para que realice la Cirugía de Esterilización y/o ovario histerectomía bajo anestesia general con las condiciones que se han sido propuestas y explicadas de ante mano. 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 mejor 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y AL MVZ LAURA MAZO TP 37991,** Por los posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento, incluyendo la MUERTE, así como en caso de hurto o pérdida del animal , actos mal intencionados de terceros y en general cualquier acontecimiento que implique fuerza mayor o caso fortuito. Autorizo a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA A que tomen fotos y videos para presentar en casos de investigaciones científicas o educativas**, bajo la reserva del nombre. YO ENTIEDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS MEDIDAS POSIBLES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y QUE SE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTBLECIDOS PAR LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE LA CIRUGIA CONLLEVA A RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN , INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS SARPULLIDOS DE LAPIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DEL APETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE , Yo exonero a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y/O A LA MVZ LAURA MAZO TP 37991, De toda reclamación penal, civil por la cirugía y por la anestesia , mi** mascota y cualquier reclamación de reembolsos relacionados con mi animal ya que sea que el dueño o responsable crean que tales costos están relacionados con la cirugía realizada en el animal , 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 a la cualquier miembro presente de la fundación o al vet. 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 Jhoana arango

FIRMA DEL DUEÑO / ACUDIENTE

FECHA ----------



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 09/04/2026

Ficha: 63401012548000000222

B7

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: JHOANA MARCELA

Apellidos: ARANGO VELASQUEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1096038249

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 22/03/2024

Última actualización ciudadano: 31/08/2025

Última actualización via 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 GARC

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 2

Teléfono: 75424

Correo Electrónico: sisben@latebaida-quindio.gov

¡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
- ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- ANT - Agencia Nacional de Tierras
- FINAGRO - Fondo para el Financiamiento del Sector Agropecuario

ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2026
REGISTROS DE ESTERILIZACION Y/O PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

Registro de Ingreso 154/2026

I. Datos de la mascota

Nombre	perro			Sexo: M (X) H ( )											
Especie	Canino ( )	Felino (X)		raza			Peso Aprox.								
Edad		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)	no	
Estado corporal	normal (X)			desnutrido ( )			sobrepeso ( )								

S

II. Datos del propietario

Nombre: Ana olma Grajales	T.I./C.C. 24497082.
Dirección: villa maria mza C1	Teléfono: 3144932327
E-mail:	Sisben: SI ( ) NO ( ) Nivel (1) (2) (3)

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD
PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

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

YO Identificado(a) como aparece al pied de la firma ,propietario(a) y / responsable de la mascota llamada ,especie canino Felino sexo DECLARO ,SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL MEDICO(A) VETERINARIO(A) ZOOTENESTA (M.V.Z) LAURA MAZO CON LA TP 37991 Universidad del Tolima , contratada por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, (FUNAT), Para que realice la Cirugía de Esterilización y/o ovario histerectomía bajo anestesia general con las condiciones que se han sido propuestas y explicadas de ante mano. 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 mejor 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y AL MVZ LAURA MAZO TP 37991,** Por los posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento, incluyendo la MUERTE, así como en caso de hurto o pérdida del animal , actos mal intencionados de terceros y en general cualquier acontecimiento que implique fuerza mayor o caso fortuito. Autorizo a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA A que tomen fotos y videos para presentar en casos de investigaciones cientificas o educativas**, bajo la reserva del nombre. YO ENTIEDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS MEDIDAS POSIBLES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y QUE SE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTBLECIDOS PAR LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE LA CIRUGIA CONLLEVA A RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN , INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS SARPULLIDOS DE LAPIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DEL APETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE , Yo exonero a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y/O A LA MVZ LAURA MAZO TP 37991, De toda reclamación penal, civil por la cirugía y por la anestesia , mi** mascota y cualquier reclamación de reembolsos relacionados con mi animal ya que sea que el dueño o responsable crean que tales costos están relacionados con la cirugía realizada en el animal , 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 a la cualquier miembro presente de la fundación o al vet. 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.

*Ana olma

FIRMA DEL DUEÑO / ACUDIENTE FECHA ----------

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 01/04/2026

Ficha: 63401021548800000497

C1

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: ANA OLMA

Apellidos: GRAJALES MORALES

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24497082

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 05/03/2020

Última actualización ciudadano: 31/08/2025

Última actualización via 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

ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2026
REGISTROS DE ESTERILIZACION Y/O PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

Registro de Ingreso 10/4/2026

I. Datos de la mascota																			
Nombre	Goku					Sexo: M(X) H( )													
Especie	Canino ( ) Felino (X)					raza					Peso Aprox.								
Edad 2 años			Color Bl Gris			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 ( )			sobrepeso ( )										

S

II. Datos del propietario	
Nombre: Diana Yised Castro	T.I./C.C. 1096038452
Dirección: Nueva Tebaida mz4 c13	Teléfono: 3225282568
E-mail:	Sisben: SI ( ) NO ( ) Nivel (1) (2) (3)

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD
PROCEDIMIENTO VETERINARIO

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

YO Identificado(a) como aparece al pied de la firma ,propietario(a) y / responsable de la mascota llamada ,especie canino Felino sexo DECLARO ,SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL MEDICO(A) VETERINARIO(A) ZOOTENESTA (M.V.Z) LAURA MAZO CON LA TP 37991 Universidad del Tolima , contratada por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, (FUNAT), Para que realice la Cirugía de Esterilización y/o ovario histerectomía bajo anestesia general con las condiciones que se han sido propuestas y explicadas de ante mano. 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 mejor 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y AL MVZ LAURA MAZO TP 37991,** Por los posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento, incluyendo la MUERTE, así como en caso de hurto o pérdida del animal , actos mal intencionados de terceros y en general cualquier acontecimiento que implique fuerza mayor o caso fortuito. Autorizo a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA A que tomen fotos y videos para presentar en casos de investigaciones científicas o educativas**, bajo la reserva del nombre. YO ENTIEDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS MEDIDAS POSIBLES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y QUE SE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTBLECIDOS PAR LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE LA CIRUGIA CONLLEVA A RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN , INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS SARPULLIDOS DE LAPIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DEL APETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE , Yo exonero a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y/O A LA MVZ LAURA MAZO TP 37991, De toda reclamación penal, civil por la cirugía y por la anestesia , mi** mascota y cualquier reclamación de reembolsos relacionados con mi animal ya que sea que el dueño o responsable crean que tales costos están relacionados con la cirugía realizada en el animal , 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 a la cualquier miembro presente de la fundación o al vet. 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.

*Danna Yised Castro

FIRMA DEL DUEÑO / ACUDIENTE FECHA ----------

10/04/2026, 10:58:11 a.m.
46° NE
Calle 22
La Tebaida
Quindío
Colombia
1185.7 m.s.n.m.
Velocidad:0.0km/h

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 09/04/2026

Ficha: 63401021548800000496

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: DANNA YISED

Apellidos: CASTRO LAZO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1096038452

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 17/07/2019

Última actualización ciudadano: 30/08/2025

Última actualización vía registros administrativos: 30/08/2025

*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

ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2026
REGISTROS DE ESTERILIZACION Y/O PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

Registro de Ingreso 11/4/2026

I. Datos de la mascota																			
Nombre	Antonela			Sexo: M ( ) H (X)															
Especie	Canino ( )		Felino (X)	raza						Peso Aprox.									
Edad 7meses			Color BLN	Pelaje						Vacunas si (X) 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 (X)			desnutrido ( )						sobrepeso ( )									

S

II. Datos del propietario	
Nombre: Dana Yised castro	T.I./C.C. 1096038452
Dirección: nueva tebaida m7 14c13	Teléfono: 3225282568
E-mail:	Sisben: SI ( ) NO ( ) Nivel (1) (2) (3)

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD
PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

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

YO Identificado(a) como aparece al pied de la firma ,propietario(a) y / responsable de la mascota llamada ,especie canino Felino sexo DECLARO ,SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL MEDICO(A) VETERINARIO(A) ZOOTENESTA (M.V.Z) LAURA MAZO CON LA TP 37991 Universidad del Tolima , contratada por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, (FUNAT), Para que realice la Cirugía de Esterilización y/o ovario histerectomía bajo anestesia general con las condiciones que se han sido propuestas y explicadas de ante mano. 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 mejor 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y AL MVZ LAURA MAZO TP 37991,** Por los posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento, incluyendo la MUERTE, así como en caso de hurto o pérdida del animal , actos mal intencionados de terceros y en general cualquier acontecimiento que implique fuerza mayor o caso fortuito. Autorizo a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA A que tomen fotos y videos para presentar en casos de investigaciones científicas o educativas**, bajo la reserva del nombre. YO ENTIEDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS MEDIDAS POSIBLES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y QUE SE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTBLECIDOS PAR LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE LA CIRUGIA CONLLEVA A RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN , INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS SARPULLIDOS DE LAPIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DEL APETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE , Yo exonero a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y/O A LA MVZ LAURA MAZO TP 37991, De toda reclamación penal, civil por la cirugía y por la anestesia , mi** mascota y cualquier reclamación de reembolsos relacionados con mi animal ya que sea que el dueño o responsable crean que tales costos están relacionados con la cirugía realizada en el animal , 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 a la cualquier miembro presente de la fundación o al vet. 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.

