SECRETARÍA PARA EL DESARROLLO ECONÓMICO

Lodon

Dirección de Desarrollo Agropecuario y Empresarial

FORMULARIO ÚNICO DE EXTENSIÓN RURAL (Ley 1876 de 2017)

I. SOLICITUD INICIAL

No.

Visita Agrícola ☐ Visita Pecuaria ☐ Visita de Seguimiento ☐

Fecha 09-08-2024 Nombre ISABEL CASTRO CAMARGO

C.C.No. 20471916 Cel. RUST Teléfono 3214206343.

Dirección RESGUARDO INDIGENA SEC PUEBLO NUEVO Número Catastral

Nivel educativo: Primaria ☐ Bachillerato ☒ Técnico / Tecnólogo ☐ Profesional ☐ Otro ☐

Edad 63 GENERO Masculino ☐ Femenino ☒ LGBTI ☐ Civil

Tipo de predio: Propio ☐ Arrendado ☐ Propiedad Horizontal ☐ Caso No. ☐

Grupo poblacional: Étnico ☐ Afro ☐ Resguardo ☐ Rural ☐ PVCAIV ☐

Solicita asesoría en:

AREA AGRÍCOLA		AREA PECUARIA			OTROS	
Cultivos transitorios		Tipo de Asist.	Mayores	Menores	Asistencia técnica	
Hortalizas		Producción			Capacitación	
Frutales		Med. Preventiva	X		Certificado de Actividad Económica	
Aromáticas		Mej. Genético			Mecanización Agrícola	
Cultivos Bajo Invernadero		Otro			Tractor	Motocultor / Otro
Hidroponía	Vacunas	y Purgas				

Firma Profesional: Jorge Castillo L B.

Firma Usuario: Mª Isabel Castro.

II. VISITA TÉCNICA

Fecha ______ No. del radicado ______

Objeto de la visita: Se realiza Vitaminización y vermifugación

Recomendaciones: de 70 Bovinos de diferentes edades

Observaciones ______

No. de M2 intervenidos ______

III. ORDEN DE SALIDA INSUMOS AGROPECUARIOS Y/O VIVERO MUNICIPAL

Los siguientes insumos y/o materiales:

DESCRIPCIÓN	UNIDADES	CANTIDAD
[illegible]	ml	100
ATP	ml	100

AUTORIZADO USUARIO

Cargo ______ Firma Mª Isabel Castro

Fecha ______ No. del Radicado ______ No.

Nombre ______

III. ORDEN DE SALIDA INSUMOS AGROPECUARIOS Y/O VIVERO MUNICIPAL

DESCRIPCIÓN	UNIDADES	CANTIDAD

AUTORIZADO USUARIO

Cargo ______ Firma ______

C.C. ______

ALCALDÍA DE CHÍA 2024 - 2027

Secretaría para el **DESARROLLO ECONÓMICO**

DATOS DEL SOLICITANTE

Fecha		Hora	No Historia
Propietario / Responsable	María Isabel Castro	DOCUMENTO DE IDENTIDAD 20471916	
Teléfono	3214206343	E-mail:	
Dirección / Sector	Resguardo Indígena.		

EN PLENO USO DE MIS FACULTADES MENTALES, POR MEDIO DE ESTE DOCUMENTO AUTORIZO AL MÉDICO VETERINARIO O INGENIERO AGRONOMO

Nombre ______ No Tarjeta Profesional ______

A realizar la siguiente práctica: Vermifugación

DATOS DEL PACIENTE / ESPECIE CULTIVADA

ESPECIE:		SEXO	
ID / NOMBRE		ESTADO REPRODUCTIVO	
RAZA / VARIEDAD		PESO APROXIMADO	
EDAD		COLOR	

Y DECLARO

1. Que he sido informado previamente del procedimiento a realizar en el animal o cultivo.
2. Que conozco los riesgos y la importancia de seguir las indicaciones, tratamientos y prácticas sugeridas por el profesional actuante.
3. Que así mismo dejo constancia que he sido informado de los riesgos y comprendo lo que se pueden presentar eventualmente.

