

CENTRO CLÍNICO VETERINARIO

Fecha: _____

H.C: _____

El suscrito _____, mayor de edad, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía número _____ expedida en _____ con dirección de residencia _____, actuando en nombre propio manifiesta su voluntad de adoptar al animal con las siguientes características:

Especie _____ Raza _____ Sexo: _____ Edad: _____ Color: _____

Anterior nombre. _____

Anterior propietario: _____

Nuevo nombre _____

Motivo de la adopción

Teniendo en cuenta lo contemplado en la Ley 84 DE 1989 “Por la cual se adopta el Estatuto Nacional de Protección de los Animales y se crean unas contravenciones y se regula lo referente a su procedimiento y competencia, Ley 1801 de 2016, “Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana”. Ley 2455 DE 2025 “por la cual se fortalece la lucha contra el maltrato animal y se actualiza el Estatuto Nacional de Protección de los Animales Ley 84 de 1989 - Ley Ángel”.

Al firmar este documento me comprometo a:

1. Cumplir con la legislación vigente respecto a protección animal que está en vigencia a nivel nacional.
2. Suministrar al animal en todo momento agua limpia con libre acceso.
3. Suministrar al animal una alimentación adecuada para su especie.
4. Suministrar al animal una vivienda digna y protegida de peligros que se presenten a la intemperie.
5. Respetar y valorar la vida del animal, en donde en ningún caso será golpeado, maltratado, humillado, abandonado, ni regalado.
6. No efectuar en el animal ningún tipo de “mutilación” u operación estética ni de desungulación (en el caso de gatos).
7. Suministrar al animal los cuidados necesarios para su bienestar asistiendo con el médico veterinario siempre que sea necesario y haciéndose responsable de los costos que pudieran generarse.
8. Suministrar al animal las vacunas y desparasitaciones requeridas.
9. Traer al animal al Centro Clínico Veterinario para su debida esterilización (en el caso de caninos y felinos) la cual será realizada desde los 6 meses de edad, previa valoración del estado de salud general del mismo, asumiendo los costos que me sean solicitados.

En constancia de lo anterior, se suscribe en la ciudad de Villavicencio, a los ___días del mes de ___ del año __.

ACEPTO CONDICIONES:

TESTIGO:

Firma C.C:
Nombre

Firma C.C:
Nombre

Teléfono:

MP:

Email: