OBLIGACION
09

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

55

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

Registro de Ingreso 25/8/2026

I. Datos de la mascota													
Nombre	Mateo			Sexo: M ◯ H ✓									
Especie	Canino ◯	Felino ✓		raza			Peso Aprox.						
Edad 7m		Color RIN.		Pelaje			Vacunas si ◯ no ✓						
Estado de salud	buena ✓			regular ◯			mala ◯						
Fiebre	si	no ✓	Diarrea	si	no ✓	Vomito	si	no ✓	Inapetencia	si	no ✓	Golpes	si	no ✓
Heridas	si	no ✓	Tto veterinario	si	no ✓	Celo	si	no ✓	Lactancia	si	no ✓	Ayunas	si ✓	no
Estado corporal			normal ✓			desnutrido ◯			sobrepeso ◯					

II. Datos del propietario			
Nombre:	Lilia Omaria R.	T.I./C.C.	24479819.
Dirección:	fundadores mz 73 c10	Teléfono:	no tiene.
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 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 (omen 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 dia ,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.

Lilia

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


ago 25, 2026, 10:51:06 a.m.
Calle 22
La Tebaida
Quindío
Colombia

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

B4

Fecha de consulta: 16/10/2025

Ficha: 63401007547500000493

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: LILIA OMAIRA

Apellidos: RAMIREZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24479819

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 17/07/2019

Última actualización ciudadano: 24/05/2022

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARCELA SALAZAR GARCIA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

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

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

Registro de Ingreso 28 8 2026

I. Datos de la mascota

Nombre	Maya				Sexo: M ◯ H ⊗												
Especie	Canino ⊗		Felino ◯		raza				Peso Aprox. 4 Kg								
Edad	9 meses		Color		Pelaje				Vacunas si ◯ no ◯								
Estado de salud	buena ⊗				regular ◯				mala ◯								
Fiebre	si	no ×	Diarrea	si	no ×	Vomito	si	no ×	Inapetencia	si	no ×	Golpes	si	no ×			
Heridas	si	no ×	Tto veterinario	si	no ×	Celo	si	no ✓	Lactancia	si	no ✓	Ayunas	si ×	no			
Estado corporal	normal ⊗				desnutrido ◯				sobrepeso ◯								

S

II. Datos del propietario

Nombre: Juan David	T.I./C.C. 1095209925
Dirección: Cr 13 Oasis Cs 6 Bis	Teléfono: 3113067854
E-mail:	Sisben: SI ◯ NO ◯ Nivel 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯

ACTA DE AUTORIZACION 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, 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 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 cirugia en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias internas y postoperatorio

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

2

FIRMA DEL DUEÑO / ACUDIENTE

FECHA Juan David


Aug 28, 2026, 11:15:36 a.m.
Calle 22
La Tebaida
Quindío
Colombia

RUI
Registro Universal de Ingresos

JUAN DAVID TUSARMA RIOS

13 años · Masculino

LA TEBAIDA — QUINDIO

CLASIFICACIÓN RUI

C14

Vulnerabilidad

Fuente: RSH

DATOS PERSONALES

Tipo de Documento	Tarjeta de identidad
Número de Documento	1095209925
Nacionalidad	Colombiana

Consulta realizada: 02/09/2026 20:06:51

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

Registro de Ingreso 31 8 / 2026

I. Datos de la mascota																				
Nombre	max					Sexo: M (x) H ( )														
Especie	Canino (x)		Felino ( )			raza					Peso Aprox.									
Edad	1 año		Color			Pelaje					Vacunas si ( ) no ( )									
Estado de salud	buena (x)					regular ( )					mala ( )									
Fiebre	si	no x	Diarrea	si	no x	Vomito	si	no x	Inapetencia	si	no x	Golpes	si	no x						
Heridas	si	no x	Tto veterinario	si	no x	Celo	si	no x	Lactancia	si	no x	Ayunas	si x	no						
Estado corporal	normal (x)					desnutrido ( )					sobrepeso ( )									

5

II. Datos del propietario	
Nombre: gloria patiño	T.I./C.C. 24497849
Dirección: Nueva tebaida m254 N 17	Teléfono: 3222038376
E-mail:	Sisben: SI ( ) NO ( ) Nivel 1 ( ) 2 ( ) 3 ( )

590 examen de sangre

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 masçota 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.

3

Gloria Elma Patiño

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


enero 31, 2026, 9:46:35 a.m.
Calle 22
La Tebaida
Quindío
Colombia

RUI
Registro Universal de Ingresos

GLORIA ELMA PATIÑO PEÑUELA

58 años · Femenino

LA TEBAIDA — QUINDIO

CLASIFICACIÓN RUI

C04

Vulnerabilidad

Fuente: RSH

DATOS PERSONALES

Tipo de Documento	Cédula de ciudadanía
Número de Documento	24497849
Nacionalidad	Colombiana

Consulta realizada: 02/09/2026 20:09:01

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

Registro de Ingreso 26 8 2026

I. Datos de la mascota

Nombre	musa				Sexo: M ◯ H (x)										
Especie	Canino ◯	Felino (x)			raza			Peso Aprox. 5kg							
Edad	7 meses	Color			Pelaje			Vacunas si ◯ no ◯							
Estado de salud	buena (x)				regular ◯			mala ◯							
Fiebre	si	no x	Diarrea	si	no x	Vomito	si	no x	Inapetencia	si	no x	Golpes	si	no x	
Heridas	si	no x	Tto veterinario	si	no x	Celo	si	no x	Lactancia	si	no x	Ayunas	si x	no	
Estado corporal	normal (x)				desnutrido ◯			sobrepeso ◯							

S

II. Datos del propietario

Nombre: Ana Cilena Valencia	T.I./C.C. 25077245
Dirección: popa Finca la pastora c7	Teléfono: 3218979105
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 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 cirugia 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 medico 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

4

Ana Cilena Valencia Mazo

FIRMA DEL DUEÑO / ACUDIENTE

FECHA ----------

55

Serial Number	S4VY012398
Firmware Version	XF19I1.50.50
Color Pages	25760
B/W Pages	23936
Blank Pages	1235
Total Pages	50931
ADF Pages	160

XF19I1 QP120A49

RUI
Registro Universal de Ingresos

ANA CILENA VALENCIA VICTORIA

53 años · Femenino

LA TEBAIDA — QUINDIO

CLASIFICACIÓN RUI

C01

Vulnerabilidad

Fuente: RSH

DATOS PERSONALES

Tipo de Documento	Cédula de ciudadanía
Número de Documento	25022245
Nacionalidad	Colombiana

Consulta realizada: 02/09/2026 20:08:14

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

Registro de Ingreso 26/8/2026

I. Datos de la mascota

Nombre	Michi			Sexo: M ◯ H ✕									
Especie	Canino ◯	Felino ✓		raza		Peso Aprox.							
Edad 1 año		Color Gris Blan		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 ◯							

Consultar

II. Datos del propietario

Nombre: Luisa Fernanda Yate	T.I./C.C. 1090272094
Dirección: Cr 10 Calle 9 38	Teléfono: 3117296652
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**

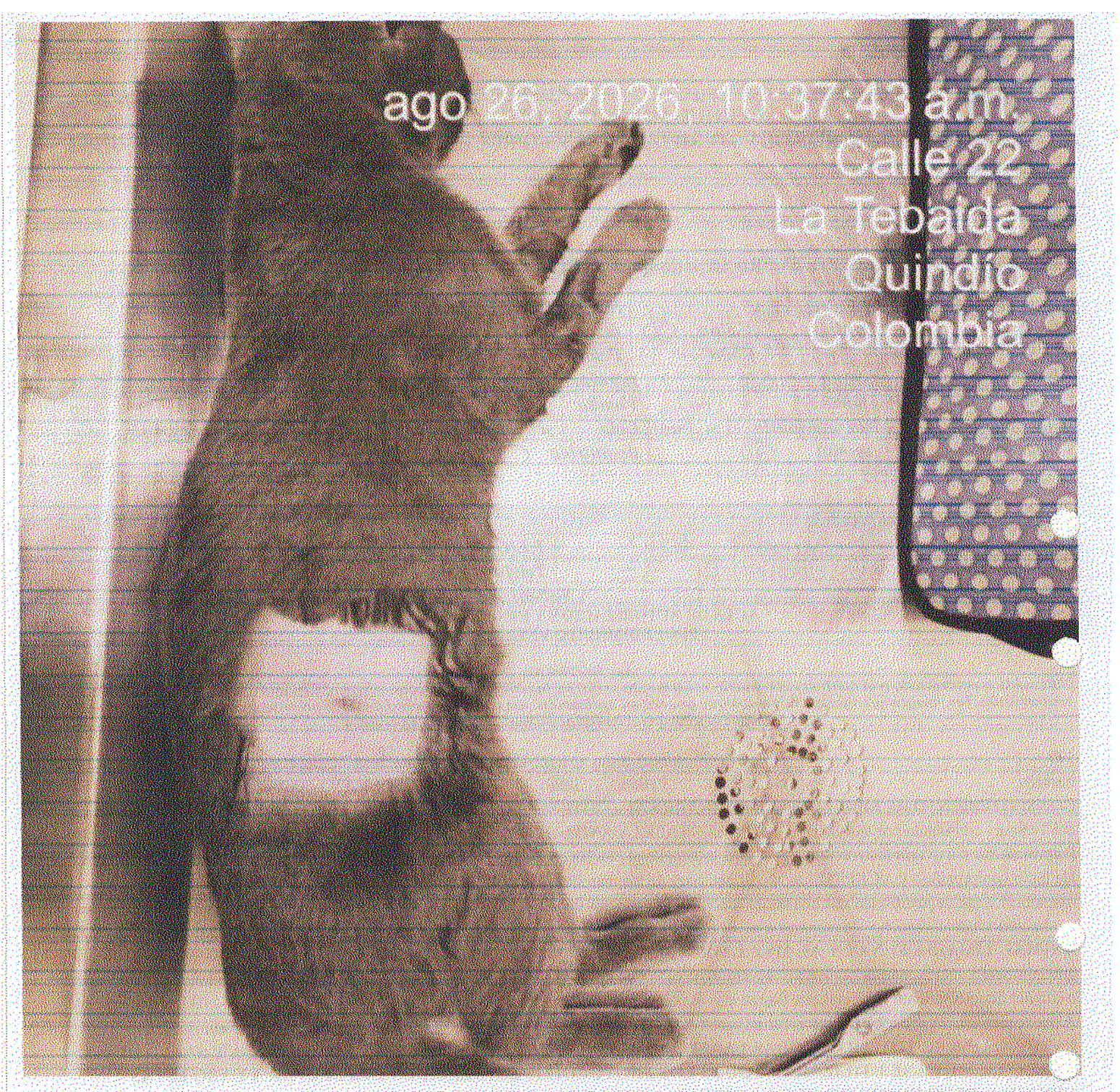
YO Identificado(a) como aparece al pied de la firma ,propietario(a) y / responsable de la mascota llamada ,especie canino Felino sexo DECLARO ,SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL MEDICO(A) VETERINARIO(A) ZOOTENESTA (M.V.Z) LAURA MAZO CON LA TP 37991 Universidad del Tolima , contratada por 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.

