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

Registro de Ingreso 7/5/2026

I. Datos de la mascota													
Nombre	Ambar			Sexo: M ◯ H (X)									
Especie	Canino ◯	Felino (X)		raza			Peso Aprox.						
Edad 6meses		Color tricolor		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: Teresa Gomez	T.I./C.C. 66941963
Dirección: Poveni 1 m73 C6	Teléfono: 3136346910
E-mail:	Sisben: SI ◯ NO ◯ Nivel 1◯ 2◯ 3◯

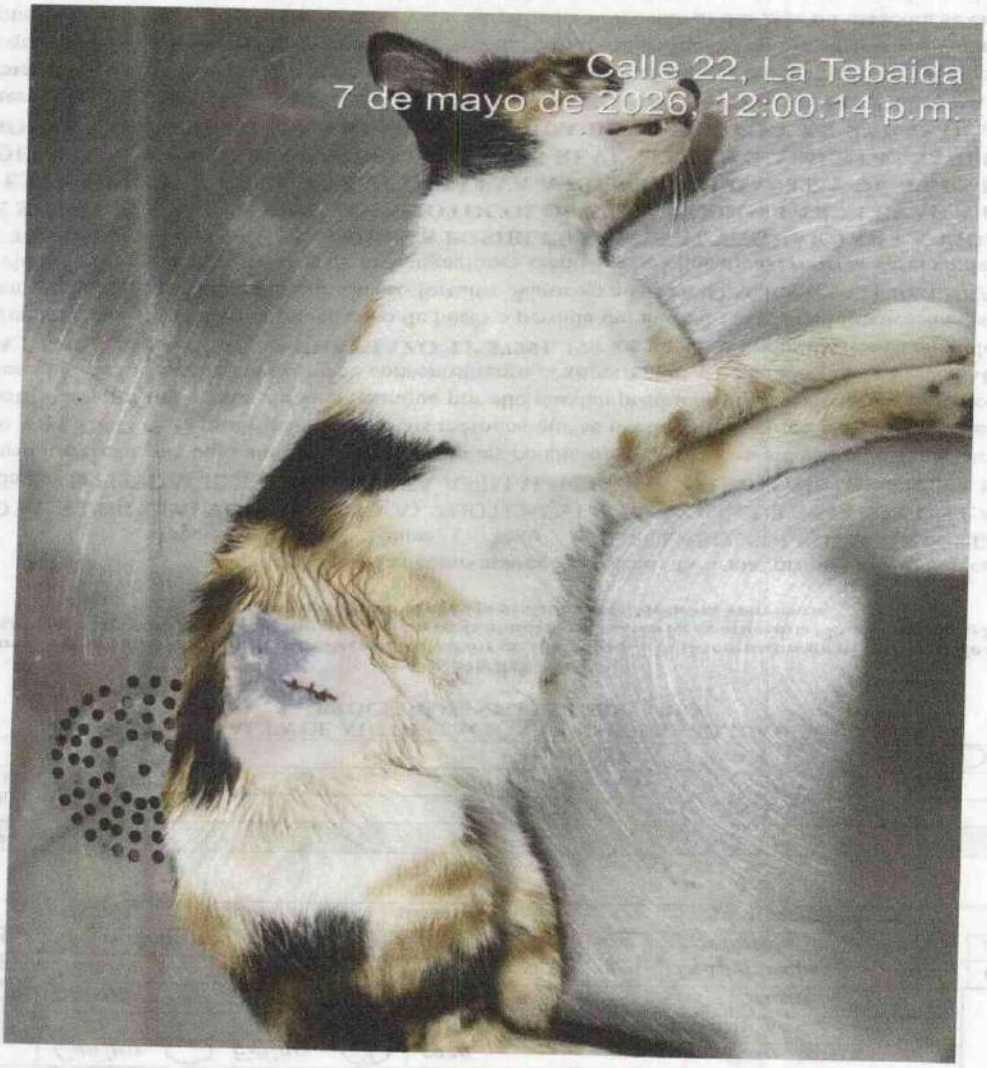
ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD
PROCEDIMIENTO VETERINARIO

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 llámada ,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.

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


Calle 22, La Tebaida
7 de mayo de 2026, 12:00:14 p.m.

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 28/05/2026

Ficha: 63401013548100000181

C4

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: TERESA

Apellidos: GOMEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 66941963

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 07/02/2025

Última actualización ciudadano: 07/02/2025

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARCELA SALAZAR GARCIA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

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

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

Registro de Ingreso 7/5/2026

I. Datos de la mascota															
Nombre	Olivia			Sexo: M ( ) H (X)											
Especie	Canino ( )	Felino (X)		raza			Peso Aprox.								
Edad 9meses		Color Dorun		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: Diomer Sanchez Cobrado		T.I./C.C. 1096036036	
Dirección: Calle 17 Tu Bay Ayala		Teléfono: 3218613854	
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 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 informaria 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 Diomer Sanchez.

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

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 28/08/2023

Ficha: 63401556750600007529

B5

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: DIOMER

Apellidos: SANCHEZ COLORADO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1096036036

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 18/07/2023

Última actualización ciudadano: 18/07/2023

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: GERARDO RAMIREZ ZULUAGA

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 7/5/2026

5

I. Datos de la mascota													
Nombre	Rola			Sexo: M ( ) H (X)									
Especie	Canino (X)	Felino ( )		raza			Peso Aprox.						
Edad 1año		Color Blanco		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 ( )						

II. Datos del propietario	
Nombre: maria nubia Buitrago	T.I./C.C. 41896599
Dirección: cantarito mz g casa 4	Teléfono: 3225871166
E-mail:	Sisben: SI ( ) NO ( ) Nivel 1( ) 2( ) 3( )

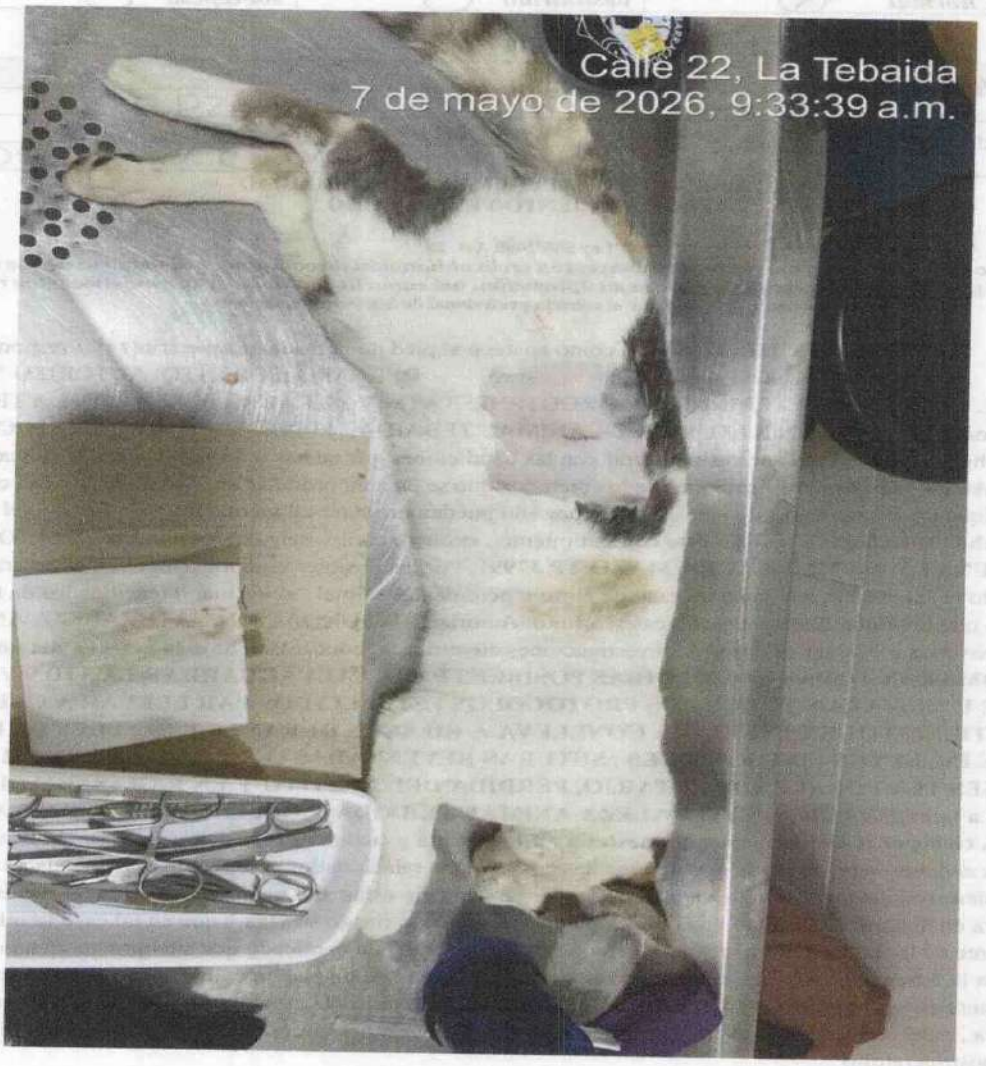
ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD
PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26
"El médico veterinario o el médico veterinario zooteenista 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 cirugia 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 informaria 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 ----------


Calle 22, La Tebaida
7 de mayo de 2026, 9:33:39 a.m.

Sisbén

Registro válido

B4

Fecha de consulta: 03/12/2025

Ficha: 63401556649200001061

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA NUBIA

Apellidos: BUITRAGO VARGAS

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 41896599

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 22/07/2021

Última actualización ciudadano: 22/07/2021

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 7/5/2026

S.

I. Datos de la mascota												
Nombre	Vallolet tatiana			Sexo: M ( ) H (X)								
Especie	Canino ( )	Felino (X)	raza			Peso Aprox.						
Edad 1am		Color BLN	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: Luz Marleny Amado	T.I./C.C. 28083318
Dirección: Guayacanal M77 C18	Teléfono: 3115757851
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"

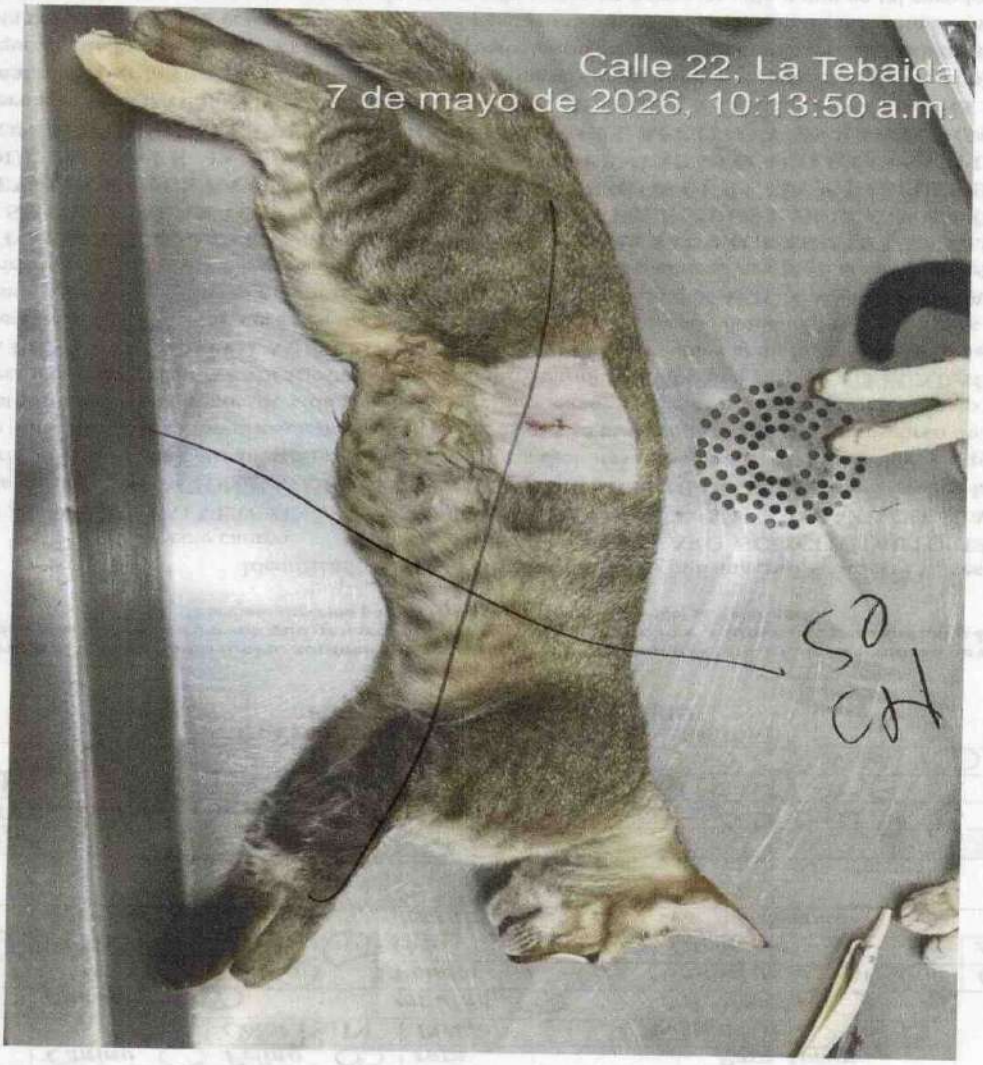
***Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinario**