En los casos de asistencia veterinaria:

- Se pueden presentar reacciones alérgicas, tromboflebitis, sangrado o inflamación del área de punción, episodio neurológico post procedimiento (shock), convulsiones entre otras y todo lo que implica esta práctica, los resultados esperados, así como eventuales secuelas derivadas del procedimiento a realizar.
- Me comprometo como tenedor - responsable del animal, en el cumplimiento del tratamiento a seguir ya que puede requerir el complemento al procedimiento dispuesto y/o medicamentos no disponibles en la SDAE y que deben ser asumidos por el tenedor responsable del animal.

En los casos de asistencia Agrícola:

- Reconozco y acepto los riesgos asociados con las actividades agrícolas y el uso de agro insumos en mi cultivo. Entiendo que estas actividades conllevan ciertos peligros potenciales para la salud humana, el medio ambiente y la seguridad alimentaria.
- Debo seguir todas las recomendaciones técnicas proporcionadas por expertos en el cultivo y manejo de agro insumos, incluyendo la dosificación adecuada, el momento de aplicación y las medidas de seguridad pertinentes.
- Debo utilizar agro insumos autorizados y registrados, evitando el uso de productos prohibidos o ilegales que puedan causar daños a la salud humana o al medio ambiente.
- Debo implementar prácticas de manejo integrado de plagas y enfermedades, priorizando métodos de control biológico, cultural y mecánico antes de recurrir a productos químicos, en línea con los principios de la agricultura sostenible.
- Debo mantener registros detallados de las aplicaciones de agro insumos, incluyendo la fecha, dosis, área tratada y condiciones climáticas, para facilitar la trazabilidad y el monitoreo de la eficacia y seguridad de los productos utilizados.
- Debo capacitar al personal que participe en las actividades agrícolas en mi predio sobre el manejo seguro de agro insumos, proporcionándoles información sobre los riesgos asociados y las medidas preventivas a tomar.
- Entiendo que el incumplimiento de estas disposiciones puede resultar en consecuencias negativas para la salud, el medio ambiente y la producción agrícola. Por lo tanto, me comprometo a cumplir con todas las medidas de seguridad y manejo recomendadas.

4. Que me abstengo de colocar quejas y/o reclamos en contra de la entidad y/o profesional que realice el procedimiento.

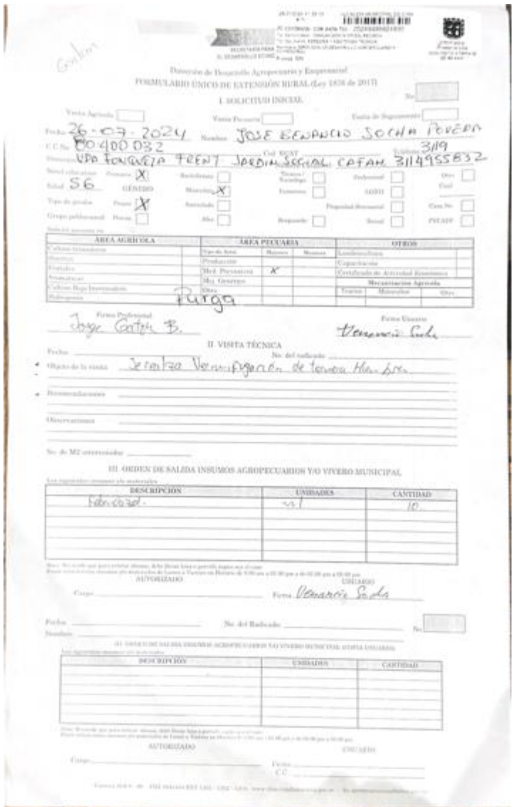
Autorizo el procedimiento SI x NO___

Este documento tiene acción legal y se firma el día 09 del mes de 08 del año 2024.