* Luisa. Yate Llanos

5

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


ago 26, 2025 10:37:43 a.m.
Calle 22
La Tebaida
Quindío
Colombia

RUI
Registro Único de Ingresos

LUISA FERNANDA YATE LLANOS

22 años · Femenino

LA TEBAIDA — QUINDIO

Fuente: RSH

DATOS PERSONALES

Tipo de Documento	**Cédula de ciudadanía**
Número de Documento	**1090272094**
Nacionalidad	**Colombiana**

Consulta realizada: 02/09/2026 20:03:02

34

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

FUNAT

Registro de Ingreso 26/8/2026

I. Datos de la mascota												
Nombre	mono			Sexo: M (X) H ( )								
Especie	Canino ( ) Felino (X)			raza		Peso Aprox.						
Edad 8m		Color A/R		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: Doris Becerra Y	T.I/C.C. 24498009
Dirección: mirador	Teléfono: 3147207813
E-mail: mzmacy.	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 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 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 cirugia 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 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 cirugia en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias internas y postoperatorio

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

* DORIS

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

Serial Number	S4VY012398
Firmware Version	XF19I1.50.50
Color Pages	25757
B/W Pages	23936
Blank Pages	1235
Total Pages	50928
ADF Pages	160

XF19I1 QP120A49



RUI
Registro Universal de Ingresos

DORIS BECERRA YEPES

64 años · Femenino

LA TEBAIDA — QUINDIO

CLASIFICACIÓN RUI

C15

Vulnerabilidad

Fuente: RSH

DATOS PERSONALES

Tipo de Documento	**Cédula de ciudadanía**
Número de Documento	**24498009**
Nacionalidad	**Colombiana**

Consulta realizada: 02/09/2026 20:05:52

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

Registro de Ingreso 26/8/2026

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

II. Datos del propietario		
Nombre: Norma Angelica Cubillos		T.I/C.C. 38290025
Dirección: M7 SC13 Providencia		Teléfono: 3147226363
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 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.

Norma Angelica C.

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


ago 26, 2026, 11:14:13 a.m.
Calle 22
La Tebaida
Quindío
Colombia

RUI
Registro Universal de Ingresos

NORMA ANGELICA CUBILLOS SANCHEZ

44 años · Femenino

LA TEBAIDA — QUINDIO

CLASIFICACIÓN RUI

C03

Vulnerabilidad

Fuente: **RSH**

DATOS PERSONALES

Tipo de Documento	**Cédula de ciudadanía**
Número de Documento	**38290825**
Nacionalidad	**Colombiana**

Consulta realizada: 02/09/2026 20:05:21

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

Registro de Ingreso 28 08 2026

I. Datos de la mascota

Nombre	Toby				Sexo: M (X) H ( )										
Especie	Canino (X)	Felino ( )			raza				Peso Aprox. 16						
Edad	4 años	Color	ne		Pelaje				Vacunas si ( ) no ( )						
Estado de salud	buena (X)				regular ( )				mala ( )						
Fiebre	si	no X	Diarrea	si	no X	Vomito	si	no X	Inapetencia	si	no X	Golpes	si	no X	
Heridas	si	no X	Tto veterinario	si	no X	Celo	si	no X	Lactancia	si	no X	Ayunas	si X	no	
Estado corporal	normal (X)				desnutrido ( )				sobrepeso ( )						

S

II. Datos del propietario

Nombre:	Aidee oyuela V	T.I./C.C.	57501507
Dirección:	cll 4 N 5 a 16	Teléfono:	3046756478
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.

8

*Aidee Oyuela

FIRMA DEL DUEÑO / ACUDIENTE

FECHA ----------


28 ago 2026 8:57:26 a.m.
4.451844029443298N 75.79780803993344W
350° N
18-91 Carrera 4
La Tebaida
Quindío
Altitud: 1214.0msnm
Velocidad: 15.5km/h
Numero de indice: 1333
La Tebaida
LA NUEVA
TEBAIDA
ETAPA 1

RUI
Registro Universal de Ingresos

MARIA AIDEE ORJUELA VILLANUEVA

48 años · Femenino

LA TEBAIDA — QUINDIO

CLASIFICACIÓN RUI

C08

Vulnerabilidad

Fuente: RSH

DATOS PERSONALES

Tipo de Documento	Cédula de ciudadanía
Número de Documento	52501511
Nacionalidad	Colombiana

Consulta realizada: 02/09/2026 20:00:12

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

Registro de Ingreso 28 8 2026

I. Datos de la mascota

Nombre	Max			*Sexo:* M (X) H ( )											
Especie	*Canino* (X) *Felino* ( )			*raza*				*Peso Aprox.* 8 kg							
Edad	4 años	*Color*		*Pelaje*			*Vacunas si* ( ) *no* ( )								
Estado de salud	*buena* (X)			*regular* ( )			*mala* ( )								
Fiebre	*si*	*no* ✓	*Diarrea*	*si*	*no* ✓	*Vomito*	*si*	*no* ✓	*Inapetencia*	*si*	*no* ✓	*Golpes*	*si*	*no* ✓	
Heridas	*si*	*no* ✓	*Tto veterinario*	*si*	*no* ✓	*Celo*	*si*	*no* ✓	*Lactancia*	*si*	*no* ✓	*Ayunas*	*si* ✓	*no*	
Estado corporal	*normal* (X)			*desnutrido* ( )			*sobrepeso* ( )								

II. Datos del propietario

Nombre: Orfanay estrada	*T.I./C.C.* 52298131
Dirección: Cll 30a n 3a a 09	*Teléfono:* 3158320647
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 leido 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, 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 ...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 dia ,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, bioquimicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza , edad minimizando los riesgos .que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias internas y postoperatorio

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

9

X Orfanay Estrada
FIRMA DEL DUEÑO / ACUDIENTE

FECHA ----------


N
W
E
S
28 ago 2026 8:57:26 a.m.
4°45'16.440294"N 75°79'48.039934"W
350° N
18-91 Carrera 4
La Tebaida
Quindío
Altitud 1214.0msnm
Velocidad 15.5km/h
Numero de Indice: 1383
La Tebaida
LA NUEVA
TEBAIDA
ETAPA 1

RUI
Registro Universal de Ingresos

ORFANERY ESTRADA BERRIO

54 años · Femenino

LA TEBAIDA — QUINDIO

CLASIFICACIÓN RUI

C01

Vulnerabilidad

Fuente: RSH

DATOS PERSONALES

Tipo de Documento	**Cédula de ciudadanía**
Número de Documento	**52298131**
Nacionalidad	**Colombiana**

Consulta realizada: 02/09/2026 20:00:59

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

Registro de Ingreso 28/8/2026

I. Datos de la mascota																				
Nombre	Oreo					Sexo: M (x) H ( )														
Especie	Canino (x)		Felino ( )			raza					Peso Aprox.									
Edad	2 años		Color			Pelaje					Vacunas si ( ) no ( )									
Estado de salud	buena (x)					regular ( )					mala ( )									
Fiebre	si	no x	Diarrea	si	no x	Vomito	si	no x	Inapetencia	si	no x	Golpes	si	no x						
Heridas	si	no x	Tto veterinario	si	no x	Celo	si	no x	Lactancia	si	no x	Ayunas	si x	no						
Estado corporal	normal (x)					desnutrido ( )					sobrepeso ( )									

S

II. Datos del propietario		
Nombre:	Diana maria Escobar	T.I./C.C. 1187150087
Dirección:		Teléfono: 3234513439
E-mail:	alambra Cruz	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 F IEDO 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.

10

Diana Maria Escobar

FIRMA DEL DUEÑO / ACUDIENTE

FECHA ----------

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 17/06/2026

Ficha: 63401013548100000461

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: DIANA MARIA

Apellidos: ESCOBAR TORRES

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 41871582

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 05/06/2020

Última actualización ciudadano: 05/06/2020

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 27 8 2026

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

S

II. Datos del propietario	
Nombre: Fanny Duque	T.I./C.C. 41906369
Dirección: Estación mz g cs 7	Teléfono: 3147766102
E-mail:	Sisben: SI ◯ NO ◯ Nivel 1◯ 2◯ 3◯

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD
PROCEDIMIENTO VETERINARIO

C2

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 cientificas o educativas, **bajo la reserva del nombre. YO [illegible]IEDO 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.

11

x Fanny Duque T.
FIRMA DEL DUEÑO / ACUDIENTE

FECHA ----------


ago 27, 2026, 9:44:59 a.m.
Calle 22
La Tebaida
Quindío
Colombia

RUI
Registro Universal de Ingresos

FANNY DUQUE TAPASCO

63 años · Femenino

LA TEBAIDA — QUINDIO

CLASIFICACIÓN RUI

C02

Vulnerabilidad

Fuente: RSH

DATOS PERSONALES

Tipo de Documento	**Cédula de ciudadanía**
Número de Documento	**41906369**
Nacionalidad	**Colombiana**

Consulta realizada: 02/09/2026 19:59:26

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

Registro de Ingreso 31/8/2026

I. Datos de la mascota												
Nombre	Bu			Sexo: M ◯ H (X)								
Especie	Canino ◯	Felino (X)		raza		Peso Aprox.						
Edad 8 meses		Color Beige		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: Victor Alfonso Bernal		T.I./C.C. 1072195434
Dirección: Mza 3 Cll la Silvia		Teléfono: 312 3126823405
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 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 TIEDO 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.