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 marleny Amado

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

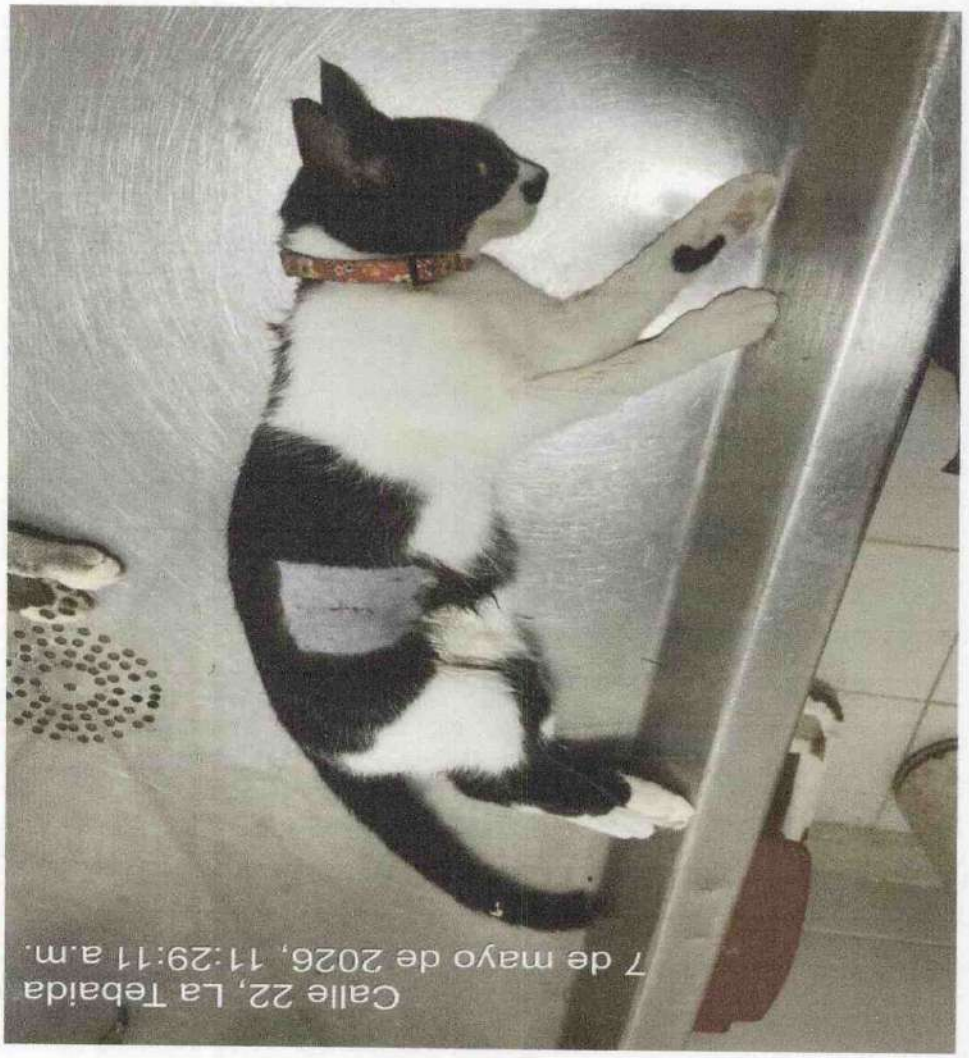

Calle 22, La Tebaida
7 de mayo de 2026, 10:13:50 a.m.

- 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.

Si



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Departamento Nacional de Planeación

Registro válido

B6

Pobreza moderada

Fecha de consulta: 23/04/2026

Ficha: 63401558750600001620

DATOS PERSONALES

Nombres LUZ MARLENY

Apellidos AMADO RIVERA

Tipo de documento Cédula de Ciudadanía

Número de documento 28083318

Municipio LA TEBAIDA

Departamento QUINDIO

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente 25/06/2024

Última actualización ciudadano 31/08/2025

Última actualización via registros administrativos

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador MARCELA SALAZAR GARCIA

Dirección Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono 7542444

Correo Electrónico sisben@latebaida-quindio.gov.co

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

Registro de Ingreso 7 / 5 / 2026

I. Datos de la mascota													
Nombre	Pancha			Sexo: M ◯ H ✓									
Especie	Canino ◯	Felino ✓		raza			Peso Aprox.						
Edad 1año		Color Gris		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	
Tos si no	Tto veterinario	si	no	Celo	si	no	Lactancia	si	no	Ayunas	si	no	
Condición corporal	normal ✓			desnutrido ◯			sobrepeso ◯						

II. Datos del propietario		
Nombre: monica yulieth cardona		T.I./C.C. 1146040210
Dirección: Nueva Tebaida mz13 #18		Teléfono: 3234019838
E-mail:		Sisben: SI ◯ NO ◯ Nivel 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD
PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

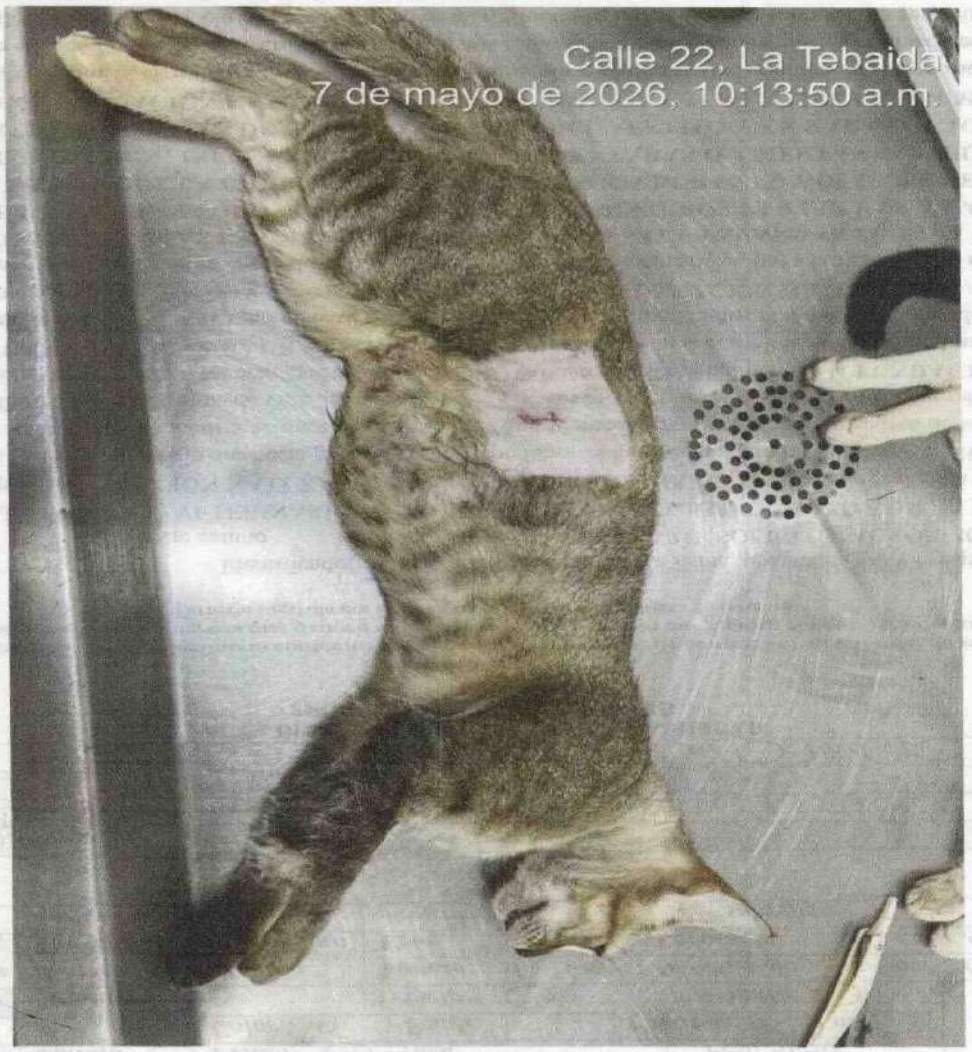
El médico veterinario o el médico veterinario zootecnista están en la obligación de comunicar al usuario de sus servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso"
***Formato sugerido por el consejo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

* Monica cardona

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


Calle 22, La Tebaida
7 de mayo de 2026, 10:13:50 a.m.