*Dana Yised Castro

FIRMA DEL DUEÑO / ACUDIENTE

FECHA ----------


REDMI NOTE 10 PRO
FUNAT TEBAIDA

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 09/04/2026

Ficha: 63401021548800000496

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: DANNA YISED

Apellidos: CASTRO LAZO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1096038452

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 17/07/2019

Última actualización ciudadano: 30/08/2025

Última actualización vía registros administrativos: 30/08/2025

*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

ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2026
REGISTROS DE ESTERILIZACION Y/O PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

Registro de Ingreso 9 / 4 / 2026

S

I. Datos de la mascota																
Nombre	Timy			Sexo: M ◯ H ✓												
Especie	Canino ◯	Felino ✓		raza			Peso Aprox.									
Edad 1año.		Color tigre		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 ◯			sobrepeso ◯									

II. Datos del propietario	
Nombre: Anderson jose Ruiz	T.I./C.C. 8233938
Dirección: Guayacanel 2 calle 13	Teléfono: 3106486398
E-mail: Bis casa 5.	Sisben: SI ◯ NO ◯ Nivel 1 2 3

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD
PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

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

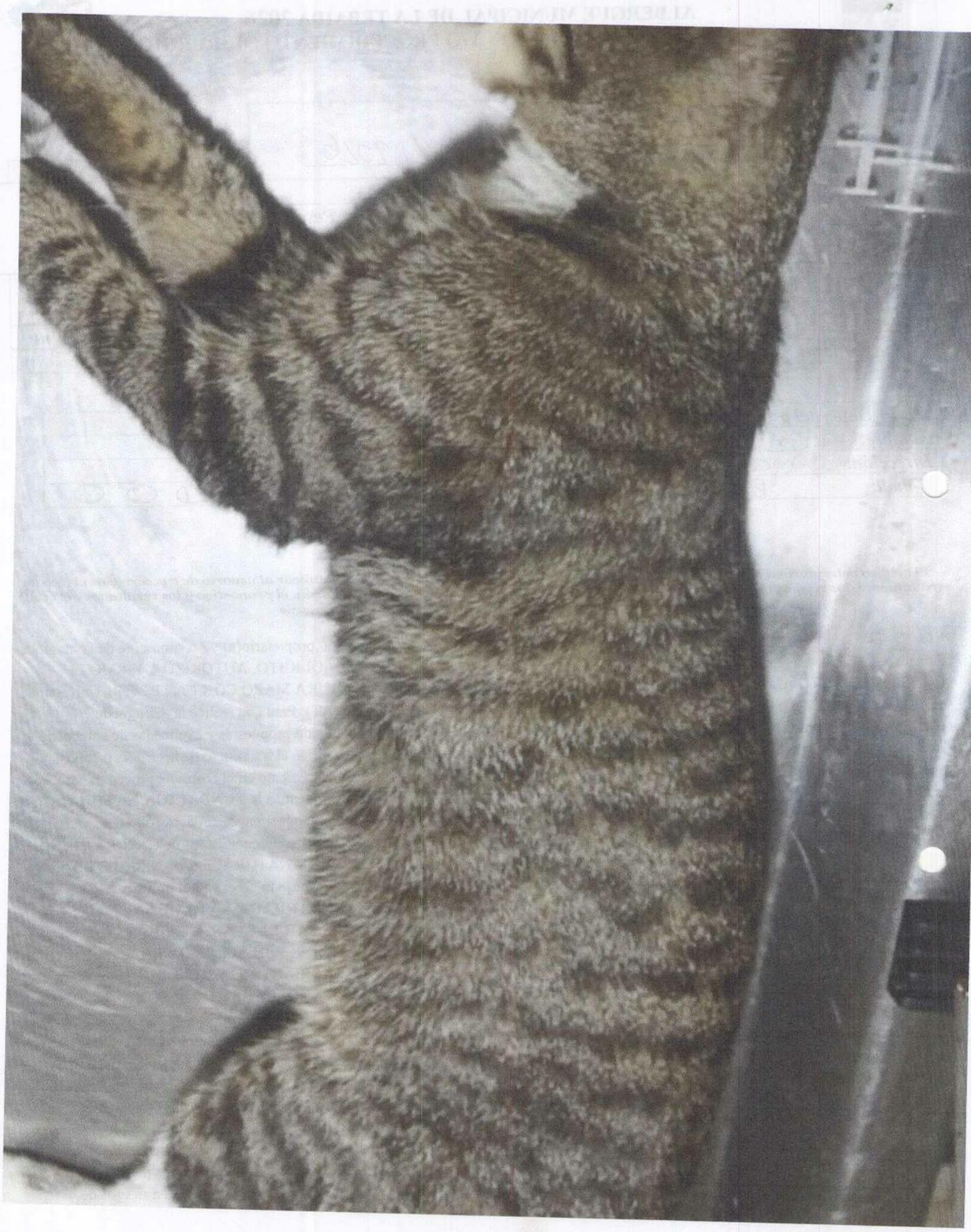
YO Identificado(a) como aparece al pied de la firma ,propietario(a) y / responsable de la mascota llamada ,especie canino Felino sexo DECLARO ,SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL MEDICO(A) VETERINARIO(A) ZOOTENESTA (M.V.Z) LAURA MAZO CON LA TP 37991 Universidad del Tolima , contratada por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, (FUNAT), Para que realice la Cirugía de Esterilización y/o ovario histerectomía bajo anestesia general con las condiciones que se han sido propuestas y explicadas de ante mano. 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 mejor 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y AL MVZ LAURA MAZO TP 37991,** Por los posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento, incluyendo la MUERTE, así como en caso de hurto o pérdida del animal , actos mal intencionados de terceros y en general cualquier acontecimiento que implique fuerza mayor o caso fortuito. Autorizo a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA A que tomen fotos y videos para presentar en casos de investigaciones científicas o educativas**, bajo la reserva del nombre. YO ENTIEDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS MEDIDAS POSIBLES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y QUE SE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTBLECIDOS PAR LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE LA CIRUGIA CONLLEVA A RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN , INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS SARPULLIDOS DE LAPIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DEL APETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE , Yo exonero a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y/O A LA MVZ LAURA MAZO TP 37991, De toda reclamación penal, civil por la cirugía y por la anestesia , mi** mascota y cualquier reclamación de reembolsos relacionados con mi animal ya que sea que el dueño o responsable crean que tales costos están relacionados con la cirugía realizada en el animal , 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 a la cualquier miembro presente de la fundación o al vet. 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.

Anderson Ruiz

FIRMA DEL DUEÑO / ACUDIENTE

FECHA ----------



Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 22/01/2026

Ficha: 63401560951600006041

B4

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ANDERSON JOSE

Apellidos: RUIZ PEREZ

Tipo de documento: Salvoconducto para refugiado

Número de documento: 8233938

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 21/01/2026

Última actualización ciudadano: 21/01/2026

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 LA TEBAIDA 2026
REGISTROS DE ESTERILIZACION Y/O PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

Registro de Ingreso 01/4/2026

I. Datos de la mascota																			
Nombre	May				Sexo: M(X) H( )														
Especie	Canino (X) Felino ( )				raza				Peso Aprox.										
Edad 9meses		Color 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 ( )				sobrepeso ( )										

II. Datos del propietario	
Nombre: Yenifer Andrea Baron	T.I./C.C. 1003851569
Dirección: Nueva Tebaida	Teléfono: 3135173390
E-mail: mzy3 cs4	Sisben: SI( ) NO( ) Nivel (1) (2) (3)

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD
PROCEDIMIENTO VETERINARIO

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

YO Identificado(a) como aparece al pied de la firma ,propietario(a) y / responsable de la mascota llamada ,especie canino Felino sexo DECLARO ,SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL MEDICO(A) VETERINARIO(A) ZOOTENESTA (M.V.Z) LAURA MAZO CON LA TP 37991 Universidad del Tolima , contratada por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, (FUNAT), Para que realice la Cirugía de Esterilización y/o ovario histerectomía bajo anestesia general con las condiciones que se han sido propuestas y explicadas de ante mano. 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 mejor 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y AL MVZ LAURA MAZO TP 37991,** Por los posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento, incluyendo la MUERTE, así como en caso de hurto o pérdida del animal , actos mal intencionados de terceros y en general quier acontecimiento que implique fuerza mayor o caso fortuito. Autorizo a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA A que tomen fotos y videos para presentar en casos de investigaciones científicas o educativas**, bajo la reserva del nombre. YO ENTIEDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS MEDIDAS POSIBLES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y QUE SE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTBLECIDOS PAR LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE LA CIRUGIA CONLLEVA A RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN , INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS SARPULLIDOS DE LAPIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DEL APETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE , Yo exonero a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y/O A LA MVZ LAURA MAZO TP 37991, De toda reclamación penal, civil por la cirugía y por la anestesia , mi** mascota y cualquier reclamación de reembolsos relacionados con mi animal ya que sea que el dueño o responsable crean que tales costos están relacionados con la cirugía realizada en el animal , 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 a la cualquier miembro presente de la fundación o al vet. 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.