Victor Bernal

12

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


ago 31, 2026, 10:29:43 a.m.
Calle 22
La Tebaida
Quindío
Colombia

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 03/08/2026

Ficha: 63401556750400004985

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: BE**AL ALFONSO

Apellidos: BERNAL MA***HA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1072195734

Municipio: La Tebaida

Departamento: Quindío

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 27/06/2023

Última actualización ciudadano: 27/06/2023

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARCELA SALAZAR GARCIA

Dirección: Carrera 6 No. 12-27 Oficina 205

Teléfono: 7542444

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

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

Registro de Ingreso 27-8-2026

I. Datos de la mascota																								
Nombre	Bobby					Sexo: M (x) H ( )																		
Especie	Canino (x)		Felino ( )			raza						Peso Aprox. 17kg												
Edad	1 año		Color			Pelaje						Vacunas si ( ) no ( )												
Estado de salud	buena (x)					regular ( )						mala ( )												
Fiebre	si	no x	Diarrea	si	no x	Vomito	si	no x	Inapetencia	si	no 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 ( )												

8

II. Datos del propietario			
Nombre:	Paola Ramirez	T.I./C.C.	41957069
Dirección:	Fundaciones mz 7 cs 5	Teléfono:	3054956412
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 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, 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 cirugia 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 dia ,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 cirugia en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias internas y postoperatorio

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

13

Paola Hairena Ramirez
FIRMA DEL DUEÑO / ACUDIENTE

FECHA ----------


ago 27, 2026, 10:05:28 a.m.
Calle 22
La Tebaida
Quindío
Colombia

RUI
Registro Universal de Ingresos

PAOLA MAIRENA RAMIREZ LOPEZ

45 años · Femenino

LA TEBAIDA — QUINDIO

CLASIFICACIÓN RUI

C02

Vulnerabilidad

Fuente: RSH

DATOS PERSONALES

Tipo de Documento	Cédula de ciudadanía
Número de Documento	41957069
Nacionalidad	Colombiana

Consulta realizada: 02/09/2026 19:54:16

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

Registro de Ingreso 5/8/2026

I. Datos de la mascota												
Nombre	Nami			Sexo: M ( ) H (X)								
Especie	Canino (X)	Felino ( )		raza		Peso Aprox.						9
Edad 7m		Color Bln.		Pelaje		Vacunas si (X) no ( )						
Estado de salud	buena (X)			regular ( )			mala ( )					
Fiebre si (no)	Diarrea	si (no)		Vomito	si (no)		Inapetencia	si (no)		Golpes	si (no)	
Heridas si (no)	Tto veterinario	si (no)		Celo	si (no)		Lactancia	si (no)		Ayunas	si	no
Estado corporal	normal (X)			desnutrido ( )			sobrepeso ( )					

II. Datos del propietario		
Nombre: Diana Patricia Ramirez	T.I./C.C. 41975869	
Dirección: Nueva Tebaida mz 52 C9	Teléfono: 3147668096	
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.

Diana P. Ramirez

14

FIRMA DEL DUEÑO / ACUDIENTE

FECHA ----------


E
S
W
N
5 ago 2026 10:31:21 a.m.
4.4533856N 75.7958289W
85° E
18-91 Carrera 4
La Tebaida
Quindío
Altitud:1156msnm
Número de índice: 1240
Coliseo Municipal
La Tebai
LA NUEVA
TEBAIDA
ETAPA 1
Google

RUI
Registro Universal de Ingresos

DIANA PATRICIA RAMIREZ MONTES

53 años · Femenino

LA TEBAIDA — QUINDIO

CLASIFICACIÓN RUI

C09

Vulnerabilidad

Fuente: RSH

DATOS PERSONALES

Tipo de Documento	Cédula de ciudadanía
Número de Documento	41925869
Nacionalidad	Colombiana

Consulta realizada: 02/09/2026 19:34:51

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

Registro de Ingreso 18 8 2026

I. Datos de la mascota														
Nombre	Toyger			Sexo: M (X) H ( )										
Especie	Canino ( )	Felino (X)		raza MESTIZO			Peso Aprox.							
Edad 3 años		Color amigado		Pelaje CORTO			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: Luz Adriana Murcia		T.I/C.C. 91872116
Dirección: Nueva tebaida MZ 7 CASA 6		Teléfono: 3144976729
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 NTIEDO 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.

15

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


N
W
E
S
18 ago 2026 12:13:30 p.m.
4.451518049463 63N 75 79773184843361W
340° N
4-2 Calle 15
El Eden
La Tebaida
Quindío
Altitud:1214.0msnm
Velocidad:1.9km/h
Número de índice: 1288
LA NUEVA
TEBAIDA
ETAPA 1
Google

RUI
Registro Universal de Ingresos

LUZ ADRIANA MURCIA CARO

42 años · Femenino

LA TEBAIDA — QUINDIO

CLASIFICACIÓN RUI

C09

Vulnerabilidad

Fuente: RSH

DATOS PERSONALES

Tipo de Documento	Cédula de ciudadanía
Número de Documento	41872115
Nacionalidad	Colombiana

Consulta realizada: 02/09/2026 19:38:10

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

Registro de Ingreso 05/8/2026

I. Datos de la mascota

Nombre	Costa			Sexo: M ◯ H (X)							
Especie	Canino ◯	Felino (X)		raza		Peso Aprox.					
Edad 6m		Color negro		Pelaje		Vacunas si (X) no ◯					
Estado de salud	buena (X)			regular ◯		mala ◯					
Fiebre si (no)	Diarrea si (no)			Vomito si (no)		Inapetencia si (no)		Golpes si (no)			
Heridas si (no)	Tto veterinario si (no)			Celo si (no)		Lactancia si (no)		Ayunas (si) no			
Estado corporal	normal ◯			desnutrido ◯		sobrepeso ◯					

S

II. Datos del propietario

Nombre: Yenifer Sanchez T.I./C.C. 1097785178 9.
Dirección: Alto Canagua y Casa 9 Teléfono: 3215935976
E-mail: Sisben: SI ◯ NO ◯ Nivel 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯

ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD
PROCEDIMIENTO VETERINARIO

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

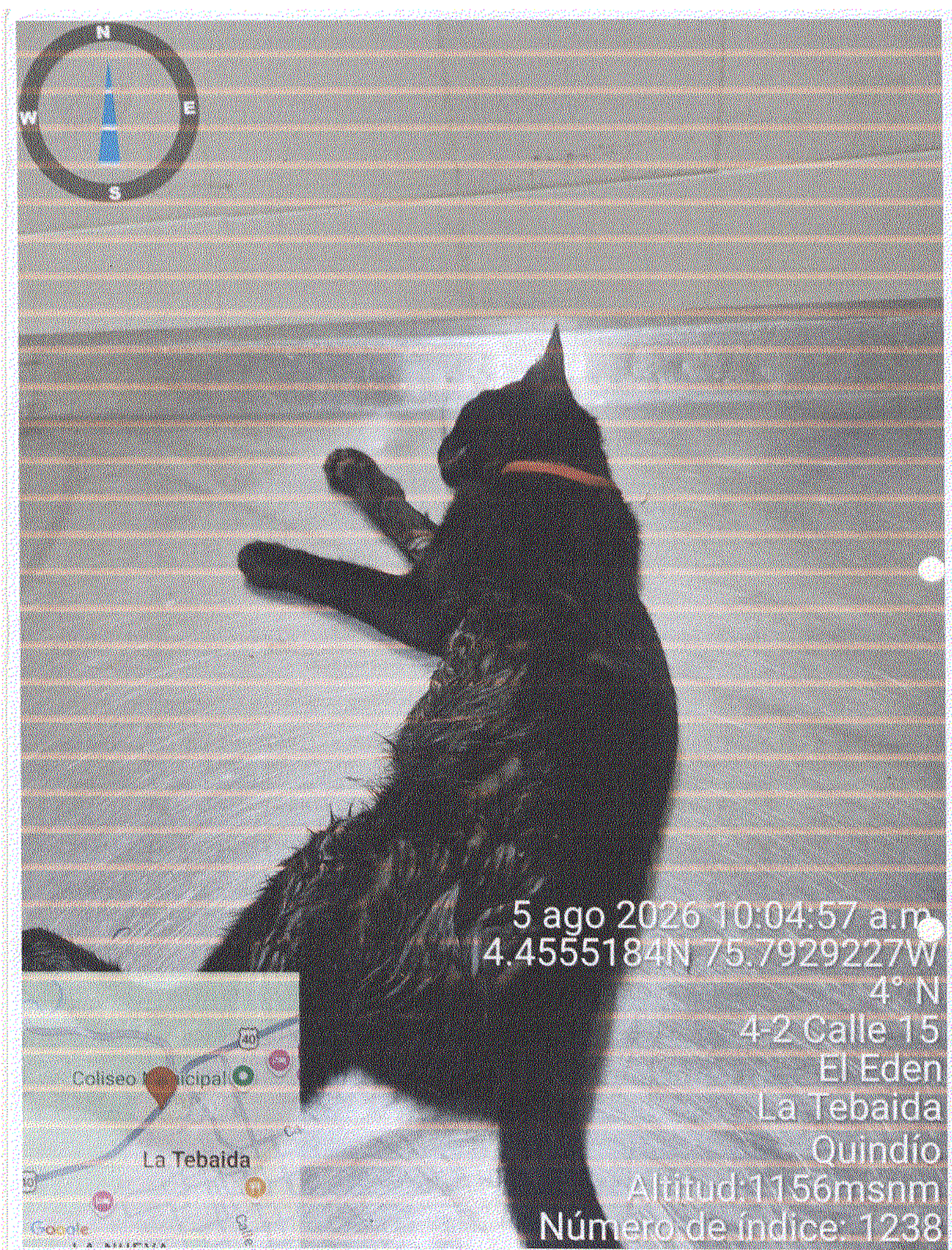
YO Identificado(a) como aparece al pied de la firma ,propietario(a) y / responsable de la mascota llamada ,especie canino Felino sexo DECLARO ,SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL MEDICO(A) VETERINARIO(A) ZOOTENESTA (M.V.Z) LAURA MAZO CON LA TP 37991 Universidad del Tolima , contratada por la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA, (FUNAT), Para que realice la Cirugía de Esterilización y/o ovario histerectomía bajo anestesia general con las condiciones que se han sido propuestas y explicadas de ante mano. He leído comprendido y **ACEPTO** Las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de la cirugía o el post operatorio y que se justifiquen por una mejor de vida , aunque por ello puedan producir un incremento en el costo del procedimiento se me ha informado el derecho de rechazar o revocar este consentimiento , exonero civil y penalmente a la **FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA FUNAT Y AL MVZ LAURA MAZO TP 37991,** Por los posibles complicaciones en el desarrollo del procedimiento, incluyendo la MUERTE, así como en caso de hurto o pérdida del animal , actos mal intencionados de terceros y en general cualquier acontecimiento que implique fuerza mayor o caso fortuito. Autorizo a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA A tomen fotos y videos para presentar en casos de investigaciones científicas o educativas**, bajo la reserva del nombre. YO ENTIEDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS MEDIDAS POSIBLES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y QUE SE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTBLECIDOS PAR LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE LA CIRUGIA CONLLEVA A RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN , INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS SARPULLIDOS DE LAPIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DEL APETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE , Yo exonero a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y/O A LA MVZ LAURA MAZO TP 37991, De toda reclamación penal, civil por la cirugía y por la anestesia , mi** mascota y cualquier reclamación de reembolsos relacionados con mi animal ya que sea que el dueño o responsable crean que tales costos están relacionados con la cirugía realizada en el animal , Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día ,que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría a la cualquier miembro presente de la fundación o al vet. también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza , edad minimizando los riesgos .que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias internas y postoperatorio