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 06/06/2026

Ficha: 63401005547300000025

A1

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MONICA YULIETH

Apellidos: CARDONA BENITEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1096040210

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 11/08/2023

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

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

Registro de Ingreso 7/5/2026 ✓

I. Datos de la mascota															
Nombre Pancho					Sexo: M (X) H ( )								S		
Especie		Canino ( )	Felino (X)		raza			Peso Aprox.							
Edad 8 meses			Color Negro/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 ( )							

II. Datos del propietario	
Nombre: Jesus Alfiber Valencia	T.I./C.C. 98063833
Dirección: N. Tebaida 2 Etp	Teléfono: 3052106727
E-mail:	Sisben: SI ( ) NO ( ) Nivel 1 ( ) 2 ( ) 3 ( )

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD
PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

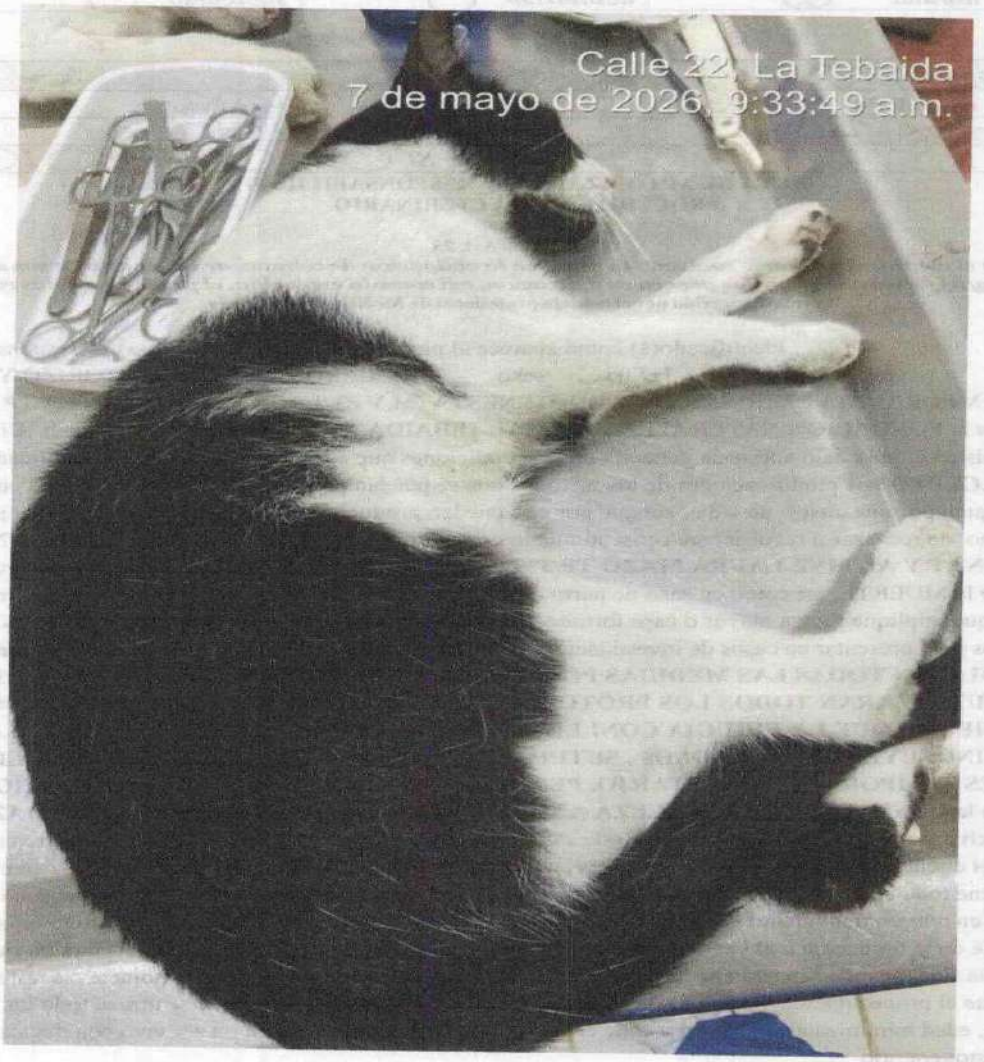
"El médico veterinario o el médico veterinario zootecnista están en la obligación de comunicar al usuario de sus servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso"
***Formato sugerido por el consejo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

YO Identificado(a) como aparece al 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.

x Jesus Alfiber Valencia

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


Calle 22, La Tebaida
7 de mayo de 2026, 9:33:49 a.m.

- 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: 06/06/2026

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

Ficha: 63401556546800000227

B2

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: JESUS ALDIBER

Apellidos: VALENCIA RESTREPO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 9806383

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 12/05/2021

Última actualización ciudadano: 12/05/2021

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARCELA SALAZAR GARCIA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

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

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

Registro de Ingreso 14/5/2026

I. Datos de la mascota													
Nombre	Mia			Sexo: M ◯ H (H)									
Especie	Canino ◯	Felino (H)		raza			Peso Aprox.						
Edad 6meses		Color B/G		Pelaje			Vacunas si (H) no ◯						
Estado de salud	buena (H)			regular ◯			mala ◯						
Fiebre	si	no (no)	Diarrea	si	no (no)	Vomito	si	no (no)	Inapetencia	si	no (no)	Golpes	si	no (no)
Heridas	si	no (no)	Tto veterinario	si	no (no)	Celo	si	no (no)	Lactancia	si	no (no)	Ayunas	si (si)	no
Estado corporal	normal ◯			desnutrido ◯			sobrepeso ◯						

II. Datos del propietario	
Nombre: maria del carmen tarima	T.I./C.C. 31423789
Dirección: Anapolma M76 C516	Teléfono: 3177544348
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.

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

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 06/06/2026

Ficha: 63401007547500000266

B6

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA DEL CARMEN

Apellidos: TASAMA SEPULVEDA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 31423789

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 15/07/2019

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

- 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 14/5/2026

I. Datos de la mascota																		
Nombre	Princesa				Sexo: M ○ H ●													
Especie	Canino ○		Felino ●		raza				Peso Aprox.									
Edad 8 meses			Color 6 11 B		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: Deysy Alejandra Suarez	T.I./C.C. 1094951499
Dirección: Nueva Tebaida M 7 C 14	Teléfono: 3045548997
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 Cirugia 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 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.

* Deysi Suarez

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

Calle 22, La Tebaida
14 de mayo de 2026, 9:55:03 a.m.

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

Registro de Ingreso 14/5/2026

I. Datos de la mascota																	
Nombre	manchas.				Sexo: M ◯ H ⊗												
Especie	Canino ◯	Felino ⊗			raza				Peso Aprox.								
Edad 8 meses		Color Blanco			Pelaje				Vacunas si ◯ no ⊗								
Estado de salud	buena ⊗				regular ◯				mala ◯								
Fiebre	si	no ⊗	Diarrea	si	no ⊗	Vomito	si	no ⊗	Inapetencia	si	no ⊗	Golpes	si	no ⊗			
Heridas	si	no ⊗	Tto veterinario	si	no ⊗	Celo	si	no ⊗	Lactancia	si	no ⊗	Ayunas	si ⊗	no			
Estado corporal	normal ⊗				desnutrido ◯				sobrepeso ◯								

S

II. Datos del propietario	
Nombre: Deisy Alejandra Suarez	T.I./C.C. 1094951499
Dirección: nueva Tebaida manzana 14	Teléfono: 3045548997
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 .SCOTA, 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.

Deysi suarez

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


Calle 22, La Tebaida
21 de mayo de 2026, 10:21:53 a.m.

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 06/06/2026

Ficha: 63401556750600006698

C1

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: DEISY ALEJANDRA

Apellidos: SUAREZ ORTIZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1094951499

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 02/06/2023

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 27/05/2026

SV

I. Datos de la mascota																	
Nombre	SAMUEL			Sexo: M (X) H ( )													
Especie	Canino (X)	Felino ( )		raza				Peso Aprox. 12									
Edad	16 MESES	Color		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	n/a	Lactancia	si	no	Ayunas	X	no			
Estado corporal	normal (X)			desnutrido ( )				sobrepeso ( )									

II. Datos del propietario	
Nombre: MARGARITA ARCINIEGAS	T.I./C.C. 41951936
Dirección: CR 9 # 7-36	Teléfono: 3112929660
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"

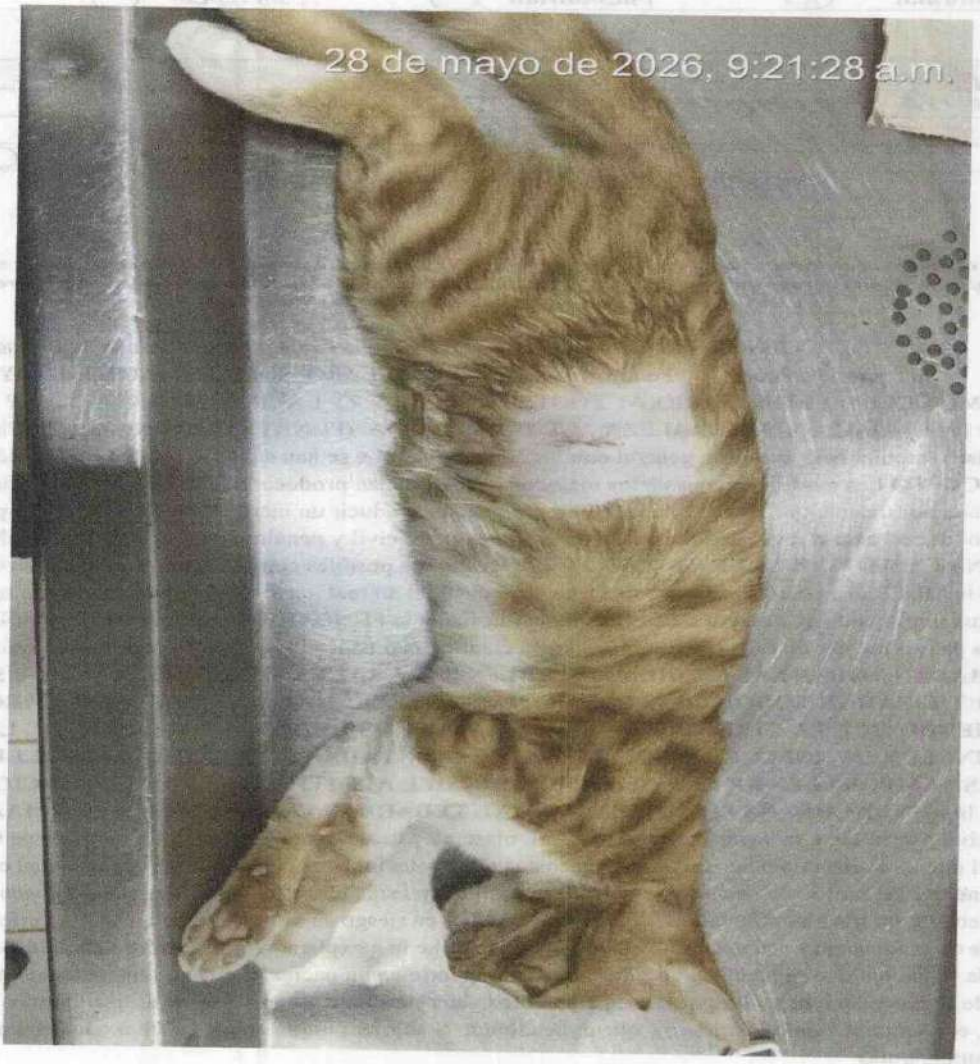
***Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinario**

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 SCOTA, 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.

Margarita Arciniegas

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


28 de mayo de 2026, 9:21:28 a.m.