* Jennifer Baron R

FIRMA DEL DUEÑO / ACUDIENTE FECHA ----------

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 09/04/2026

Ficha: 63401073749300000043

B2

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: YENIFER ANDREA

Apellidos: BARON ROMAN

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1003851569

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 21/05/2020

Última actualización ciudadano: 21/05/2020

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 LA TEBAIDA 2026
REGISTROS DE ESTERILIZACION Y/O PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

Registro de Ingreso 10/4/2026

I. Datos de la mascota																			
Nombre	Morocho				Sexo: M (X) H ( )														
Especie	Canino ( ) Felino (X)				raza						Peso Aprox.								
Edad 2 años				Color Negro	Pelaje						Vacunas si (X) 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 ( )				sobrepeso ( )										

S

II. Datos del propietario	
Nombre: Luz Dary Rios	T.I./C.C. 41893136
Dirección: casa de vida manzana 2	Teléfono: 3124295216
E-mail:	Sisben: SI ( ) NO ( ) Nivel (1) (2) (3)

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD
PROCEDIMIENTO VETERINARIO

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

YO Identificado(a) como aparece al pied de la firma ,propietario(a) y / responsable de la mascota llamada ,especie canino Felino sexo DECLARO ,SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL MEDICO(A) VETERINARIO(A) ZOOTENESTA (M.V.Z) LAURA MAZO CON LA TP 37991 Universidad del Tolima , contratada por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, (FUNAT), Para que realice la Cirugía de Esterilización y/o ovario histerectomía bajo anestesia general con las condiciones que se han sido propuestas y explicadas de ante mano. 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 mejor 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y AL MVZ LAURA MAZO TP 37991,** Por los posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento, incluyendo la MUERTE, asi como en caso de hurto o pérdida del animal , actos mal intencionados de terceros y en general lquier acontecimiento que implique fuerza mayor o caso fortuito. Autorizo a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA A que tomen fotos y videos para presentar en casos de investigaciones científicas o educativas**, bajo la reserva del nombre. YO ENTIEDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS MEDIDAS POSIBLES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y QUE SE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTBLECIDOS PAR LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE LA CIRUGIA CONLLEVA A RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN , INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS SARPULLIDOS DE LAPIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DEL APETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE , Yo exonero a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y/O A LA MVZ LAURA MAZO TP 37991, De toda reclamación penal, civil por la cirugía y por la anestesia , mi** mascota y cualquier reclamación de reembolsos relacionados con mi animal ya que sea que el dueño o responsable crean que tales costos están relacionados con la cirugía realizada en el animal , 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 a la cualquier miembro presente de la fundación o al vet. también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza , edad minimizando los riesgos .que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias internas y postoperatorio

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

Luz Dary Rios

FIRMA DEL DUEÑO / ACUDIENTE FECHA ----------


10/04/2026, 11:08:57 a.m.
273° W
Calle 22
La Tebaida
Quindío
Colombia
1187.3 m.s.n.m.
Velocidad:0.0km/h
Maps
W
S
N

Sisbén

Registro válido

B3

Fecha de consulta: 01/04/2026

Ficha: 63401150546800000002

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: LUZ DARY

Apellidos: RIOS SILVA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 41893136

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 02/02/2021

Última actualización ciudadano: 09/10/2023

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 LA TEBAIDA 2026
REGISTROS DE ESTERILIZACION Y/O PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

Registro de Ingreso 10/4/2026

I. Datos de la mascota																	
Nombre	Kity					Sexo: M ( ) H (X)											
Especie	Canino ( ) Felino (X)					raza					Peso Aprox.						
Edad 8meses			Color N/B			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)		no			
Estado corporal	normal (X)					desnutrido ( )					sobrepeso ( )						

II. Datos del propietario	
Nombre: Dignora Velasquez	T.I./C.C. 24497335
Dirección: Nueva Tebaida 9	Teléfono: 3136555120
E-mail: m737 c2	Sisben: SI ( ) NO ( ) Nivel (1) (2) (3)

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD
PROCEDIMIENTO VETERINARIO

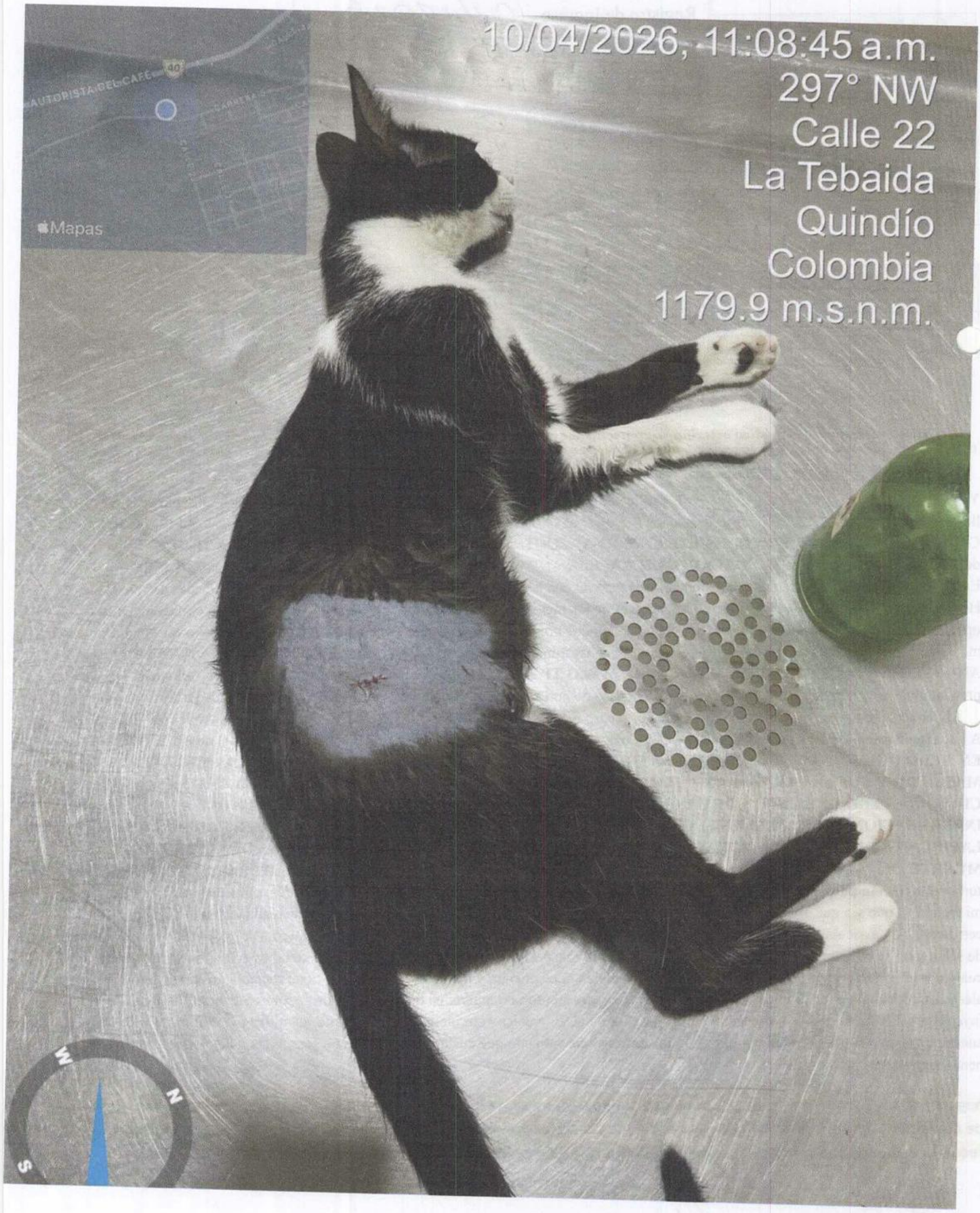
Ley 566/2000 Art. 26
"El médico veterinario o el médico veterinario zootecnista están en la obligación de comunicar al usuario de sus servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso"
***Formato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

YO Identificado(a) como aparece al pied de la firma ,propietario(a) y / responsable de la mascota llamada ,especie canino Felino sexo DECLARO ,SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL MEDICO(A) VETERINARIO(A) ZOOTENESTA (M.V.Z) LAURA MAZO CON LA TP 37991 Universidad del Tolima , contratada por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, (FUNAT), Para que realice la Cirugía de Esterilización y/o ovario histerectomía bajo anestesia general con las condiciones que se han sido propuestas y explicadas de ante mano. 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 mejor 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y AL MVZ LAURA MAZO TP 37991,** Por los posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento, incluyendo la MUERTE, así como en caso de hurto o pérdida del animal , actos mal intencionados de terceros y en general lquier acontecimiento que implique fuerza mayor o caso fortuito. Autorizo a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA A que tomen fotos y videos para presentar en casos de investigaciones cientificas o educativas**, bajo la reserva del nombre. YO ENTIEDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS MEDIDAS POSIBLES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y QUE SE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTBLECIDOS PAR LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE LA CIRUGIA CONLLEVA A RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN , INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS SARPULLIDOS DE LAPIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DEL APETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE , Yo exonero a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y/O A LA MVZ LAURA MAZO TP 37991, De toda reclamación penal, civil por la cirugía y por la anestesia , mi** mascota y cualquier reclamación de reembolsos relacionados con mi animal ya que sea que el dueño o responsable crean que tales costos están relacionados con la cirugía realizada en el animal , 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 a la cualquier miembro presente de la fundación o al vet. 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.