FIRMA COMO RESPONSABLE:

Nombre María Isabel Castro Doc. De identidad 20471916 Teléfono 3214206343

Firma Mª Isabel Castro



Dirección de Desarrollo Agropecuario y Empresarial

FORMULARIO ÚNICO DE EXTENSIÓN RURAL (Ley 1876 de 2017)

I. SOLICITUD INICIAL

No.

Visita Agrícola ☐ Visita Pecuaria ☐ Visita de Seguimiento ☐

Fecha 26-07-2024 Nombre JOSE BENANCIO SOCHA PEREA

C.C No 80400032 Cel. RUAT Teléfono 3119

Dirección VDA FONQUETA FRENT JARDIN SOCIAL CAFAM 3114955832

Nivel educativo Primaria ☒ Bachillerato ☐ Técnico / Tecnólogo ☐ Profesional ☐ Otro ☐ Cual

Edad 56 GÉNERO Masculino ☒ Femenino ☐ LGBTI ☐

Tipo de predio Propio ☒ Arrendado ☐ Propiedad Horizontal ☐ Casa No. ☐

Grupo poblacional ☐ Afro ☐ Desplazado ☐ Rural ☐ ☐

Solicitó asesoría en:

ÁREA AGRÍCOLA		ÁREA PECUARIA			OTROS		
Cultivos transitorios		Tipo de Acti.	Mayores	Menores	Lombricultura		
		Producción			Capacitación		
		Med. Preventiva	X		Certificado de Actividad Económica		
Aromáticas		Mej. Genético			Mecanización Agrícola		
Cultivos Bajo Invernadero		Otro			Tractor	Motocultor	Otro
Hidroponía	Purga						

Firma Profesional Jorge Cortés B.

Firma Usuario Venancio Socha

II. VISITA TÉCNICA

Fecha ______ No. del radicado ______

Objeto de la visita Se realiza Vermifugación de ternera Hembra.

Recomendaciones ______

Observaciones ______

No. de M2 intervenidos ______

III. ORDEN DE SALIDA INSUMOS AGROPECUARIOS Y/O VIVERO MUNICIPAL

DESCRIPCIÓN	UNIDADES	CANTIDAD
Fabricazol.	ml	10.

AUTORIZADO

Cargo ______

USUARIO

Firma Venancio Socha

Fecha ______ No. del Radicado ______ No.

Nombre ______

DESCRIPCIÓN	UNIDADES	CANTIDAD

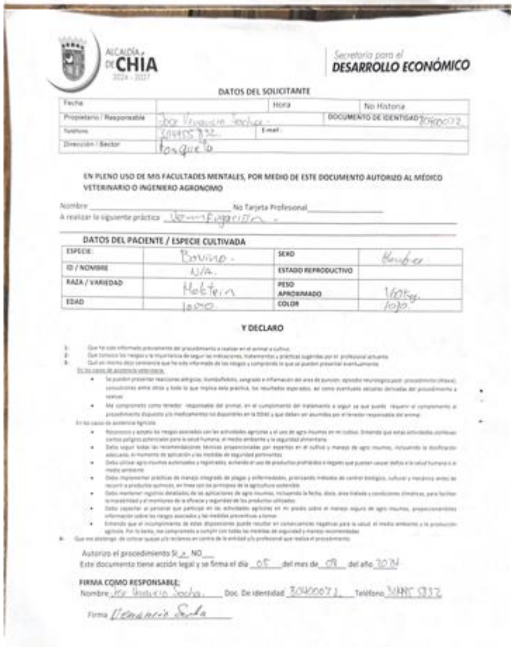
AUTORIZADO

Cargo ______

USUARIO

Firma ______

C.C. ______



ALCALDÍA DE CHÍA
2024 - 2027

Secretaría para el
DESARROLLO ECONÓMICO

DATOS DEL SOLICITANTE

Fecha		Hora	No Historia
Propietario / Responsable	Jose Venancio Socha.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD 80400032	
Teléfono	3114955832	E-mail:	
Dirección / Sector	Fonqueta		

EN PLENO USO DE MIS FACULTADES MENTALES, POR MEDIO DE ESTE DOCUMENTO AUTORIZO AL MÉDICO VETERINARIO O INGENIERO AGRONOMO

Nombre ______ No Tarjeta Profesional ______

A realizar la siguiente práctica Vermifugación.