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 06/06/2026

Ficha: 63401556750600005441

B7

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: RUT MARGARITA

Apellidos: ARCINIEGAS ESPAÑA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 41951936

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 11/06/2025

Última actualización ciudadano: 11/06/2025

Última actualización vía registros administrativos: 28/05/2026

***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 21/5/2026

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

SV

II. Datos del propietario	
Nombre: Yesi Estefania Zaldamaga	T.I./C.C. 1096037591
Dirección: Cra 7 MZ C Cs #57	Teléfono: 3202502081
E-mail:	Sisben: SI ( ) NO ( ) Nivel (1) (2) (3)

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD
PROCEDIMIENTO VETERINARIO

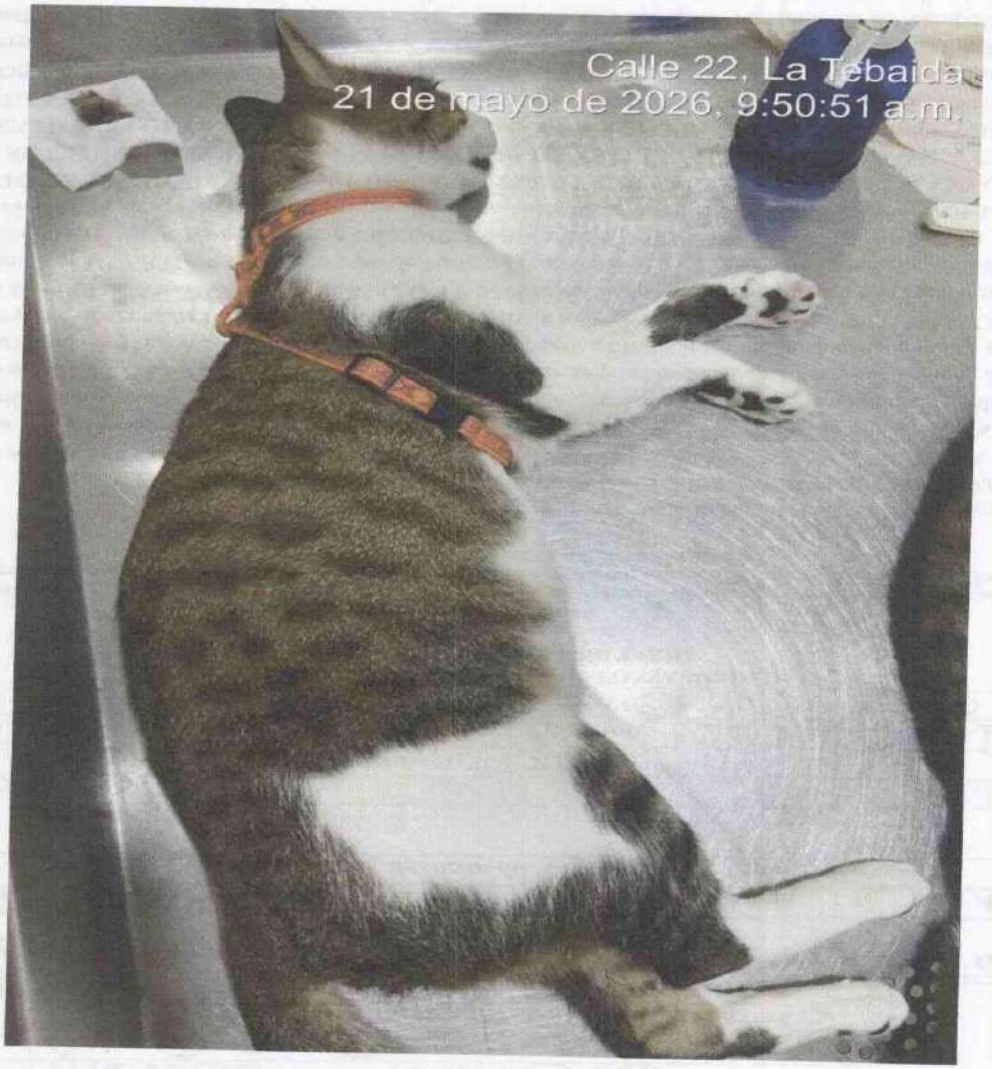
Ley 566/2000 Art. 26
"El médico veterinario o el médico veterinario zootecnista están en la obligación de comunicar al usuario de sus servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso"
***Formato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

Yesi Estefania Zaldamaga

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


Calle 22, La Tebaida
21 de mayo de 2026, 9:50:51 a.m.

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 06/06/2026

Ficha: 63401557750400000561

B2

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: YESI ESTEFANIA

Apellidos: SALDARRIAGA JARAMILLO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1096037591

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 14/04/2023

Última actualización ciudadano: 31/08/2025

Última actualización via registros administrativos: 28/05/2026

*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 21/5/2026

I. Datos de la mascota														
Nombre Niño				Sexo: M (X) H ( )										
Especie	Canino ( )	Felino (X)		raza			Peso Aprox.							
Edad 4 Años		Color BLN		Pelaje			Vacunas si (X) no ( )							
Estado de salud	buena ( )			regular (X)			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 Merry Diaz	T.I./C.C. 41970099
Dirección: M23- C-16 Ciudad Jardin	Teléfono: 3117041046
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 Cirugia 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 cirugia 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 Maria Diaz
FIRMA DEL DUEÑO / ACUDIENTE

FECHA ----------


Calle 22, La Tebaida
21 de mayo de 2026, 12:00:23 p.m.

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 06/06/2026

Ficha: 63401012548000000518

B5

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA ARISMERI

Apellidos: DIAZ LOZANO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 41870099

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 18/06/2020

Última actualización ciudadano: 18/06/2020

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARCELA SALAZAR GARCIA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

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

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

Registro de Ingreso 21/5/2026

I. Datos de la mascota																	
Nombre	batman			Sexo: M (X) H ( )													
Especie	Canino ( )	Felino (X)		raza mestizo			Peso Aprox.										
Edad 1 año		Color negro gris		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 ( )										

SV

II. Datos del propietario	
Nombre: Yaqueline Gurman	T.I./C.C. 1016912535
Dirección: Camino real Mz B casa 15	Teléfono: 3008496233
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.

Yaqueline Gurman

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



Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 06/06/2026

Ficha: 63401014548200000048

C4

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: JAKELINE

Apellidos: GUZMAN CORREA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1116912535

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 12/07/2019

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
- 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.

3

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

FUNAT

Registro de Ingreso 25 5 2026

S

I. Datos de la mascota													
Nombre	max			Sexo: M (X) H ( )									
Especie	Canino (X)	Felino ( )		raza			Peso Aprox.						
Edad 7M		Color Bels		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: Analucia Lavado	T.I./C.C. 24579869
Dirección: M 7 S1 C23 nueva Tebaida	Teléfono: 3113048556
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.

* Ana Lucia Lavado S

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


25/05/2026, 9:12:32
Calle 22
La Tebaida
Quindío
Colombia

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 06/06/2026

Ficha: 63401014548200000137

A5

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ANA LUCIA

Apellidos: LAVADO LIEVANO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24579869

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 15/07/2019

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

LA TEBAIDA

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

FUNAT

Registro de Ingreso 29/5/2026

5

I. Datos de la mascota													
Nombre Nina				Sexo: M ( ) H (X)									
Especie	Canino ( )	Felino (X)		raza		Peso Aprox.							
Edad 7 meses		Color 6n3		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: Maria Cristina Compa	T.I./C.C. 1096034190	
Dirección: Gabriel Lopez M2 C54	Teléfono: 3148029048	
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 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 M. COTA, 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 ----------


25/05/2026, 11:28:36
Carrera 5
La Tebaida
Quindío
Colombia

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 06/06/2026

Ficha: 63401006547400000046

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA CRISTINA

Apellidos: CUMBA MARTINEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1096034190

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 12/07/2019

Última actualización ciudadano: 30/08/2025

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 28/5/2026

I. Datos de la mascota															
Nombre	pelusa			Sexo: M (H) H ( )											
Especie	Canino ( )	Felino (H)		raza			Peso Aprox.								
Edad 7m		Color A.		Pelaje			Vacunas si (H) no ( )								
Estado de salud	buena (H)			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: Angelica Natalia Castaño	T.I./C.C. 1096040823	
Dirección: vereda Pilamal	Teléfono: 3243734971	
E-mail: f. regalo.	Sisben: SI ( ) NO ( ) Nivel 1 ( ) 2 ( ) 3 ( )	

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD
PROCEDIMIENTO VETERINARIO

Ley 566/2000 Art. 26

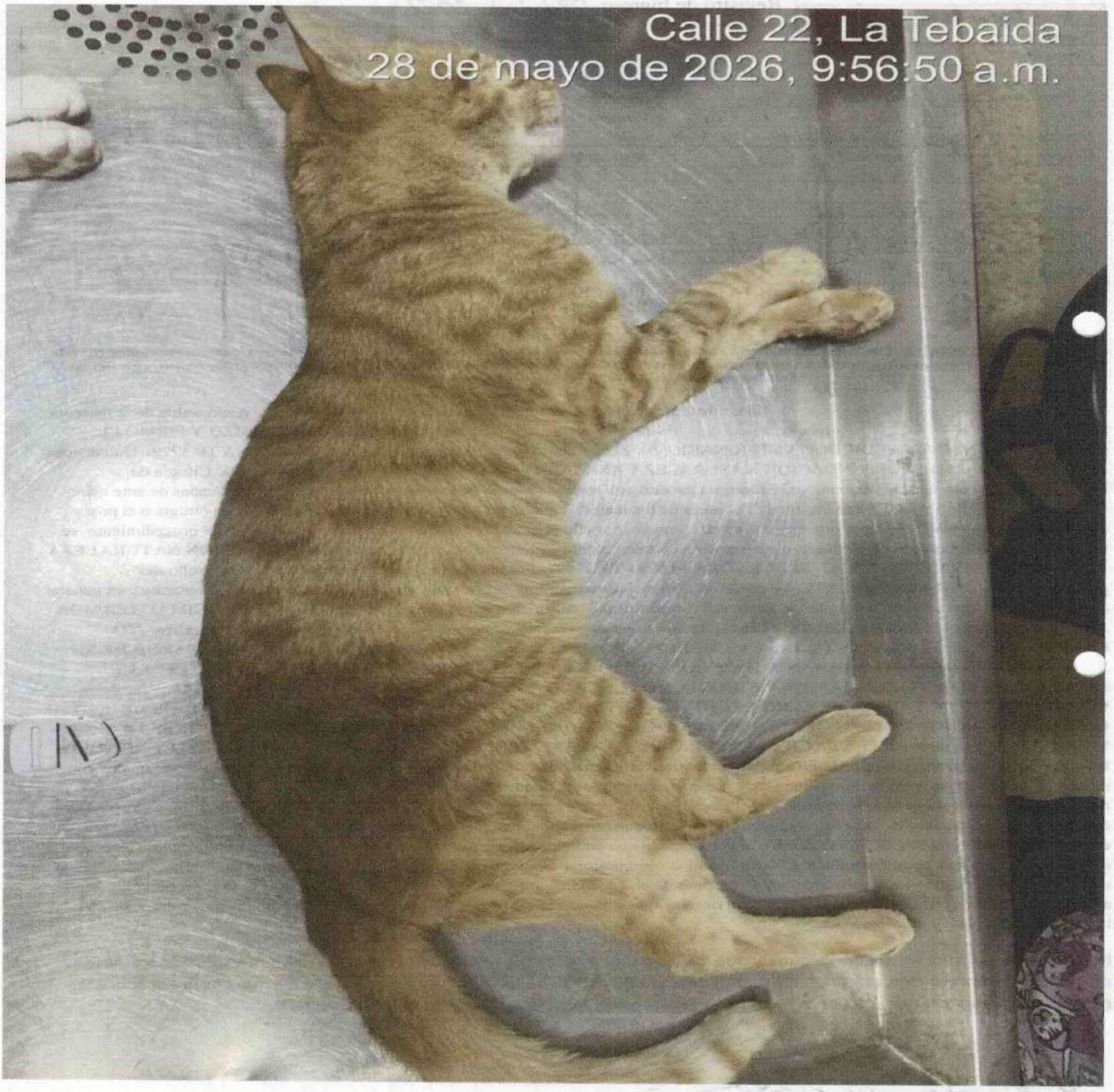
"El médico veterinario o el médico veterinario zootecnista están en la obligación de comunicar al usuario de sus servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso"
***Formato sugerido por el consejo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

Angelica N castaño

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


Calle 22, La Tebaida
28 de mayo de 2026, 9:56:50 a.m.

- 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

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 06/06/2026

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

Ficha: 63401556749400002124

A5

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ANGELICA NATALIA

Apellidos: CASTAÑO ESCARRAGA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1096040823

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 06/08/2021

Última actualización ciudadano: 06/08/2021

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 21/5/2026

I. Datos de la mascota

Nombre Noah					Sexo: M ( ) H (X)								
Especie	Canino ( )	Felino (X)	raza MOSTRO	Peso Aprox.	5								
Edad 6 MESES	Color [illegible]	Pelaje [illegible]	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: Deisi Hernandez	T.I./C.C. 29934652
Dirección: Calle 15 N 8 16	Teléfono: 3229198774
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]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.