* Dignora Velasquez

FIRMA DEL DUEÑO / ACUDIENTE FECHA ----------


10/04/2026, 11:08:45 a.m.
297° NW
Calle 22
La Tebaida
Quindío
Colombia
1179.9 m.s.n.m.
Mapas
AUTOPISTA DEL CAFÉ
CARRERA
W
N
S

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

A3

Fecha de consulta: 07/04/2026

Ficha: 63401005547300000052

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: DIGNORA

Apellidos: VELASQUEZ MONCADA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24497335

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 12/07/2019

Última actualización ciudadano: 07/02/2024

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 GARC

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 2

Teléfono: 75424

Correo Electrónico: sisben@latebaida-quindio.gov

ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2026
REGISTROS DE ESTERILIZACION Y/O PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

Registro de Ingreso 14/4/2026

I. Datos de la mascota																			
Nombre Isi						Sexo: M ○ H (Φ)													
Especie		Canino ○		Felino (Φ)		raza					Peso Aprox.								
Edad 8m			Color 6 111 B			Pelaje					Vacunas si (X) 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 (Φ)				desnutrido ○					sobrepeso ○								

S

II. Datos del propietario	
Nombre: Maria Alejandra Bernal	T.I./C.C. 41871301
Dirección: Nueva Tebaida m73 C2	Teléfono: 3136555120
E-mail:	Sisben: SI ○ NO ○ Nivel (1) (2) (3)

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD
PROCEDIMIENTO VETERINARIO

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

YO Identificado(a) como aparece al pied de la firma ,propietario(a) y / responsable de la mascota llamada ,especie canino Felino sexo DECLARO ,SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL MEDICO(A) VETERINARIO(A) ZOOTENESTA (M.V.Z) LAURA MAZO CON LA TP 37991 Universidad del Tolima , contratada por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, (FUNAT), Para que realice la Cirugía de Esterilización y/o ovario histerectomía bajo anestesia general con las condiciones que se han sido propuestas y explicadas de ante mano. 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 mejor 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y AL MVZ LAURA MAZO TP 37991,** Por los posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento, incluyendo la MUERTE, asi como en caso de hurto o pérdida del animal , actos mal intencionados de terceros y en general alquier acontecimiento que implique fuerza mayor o caso fortuito. Autorizo a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA A que tomen fotos y videos para presentar en casos de investigaciones científicas o educativas, **bajo la reserva del nombre. YO ENTIEDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS MEDIDAS POSIBLES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y QUE SE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTBLECIDOS PAR LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE LA CIRUGIA CONLLEVA A RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN , INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS SARPULLIDOS DE LAPIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DEL APETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE , Yo exonero a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y/O A LA MVZ LAURA MAZO TP 37991, De toda reclamación penal, civil por la cirugía y por la anestesia , mi** mascota y cualquier reclamación de reembolsos relacionados con mi animal ya que sea que el dueño o responsable crean que tales costos están relacionados con la cirugía realizada en el animal , 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 a la cualquier miembro presente de la fundación o al vet. 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.

M^a Alejandra Bernal

FIRMA DEL DUEÑO / ACUDIENTE FECHA ----------

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 07/04/2026

Ficha: 63401014548200000166

B4

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA ALEJANDRA

Apellidos: BERNAL VELASQUEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 41871301

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 15/07/2019

Última actualización ciudadano: 30/08/2025

Última actualización via registros administrativos: 30/08/2025

***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 GARC

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 2

Teléfono: 75424

Correo Electrónico: sisben@latebaida-quindio.gov

¡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
- ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- ANT - Agencia Nacional de Tierras
- FINAGRO - Fondo para el Financiamiento del Sector Agropecuario

ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2026
REGISTROS DE ESTERILIZACION Y/O PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

Registro de Ingreso 01 / 04 / 26 / ____

5

I. Datos de la mascota																	
Nombre Milo						Sexo: M ( ) H (X)											
Especie		Canino (X) Felino ( )				raza					Peso Aprox. 5,5Kg						
Edad 1 año			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	Tto veterinario	si	no	Celo	si	no	Lactancia	si	no	Ayunas	si	no			
Estado corporal		normal (X)				desnutrido ( )			sobrepeso ( )								

II. Datos del propietario	
Nombre: Carla Dayana Londoño	T.I./C.C. 1097720678
Dirección: Nueva Tebaida M23I-C14	Teléfono: 3105566694
e-mail:	Sisben: SI ( ) NO ( ) Nivel (1) (2) (3)

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD
PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

YO Identificado(a) como aparece al pied de la firma ,propietario(a) y / responsable de la mascota llamada ,especie canino Felino sexo DECLARO ,SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL MEDICO(A) VETERINARIO(A) ZOOTENESTA (M.V.Z) LAURA MAZO CON LA TP 37991 Universidad del Tolima , contratada por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, (FUNAT), Para que realice la Cirugía de Esterilización y/o ovario histerectomía bajo anestesia general con las condiciones que se han sido propuestas y explicadas de ante mano. 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 mejor 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y AL MVZ LAURA MAZO TP 37991,** Por los posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento, incluyendo la MUERTE, así como en caso de hurto o pérdida del animal , actos mal intencionados de terceros y en general cualquier acontecimiento que implique fuerza mayor o caso fortuito. Autorizo a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA A que tomen fotos y videos para presentar en casos de investigaciones científicas o educativas, **bajo la reserva del nombre. YO ENTIEDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS MEDIDAS POSIBLES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y QUE SE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTBLECIDOS PAR LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE LA CIRUGIA CONLLEVA A RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN , INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS SARPULLIDOS DE LAPIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DEL APETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE , Yo exonero a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y/O A LA MVZ LAURA MAZO TP 37991, De toda reclamación penal, civil por la cirugía y por la anestesia , mi** mascota y cualquier reclamación de reembolsos relacionados con mi animal ya que sea que el dueño o responsable crean que tales costos están relacionados con la cirugía realizada en el animal , 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 a la cualquier miembro presente de la fundación o al vet. 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 Carla Gonzalez
FIRMA DEL DUEÑO / ACUDIENTE

FECHA ----------

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 10/04/2026

Ficha: 63401019548900000072

B3

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: CARLA DAYANA

Apellidos: LONDOÑO GONZALEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1097720678

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 12/07/2019

Última actualización ciudadano: 31/08/2025

Última actualización vía registros administrativos: 12/03/2026

***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

ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2026
REGISTROS DE ESTERILIZACION Y/O PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

Registro de Ingreso 02/1/2026

I. Datos de la mascota																	
Nombre	Canela					Sexo: M ◯ H X											
Especie		Canino ◯	Felino X			raza				Peso Aprox.							
Edad	7 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	Golpes	si	no X			
Heridas	si	no	Tto veterinario	si	no X	Celo	si	no	Lactancia	si	no X	Ayunas	si	no			
Estado corporal		normal ◯				desnutrido ◯				sobrepeso X							

S

II. Datos del propietario			
Nombre:	Cristina Ospina	T.I./C.C.	1096032564
Dirección:	Oasis de Vida M7 3-5	Teléfono:	3046076233
E-mail:		Sisben: SI X NO ◯	Nivel ① ② ③