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

16

Yennifer Sanchez

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


5 ago 2026 10:04:57 a.m.
4.4555184N 75.7929227W
4° N
42 Calle 15
El Eden
La Tebaida
Quindío
Altitud 1156msnm
Número de índice: 1238
Coliseo Municipal
La Tebaida

RUI
Registro Universal de Ingresos

YENNIFER SANCHEZ FERNANDEZ

20 años · Femenino

LA TEBAIDA — QUINDIO

CLASIFICACIÓN RUI

B04

Pobreza moderada

Fuente: RSH

DATOS PERSONALES

Tipo de Documento	**Cédula de ciudadanía**
Número de Documento	**1092851789**
Nacionalidad	**Colombiana**

Consulta realizada: 02/09/2026 19:51:00

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

Registro de Ingreso 28 8 2026

I. Datos de la mascota																	
Nombre	Neron					Sexo: M (X) H ( )											
Especie		Canino (X)		Felino ( )		raza					Peso Aprox.						
Edad 1 año				Color BN		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: Camila Ortego		T.I./C.C. 24495349	
Dirección: Calle 7 # 7 J 67		Teléfono: 3204491890	
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 ENTIENDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS MEDIDAS POSIBLES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y QUE SE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA 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.

*Lusmila Ortego

17

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



RUI
Registro Universal de Ingresos

LUZMILA ORREGO

72 años · Femenino

LA TEBAIDA — QUINDIO

CLASIFICACIÓN RUI

C12

Vulnerabilidad

Fuente: RSH

DATOS PERSONALES

Tipo de Documento	**Cédula de ciudadanía**
Número de Documento	**24495349**
Nacionalidad	**Colombiana**

Consulta realizada: 02/09/2026 19:30:41

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

Registro de Ingreso 31 8 2026

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

S

II. Datos del propietario		
Nombre: Katherine Muñoz		T.I./C.C. 1096036248
Dirección: Guaycanes manzana S		Teléfono: 3135766059
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 ENTIENDO 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.

Katherine M.D.

18

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

ANGÉLICA FRANCO CÁRDENAS	SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN		
	ESTÁNDAR 1. TALENTO HUMANO		
	MANUAL DE TALENTO HUMANO		
	Fecha: Noviembre / 2025	Código: TH-MN-01	Versión: 01



RUI
Registro Universal de Ingresos

CATERINE MUÑOZ RODRIGUEZ

34 años · Femenino

LA TEBAIDA — QUINDIO

CLASIFICACIÓN RUI

B02

Pobreza moderada

Fuente: RSH

DATOS PERSONALES

Tipo de Documento	**Cédula de ciudadanía**
Número de Documento	**1096036248**
Nacionalidad	**Colombiana**

Consulta realizada: 02/09/2026 19:31:30

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

FUNAT

Registro de Ingreso 14/8/2026

I. Datos de la mascota															
Nombre	Arca			Sexo: M ( ) H (X)											
Especie	Canino ( )	Felino (X)		raza				Peso Aprox.							
Edad 6meses		Color B In.		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: Lucelly maryluna Giraldo		T.I/C.C. 1066400671
Dirección: Calle 116 Bis numero 16-19		Teléfono: 3206579078
E-mail: Tubbay Ayala	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**

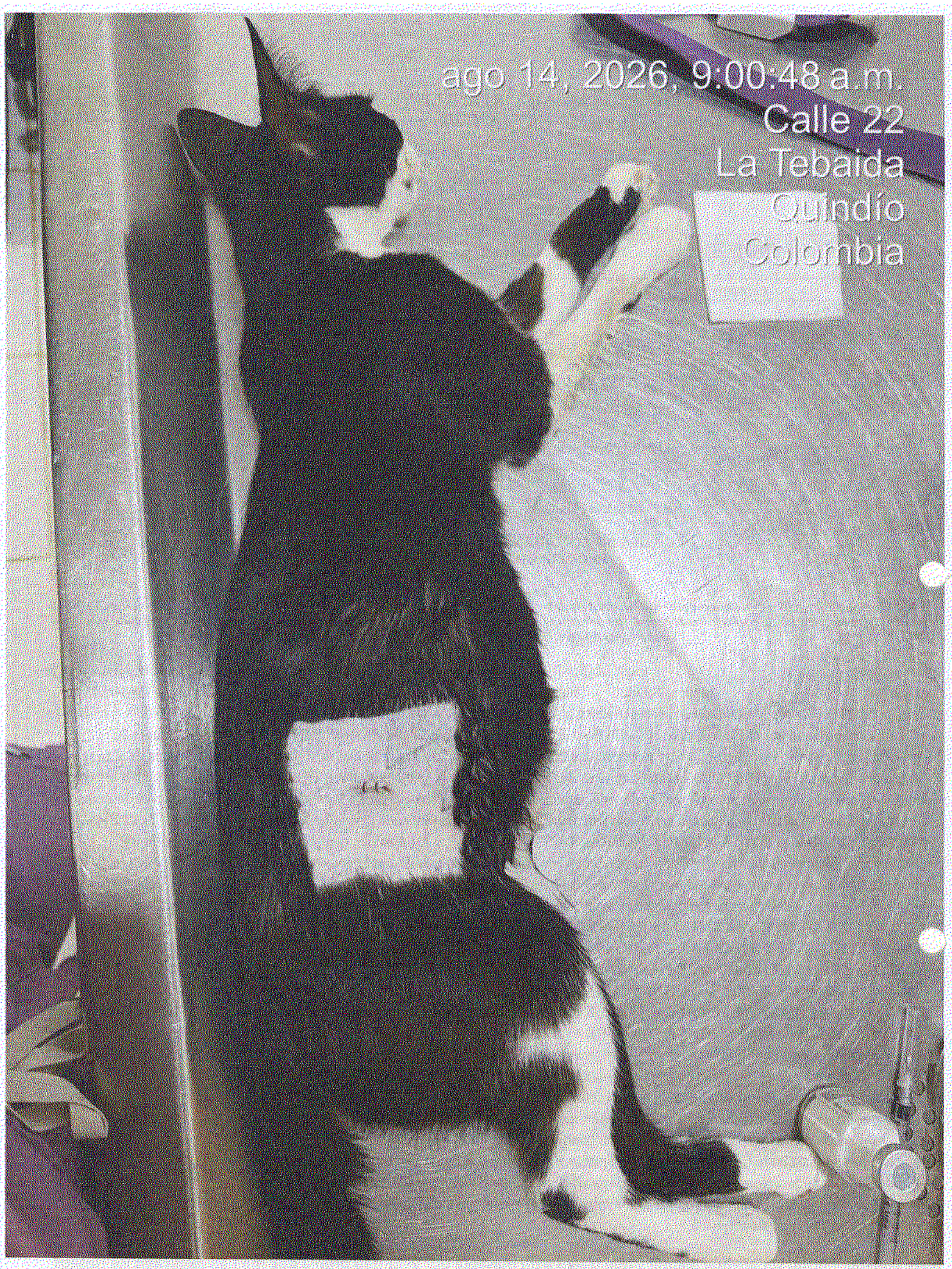
YO Identificado(a) como aparece al pied de la firma ,propietario(a) y / responsable de la mascota llamada ,especie canino Felino sexo DECLARO ,SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL MEDICO(A) VETERINARIO(A) ZOOTENESTA (M.V.Z) LAURA MAZO CON LA TP 37991 Universidad del Tolima , contratada por 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.

Lucelly Maryluna G

19

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


ago 14, 2026, 9:00:48 a.m.
Calle 22
La Tebaida
Quindío
Colombia

RUI
Registro Universal de Ingresos

LUCELLY MARULANDA GIRALDO

69 años · Femenino

LA TEBAIDA — QUINDIO

CLASIFICACIÓN RUI

B07

Pobreza moderada

Fuente: RSH

DATOS PERSONALES

Tipo de Documento	**Cédula de ciudadanía**
Número de Documento	**46640062**
Nacionalidad	**Colombiana**

Sisbén

INFORMACIÓN SISBÉN IV

Para efectos del período de transición definido en el decreto 662 de 2026, presentamos su clasificación de Sisbén IV a 31 de julio de 2026

Vigencia hasta 31 de octubre de 2026

Municipio Sisbén: LA TEBAIDA
QUINDIO

GRUPO SISBÉN IV

B4

Pobreza moderada

Consulta realizada: 26/08/2026 16:39:16

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

Registro de Ingreso 22/08/2026

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

S

II. Datos del propietario	
Nombre: Isabel Zapata	T.I./C.C. 1007757339
Dirección: Nueva tebaida M2 47 C19	Teléfono: 3166524889
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 ESTABLECIDOS 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.

* Isabel Zapata O.

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


Calle 22, La Tebaida
27 de agosto de 2026, 11:59:55 a.m.