FIRMA DEL DUEÑO / ACUDIENTE

FECHA ----------


Calle 22, La Tebaida
21 de mayo de 2026, 10:21:53 a.m.

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 12/06/2026

Ficha: 63401556951200012922

C1

GRUPO SISBÉN IV
Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: OLGA DEICY

Apellidos: HERNANDEZ ARIAS

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 29934652

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 03/09/2025

Última actualización ciudadano: 05/04/2026

Última actualización vía registros administrativos: 03/05/2026

***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 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
- ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud

Obligación 10

10.Garantizar el cumplimiento de las normas sanitarias vigentes, bajo supervisión del Plan Territorial de Salud, y atender las observaciones y recomendaciones emitidas por la Secretaría de *Salud Departamental, informando a la supervisión del convenio sobre las visitas y requerimientos* efectuados.

Mayo

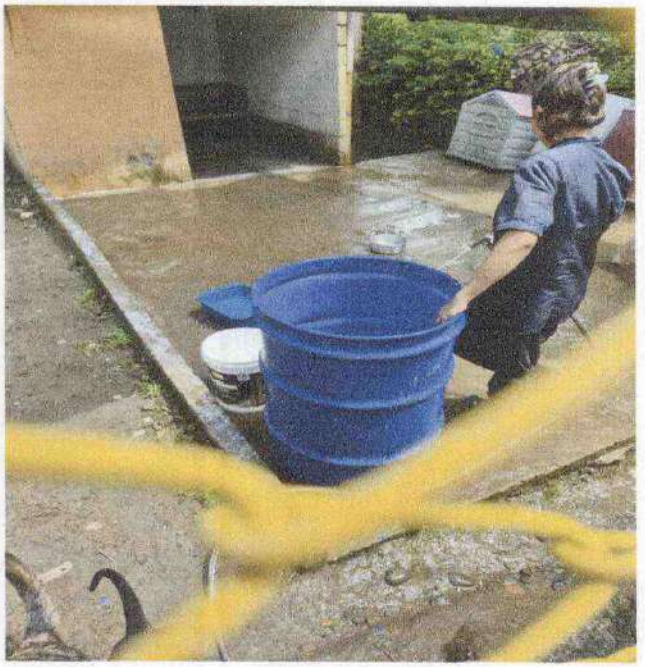
FOTOS MES DE JUNIO 2026.

Seguimos trabajando en jornadas de adopción. tanto en las jornadas programadas como durante el mes de mayo.









OBLIGACION 15.

2 JORNADAS DE ADOPCION

15. Ejecutar dos (2) jornadas de adopción mensuales, en coordinación con el supervisor del convenio, a realizarse en las instalaciones del albergue o en los espacios públicos que se autoricen. Cada jornada deberá estar soportada con: - Acta de realización suscrita por la Fundación y el supervisor - Formatos de compromiso de adopción diligenciados y firmados por los adoptantes. - Registro fotográfico con georreferenciación y fecha. - Listado de asistencia firmado por participantes y personal responsable.

	REPÚBLICA DE COLOMBIA **ALCALDÍA MUNICIPAL** **LA TEBAIDA QUINDÍO** **Nit.: 890 000564-1** Acta de Reunión	

1ª JORNADA DE ADOPCION ALBERGUE MUNIICIPAL

Fecha	**09 de mayo 2026**	Hora	8AM A 12 AM
LUGAR	ALBERGUE MUNICIPAL DE FAUNA LA TEBAIDA		
SECRETARIA DE GOB	NO PARTICIPO / excusa medica. fm		
FUNAT	SI PARTICIPO		

ASUNTO
SE REALIZA JORNADA DE ADOPCION / INSENTIVAR ADOPCIONES RESPONSABLES

PARTICIPANTES			
Nombre	**Institución/Cargo**	**Datos Contacto**	
LORENA ROJAS	FUNAT	R LEGAL	
LUZ ELENA ESQUIVEL	SECRETARIA DE GOB	SUPERVISOR	
ALEXANDRA IZAZA	AUXILIAR VET	AUXILIAR	

Se lleva a cabo la 2 jornada de adopciones con mira a que los animales residentes en el albergue municipal para fauna , encuentren verdaderos hogares , se les da información acerca de los cuidados y necesidades que tienen sus nuevas mascotas, acerca de la importancia de vacunar , desparasitar y esterilizar después de los 6 meses, también se les advierte sobre las nuevas leyes que protegen a los animales y sobre el abandono, se les dan 10 días para devolver el animal en caso que surja algún problema.

SE TOMA EVIDENCIA FOTOGRAFICA.

TAMBIEN EN EL ALBERGUE SE DAN ANIMALES RESIDENTES EN ADOPCION A LAS PERSONAS QUE NOS VISITAN MOSTRANDO INTERES

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA 2026.

Vacuna C

DATOS DEL ADOPTANTE						
09 / Mayo - 2026						
s:NOMBRE Julio C	*APELLIDO* Barrera C.			*C.C.* 1096034066		
Dirección: Barrio La Hacienda MZ 5 C B	*Barrio*			Adulto ( )	Cachorro (X)	
Tel. fijo				*Cel.*		
Especie:	Canino ( )	Felino (X)	Sexo:	H (X)	M ( )	
Raza:		Color: Para		Edad: 1 AÑO		
Características particulares				Carnet de vacúnación SI ( ) NO ( )		
Estado de salud:				Peso:		
Estado corporal	Normal (X)	Desnutrido ( )	Sobrepeso ( )			
Procedencia de la mascota	Callejera ( )	abandonada ( )	Con dueño ( )			

Yo, Julio C Barrera **. identificado(a) con C.C.** 1096034066**, me comprometo fielmente a cuidar, amar, alimentar, bañar, cepillar, pasear, vacunar, brindarle servicios medico veterinarios a mi mascota, que será un miembro más de mi familia a partir del dia de hoy y me comprometo que nunca la abandonare, ni la maltrataré, ni la venderé**

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, EL ADOPTANTE ACEPTA QUE:

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

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

Acepto las condiciones:

X *Firma del dueño*

Edwar Hero
funcionario que entrega

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA 2026.

DATOS DEL ADOPTANTE						09/mayo/2026
s:NOMBRE Andres	*APELLIDO* Buitrago				*C.C.* 1094951328	
Barrio	villa. Claudia				Mz A H 13	
Dirección:	*Barrio*			Adulto ( )	Cachorro (X)	
Tel. fijo				*Cel.* 3234318766		
Especie:	Canino (X)	Felino ( )	Sexo:	H ( )	M ( )	
Raza:		Color:		Edad:		
Caracteristicas particulares				Carnet de vacunación SI ( ) NO ( )		
Estado de salud:				Peso:		
Estado corporal	Normal (X)	Desnutrido ( )	Sobrepeso ( )			
Procedencia de la mascota	Callejera ( )	abandonada ( )	Con dueño ( )			

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

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, EL ADOPTANTE ACEPTA QUE:

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

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

Acepto las condiciones:

X Andres Buitrago C.
Firma del dueño

Gloria Palacio
funcionario que entrega

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA 2026.

DATOS DEL ADOPTANTE 09/ mayo/ 2026			
s:NOMBRE Nuestras Diego morales	*APELLIDO* del eder + H	*C.C.* 1095208501	
Dirección:	*Barrio*	Adulto ( )	Cachorro ( )
Tel. fijo		*Cel.* 3225150776	
Especie:	Canino ( ) Felino (X)	Sexo:	H ( ) M ( )
Raza:	Color:	Edad: 2 meses	
Características particulares		Carnet de vacunación SI ( ) NO (X)	
Estado de salud:		Peso:	
Estado corporal	Normal (X)	Desnutrido ( )	Sobrepeso ( )
Procedencia de la mascota	Callejera ( )	abandonada ( )	Con dueño ( )

Yo, Diego morales **, identificado(a) con C.C.** 1095208501 **, me comprometo fielmente a cuidar, amar, alimentar, bañar, cepillar, pasear, vacunar, brindarle servicios medico veterinarios a mi mascota, que será un miembro más de mi familia a partir del dia de hoy y me comprometo que nunca la abandonare, ni la maltrataré, ni la venderé**

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, EL ADOPTANTE ACEPTA QUE:

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

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

Acepto las condiciones:

Diego morales
Firma del dueño
1095208501

Gloria. Pavaco
funcionario que entrega

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA 2026.

DATOS DEL ADOPTANTE					09/ mayo /2026
s:NOMBRE	*APELLIDO*			*C.C.*	
Yeris	Michell One. Co			1065511994	
Granja la luz vereda					
Dirección:	*Barrio*		Adulto ( )	Cachorro ( )	
Tel. fijo			*Cel.* 3103832089		
Especie:	**Canino (X)**	**Felino ( )**	**Sexo:**	**H ( )**	**M (X)**
Raza:		**Color:**	**Edad:** 2 meses		
Características particulares			**Carnet de vacunación** SI ( ) NO ( )		
Estado de salud:			**Peso:**		
Estado corporal	**Normal (X)**	**Desnutrido ( )**	**Sobrepeso ( )**		
Procedencia de la mascota	**Callejera ( )**	**abandonada ( )**	**Con dueño ( )**		

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

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, EL ADOPTANTE ACEPTA QUE:

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

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

Acepto las condiciones:

Yeris One
Firma del dueño

Gloria Palacio
funcionario que entrega

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA 2026.

+ Vacuna

DATOS DEL ADOPTANTE 09/3/2026			
s:NOMBRE Wendy	APELLIDO Arango		C.C. 1005160025
Dirección: Via Macanuco F las Palmas	Barrio		Adulto ( ) Cachorro ( )
Tel. fijo		Cel. 311 732 6854	
Especie: Canino (X)	Felino ( )	Sexo: H ( )	M (X)
Raza:	Color: Cafe	Edad: 2 meses	
Características particulares		Carnet de vacunación SI ( ) NO ( )	
Estado de salud:		Peso:	
Estado corporal	Normal (X)	Desnutrido ( )	Sobrepeso ( )
Procedencia de la mascota	Callejera ( )	abandonada ( )	Con dueño ( )

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

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, EL ADOPTANTE ACEPTA QUE:

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

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

Acepto las condiciones:

Wendy Arango
Firma del dueño
1005160025

Edilma Hurtado
funcionario que entrega

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA 2026.

DATOS DEL ADOPTANTE						09/2026 / mayo
s:NOMBRE Ilexc	*APELLIDO* Cañas Gaxia			*C.C.* 1095551873		
Dirección: 10 calle	*Barrio*			Adulto ( )	Cachorro (X)	
Tel. fijo			*Cel.*			
Especie:	Canino ( )	Felino (X)	Sexo:	H (X)	M ( )	
Raza:		Color: Blanco		Edad:		
Características particulares				Carnet de vacunación SI ( ) NO ( )		
Estado de salud:				Peso:		
Estado corporal		Normal (X)	Desnutrido ( )	Sobrepeso ( )		
Procedencia de la mascota		Callejera ( )	abandonada ( )	Con dueño ( )		

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

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, EL ADOPTANTE ACEPTA QUE:

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

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

Acepto las condiciones:

Firma del dueño

Victoria Barragan
funcionario que entrega

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA 2026.

DATOS DEL ADOPTANTE					09/ mayo /2026
s:NOMBRE Juan Andres	APELLIDO Meresos			C.C. 1095209605	
Dirección: 7-35	Barrio calle #11		Adulto ( )	Cachorro (X)	
Tel. fijo		Cel. 3043884248			
Especie:	Canino (X)	Felino ( )	Sexo:	H ( )	M (X)
Raza:		Color: Negro		Edad:	
Características particulares			Carnet de vacunación SI ( ) NO ( )		
Estado de salud:			Peso:		
Estado corporal	Normal (X)	Desnutrido ( )	Sobrepeso ( )		
Procedencia de la mascota	Callejera ( )	abandonada ( )	Con dueño ( )		

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

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, EL ADOPTANTE ACEPTA QUE:

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

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

Acepto las condiciones:

x Juan Andres M.
Firma del dueño

x Victoria Barragon
funcionario que entrega

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA 2026.