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD
PROCEDIMIENTO VETERINARIO

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

YO Identificado(a) como aparece al pied de la firma ,propietario(a) y / responsable de la mascota llamada ,especie canino Felino sexo DECLARO ,SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL MEDICO(A) VETERINARIO(A) ZOOTENESTA (M.V.Z) LAURA MAZO CON LA TP 37991 Universidad del Tolima , contratada por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, (FUNAT), Para que realice la Cirugía de Esterilización y/o ovario histerectomía bajo anestesia general con las condiciones que se han sido propuestas y explicadas de ante mano. 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 mejor 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y AL MVZ LAURA MAZO TP 37991,** Por los posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento, incluyendo la MUERTE, así como en caso de hurto o pérdida del animal , actos mal intencionados de terceros y en general cualquier acontecimiento que implique fuerza mayor o caso fortuito. Autorizo a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA A que tomen fotos y videos para presentar en casos de investigaciones científicas o educativas**, bajo la reserva del nombre. YO ENTIEDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS MEDIDAS POSIBLES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y QUE SE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTBLECIDOS PAR LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE LA CIRUGIA CONLLEVA A RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN , INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS SARPULLIDOS DE LAPIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DEL APETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE , Yo exonero a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y/O A LA MVZ LAURA MAZO TP 37991, De toda reclamación penal, civil por la cirugía y por la anestesia , mi** mascota y cualquier reclamación de reembolsos relacionados con mi animal ya que sea que el dueño o responsable crean que tales costos están relacionados con la cirugía realizada en el animal , 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 a la cualquier miembro presente de la fundación o al vet. 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 / ACUDIENTE FECHA ----------

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

A4

Fecha de consulta: 10/04/2026

Ficha: 63401556750100002773

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: LEIMI CRISTINA

Apellidos: OSPINA ZARATE

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1096032564

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 13/10/2023

Última actualización ciudadano: 31/08/2025

Última actualización via 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
- ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- ANT - Agencia Nacional de Tierras
- FINAGRO - Fondo para el Financiamiento del Sector

ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2026
REGISTROS DE ESTERILIZACION Y/O PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

Registro de Ingreso 10 4 2026

I. Datos de la mascota													
Nombre	Toño			Sexo: M (X) H ( )									
Especie	Canino ( )	Felino (X)		raza			Peso Aprox.						
Edad 6meses.		Colokans 1B		Pelaje			Vacunas si ( ) no (X)						
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 (X)			desnutrido ( )			sobrepeso ( )						

5

II. Datos del propietario	
Nombre: Luz Amparo Giraldo	T.I./C.C. 24673579
Dirección: Alfonso Lopez Apto. tam 2.	Teléfono: 3142755844.
E-mail:	Sisben: SI ( ) NO ( ) Nivel 1 ( ) 2 ( ) 3 ( )

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD
PROCEDIMIENTO VETERINARIO

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

YO Identificado(a) como aparece al pied de la firma ,propietario(a) y / responsable de la mascota llamada ,especie canino Felino sexo DECLARO ,SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL MEDICO(A) VETERINARIO(A) ZOOTENESTA (M.V.Z) LAURA MAZO CON LA TP 37991 Universidad del Tolima , contratada por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, (FUNAT), Para que realice la Cirugía de Esterilización y/o ovario histerectomía bajo anestesia general con las condiciones que se han sido propuestas y explicadas de ante mano. 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 mejor 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y AL MVZ LAURA MAZO TP 37991,** Por los posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento, incluyendo la MUERTE, así como en caso de hurto o pérdida del animal , actos mal intencionados de terceros y en general cualquier acontecimiento que implique fuerza mayor o caso fortuito. Autorizo a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA A que tomen fotos y videos para presentar en casos de investigaciones científicas o educativas**, bajo la reserva del nombre. YO ENTIEDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS MEDIDAS POSIBLES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y QUE SE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTBLECIDOS PAR LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE LA CIRUGIA CONLLEVA A RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN , INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS SARPULLIDOS DE LAPIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DEL APETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE , Yo exonero a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y/O A LA MVZ LAURA MAZO TP 37991, De toda reclamación penal, civil por la cirugía y por la anestesia , mi** mascota y cualquier reclamación de reembolsos relacionados con mi animal ya que sea que el dueño o responsable crean que tales costos están relacionados con la cirugía realizada en el animal , 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 a la cualquier miembro presente de la fundación o al vet. también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza , edad minimizando los riesgos .que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias internas y postoperatorio

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

*Luz Amparo Giraldo.

1

FIRMA DEL DUEÑO / ACUDIENTE FECHA ----------

10/04/2026, 10:58:11 a.m.
46° NE
Calle 22
La Tebaida
Quindío
Colombia
1185.7 m.s.n.m.
Velocidad:0.0km/h

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 10/04/2026

Ficha: 63401556749400004174

B2

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: LUZ AMPARO

Apellidos: GIRALDO DE CARDONA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24673579

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 07/01/2022

Última actualización ciudadano: 07/01/2022

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 LA TEBAIDA 2026
REGISTROS DE ESTERILIZACION Y/O PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

Registro de Ingreso 10/4/2026

S.

I. Datos de la mascota																	
Nombre	Princesa			Sexo: M ( ) H (X)													
Especie	Canino ( ) Felino (X)			raza				Peso Aprox.									
Edad 8m			Color Baicun	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 ( )				sobrepeso ( )									

II. Datos del propietario	
Nombre: Lucy Dary Suarez	T.I./C.C. 24496789
Dirección: Alambra Cra 4a 6-10	Teléfono: 3122406698
E-mail:	Sisben: SI ( ) NO ( ) Nivel (1) (2) (3)

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD
PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

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

YO Identificado(a) como aparece al pied de la firma ,propietario(a) y / responsable de la mascota llamada ,especie canino Felino sexo DECLARO ,SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL MEDICO(A) VETERINARIO(A) ZOOTENESTA (M.V.Z) LAURA MAZO CON LA TP 37991 Universidad del Tolima , contratada por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, (FUNAT), Para que realice la Cirugía de Esterilización y/o ovario histerectomía bajo anestesia general con las condiciones que se han sido propuestas y explicadas de ante mano. 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 mejor 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y AL MVZ LAURA MAZO TP 37991,** Por los posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento, incluyendo la MUERTE, así como en caso de hurto o pérdida del animal , actos mal intencionados de terceros y en general Alquier acontecimiento que implique fuerza mayor o caso fortuito. Autorizo a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA A que tomen fotos y videos para presentar en casos de investigaciones científicas o educativas**, bajo la reserva del nombre. YO ENTIEDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS MEDIDAS POSIBLES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y QUE SE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTBLECIDOS PAR LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE LA CIRUGIA CONLLEVA A RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN , INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS SARPULLIDOS DE LAPIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DEL APETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE , Yo exonero a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y/O A LA MVZ LAURA MAZO TP 37991, De toda reclamación penal, civil por la cirugía y por la anestesia , mi** mascota y cualquier reclamación de reembolsos relacionados con mi animal ya que sea que el dueño o responsable crean que tales costos están relacionados con la cirugía realizada en el animal , 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 a la cualquier miembro presente de la fundación o al vet. 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 / ACUDIENTE

FECHA ----------

La Tebaida
Quindío
Colombia
1177.7 m.s.n.m.
Velocidad:1.9km/h
Mapas
W

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 10/04/2026

Ficha: 63401560750400002320

B6

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: LUZ DARY

Apellidos: SUAREZ MORALES

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24496789

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 03/04/2024

Última actualización ciudadano: 03/04/2024

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 LA TEBAIDA 2026
REGISTROS DE ESTERILIZACION Y/O PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

Registro de Ingreso 10/4/2026

I. Datos de la mascota																	
Nombre	Mieves			Sexo: M ◯ H X													
Especie	Canino ◯	Felino X		raza C			Peso Aprox.										
Edad		Color X		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 ◯			sobrepeso ◯										

S

II. Datos del propietario			
Nombre:	Sara Marcon	T.I./C.C.	1116508338
Dirección:	Las palmeras MZB-30	Teléfono:	3134053926
E-mail:		Sisben: SI ◯ NO ◯	Nivel 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD
PROCEDIMIENTO VETERINARIO

7

Ley 566/2000 Art. 26

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

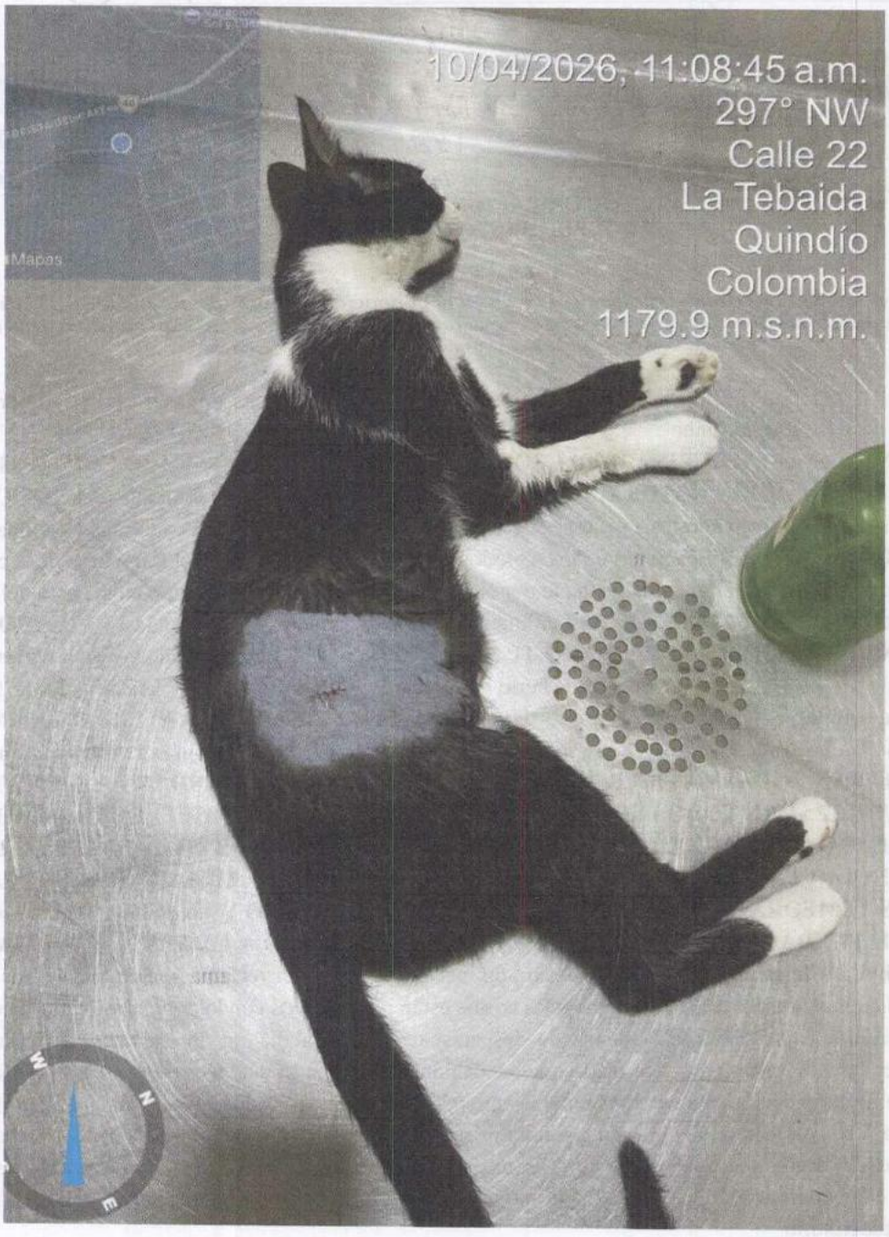
***Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinario**

YO Identificado(a) como aparece al pied de la firma ,propietario(a) y / responsable de la mascota llamada ,especie canino Felino sexo DECLARO ,SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL MEDICO(A) VETERINARIO(A) ZOOTENESTA (M.V.Z) LAURA MAZO CON LA TP 37991 Universidad del Tolima , contratada por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, (FUNAT), Para que realice la Cirugía de Esterilización y/o ovario histerectomía bajo anestesia general con las condiciones que se han sido propuestas y explicadas de ante mano. 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 mejor 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y AL MVZ LAURA MAZO TP 37991,** Por los posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento, incluyendo la MUERTE, así como en caso de hurto o pérdida del animal , actos mal intencionados de terceros y en general cualquier acontecimiento que implique fuerza mayor o caso fortuito. Autorizo a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA A que tomen fotos y videos para presentar en casos de investigaciones científicas o educativas**, bajo la reserva del nombre. YO ENTIEDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS MEDIDAS POSIBLES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y QUE SE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTBLECIDOS PAR LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE LA CIRUGIA CONLLEVA A RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN , INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS SARPULLIDOS DE LAPIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DEL APETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE , Yo exonero a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y/O A LA MVZ LAURA MAZO TP 37991, De toda reclamación penal, civil por la cirugía y por la anestesia , mi** mascota y cualquier reclamación de reembolsos relacionados con mi animal ya que sea que el dueño o responsable crean que tales costos están relacionados con la cirugía realizada en el animal , 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 a la cualquier miembro presente de la fundación o al vet. 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.

Sara Marquez

FIRMA DEL DUEÑO / ACUDIENTE FECHA ----------


10/04/2026, 11:08:45 a.m.
297° NW
Calle 22
La Tebaida
Quindío
Colombia
1179.9 m.s.n.m.
Mapas

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 10/04/2026

Ficha: 63401560750400004973

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: SARA MARIA

Apellidos: MARQUEZ GALVIS

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1116508335

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 25/07/2025

Última actualización ciudadano: 25/07/2025

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

ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2026
REGISTROS DE ESTERILIZACION Y/O PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

Registro de Ingreso 10 4 2026

I. Datos de la mascota																	
Nombre	Guardian			Sexo: M (X) H ( )													
Especie	Canino (X) Felino ( )			raza				Peso Aprox.									
Edad 3 años				Color negro			Pelaje				Vacunas si ( ) no (X)						
Estado de salud	buena ( )			regular ( )				mala (X)									
Fiebre	si	no	Diarrea	si	no	Vomito	si	no	Inapetencia	si	no	Golpes	si	no			
Heridas	si (X)	no	Tto veterinario	si	no	Celo	si	no	Lactancia	si	no	Ayunas	si	no			
Estado corporal	normal ( )			desnutrido ( )				sobrepeso ( )									

II. Datos del propietario	
Nombre: Juan Felipe Diaz.	T.I./C.C. 1095208677.
Dirección:	Teléfono: No tiene
E-mail: MTH2M747.12	Sisben: SI ( ) NO ( ) Nivel (1) (2) (3)

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD
PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

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

YO Identificado(a) como aparece al pied de la firma ,propietario(a) y / responsable de la mascota llamada ,especie canino Felino sexo DECLARO ,SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL MEDICO(A) VETERINARIO(A) ZOOTENESTA (M.V.Z) LAURA MAZO CON LA TP 37991 Universidad del Tolima , contratada por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, (FUNAT), Para que realice la Cirugía de Esterilización y/o ovario histerectomía bajo anestesia general con las condiciones que se han sido propuestas y explicadas de ante mano. 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 mejor 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y AL MVZ LAURA MAZO TP 37991,** Por los posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento, incluyendo la MUERTE, asi como en caso de hurto o pérdida del animal , actos mal intencionados de terceros y en general cualquier acontecimiento que implique fuerza mayor o caso fortuito. Autorizo a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA A que tomen fotos y videos para presentar en casos de investigaciones cientificas o educativas**, bajo la reserva del nombre. YO ENTIEDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS MEDIDAS POSIBLES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y QUE SE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTBLECIDOS PAR LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE LA CIRUGIA CONLLEVA A RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN , INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS SARPULLIDOS DE LAPIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DEL APETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE , Yo exonero a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y/O A LA MVZ LAURA MAZO TP 37991, De toda reclamación penal, civil por la cirugía y por la anestesia , mi** mascota y cualquier reclamación de reembolsos relacionados con mi animal ya que sea que el dueño o responsable crean que tales costos están relacionados con la cirugía realizada en el animal , 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 a la cualquier miembro presente de la fundación o al vet. 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.

Felipe

FIRMA DEL DUEÑO / ACUDIENTE FECHA ----------

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 10/04/2026

Ficha: 63401021548800000272

C14

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: JUAN FELIPE

Apellidos: RUIZ ESCOBAR

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1095208677

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 15/07/2019

Última actualización ciudadano: 31/08/2025

Última actualización via 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

- Minsalud - Ministerio de Salud
- RNEC - Registraduria Nacional del Estado Civil
- Migración Colombia

- ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- ANT - Agencia Nacional de Tierras
- FINAGRO - Fondo para el Financiamiento del Sector Agropecuario
- ICBF - Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
- UARIV - Unidad para las Víctimas
- DNP- Departamento Nacional de Planeación

* Actualización según literal D del Artículo 4 de la Ley 1581 de 2012, y el Artículo 22 del Decreto 1377 de 2013.

ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2026
REGISTROS DE ESTERILIZACION Y/O PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

Registro de Ingreso 20/4/2026

I. Datos de la mascota													
Nombre	Melina N=2			Sexo: M ◯ H (H)									
Especie	Canino ◯	Felino (F)		raza			Peso Aprox.						
Edad 8m		Color Tigre		Pelaje			Vacunas si ◯ no (no)						
Estado de salud	buena (B)			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 (N)			desnutrido ◯			sobrepeso ◯						

II. Datos del propietario			
Nombre: Karol Dahiana Arenas		T.I./C.C. 1114209677	
Dirección: Apolinar mz 5 10-97		Teléfono: 3186310327	
E-mail:		Sisben: SI ◯ NO ◯	Nivel 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD
PROCEDIMIENTO VETERINARIO

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

YO Identificado(a) como aparece al pied de la firma ,propietario(a) y / responsable de la mascota llamada ,especie canino Felino sexo DECLARO ,SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL MEDICO(A) VETERINARIO(A) ZOOTENESTA (M.V.Z) LAURA MAZO CON LA TP 37991 Universidad del Tolima , contratada por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, (FUNAT), Para que realice la Cirugía de Esterilización y/o ovario histerectomía bajo anestesia general con las condiciones que se han sido propuestas y explicadas de ante mano. 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 mejor 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y AL MVZ LAURA MAZO TP 37991,** Por los posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento, incluyendo la MUERTE, así como en caso de hurto o pérdida del animal , actos mal intencionados de terceros y en general cualquier acontecimiento que implique fuerza mayor o caso fortuito. Autorizo a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA A que tomen fotos y videos para presentar en casos de investigaciones científicas o educativas**, bajo la reserva del nombre. YO ENTIEDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS MEDIDAS POSIBLES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y QUE SE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTBLECIDOS PAR LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE LA CIRUGIA CONLLEVA A RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN , INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS SARPULLIDOS DE LAPIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DEL APETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE , Yo exonero a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y/O A LA MVZ LAURA MAZO TP 37991, De toda reclamación penal, civil por la cirugía y por la anestesia , mi** mascota y cualquier reclamación de reembolsos relacionados con mi animal ya que sea que el dueño o responsable crean que tales costos están relacionados con la cirugía realizada en el animal , 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 a la cualquier miembro presente de la fundación o al vet. 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.