RUI
Registro Universal de Ingresos

ISABEL ZAPATA OSORIO

24 años · Femenino

LA TEBAIDA — QUINDIO

CLASIFICACIÓN RUI

C13

Vulnerabilidad

Fuente: RSH

DATOS PERSONALES

Tipo de Documento	Cédula de ciudadanía
Número de Documento	1007757334
Nacionalidad	Colombiana

Sisbén

INFORMACIÓN SISBÉN IV

Para efectos del periodo de transición definido en el decreto 662 de 2026, presentamos su clasificación de Sisbén IV a 31 de julio de 2026

GRUPO SISBÉN IV

C6

Vulnerable

Vigencia hasta 31 de octubre de 2026

Municipio Sisbén: LA TEBAIDA
QUINDIO

Consulta realizada: 02/09/2026 20:20:50

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

Registro de Ingreso 28 8 2026

I. Datos de la mascota

Nombre	Tequila				Sexo: M ( ) H (x)												
Especie	Canino (x)		Felino ( )		raza				Peso Aprox. 19kg								
Edad			Color		Pelaje				Vacunas si ( ) no ( )								
Estado de salud	buena (x)				regular ( )				mala ( )								
Fiebre	si	no x	Diarrea	si	no x	Vomito	si	no x	Inapetencia	si	no x	Golpes	si	no x			
Heridas	si	no x	Tto veterinario	si	no x	Celo	si	no x	Lactancia	si	no x	Ayunas	si x	no			
Estado corporal	normal (x)				desnutrido ( )				sobrepeso ( )								

S

II. Datos del propietario

Nombre: Genis Grando	T.I./C.C. 9806486
Dirección: Cantaro mz 7 cs 17	Teléfono: 3127943072
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 dia ,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.

Genis Grando 91

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


ago 28, 2026, 9:42:40 a.m.
Calle 22
La Tebaida
Quindío
Colombia

GENRY GIRALDO GALLEGO

60 años · Masculino

LA TEBAIDA — QUINDIO

CLASIFICACIÓN RUI

C07

Vulnerabilidad

Fuente: RSH

DATOS PERSONALES

Tipo de Documento	Cédula de ciudadanía
Número de Documento	9806486
Nacionalidad	Colombiana

Consulta realizada: 02/09/2026 20:17:04

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

Registro de Ingreso 25 8 2026

I. Datos de la mascota																	
Nombre bodman						Sexo: M (X) H ( )											
Especie	Canino ( )	Felino (X)				raza mestizo				Peso Aprox.							
Edad		Color blanco negro				Pelaje (corto)				Vacunas si ( ) no ( )							
Estado de salud	buena ( )				regular ( )				mala (X)								
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 (X)				sobrepeso ( )								

S

II. Datos del propietario			
Nombre: Jimena Gutiérrez		T.I./C.C. 1095208827	
Dirección: Ciudadela del Café		Teléfono: 3045552200	
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**

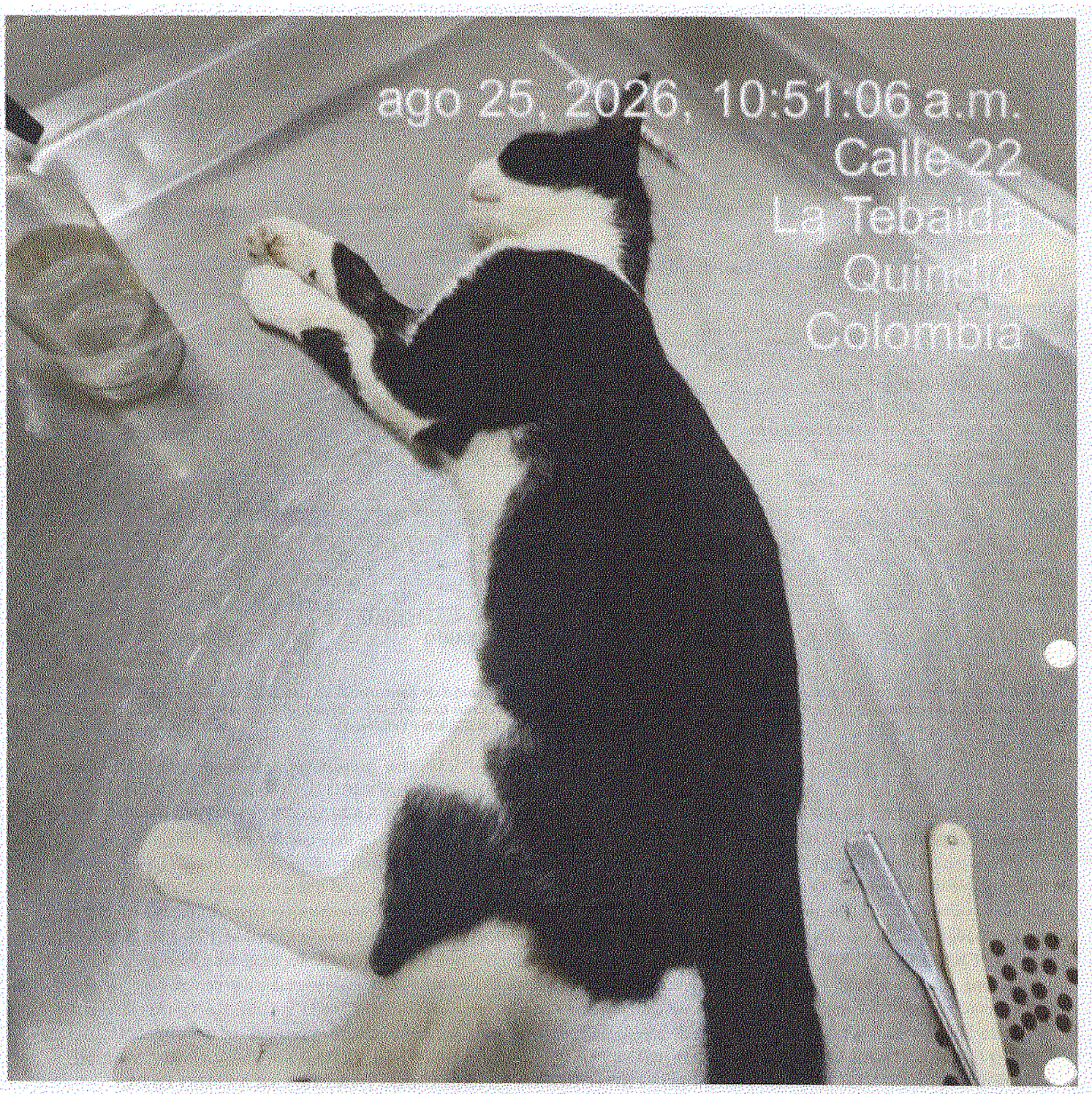
YO Identificado(a) como aparece al pied de la firma ,propietario(a) y / responsable de la mascota llamada ,especie canino Felino sexo DECLARO ,SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL MEDICO(A) VETERINARIO(A) ZOOTENESTA (M.V.Z) LAURA MAZO CON LA TP 37991 Universidad del Tolima , contratada por 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 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.

Jimena Gutiérrez

72

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


ago 25, 2026, 10:51:06 a.m.
Calle 22
La Tebaida
Quindío
Colombia

RUI
Registro Universal de Ingresos

JIMENA YULIANA PAEZ QUINTERO

20 años · Femenino

LA TEBAIDA — QUINDIO

CLASIFICACIÓN RUI

A04

Pobreza extrema

Fuente: RSH

DATOS PERSONALES

Tipo de Documento	Cédula de ciudadanía
Número de Documento	1095208822
Nacionalidad	Colombiana

Consulta realizada: 02/09/2026 20:17:46

20

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

Registro de Ingreso 31 8 2026

I. Datos de la mascota

Nombre	MAYO				*Sexo:* M (X) H ( )												
Especie	*Canino* ( ) *Felino* (X)				*raza*				*Peso Aprox.*								
Edad	1 año		*Color*		*Pelaje*				*Vacunas si* ( ) *no* ( )								
Estado de salud	*buena* (X)				*regular* ( )				*mala* ( )								
Fiebre	*si*	*no* X	*Diarrea*	*si*	*no* ✓	*Vomito*	*si*	*no* X	*Inapetencia*	*si*	*no* X	*Golpes*	*si*	*no* X			
Heridas	*si*	*no* X	*Tto veterinario*	*si*	*no* X	*Celo*	*si*	*no* X	*Lactancia*	*si*	*no* ✓	*Ayunas*	*si* X	*no*			
Estado corporal	*normal* (X)				*desnutrido* ( )				*sobrepeso* ( )								

5

II. Datos del propietario

Nombre: Estefania Obando	*T.I./C.C.* 1095178338
Dirección: San miguel mz U cs 14	*Teléfono:* 3106906471
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 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.

23

* Estefania Obando.
FIRMA DEL DUEÑO / ACUDIENTE

FECHA ----------


ago 31, 2026, 10:29:43 a.m.
Calle 22
La Tebaida
Quindío
Colombia

RUI
Registro Universal de Ingresos

ESTEFANIA OBANDO ORTIZ

19 años · Femenino

LA TEBAIDA — QUINDIO

CLASIFICACIÓN RUI

C06

Vulnerabilidad

Fuente: RSH

DATOS PERSONALES

Tipo de Documento	Cédula de ciudadanía
Número de Documento	1095178838
Nacionalidad	Colombiana

Consulta realizada: 02/09/2026 20:16:29

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

Registro de Ingreso 27 8 2026

I. Datos de la mascota

Nombre	Yaideth			Sexo: M ◯ H (X)									
Especie	Canino (X)	Felino ◯		raza		Peso Aprox.							
Edad 11m		Color NAB		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: Gloria Muñoz	T.I./C.C. 1096035195
Dirección: Cantaro M75 Casa 8	Teléfono: 3225380170
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 A tomen fotos y videos para presentar en casos de investigaciones científicas o educativas, **bajo la reserva del nombre. YO ENTIEDO QUE SE TOMARAN TODAS LAS MEDIDAS POSIBLES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA Y SALUD DE MI MASCOTA, Y QUE SE UTILIZARAN TODOS LOS PROTOCOLOS ESTBLECIDOS PAR LLEVAR A CABO ESTAS CIRUGIAS, PERO ENTIENDO QUE LA CIRUGIA CONLLEVA A RIESGOS DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION QUE INCLUYEN , INFECCIONES , SUTURAS REVENTADAS O ABIERTAS SARPULLIDOS DE LAPIEL, CONDICIONES TEMPORALES DE LETARJO, PERDIDA DEL APETITO Y EN RARAS OCACIONES LA MUERTE , Yo exonero a la FUNDACION NATURALEZA ANIMAL TEBAIDA Y/O A LA MVZ LAURA MAZO TP 37991, De todo reclamación penal, civil por la cirugía y por la anestesia , mi** mascota y cualquier reclamación de reembolsos relacionados con mi animal ya que sea que el dueño o responsable crean que tales costos están relacionados con la cirugía realizada en el animal , Yo certifico que la mascota tiene todo el protocolo de vacunas y de desparasitación están al día ,que mi mascota se encuentra en buen estado de salud y no se encuentra en ningún tratamiento veterinario que pueda poner en riesgo su vida y que en tal caso lo informaría a la cualquier miembro presente de la fundación o al vet. también que entiendo y me han explicado que siempre habrá un riesgo de reacciones alérgicas, bioquímicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza , edad minimizando los riesgos .que entiendo que cualquier cirugía en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias internas y postoperatorio