09/04/2026

DATOS DEL ADOPTANTE					
s:NOMBRE Monica	*APELLIDO* Reyes			*C.C.* 1094978514	
Dirección: M2 -4-44	*Barrio* 8 de marzo		Adulto ( )	Cachorro (X)	
Tel. fijo		*Cel.* 3226770351			
Especie:	Canino (X)	Felino ( )	Sexo:	H ( )	M (X)
Raza:		Color: Negro	Edad:		
Características particulares			Carnet de vacunación SI ( ) NO ( )		
Estado de salud:			Peso:		
Estado corporal		Normal (X)	Desnutrido ( )	Sobrepeso ( )	
Procedencia de la mascota		Callejera ( )	abandonada ( )	Con dueño ( )	

Yo, Monica Reyes **, identificado(a) con C.C.** 1094978514 **, me comprometo fielmente a cuidar, amar, alimentar, bañar, cepillar, pasear, vacunar, brindarle servicios medico veterinarios a mi mascota, que será un miembro más de mi familia a partir del dia de hoy y me comprometo que nunca la abandonare, ni la maltrataré, ni la venderé**

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, EL ADOPTANTE ACEPTA QUE:

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

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

Acepto las condiciones:

Monica Reyes T.
Firma del dueño

Victoria Barragan
funcionario que entrega

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA 2026.

9 de mayo 2026

DATOS DEL ADOPTANTE			
s:NOMBRE Marin	*APELLIDO* Romero		*C.C.* 47 868 517
Dirección:	*Barrio* ciudad dorado		Adulto ( ) Cachorro (X)
Tel. fijo	Armenia	*Cel.* 311 363 13 66	
Especie: Canino ( )	Felino (X)	Sexo: H (X)	M ( )
Raza:	Color: Blanca negra y mes y marr	Edad:	
Características particulares		Carnet de vacunación SI ( ) NO ( )	
Estado de salud:		Peso:	
Estado corporal	Normal (X)	Desnutrido ( )	Sobrepeso ( )
Procedencia de la mascota	Callejera ( )	abandonada ( )	Con dueño ( )

Yo, Marin Romero B., **identificado(a) con C.C.** 47 868 517, **me comprometo fielmente a cuidar, amar, alimentar, bañar, cepillar, pasear, vacunar, brindarle servicios medico veterinarios a mi mascota, que será un miembro más de mi familia a partir del dia de hoy y me comprometo que nunca la abandonare, ni la maltrataré, ni la venderé**

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, EL ADOPTANTE ACEPTA QUE:

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

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

Acepto las condiciones:

Marin Romero B. — *Firma del dueño*

Gloria Palacio — *funcionario que entrega*

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA 2026.

09 Mayo 2026

DATOS DEL ADOPTANTE					
s:NOMBRE Daniel Esteven	*APELLIDO* Bohorquez			*C.C.* 1005093404	
Dirección: Cr 19 #19-27	*Barrio* Tres esquinas		Adulto (X)	Cachorro ( )	
Tel. fijo		*Cel.* 3157540108			
Especie: Canino (X)	Felino ( )	Sexo:	H ( )	M (X)	
Raza: mestizo	Color: Blanco	Edad:			
Características particulares		Carnet de vacunación SI ( ) NO (X)			
Estado de salud:		Peso:			
Estado corporal	Normal (X)	Desnutrido ( )	Sobrepeso ( )		
Procedencia de la mascota	Callejera ( )	abandonada ( )	Con dueño ( )		

Yo, Daniel E Bohorquez **, identificado(a) con C.C.** 1005093404 **, me comprometo fielmente a cuidar, amar, alimentar, bañar, cepillar, pasear, vacunar, brindarle servicios medico veterinarios a mi mascota, que será un miembro más de mi familia a partir del dia de hoy y me comprometo que nunca la abandonare, ni la maltrataré, ni la venderé**

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, EL ADOPTANTE ACEPTA QUE:

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

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

Acepto las condiciones:

David Riascos

Firma del dueño

Alexandra 15479
1.095.208.791

funcionario que entrega

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA 2026.

05-05-2026

DATOS DEL ADOPTANTE					
s:NOMBRE Nicolai	APELLIDO Trujillo			C.C. 1098306343	
Dirección: Salento	Barrio Finca mivaflores		Adulto ( )	Cachorro (X)	
Tel. fijo		Cel. 3117707816			
Especie:	Canino (X)	Felino ( )	Sexo:	H (X)	M ( )
Raza:		Color: Negra		Edad:	
Características particulares				Carnet de vacunación SI ( ) NO ( )	
Estado de salud:				Peso:	
Estado corporal	Normal (X)	Desnutrido ( )		Sobrepeso ( )	
Procedencia de la mascota	Callejera ( )	abandonada ( )		Con dueño ( )	

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

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, EL ADOPTANTE ACEPTA QUE:

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

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

Acepto las condiciones:

x Nicolai Trujillo
Firma del dueño

x Victoria Barragan
funcionario que entrega

LA TEBAIDA	**REPÚBLICA DE COLOMBIA** **ALCALDÍA MUNICIPAL** **LA TEBAIDA QUINDÍO** **Nit.: 890 000564-1** Acta de Reunión	FUNAT Fundación Naturaleza Animal Tebaida

1ª JORNADA DE ADOPCION ALBERGUE MUNIICIPAL

Fecha	22 23 de mayo 2026	Hora	8AM A 12 AM
LUGAR	ALBERGUE MUNICIPAL DE FAUNA LA TEBAIDA		
SECRETARIA DE GOB	NO PARTICIPO / EXCUSA MEDICA ☺		
FUNAT	SI PARTICIPO		

ASUNTO
SE REALIZA JORNADA DE ADOPCION / INSENTIVAR ADOPCIONES RESPONSABLES

PARTICIPANTES			
Nombre	**Institución/Cargo**	**Datos Contacto**	
LORENA ROJAS	FUNAT	R LEGAL	
LUZ ELENA ESQUIVEL	SECRETARIA DE GOB	SUPERVISOR	
ALEXANDRA IZAZA	AUXILIAR VET	AUXILIAR	

Se lleva a cabo la 2 jornada de adopciones con mira a que los animales residentes en el albergue municipal para fauna , encuentren verdaderos hogares , se les da información acerca de los cuidados y necesidades que tienen sus nuevas mascotas, acerca de la importancia de vacunar , desparasitar y esterilizar después de los 6 meses, también se les advierte sobre las nuevas leyes que protegen a los animales y sobre el abandono, se les dan 10 días para devolver el animal en caso que surja algún problema.

SE TOMA EVIDENCIA FOTOGRAFICA.

TAMBIEN EN EL ALBERGUE SE DAN ANIMALES RESIDENTES EN ADOPCION A LAS PERSONAS QUE NOS VISITAN MOSTRANDO INTERES

JORNADA
De adopción



Adopta a un amigo

La Alcaldía Municipal y la Fundación FUNAT te invitan a nuestra jornada de adopción este viernes 22 de mayo, de 8:00 a. m. a 11:00 p. m.

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA 2026.

DATOS DEL ADOPTANTE 22/mayo/2026					
s:NOMBRE lina	*APELLIDO* valencia			*C.C.* 1006439594	
Dirección:	*Barrio* quebrada nueva		Adulto (Y)	Cachorro ( )	
Tel. fijo			*Cel.* 3182400375		
Especie:	Canino ( )	Felino (Y)	Sexo:	H ( )	M (Y)
Raza: mestizo-criollo	Color: tigre.		Edad:		
Características particulares			Carnet de vacunación SI ( ) NO (Y)		
Estado de salud: Bien			Peso:		
Estado corporal	Normal (Y)	Desnutrido ( )	Sobrepeso ( )		
Procedencia de la mascota	Callejera ( )	abandonada ( )	Con dueño ( )		

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

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, EL ADOPTANTE ACEPTA QUE:

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

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

Acepto las condiciones:

lina Valencia
Firma del dueño

Alexandra Isaza
funcionario que entrega

gato felino adoptado

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA 2026.

22 Mayo 2026

DATOS DEL ADOPTANTE						
s:NOMBRE	*APELLIDO*			*C.C.*		
Juan david	Saldarriaga .			1053833378 .		
Dirección:	*Barrio*		Adulto ( )	Cachorro (X)		
Mz 6 Cra 4-50	los Profesores					
Tel. fijo		*Cel.* 318.19.00 617 .				
Especie:	Canino ( )	Felino (X)	Sexo:	H (X)	M ( )	
Raza:		Color: negro.		Edad: 1 mes		
Características particulares				Carnet de vacunàción SI ( ) NO ( )		
Estado de salud:				Peso:		
Estado corporal	Normal (X)	Desnutrido ( )		Sobrepeso ( )		
Procedencia de la mascota	Callejera ( )	abandonada ( )		Con dueño ( )		

Yo, JUAN DAVID SALDARRIAGA, identificado(a) con C.C. 1053833378, me comprometo fielmente a cuidar, amar, alimentar, bañar, cepillar, pasear, vacunar, brindarle servicios medico veterinarios a mi mascota, que será un miembro más de mi familia a partir del dia de hoy y me comprometo que nunca la abandonare, ni la maltrataré, ni la venderé

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, EL ADOPTANTE ACEPTA QUE:

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

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

Perro.
Vacuna.

Acepto las condiciones:

Firma del dueño

JUAN DAVID SALDARRIAGA

funcionario que entrega

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA 2026.

DATOS DEL ADOPTANTE 22/ mayo/ 2026					
s:NOMBRE Laura Juliana	*APELLIDO* Aguirre		*C.C.* 1096040607		
Dirección: cr 5-1	*Barrio* 11-20		Adulto ( )	Cachorro (X)	
Tel. fijo		*Cel.* 3163750975			
Especie:	Canino ( )	Felino (X)	Sexo:	H (X)	M ( )
Raza:		Color:	Edad:		
Características particulares			Carnet de vacunación SI ( ) NO ( )		
Estado de salud:			Peso:		
Estado corporal	Normal (X)	Desnutrido ( )	Sobrepeso ( )		
Procedencia de la mascota	Callejera ( )	abandonada ( )	Con dueño ( )		

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

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, EL ADOPTANTE ACEPTA QUE:

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

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

Acepto las condiciones:

x Laura Juliana Aguirre. *Firma del dueño*

x Victoria Barragan *funcionario que entrega*

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA 2026.

DATOS DEL ADOPTANTE 22/ Mayo/ 2026					
s:NOMBRE Alexandra	*APELLIDO* Vargas			*C.C.* 1097408334	
Dirección: M2 24 casa 22	*Barrio* Adiela - Arena		Adulto ( )	Cachorro (X)	
Tel. fijo		*Cel.* 3127193066			
Especie: Canino ( )	Felino (X)	Sexo:	H ( )	M (X)	
Raza: Mestizo	Color: blanco negro	Edad: Mes y medio			
Características particulares	Gato Feral		Carnet de vacunación SI ( ) NO ( )		
Estado de salud:			Peso:		
Estado corporal	Normal (X)	Desnutrido ( )	Sobrepeso ( )		
Procedencia de la mascota	Callejera ( )	abandonada (X)	Con dueño ( )		

Yo, Alexandra Vargas Rojas **identificado(a) con C.C.** 1097408334 **, me comprometo fielmente a cuidar, amar, alimentar, bañar, cepillar, pasear, vacunar, brindarle servicios medico veterinarios a mi mascota, que será un miembro más de mi familia a partir del dia de hoy y me comprometo que nunca la abandonare, ni la maltrataré, ni la venderé**

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, EL ADOPTANTE ACEPTA QUE:

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

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

Acepto las condiciones:

Firma del dueño	*funcionario que entrega*
Alexandra Vargas	Jessly Victoria

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA 2026.