Karol Dahiana Arenas

FIRMA DEL DUEÑO / ACUDIENTE FECHA ----------


10/04/2026, 11:08:57 a.m.
273° W
Calle 22
La Tebaida
Quindío
Colombia
1187.3 m.s.n.m.
Velocidad:0.0km/h

ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2026
REGISTROS DE ESTERILIZACION Y/O PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

Registro de Ingreso 10/ 4/ 2026

I. Datos de la mascota												
Nombre	Ruido			Sexo: M (Q) H ( )								
Especie	Canino (Q)	Felino (Q)		raza			Peso Aprox.					
Edad		Color marron		Pelaje			Vacunas si ( ) no (Q)					
Estado de salud	buena (Q)			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 (Q)			desnutrido ( )			sobrepeso ( )					

S

II. Datos del propietario	
Nombre: Karol Dahiana Arenas	T.I./C.C. 1114209677
Dirección: Apolinar calle 5 10-97	Teléfono: 3186310327
E-mail:	Sisben: SI ( ) NO ( ) Nivel 1 ( ) 2 ( ) 3 ( )

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD
PROCEDIMIENTO VETERINARIO

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

YO Identificado(a) como aparece al pied de la firma ,propietario(a) y / responsable de la mascota llamada ,especie canino Felino sexo DECLARO ,SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL MEDICO(A) VETERINARIO(A) ZOOTENESTA (M.V.Z) LAURA MAZO CON LA TP 37991 Universidad del Tolima , contratada por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, (FUNAT), Para que realice la Cirugía de Esterilización y/o ovario histerectomía bajo anestesia general con las condiciones que se han sido propuestas y explicadas de ante mano. 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 mejor 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y AL MVZ LAURA MAZO TP 37991,** Por los posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento, incluyendo la MUERTE, así como en caso de hurto o pérdida del animal , actos mal intencionados de terceros y en general cualquier acontecimiento que implique fuerza mayor o caso fortuito. Autorizo a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA A que tomen fotos y videos para presentar en casos de investigaciones cientificas o educativas**, bajo la reserva del nombre. YO ENTIEDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS MEDIDAS POSIBLES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y QUE SE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTBLECIDOS PAR LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE LA CIRUGIA CONLLEVA A RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN , INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS SARPULLIDOS DE LAPIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DEL APETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE , Yo exonero a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y/O A LA MVZ LAURA MAZO TP 37991, De toda reclamación penal, civil por la cirugía y por la anestesia , mi** mascota y cualquier reclamación de reembolsos relacionados con mi animal ya que sea que el dueño o responsable crean que tales costos están relacionados con la cirugía realizada en el animal , 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 a la cualquier miembro presente de la fundación o al vet. 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.

- Karol Dahiana Arenas

FIRMA DEL DUEÑO / ACUDIENTE FECHA ----------


10/04/2026, 9:18:36 a.m.
268° W
Calle 22
La Tebaida
Quindío
Colombia
1177.7 m.s.n.m.
Velocidad:1.9km/h
Mapas
W
S
N

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Fecha de consulta: Registro válido

Ficha: 10/04/2026

63401072649200001430

A5

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: KAROL DAHIANA

Apellidos: ARENAS CASTRILLON

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1114209677

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 05/05/2023

Última actualización ciudadano: 04/09/2025

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

ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2026
REGISTROS DE ESTERILIZACION Y/O PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

Registro de Ingreso 9 / 4 / 2026

I. Datos de la mascota															
Nombre	Bombero			Sexo: M (V) H ( )											
Especie	Canino ( )	Felino (V)		raza			Peso Aprox.								
Edad		Color tigre		Pelaje			Vacunas si ( ) no (V)								
Estado de salud	buena (V)			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 (V)			desnutrido ( )			sobrepeso ( )								

S

II. Datos del propietario	
Nombre: Alexandra Isaza Ospina	T.I./C.C. 1095208191
Dirección: Fundacionel m73 66	Teléfono: 3115256496
E-mail:	Sisben: SI ( ) NO ( ) Nivel 1 ( ) 2 ( ) 3 ( )

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD
PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

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

YO Identificado(a) como aparece al pied de la firma ,propietario(a) y / responsable de la mascota llamada ,especie canino Felino sexo DECLARO ,SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL MEDICO(A) VETERINARIO(A) ZOOTENESTA (M.V.Z) LAURA MAZO CON LA TP 37991 Universidad del Tolima , contratada por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, (FUNAT), Para que realice la Cirugía de Esterilización y/o ovario histerectomia bajo anestesia general con las condiciones que se han sido propuestas y explicadas de ante mano. 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 mejor 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y AL MVZ LAURA MAZO TP 37991,** Por los posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento, incluyendo la MUERTE, así como en caso de hurto o pérdida del animal , actos mal intencionados de terceros y en general cualquier acontecimiento que implique fuerza mayor o caso fortuito. Autorizo a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA A que tomen fotos y videos para presentar en casos de investigaciones científicas o educativas**, bajo la reserva del nombre. YO ENTIEDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS MEDIDAS POSIBLES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y QUE SE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTBLECIDOS PAR LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE LA CIRUGIA CONLLEVA A RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN , INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS SARPULLIDOS DE LAPIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DEL APETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE , Yo exonero a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y/O A LA MVZ LAURA MAZO TP 37991, De toda reclamación penal, civil por la cirugía y por la anestesia , mi** mascota y cualquier reclamación de reembolsos relacionados con mi animal ya que sea que el dueño o responsable crean que tales costos están relacionados con la cirugía realizada en el animal , 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 a la cualquier miembro presente de la fundación o al vet. 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.

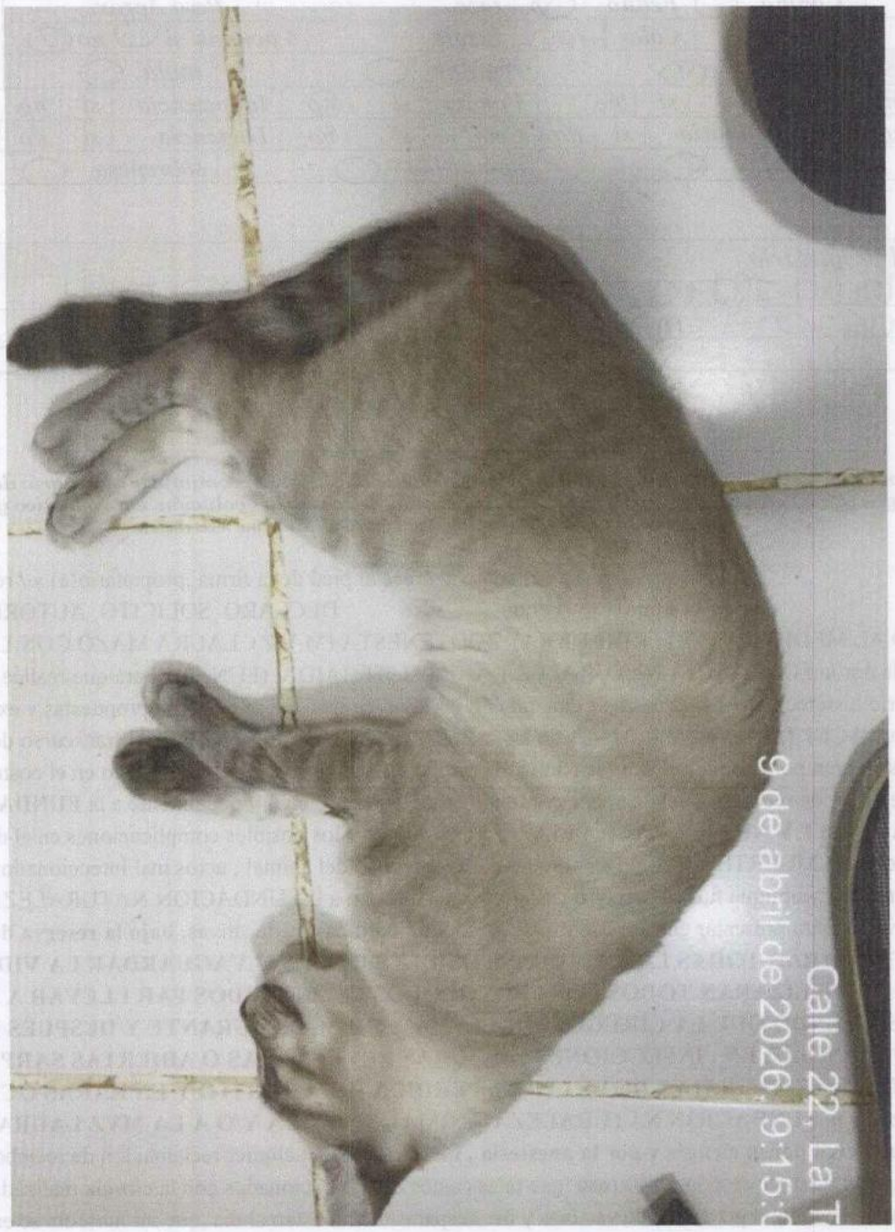
Alexandra Isaza Ospina

FIRMA DEL DUEÑO / ACUDIENTE FECHA ----------

- Minsalud - Ministerio de Salud
- RNEC - Registraduría Nacional del Estado Civil
- Migración Colombia

- ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- ANT - Agencia Nacional de Tierras
- FINAGRO - Fondo para el Financiamiento del Sector Agropecuario
- ICBF - Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
- UARIV - Unidad para las Víctimas
- DNP- Departamento Nacional de Planeación

* Actualización según literal D del Artículo 4 de la Ley 1581 de 2012, y el Artículo 22 del Decreto 1377 de 2013.



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 10/04/2026

Ficha: 63401007547500000499

C9

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: ALEXANDRA

Apellidos: ISAZA OSPINA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1095208191

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 17/07/2019

Última actualización ciudadano: 04/09/2025

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

- Minsalud - Ministerio de Salud
- RNEC - Registraduría Nacional del Estado Civil
- Migración Colombia

- ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- ANT - Agencia Nacional de Tierras
- FINAGRO - Fondo para el Financiamiento del Sector Agropecuario
- ICBF - Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
- UARIV - Unidad para las Víctimas
- DNP- Departamento Nacional de Planeación

* Actualización según literal D del Artículo 4 de la Ley 1581 de 2012, y el Artículo 22 del Decreto 1377 de 2013.

ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2026
REGISTROS DE ESTERILIZACION Y/O PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

Registro de Ingreso 16/4/2026

I. Datos de la mascota																
Nombre	Taico			Sexo: M (X) H ( )												
Especie	Canino (X)	Felino ( )		raza			Peso Aprox.									
Edad 6meses		Color mono		Pelaje			Vacunas si ( ) no (X)									
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 (X)			desnutrido ( )			sobrepeso ( )									

S

II. Datos del propietario	
Nombre: Gloria Elsy palacio.	T.I./C.C. 25081420
Dirección: nueva Tebaida m7 47	Teléfono: 3146741443
E-mail:	Sisben: SI ( ) NO ( ) Nivel 1( ) 2( ) 3( )

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD
PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

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

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

YO Identificado(a) como aparece al pied de la firma ,propietario(a) y / responsable de la mascota llamada ,especie canino Felino sexo DECLARO ,SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL MEDICO(A) VETERINARIO(A) ZOOTENESTA (M.V.Z) LAURA MAZO CON LA TP 37991 Universidad del Tolima , contratada por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, (FUNAT), Para que realice la Cirugía de Esterilización y/o ovario histerectomía bajo anestesia general con las condiciones que se han sido propuestas y explicadas de ante mano. 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 mejor 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y AL MVZ LAURA MAZO TP 37991,** Por los posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento, incluyendo la MUERTE, así como en caso de hurto o pérdida del animal , actos mal intencionados de terceros y en general cualquier acontecimiento que implique fuerza mayor o caso fortuito. Autorizo a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA A que tomen fotos y videos para presentar en casos de investigaciones cientificas o educativas**, bajo la reserva del nombre. YO ENTIEDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS MEDIDAS POSIBLES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y QUE SE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTBLECIDOS PAR LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE LA CIRUGIA CONLLEVA A RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN , INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS SARPULLIDOS DE LAPIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DEL APETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE , Yo exonero a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y/O A LA MVZ LAURA MAZO TP 37991, De toda reclamación penal, civil por la cirugía y por la anestesia , mi** mascota y cualquier reclamación de reembolsos relacionados con mi animal ya que sea que el dueño o responsable crean que tales costos están relacionados con la cirugía realizada en el animal , 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 a la cualquier miembro presente de la fundación o al vet. 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.

Gloria Elsy Palacio

FIRMA DEL DUEÑO / ACUDIENTE FECHA ----------

ALBERGUE MUNICIPAL DE LATEBAIDA
ATENCIONES VETERINARIAS/ESTERILIZACION

AÑO 2026	Linda	1/04/2026												
Nombre		Sexo: M ○ H ○											S	
Especie	Canino X Felino	raza ○		Peso Aprox.										
Edad	Color B/C	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	no
Estado corporal	normal ○		desnutrido ○			soberest ○								

I. Datos del propietario			
Nombre:	Gloria Elsy Palacio	T.I./C.C.	25081420
Dirección:		Teléfono:	3166741443
E-mail:	Mvem.tebaida.m47.27	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.**

X Gloria Elsy Palacio

FIRMA DEL DUEÑO DE LA MASCOTA


31/03/2026, 12:06:18 p.m.
103° E
Calle 22
La Tebaida
Quindío
Colombia
1177.3 m.s.n.m.
Velocidad:2.2km/h

ALBERGUE MUNICIPAL DE LA TEBAIDA 2026
REGISTROS DE ESTERILIZACION Y/O PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

Registro de Ingreso 1/04/26

I. Datos de la mascota															
Nombre	melliza			Sexo: M ◯ H (X)											
Especie	Canino ◯	Felino (X)		raza			Peso Aprox.								
Edad 8 meses		Color tigre		Pelaje			Vacunas si ◯ no (X)								
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 ◯			sobrepeso ◯								

S

II. Datos del propietario	
Nombre: Gloria Elsy palacio	T.I./C.C. 25081420
Dirección: Nueva tebaida mz47 C27	Teléfono: 3146741443
E-mail:	Sisben: SI ◯ NO ◯ Nivel 1◯ 2◯ 3◯

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD
PROCEDIMIENTO VETERINARIO

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

YO Identificado(a) como aparece al pied de la firma ,propietario(a) y / responsable de la mascota llamada ,especie canino Felino sexo DECLARO ,SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL MEDICO(A) VETERINARIO(A) ZOOTENESTA (M.V.Z) LAURA MAZO CON LA TP 37991 Universidad del Tolima , contratada por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, (FUNAT), Para que realice la Cirugía de Esterilización y/o ovario histerectomía bajo anestesia general con las condiciones que se han sido propuestas y explicadas de ante mano. 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 mejor 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 consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y AL MVZ LAURA MAZO TP 37991,** Por los posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento, incluyendo la MUERTE, así como en caso de hurto o pérdida del animal , actos mal intencionados de terceros y en general cualquier acontecimiento que implique fuerza mayor o caso fortuito. Autorizo a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA A que tomen fotos y videos para presentar en casos de investigaciones científicas o educativas**, bajo la reserva del nombre. YO ENTIEDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS MEDIDAS POSIBLES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y QUE SE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTBLECIDOS PAR LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE LA CIRUGIA CONLLEVA A RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN , INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS SARPULLIDOS DE LAPIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DEL APETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE , Yo exonero a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y/O A LA MVZ LAURA MAZO TP 37991, De toda reclamación penal, civil por la cirugía y por la anestesia , mi** mascota y cualquier reclamación de reembolsos relacionados con mi animal ya que sea que el dueño o responsable crean que tales costos están relacionados con la cirugía realizada en el animal , 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 a la cualquier miembro presente de la fundación o al vet. 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.

Gloria Elsy Palacio

FIRMA DEL DUEÑO / ACUDIENTE FECHA ----------


1/04/2026, 10:03:25 a.m.
17° N
Calle 22
La Tebaida
Quindío
Colombia
1156.2 m.s.n.m.
Mapas
N
E
S

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 10/04/2026

Ficha: 63401005547300000155

B7

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: GLORIA ELSY

Apellidos: PALACIO GIRALDO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 25081420

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 15/07/2019

Última actualización ciudadano: 31/08/2025

Última actualización via 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

- Minsalud - Ministerio de Salud
- RNEC - Registraduría Nacional del Estado Civil
- Migración Colombia

- ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- ANT - Agencia Nacional de Tierras
- FINAGRO - Fondo para el Financiamiento del Sector Agropecuario
- ICBF - Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
- UARIV - Unidad para las Víctimas
- DNP- Departamento Nacional de Planeación

* Actualización según literal D del Artículo 4 de la Ley 1581 de 2012, y el Artículo 22 del Decreto 1377 de 2013.