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

Gloria Muñoz. 24

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


ago 27, 2026, 9:44:59 a.m.
Calle 22
La Tebaida
Quindío
Colombia

RUI
Registro Universal de Ingresos

GLORIA PATRICIA MUÑOZ MARULANDA

35 años · Femenino

LA TEBAIDA — QUINDIO

CLASIFICACIÓN RUI

C08

Vulnerabilidad

Fuente: RSH

DATOS PERSONALES

Tipo de Documento	Cédula de ciudadanía
Número de Documento	1096035195
Nacionalidad	Colombiana

Sisbén

INFORMACIÓN SISBÉN IV

Para efectos del período de transición definido en el decreto 662 de 2026, presentamos su clasificación de Sisbén IV a 31 de julio de 2026

Vigencia hasta **31 de octubre de 2026**

Municipio Sisbén: **LA TEBAIDA**
QUINDIO

GRUPO SISBÉN IV

C6

Vulnerable

Consulta realizada: 02/09/2026 20:44:47

12

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

Registro de Ingreso 27 8 2026

I. Datos de la mascota

Nombre	NN.			Sexo: M (X) H ( )							
Especie	Canino ( )	Felino (X)		raza		Peso Aprox.					
Edad 8M		Color Amar		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)
Heridas	si ( )	no (X)	Tto veterinario	si ( )	no (X)	Celo	si ( )	no (X)	Lactancia	si ( )	no (X)
Estado corporal	normal (X)			desnutrido ( )		sobrepeso ( )					

S

II. Datos del propietario

may

Nombre: Deisy Hernandez	T.I./C.C. 29934652
Dirección: mz 16 CS Noeba tebaida	Teléfono: 3224148777
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 leido 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, 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 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 cirugia 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 dia ,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, bioquimicas en la funcionalidad renal hepático o respiratoria o muerte en un paciente que se somete a anestesia ya sea inyectada o inhalada durante el procedimiento y después de él, El médico veterinario me asegura que se utiliza todo los protocolos de anestesia según peso, raza , edad minimizando los riesgos .que entiendo que cualquier cirugia en un ser vivo con llega a riesgos de hemorragias internas y postoperatorio

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

15

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


ago 27, 2026, 10:43:19 a.m.
Calle 22
La Tebaida
Quindío
Colombia

RUI
Registro Universal de Ingresos

OLGA DEICY HERNANDEZ ARIAS

62 años · Femenino

LA TEBAIDA — QUINDIO

CLASIFICACIÓN RUI

B06

Pobreza moderada

Fuente: RSH

DATOS PERSONALES

Tipo de Documento	Cédula de ciudadanía
Número de Documento	29934652
Nacionalidad	Colombiana

Sisbén

INFORMACIÓN SISBÉN IV

Para efectos del periodo de transición definido en el decreto 662 de 2026, presentamos su clasificación de Sisbén IV a 31 de julio de 2026

Vigencia hasta 31 de octubre de 2026

Municipio Sisbén: LA TEBAIDA
QUINDIO

GRUPO SISBÉN IV

C1

Vulnerable

Consulta realizada: 02/09/2026 20:27:54

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

Registro de Ingreso 31/8/2026

I. Datos de la mascota																	
Nombre	Tess				Sexo: M (X) H ( )												
Especie	Canino (X)		Felino ( )		raza				Peso Aprox.								
Edad 10 meses			Color negro		Pelaje				Vacunas si (X) no ( )								
Estado de salud	buena (X)				regular ( )				mala ( )								
Fiebre	si	(no)	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 ( )								

8

II. Datos del propietario			
Nombre:	Argeny Restrepo	T.I./C.C.	1001617425
Dirección:	Kra 4 # 6-7	Teléfono:	3128962476
E-mail:	mzlocs6	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 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 dia ,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.

Argeny Restrepo

FIRMA DEL DUEÑO / ACUDIENTE FECHA 31/8/2026


31 ago 2026 11:21:04 a.m.
4.4542742N 75.793286W
105° E
16A-12 Carrera 4c
La Tebaida
Quindío
Altitud:1159msnm
Numero de índice: 1356
La Tebaida
LA NUEVA TEBAIDA
Google

11

RUI
Registro Universal de Ingresos

ARGENY RESTREPO SOTO

27 años · Femenino

LA TEBAIDA — QUINDIO

CLASIFICACIÓN RUI

B01

Pobreza moderada

Fuente: RSH

DATOS PERSONALES

Tipo de Documento	Cédula de ciudadanía
Número de Documento	1001617435
Nacionalidad	Colombiana

Sisbén

INFORMACIÓN SISBÉN IV

Para efectos del periodo de transición definido en el decreto 662 de 2026, presentamos su clasificación de Sisbén IV a 31 de julio de 2026

Vigencia hasta 31 de octubre de 2026

Municipio Sisbén: LA TEBAIDA
QUINDIO

GRUPO SISBÉN IV

A4

Pobreza extrema

Consulta realizada: 02/09/2026 20:26:29

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

Registro de Ingreso 27 8 2026

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

S

II. Datos del propietario			
Nombre:	Liber Villa	T.I./C.C.	1039825?
Dirección:	N M2 13 cs 17	Teléfono:	3046612964
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.

27

FIRMA DEL DUEÑO / ACUDIENTE

FECHA ----------


Calle 22, La Tebaida
27 de agosto de 2026, 10:43:27 a.m.

RUI
Registro Universal de Ingresos

ILBER EGIDIO VILLA LONDOÑO

47 años · Masculino

LA TEBAIDA — QUINDIO

CLASIFICACIÓN RUI

C12

Vulnerabilidad

Fuente: RSH

DATOS PERSONALES

Tipo de Documento	Cédula de ciudadanía
Número de Documento	18398252
Nacionalidad	Colombiana

Consulta realizada: 02/09/2026 20:13:22

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

Registro de Ingreso 28 8 2026

I. Datos de la mascota																			
Nombre	canela			Sexo: M ◯ H ⊗															
Especie	Canino ⊗	Felino ◯		raza			Peso Aprox.												
Edad	Cape 4 años		Color		Pelaje		Vacunas si ◯ no ◯												
Estado de salud	buena ⊗			regular ◯			mala ◯												
Fiebre	si	no ✗	Diarrea	si	no ✗	Vomito	si	no ✗	Inapetencia	si	no ✗	Golpes	si	no ✗					
Heridas	si	no ✗	Tto veterinario	si	no ✗	Celo	si	no ✗	Lactancia	si	no ✗	Ayunas	si ✗	no					
Estado corporal	normal ⊗			desnutrido ◯			sobrepeso ◯												

8

II. Datos del propietario	
Nombre: Leidy mejia	T.I./C.C. 1096033465
Dirección: Pizamos mz 6 cs 22	Teléfono: 3705485210
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 leido 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, 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 dia ,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, bioquimicas 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.

28

Leidy mejia

FIRMA DEL DUEÑO / ACUDIENTE

FECHA ----------


Aug 28, 2026, 11:15:36 a.m.
Calle 22
La Tebaida
Quindío
Colombia

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

Registro de Ingreso 31/08/2026

I. Datos de la mascota																				
Nombre	Heylo				Sexo: M (X) H ( )															
Especie	Canino (X)		Felino ( )		raza				Peso Aprox.											
Edad	4 años		Color	Beige	Pelaje				Vacunas si ( ) no ( )											
Estado de salud	buena (X)				regular ( )				mala ( )											
Fiebre	si	no X	Diarrea	si	no X	Vomito	si	no X	Inapetencia	si	no X	Golpes	si	no X						
Heridas	si	no X	Tto veterinario	si	no X	Celo	si	no X	Lactancia	si	no X	Ayunas	si X	no						
Estado corporal	normal ( )				desnutrido ( )				sobrepeso ( )											

S

II. Datos del propietario	
Nombre: Leyda mejia	T.I./C.C. 1096033465
Dirección: Cazamos mz 6 cs 22	Teléfono: 3054352110
E-mail:	Sisben: SI ( ) NO ( ) Nivel 1 ( ) 2 ( ) 3 ( )