DATOS DEL ADOPTANTE						22/mayo/2026
s:NOMBRE Gustavo	*APELLIDO* Forero				*C.C.* 1096038778	
Dirección:	*Barrio* Alfonso Lopez			Adulto (X)	Cachorro (X)	
Tel. fijo			*Cel.* 3018543897			
Especie:	Canino ( )	Felino (X)	Sexo:	H ( )	M (X)	
Raza:		Color: Amarillo		Edad:		
Características particulares				Carnet de vacunación SI ( ) NO ( )		
Estado de salud:				Peso:		
Estado corporal		Normal (X)	Desnutrido ( )	Sobrepeso ( )		
Procedencia de la mascota		Callejera ( )	abandonada ( )	Con dueño ( )		

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

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, EL ADOPTANTE ACEPTA QUE:

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

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

Acepto las condiciones:

x Gustavo Forero
Firma del dueño

x Victoria Borragan
funcionario que entrega

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA 2026.

22/Mayo/2026

DATOS DEL ADOPTANTE					
s:NOMBRE Diana Carolina	*APELLIDO* Diaz			*C.C.* 1096039894	
Dirección: M2 6 casa3	*Barrio* la hacienda		Adulto ( )	Cachorro (X)	
Tel. fijo		*Cel.* 3226562297			
Especie: Canino ( )	Felino (X)	Sexo:	H ( )	M (X)	
Raza: mestizo	Color: negro	Edad: mes y medio			
Caracteristicas particulares		Carnet de vacunación SI ( ) NO ( )			
Estado de salud:		Peso:			
Estado corporal	Normal (X)	Desnutrido ( )	Sobrepeso ( )		
Procedencia de la mascota	Callejera ( )	abandonada (X)	Con dueño ( )		

Yo, Diana Carolina Diaz V **, identificado(a) con C.C.** 1096039894**, me comprometo fielmente a cuidar, amar, alimentar, bañar, cepillar, pasear, vacunar, brindarle servicios medico veterinarios a mi mascota, que será un miembro más de mi familia a partir del dia de hoy y me comprometo que nunca la abandonare, ni la maltrataré, ni la venderé**

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, EL ADOPTANTE ACEPTA QUE:

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

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

Acepto las condiciones:

Firma del dueño	*funcionario que entrega*
Diana Carolina Diaz V	lessly Victoria Restrepo

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA 2026.

12 Mayo 2026

DATOS DEL ADOPTANTE					
s:NOMBRE Alexis	*APELLIDO* Betancourt Moreno.			*C.C.* 1116 276 019.	
				322 508 21 40.	
Dirección: Mz 5 C 86	*Barrio* Bosque de Pinares.		Adulto ( )	Cachorro ( )	
Tel. fijo		*Cel.* 322 508 21 40			
Especie: Canino ( )	Felino (X)	Sexo:	H (X)	M ( )	
Raza:	Color: tigrilla		Edad: 1 año 3 mes y medio		
Características particulares			Carnet de vacunación SI ( ) NO ( )		
Estado de salud:			Peso:		
Estado corporal	Normal ( )	Desnutrido ( )	Sobrepeso ( )		
Procedencia de la mascota	Callejera ( )	abandonada ( )	Con dueño ( )		

Yo, Alexis Betancourt Moreno. **, identificado(a) con C.C.** 1116 276 019. **, me comprometo fielmente a cuidar, amar, alimentar, bañar, cepillar, pasear, vacunar, brindarle servicios medico veterinarios a mi mascota, que será un miembro más de mi familia a partir del dia de hoy y me comprometo que nunca la abandonare, ni la maltrataré, ni la venderé**

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, EL ADOPTANTE ACEPTA QUE:

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

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

Acepto las condiciones:

Firma del dueño

Gloria Palacio

funcionario que entrega

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA 2026.

DATOS DEL ADOPTANTE						22/ mayo/ 2026
s:NOMBRE	APELLIDO			C.C.		
Yesica.	Herrera Tavera.			1096036958		
Dirección: Mz 19 Hs	Barrio Nueva Tebaida			Adulto ( )	Cachorro ( )	
Tel. fijo			Cel.			
Especie:	Canino (X)	Felino ( )	Sexo:	H ( )	M (X)	
Raza:		Color: Blanco.		Edad: 1 1/2 medio		
Características particulares				Carnet de vacunación SI (X) NO ( )		
Estado de salud:				Peso:		
Estado corporal	Normal (X)	Desnutrido ( )	Sobrepeso ( )			
Procedencia de la mascota	Callejera ( )	abandonada ( )	Con dueño ( )			

Yo, Yesica. Herrera T., identificado(a) con C.C. 1096036958, me comprometo fielmente a cuidar, amar, alimentar, bañar, cepillar, pasear, vacunar, brindarle servicios medico veterinarios a mi mascota, que será un miembro más de mi familia a partir del dia de hoy y me comprometo que nunca la abandonare, ni la maltrataré, ni la venderé

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, EL ADOPTANTE ACEPTA QUE:

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

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

Acepto las condiciones:

X Yesica. Herrera T.
Firma del dueño
X 1096036958

Obrm Palacios
funcionario que entrega

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA 2026.

DATOS DEL ADOPTANTE 23/Mayo/2026			
s:NOMBRE Angela	*APELLIDO* Gomez	*C.C.* 1030540820	
Dirección: Cra 8	*Barrio* Monterrey	Adulto ( )	Cachorro (X)
Tel. fijo		*Cel.* 3132002328	
Especie:	Canino (X)	Felino ( )	Sexo: H ( ) M ( )
Raza:	Color: Cafe	Edad:	
Características particulares		Carnet de vacunación SI ( ) NO ( )	
Estado de salud:		Peso:	
Estado corporal	Normal (X)	Desnutrido ( )	Sobrepeso ( )
Procedencia de la mascota	Callejera ( )	abandonada ( )	Con dueño ( )

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

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, EL ADOPTANTE ACEPTA QUE:

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

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

Acepto las condiciones:

Firma del dueño
+ 1030540820

Gloria Palacio
funcionario que entrega

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA 2026.

DATOS DEL ADOPTANTE 23/ mayo / 2020					
s:NOMBRE Olga	*APELLIDO* yeny Grajales			*C.C.* 1054988999	
Dirección: MZ MC # Las Obaidas	*Barrio*		Adulto ( )	Cachorro (X)	
Tel. fijo			*Cel.* 3212788340		
Especie:	Canino (X)	Felino ( )	Sexo:	H ( )	M ( )
Raza:		Color: Cafe		Edad:	
Características particulares				Carnet de vacunación SI ( ) NO ( )	
Estado de salud:				Peso:	
Estado corporal	Normal (X)	Desnutrido ( )		Sobrepeso ( )	
Procedencia de la mascota	Callejera ( )	abandonada ( )		Con dueño ( )	

Yo, Olga y Grajales **, identificado(a) con C.C.** 1054988999 **, me comprometo fielmente a cuidar, amar, alimentar, bañar, cepillar, pasear, vacunar, brindarle servicios medico veterinarios a mi mascota, que será un miembro más de mi familia a partir del dia de hoy y me comprometo que nunca la abandonare, ni la maltrataré, ni la venderé**

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, EL ADOPTANTE ACEPTA QUE:

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

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

Acepto las condiciones:

Olga yeny Grajales — *Firma del dueño*

Gloria Pulido — *funcionario que entrega*

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA 2026.

DATOS DEL ADOPTANTE 23/ Mayo/2026					
s:NOMBRE MARIA	*APELLIDO* AURORA NAVAS			*CC* 2522873	
La Hueta MZ JC11					
Dirección:	*Barrio*		Adulto ( )	Cachorro (X)	
Tel. fijo		*Cel.* 3225173193			
Especie:	Canino (X)	Felino ( )	Sexo:	H ( )	M ( )
Raza:		Color:		Edad:	
Características particulares			Carnet de vacunación SI ( ) NO ( )		
Estado de salud:			Peso:		
Estado corporal	Normal (X)	Desnutrido ( )	Sobrepeso ( )		
Procedencia de la mascota	Callejera ( )	abandonada ( )	Con dueño ( )		

Yo, MARIA. A NAVAS, **identificado(a) con C.C.** 2522873 **, me comprometo fielmente a cuidar, amar, alimentar, bañar, cepillar, pasear, vacunar, brindarle servicios medico veterinarios a mi mascota, que será un miembro más de mi familia a partir del dia de hoy y me comprometo que nunca la abandonare, ni la maltrataré, ni la venderé**

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, EL ADOPTANTE ACEPTA QUE:

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

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

Acepto las condiciones:

Firma del dueño *funcionario que entrega*

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA 2026.

28/04/26.

DATOS DEL ADOPTANTE					
s:NOMBRE Ellicania	APELLIDO Polgarin			C.C. 41'871642	
Dirección: Calle 10 # 28	Barrio alfonso lopez		Adulto (x)		Cachorro ( )
Tel. fijo			Cel. 314 812 42 82.		
Especie:	Canino (x)	Felino ( )	Sexo:	H (x)	M ( )
Raza:		Color: negro.		Edad: 1 año.	
Características particulares		2 ulo		Carnet de vacunación SI ( ) NO ( )	
Estado de salud:				Peso:	
Estado corporal		Normal (x)	Desnutrido ( )		Sobrepeso ( )
Procedencia de la mascota		Callejera ( )	abandonada ( )		Con dueño ( )

Yo, [signature] _____, identificado(a) con C.C. 41'871642, me comprometo fielmente a cuidar, amar, alimentar, bañar, cepillar, pasear, vacunar, brindarle servicios medico veterinarios a mi mascota, que será un miembro más de mi familia a partir del dia de hoy y me comprometo que nunca la abandonare, ni la maltrataré, ni la venderé

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, EL ADOPTANTE ACEPTA QUE:

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

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

Acepto las condiciones:

[signature] *Firma del dueño*

[signature] *funcionario que entrega*

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA 2026.

DATOS DEL ADOPTANTE						23/ mayo /2026
s:NOMBRE Alberto	*APELLIDO* Meto Sanchez			*C.C.* 7538058		
Dirección: M2 45 casa 16	*Barrio* N. Tebaida		Adulto ( )	Cachorro (x)		
Tel. fijo		*Cel.* 3136744022				
Especie: Canino (X)	Felino ( )	Sexo:	H (X)	M ( )		
Raza: Mestizo	Color: Cafe	Edad: 3 meses				
Características particulares	orejas largas	Carnet de vacunación SI ( ) NO ( )				
Estado de salud:		Peso:				
Estado corporal	Normal (X)	Desnutrido ( )	Sobrepeso ( )			
Procedencia de la mascota	Callejera ( )	abandonada (X)	Con dueño ( )			

Yo, ALBERTO _____, **identificado(a) con C.C.** 7538058 **, me comprometo fielmente a cuidar, amar, alimentar, bañar, cepillar, pasear, vacunar, brindarle servicios medico veterinarios a mi mascota, que será un miembro más de mi familia a partir del dia de hoy y me comprometo que nunca la abandonare, ni la maltrataré, ni la venderé**

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, EL ADOPTANTE ACEPTA QUE:

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

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

Acepto las condiciones:

Firma del dueño Alberto

funcionario que entrega lessly victoria

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA 2026.

17 mayo 2026

DATOS DEL ADOPTANTE			
s:NOMBRE Roberto	*APELLIDO* Duarte P	*C.C.* 14.933 602	
Dirección: Carrera	*Barrio* Barrio la colseda	Adulto ( )	Cachorro ( )
Tel. fijo # 7-05	Salento	*Cel.* 321 345 4494	
Especie: Canino ( )	Felino ( )	Sexo: H ( )	M ( )
Raza:	Color: Negra blanco	Edad: Mes y 15 dia	
Características particulares		Carnet de vacunación SI ( ) NO ( )	
Estado de salud:		Peso:	
Estado corporal	Normal (X)	Desnutrido ( )	Sobrepeso ( )
Procedencia de la mascota	Callejera ( )	abandonada ( )	Con dueño ( )

Yo, _____, **identificado(a) con C.C.** 14933602 **me comprometo fielmente a cuidar, amar, alimentar, bañar, cepillar, pasear, vacunar, brindarle servicios medico veterinarios a mi mascota, que será un miembro más de mi familia a partir del dia de hoy y me comprometo que nunca la abandonare, ni la maltrataré, ni la venderé**

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, EL ADOPTANTE ACEPTA QUE:

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

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

Acepto las condiciones:

Firma del dueño
X 14933602
Cel (v)

Gloria Palacio
funcionario que entrega

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA 2026.

15 Mayo 2026

DATOS DEL ADOPTANTE					
s:NOMBRE: Esperanza	APELLIDO: Zambrano			C.C. P.P.T: 448303	
Dirección: M753 #15	Barrio: nueva Tebaida		Adulto ( )	Cachorro (X)	
Tel. fijo		Cel. 3024347573			
Especie: Canino (X)	Felino ( )	Sexo:	H (X)	M ( )	
Raza: mestizo	Color: negro	Edad: 2m			
Características particulares		Carnet de vacunación: SI ( ) NO (X)			
Estado de salud:		Peso:			
Estado corporal	Normal (X)	Desnutrido ( )	Sobrepeso ( )		
Procedencia de la mascota	Callejera ( )	abandonada ( )	Con dueño ( )		

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

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, EL ADOPTANTE ACEPTA QUE:

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

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

Acepto las condiciones:

Esperanza
Firma del dueño

Alexandra I
funcionario que entrega

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA 2026.

13 Mayo 2026

DATOS DEL ADOPTANTE			
s:NOMBRE: Luiz	APELLIDO: Gomez Velez	C.C. 7528329	
Dirección:	Barrio	Adulto (X)	Cachorro ( )
Tel. fijo		Cel. 317 511 0244	
Especie: Canino (X)	Felino ( )	Sexo: H (X)	M ( )
Raza:	Color: Monos	Edad: 2 Años	
Características particulares		Carnet de vacunación SI ( ) NO ( )	
Estado de salud: ✓		Peso:	
Estado corporal	Normal (X)	Desnutrido ( )	Sobrepeso ( )
Procedencia de la mascota	Callejera ( )	abandonada ( )	Con dueño ( )

Yo, Luis C. Gomez Velez, **identificado(a) con C.C.** 7528.329, **me comprometo fielmente a cuidar, amar, alimentar, bañar, cepillar, pasear, vacunar, brindarle servicios medico veterinarios a mi mascota, que será un miembro más de mi familia a partir del dia de hoy y me comprometo que nunca la abandonare, ni la maltrataré, ni la venderé**

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, EL ADOPTANTE ACEPTA QUE:

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

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

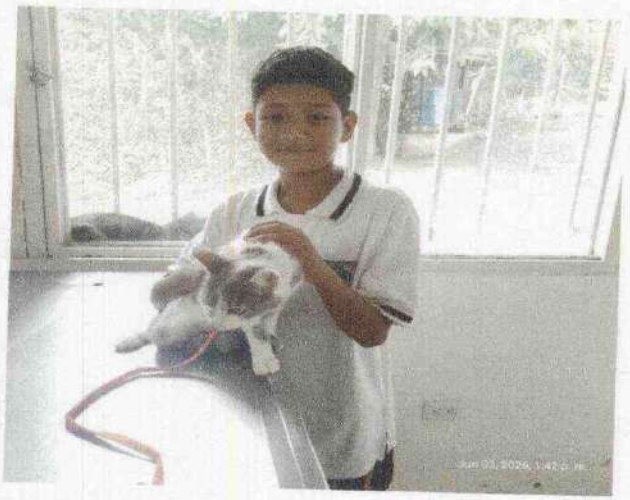
Acepto las condiciones:

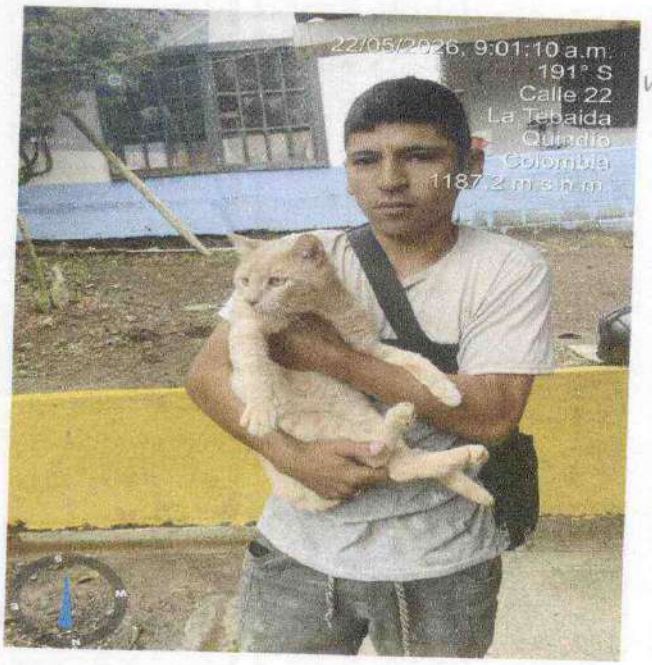
Luis C. Gomez V. — *Firma del dueño*

Gloria Palacio — *funcionario que entrega*

FOTOS MES DE MAYO 2026.



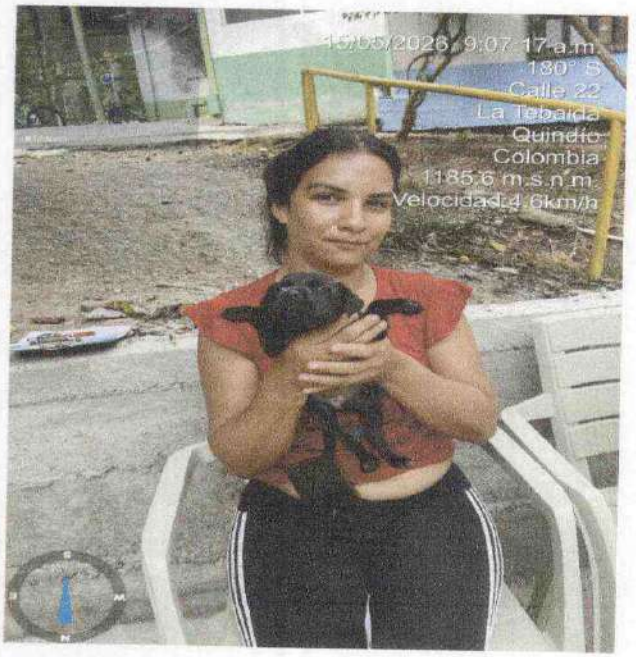






FOTOS MES DE MAYO 2026.





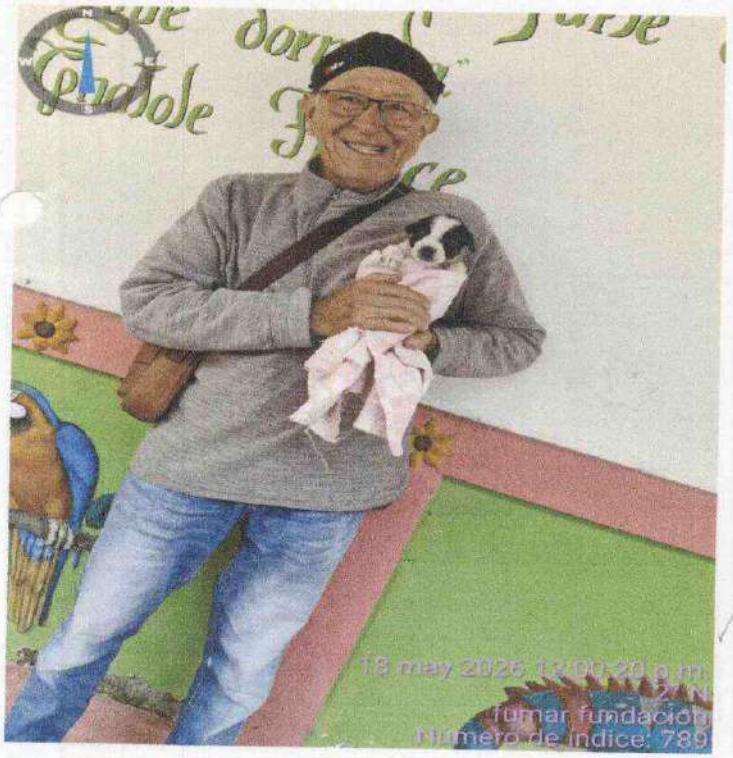




FOTOS MES DE MAYO 2026.









CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA 2026.

DATOS DEL ADOPTANTE						
30 mayo / 2026						
s:NOMBRE: Paula	APELLIDO: Marin			C.C. 1005160305		
Dirección: Calle 6 # A 13	Barrio: Apolinar			Adulto ( )	Cachorro (X)	
Tel. fijo				Cel. 3233011991 44		
Especie:	Canino ( )	Felino (X)	Sexo:	H ( )	M (X)	
Raza:		Color: B/N		Edad: 2 meses		
Caracteristicas particulares				Carnet de vacunación SI ( ) NO (X) V. pagina		
Estado de salud:				Peso:		
Estado corporal		Normal (X)	Desnutrido ( )		Sobrepeso ( )	
Procedencia de la mascota		Callejera ( )	abandonada ( )		Con dueño ( )	

Yo, Paula. Marin, identificado(a) con C.C. 1005160305, me comprometo fielmente a cuidar, amar, alimentar, bañar, cepillar, pasear, vacunar, brindarle servicios medico veterinarios a mi mascota, que será un miembro más de mi familia a partir del dia de hoy y me comprometo que nunca la abandonare, ni la maltrataré, ni la venderé

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, EL ADOPTANTE ACEPTA QUE:

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

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

Acepto las condiciones:

X Paula Marin
Firma del dueño

Gloria Palacio
funcionario que entrega

CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR ANIMAL/ ALBERGUE MUNICIPAL LA TEBAIDA 2026.

30 mayo

DATOS DEL ADOPTANTE					
NOMBRE Liz nelly Duque Fabio	*APELLIDO* molina		*C.C.* 24495200		
Dirección Mz D	*Barrio* CH 13		Adulto ( )	Cachorro ( )	
Tel. fijo			*Cel.* 3105051813		
Especie:	Canino ( )	Felino (X)	Sexo:	H ( )	M (X)
Raza:		Color: P	Edad: 2m		
Características particulares			Carnet de vacunación SI ( ) NO ( )		
Estado de salud:			Peso:		
Estado corporal	Normal (X)	Desnutrido ( )	Sobrepeso ( )		
Procedencia de la mascota	Callejera ( )	abandonada ( )	Con dueño ( )		

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

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, EL ADOPTANTE ACEPTA QUE:

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

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

Acepto las condiciones:

Firma del dueño

Gloria Palacio

funcionario que entrega

Liz Nelly Duque