DATOS DEL PACIENTE / ESPECIE CULTIVADA

ESPECIE:	Bovino.	SEXO	Hembra.
ID / NOMBRE	N/A.	ESTADO REPRODUCTIVO	
RAZA / VARIEDAD	Holstein	PESO APROXIMADO	160 kg.
EDAD	1 año.	COLOR	rojo.

Y DECLARO

1. Que he sido informado previamente del procedimiento a realizar en el animal o cultivo.
2. Que conozco los riesgos y la importancia de seguir las indicaciones, tratamientos y prácticas sugeridas por el profesional actuante.
3. Que en mismo dejo constancia que he sido informado de los riesgos y comprendo lo que se pueden presentar eventualmente.

Autorizo el procedimiento SI x NO ___

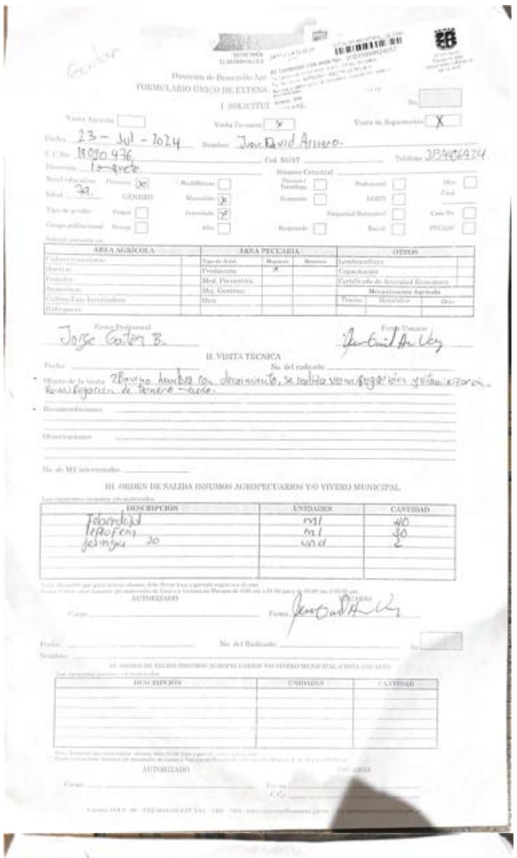
Este documento tiene acción legal y se firma el día 05 del mes de 08 del año 2024

FIRMA COMO RESPONSABLE:

Nombre Jose Venancio Socha. Doc. De identidad 80400032. Teléfono 3114955832

Firma Venancio Socha

Carrera 10 N° 8-74 CC. El Curubito Piso 2
PBX: 884 4444 Ext. 1300



Dirección de Desarrollo Agr

FORMULARIO ÚNICO DE EXTENS

I. SOLICITUD

No.

Visita Agrícola ☐ Visita Pecuaria ☒ Visita de Seguimiento ☒

Fecha 23 - Jul - 2024 Nombre Juan David Arriero.

C.C No. 19050476 Cód. RUAT Teléfono 3134056474

Dirección Fonqueta Número Catastral

Nivel educativo Primaria ☒

Edad 39 GÉNERO Masculino ☒

Tipo de predio Arrendado ☒

Grupo poblacional

ÁREA AGRÍCOLA		ÁREA PECUARIA			OTROS		
			Mayores	Menores	Lombricultura		
		Producción	X		Capacitación		
		Med. Preventiva			Certificado de Actividad Económica		
		Mej. Genética			Mecanización Agrícola		
		Otra			Tractor		Otro

Firma Profesional Jorge Gaitán B.