Esterilizacion sin examen

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**

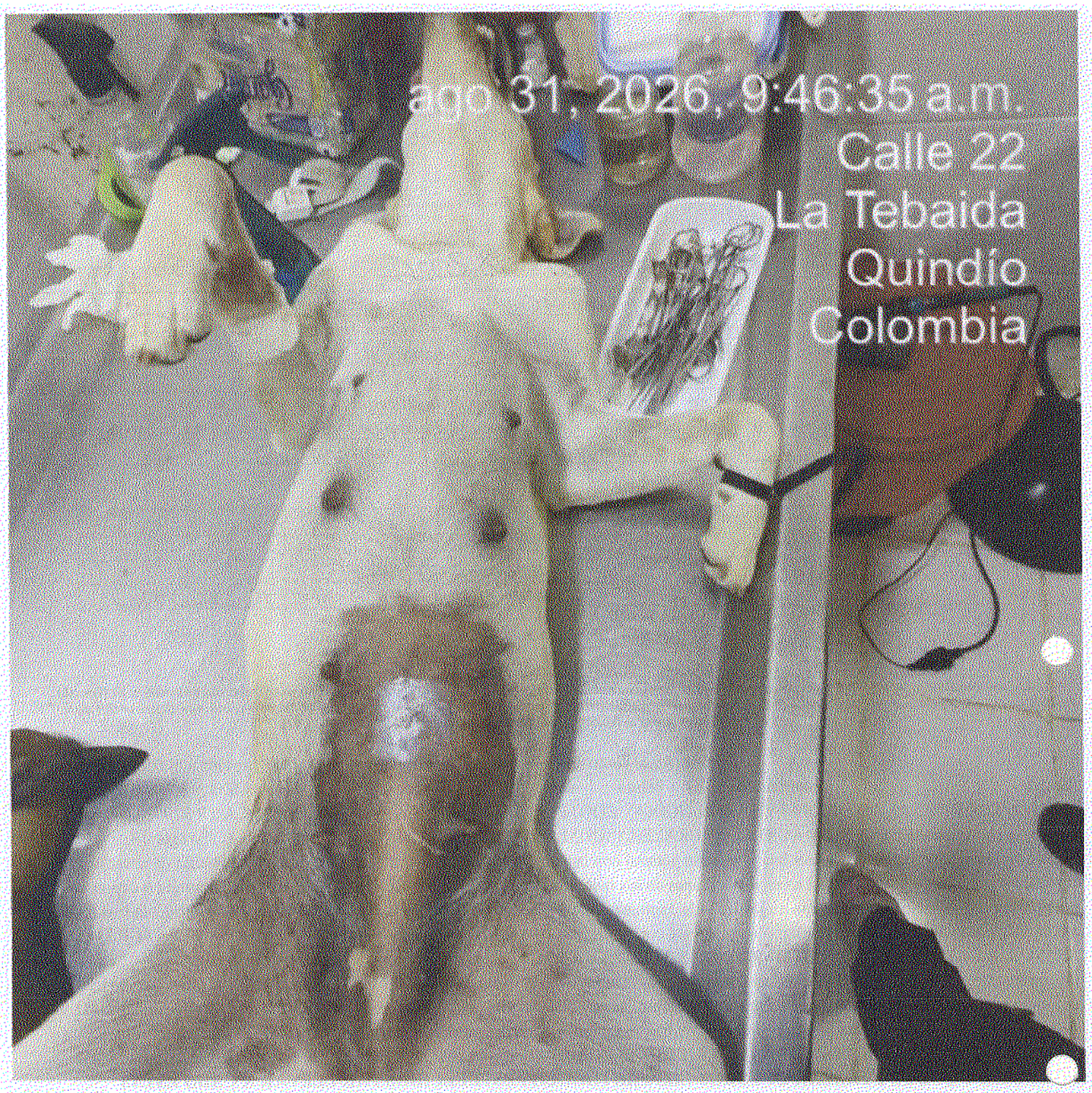
YO Identificado(a) como aparece al pied de la firma ,propietario(a) y / responsable de la mascota llamada ,especie canino Felino sexo DECLARO ,SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL MEDICO(A) VETERINARIO(A) ZOOTENESTA (M.V.Z) LAURA MAZO CON LA TP 37991 Universidad del Tolima , contratada por 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.

29

* Leyda Mejia
FIRMA DEL DUEÑO / ACUDIENTE

FECHA ----------


ago 31, 2026, 9:46:35 a.m.
Calle 22
La Tebaida
Quindío
Colombia

RUI
Registro Universal de Ingresos

LEIDY JIOVANA MEJIA ALVAREZ

38 años · Femenino

LA TEBAIDA — QUINDIO

CLASIFICACIÓN RUI

C13

Vulnerabilidad

Fuente: RSH

DATOS PERSONALES

Tipo de Documento	**Cédula de ciudadanía**
Número de Documento	**1096033465**
Nacionalidad	**Colombiana**

Consulta realizada: 02/09/2026 20:10:11

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

Registro de Ingreso 24/ 08 /2026

I. Datos de la mascota

Nombre	Bella			Sexo: M ◯ H ✓							
Especie	Canino ◯	Felino ✓		raza		Peso Aprox.					
Edad 7m		Color perla		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:	leonel santiago mejia	T.I./C.C.	1096034477
Dirección:	Guayacanes 1	Teléfono:	3126063927
E-mail:	m27 c9	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"

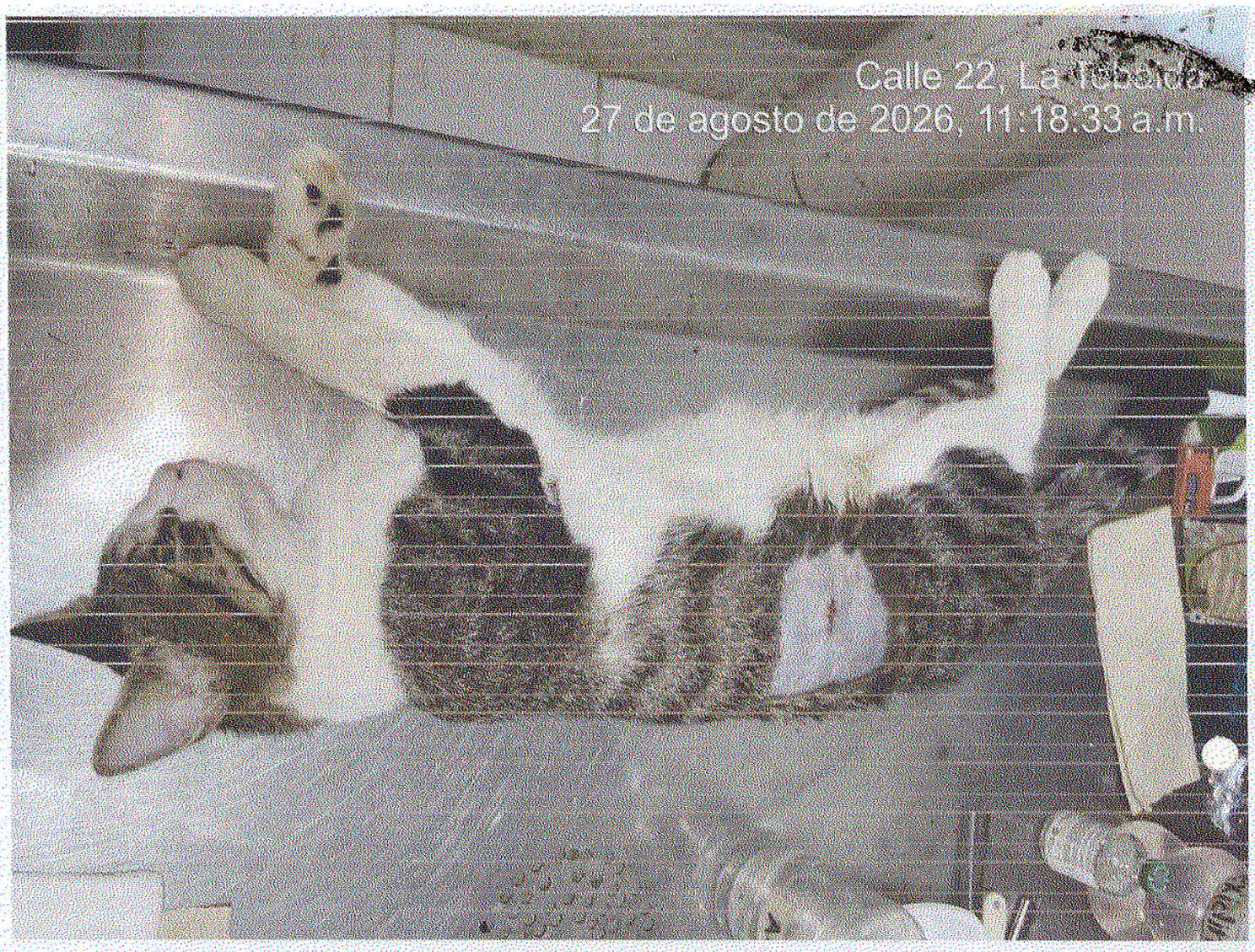
***Formato sugerido por el consejo profesional de Medicina Veterinario**

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 q[illegible]omen 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.

leonel santiago 30

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


Calle 22, La [illegible]
27 de agosto de 2026, 11:18:33 a.m.

12

RUI
Registro Universal de Ingresos

LEONEL SANTIAGO MEJIA RAMIREZ

18 años · Masculino

LA TEBAIDA — QUINDIO

CLASIFICACIÓN RUI

B04

Pobreza moderada

Fuente: RSH

DATOS PERSONALES

Tipo de Documento	Cédula de ciudadanía
Número de Documento	1096034472
Nacionalidad	Colombiana

Sisbén

INFORMACIÓN SISBÉN IV

Para efectos del período de transición definido en el decreto 662 de 2026, presentamos su clasificación de Sisbén IV a 31 de julio de 2026

Vigencia hasta 31 de octubre de 2026

Municipio Sisbén: LA TEBAIDA
QUINDIO

GRUPO SISBÉN IV

A4

Pobreza extrema

Consulta realizada: 02/09/2026 20:27:17

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

Registro de Ingreso 28/8/2026

I. Datos de la mascota															
Nombre	Kiara			Sexo: M ( ) H (✓)											
Especie	Canino (✓)	Felino ( )		raza			Peso Aprox.								
Edad 9m.		Color N/A.		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: Yesenia Grisales		T.I./C.C. 1004916856
Dirección: nueva Tebaida m7c42		Teléfono: 3003520107
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) ZOOTECNISTA (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 ESTABLECIDOS PARA 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.

* Yesenya Grisales

31

FIRMA DEL DUEÑO / ACUDIENTE

FECHA ----------


ago 28, 2026, 10:27:55 a
Calle 22
La Tebaida
Quindío
Colombia

9

RUI
Registro Universal de Ingresos

YESENYA GRISALES SEPULVEDA

23 años - Femenino

LA TEBAIDA — QUINDIO

CLASIFICACIÓN RUI

B07

Pobreza moderada

Fuente: RSH

DATOS PERSONALES

Tipo de Documento	Cédula de ciudadanía
Número de Documento	1004916856
Nacionalidad	Colombiana

Sisbén

INFORMACIÓN SISBÉN IV

Para efectos del periodo de transición definido en el decreto 662 de 2026, presentamos su clasificación de Sisbén IV a 31 de julio de 2026

Vigencia hasta 31 de octubre de 2026

Municipio Sisbén: LA TEBAIDA
QUINDIO

GRUPO SISBÉN IV

B2

Pobreza moderada

Consulta realizada: 02/09/2026 20:29:35

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

Registro de Ingreso 31/08/2026

I. Datos de la mascota													
Nombre	tigre			Sexo: M ✓ H ○									
Especie	Canino ○	Felino ✓		raza		Peso Aprox.							
Edad 2ano		Color tigre		Pelaje		Vacunas si ○ no ✓							
Estado de salud	buena ○			regular ✓		mala ○							
Fiebre	si	no ✓	Diarrea	si	no ✓	Vomito	si	no ✓	Inapetencia	si	no ✓	Golpes	si	no
Heridas	si	no ✓	Tto veterinario	si	no ✓	Celo	si	no ✓	Lactancia	si	no ✓	Ayunas	si ✓	no
Estado corporal	normal ✓			desnutrido ○					sobrepeso ○					

II. Datos del propietario	
Nombre: maritza Vanegas	T.I./C.C. 41877675
Dirección: oasis de uda V mza 21.	Teléfono: 3161359670
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 A que tomen fotos y videos para presentar en casos de investigaciones científicas o educativas, **bajo la reserva del nombre. YO ENTIENDO 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

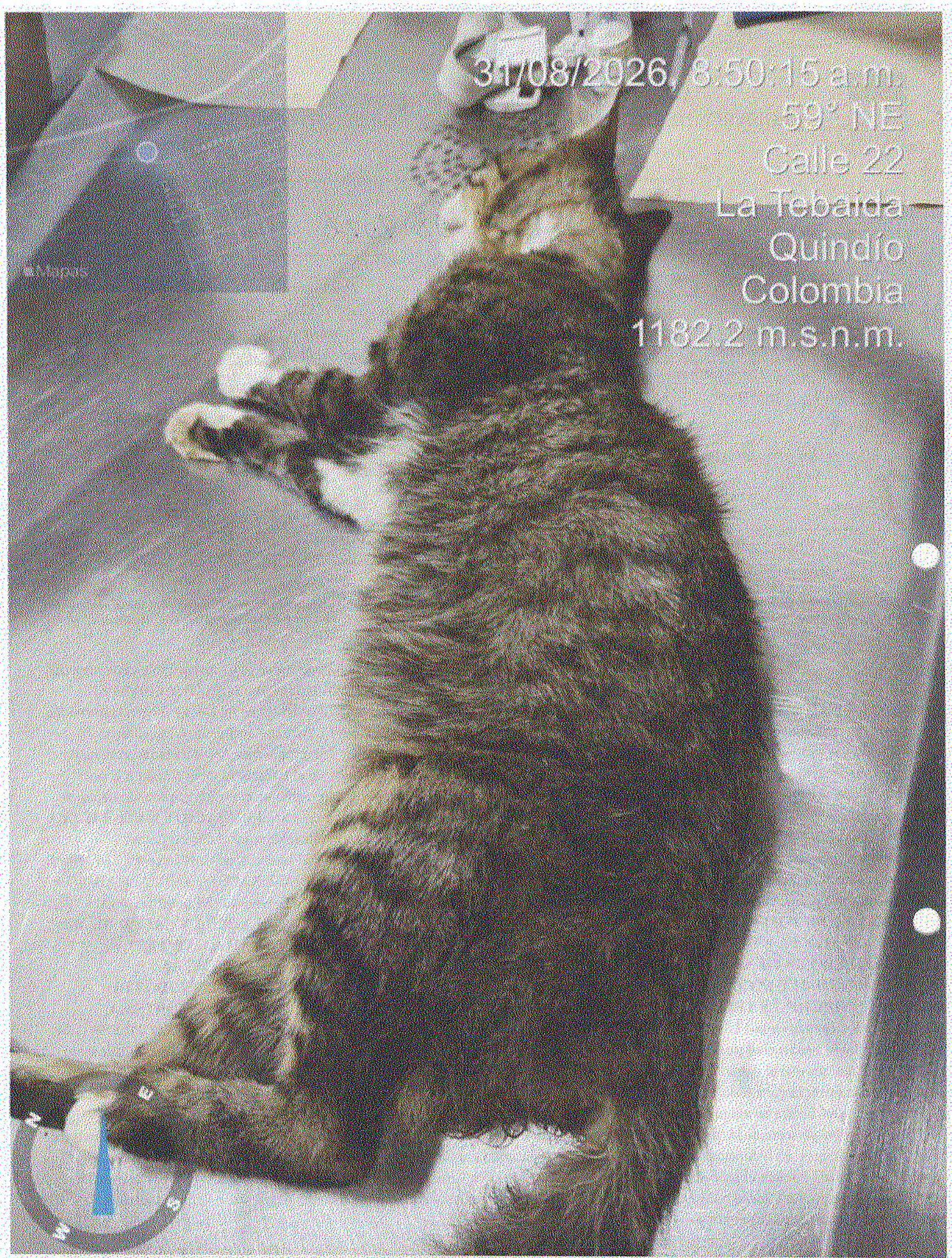
hago constar y firmo sin presión alguna y que traigo a mi mascota por voluntad propia que me han explicado los riesgos de cualquier intervención quirúrgica y lo entiendo a satisfacción de igual manera he recibido Formula impresa sobre las recomendaciones a tener en cuenta en el post-operatorio y la FIRMA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

maritza

32

FIRMA DEL DUEÑO / ACUDIENTE

FECHA ----------


31/08/2026, 8:50:15 a.m.
59° NE
Calle 22
La Tebaida
Quindío
Colombia
1182.2 m.s.n.m.

RUI
Registro Universal de Ingresos

MARITZA VANEGAS DEVIA

40 años · Femenino

LA TEBAIDA — QUINDIO

CLASIFICACIÓN RUI

C04

Vulnerabilidad

Fuente: RSH

DATOS PERSONALES

Tipo de Documento	**Cédula de ciudadanía**
Número de Documento	**41872675**
Nacionalidad	**Colombiana**

Consulta realizada: 02/09/2026 20:18:50

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

Registro de Ingreso 25 8 2026

I. Datos de la mascota													
Nombre	COCO			Sexo: M (X) H ( )									
Especie	Canino ( )	Felino (X)		raza			Peso Aprox.						
Edad 6 meses		Color N/R		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: Diana Alejandrino ceballos		T.I./C.C 1096037465
Dirección: Cra 4C #e-39 profesorel		Teléfono: 3233707616 7
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**

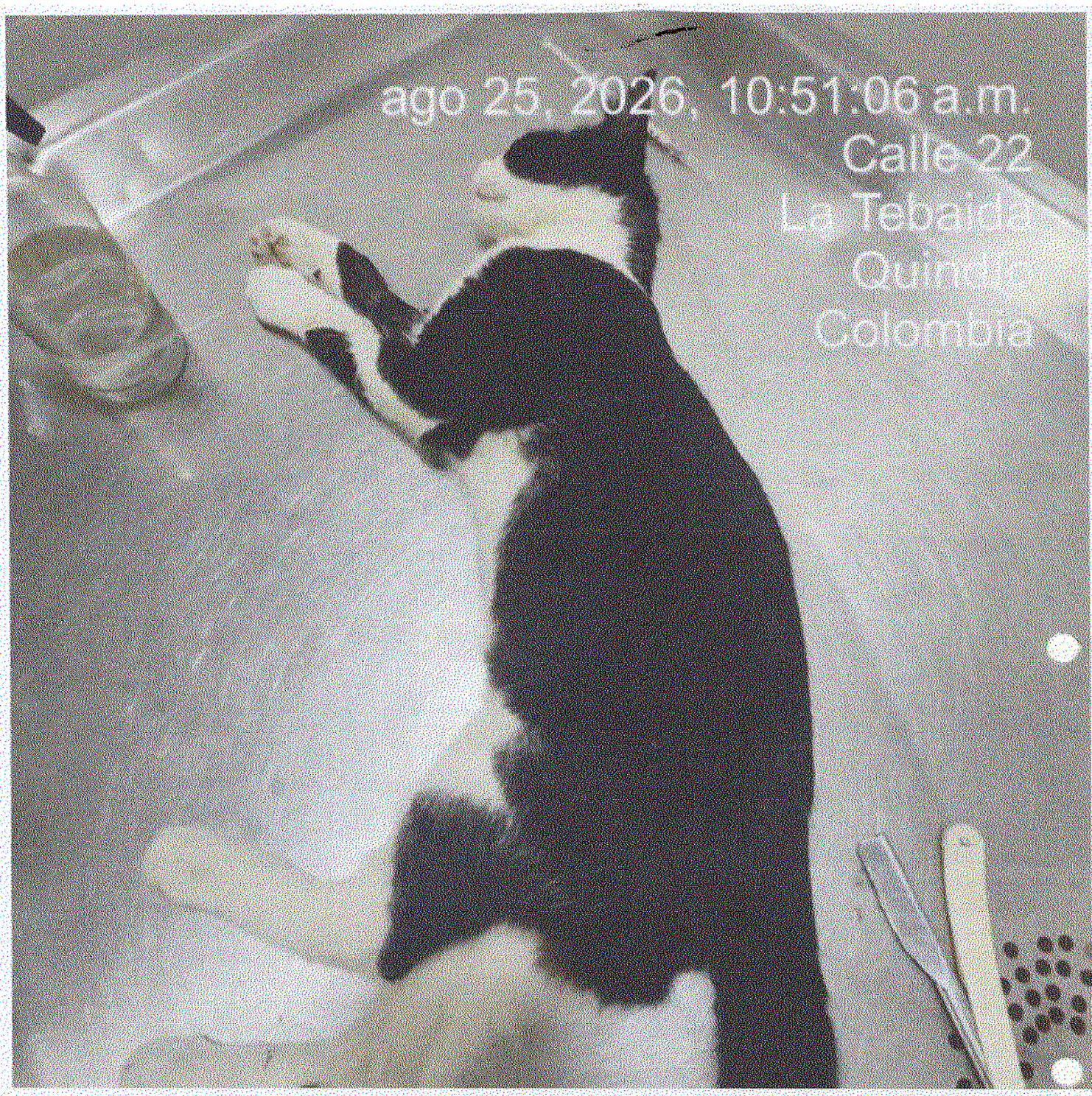
YO Identificado(a) como aparece al pied de la firma ,propietario(a) y / responsable de la mascota llamada ,especie canino Felino sexo DECLARO ,SOLICITO, AUTORIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO AL MEDICO(a) VETERINARIO(A) ZOOTENESTA (M.V.Z) LAURA MAZO CON LA TP 37991 Universidad del Tolima , contratada por 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 ESTABLECIDOS 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.

Diana ceballos G.

23

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


ago 25, 2026, 10:51:06 a.m.
Calle 22
La Tebaida
Quindío
Colombia

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

Registro de Ingreso 28/08/2026

I. Datos de la mascota															
Nombre	Cloe				Sexo: M ◯ H (X)										
Especie	Canino ◯		Felino ◯		raza				Peso Aprox.						
Edad 4 años m			Color Arma		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: Diana Alejandrina Ceballos		T.I./C.C. 1096037965
Dirección: Cra 4C # 28-39 profesores		Teléfono: 3337076167
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 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.

Diana Ceballos C.

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