Firma Usuario

II. VISITA TÉCNICA

Fecha No. del radicado

- Objeto de la visita 2 Bovino hembra con decaimiento, se realiza vermifugación y vitaminización. Vermifugación de ternero [illegible]
- Recomendaciones

Observaciones

No. de M2 intervenidos

III. ORDEN DE SALIDA INSUMOS AGROPECUARIOS Y/O VIVERO MUNICIPAL

DESCRIPCIÓN	UNIDADES	CANTIDAD
Febendazol	ml	40
Ketofen	ml	30
Jeringa 20	und	2

AUTORIZADO USUARIO

Cargo Firma

Fecha No. del Radicado No.

Nombre

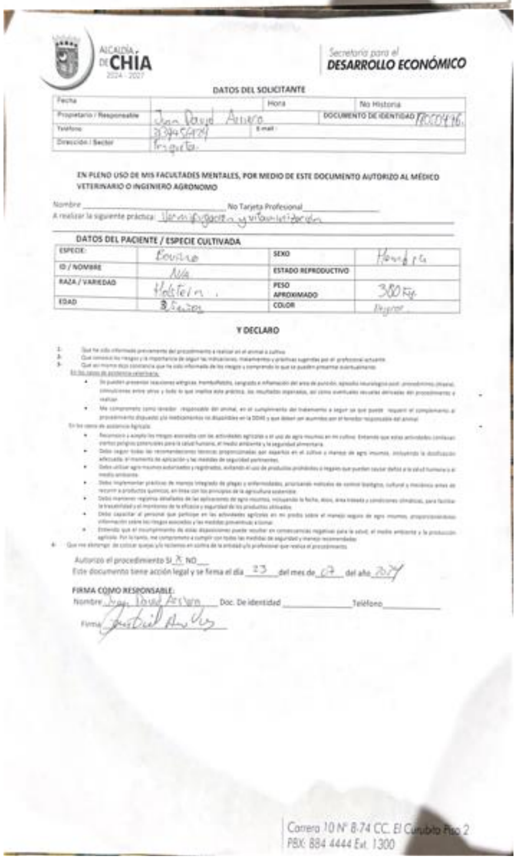
IV. ORDEN DE SALIDA INSUMOS AGROPECUARIOS Y/O VIVERO MUNICIPAL (COPIA USUARIO)

DESCRIPCIÓN	UNIDADES	CANTIDAD

AUTORIZADO USUARIO

Cargo Firma

C.C.



ALCALDÍA DE CHÍA 2024 - 2027

Secretaría para el DESARROLLO ECONÓMICO

DATOS DEL SOLICITANTE

Fecha		Hora	No Historia
Propietario / Responsable	Juan David Arriero	DOCUMENTO DE IDENTIDAD 19050476.	
Teléfono	3134056474	E-mail	
Dirección / Sector	Fonqueta		

EN PLENO USO DE MIS FACULTADES MENTALES, POR MEDIO DE ESTE DOCUMENTO AUTORIZO AL MÉDICO VETERINARIO O INGENIERO AGRONOMO

Nombre ____ No Tarjeta Profesional ____

A realizar la siguiente práctica: Vermifugación y vitaminización

DATOS DEL PACIENTE / ESPECIE CULTIVADA

ESPECIE:	Bovino	SEXO	Hembra
ID / NOMBRE	Ana	ESTADO REPRODUCTIVO	
RAZA / VARIEDAD	Holstein.	PESO APROXIMADO	380 Kg
EDAD	3 años	COLOR	Negro

Y DECLARO

Autorizo el procedimiento SI X NO___

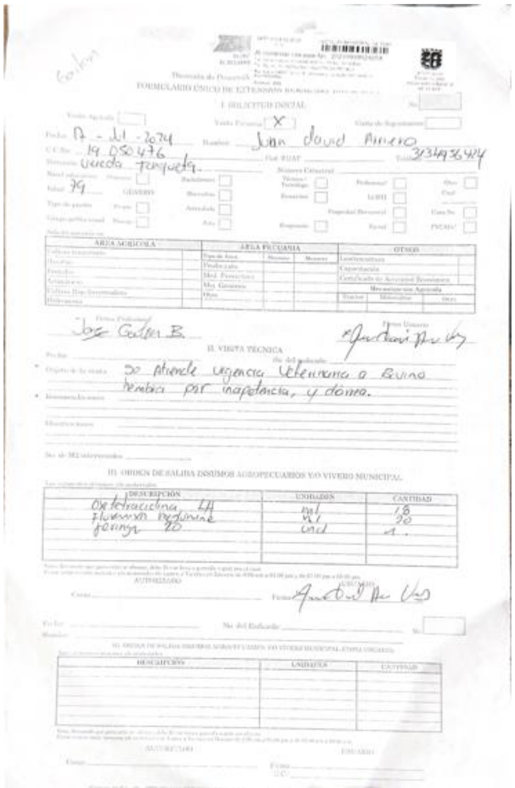
Este documento tiene acción legal y se firma el día 23 del mes de 07 del año 2024

FIRMA COMO RESPONSABLE:

Nombre Juan David Arriero Doc. De identidad ____ Teléfono ____

Firma

Carrera 10 N° 8-74 CC. El Curubito Piso 2
PBX: 884 4444 Ext. 1300



FORMULARIO ÚNICO DE EXTENSIÓN

I. SOLICITUD INICIAL

Visita Agrícola ☐ Visita Pecuaria ☒ Visita de Seguimiento ☐

Fecha 17 - Jul - 2024 Nombre Juan David Amero

C.C. No. 19 050476 Teléfono 3134936424

Dirección Vereda Fonqueta.

Edad 79

ÁREA AGRÍCOLA · ÁREA PECUARIA · OTROS

Firma Profesional Jose Gaitan B.

Firma Usuario

II. VISITA TÉCNICA

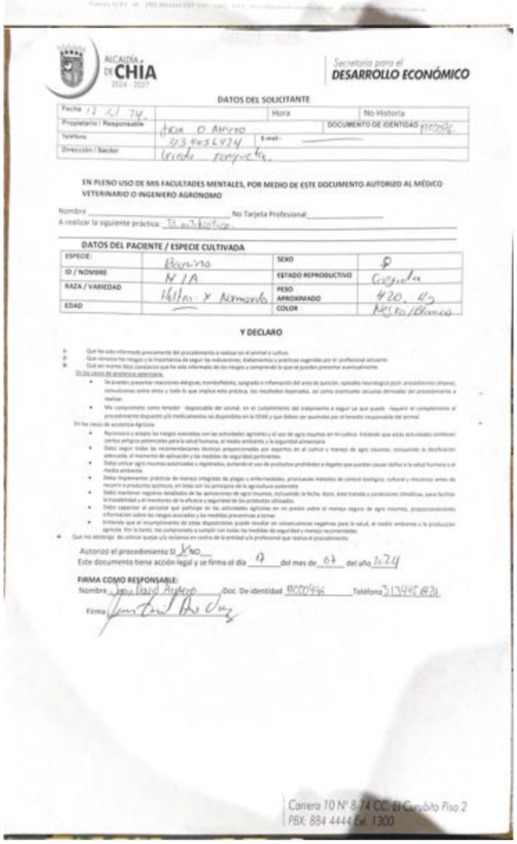
Objeto de la visita Se atiende urgencia veterinaria a Bovino hembra por inapetencia, y diarrea.

III. ORDEN DE SALIDA INSUMOS AGROPECUARIOS Y/O VIVERO MUNICIPAL

DESCRIPCIÓN	UNIDADES	CANTIDAD
Oxitetraciclina LA	ml	15
Flunixin meglumine	ml	20
Jeringa 20	und	1

AUTORIZADO · USUARIO

Cargo · Firma



ALCALDÍA DE CHÍA
2024 - 2027

Secretaría para el
DESARROLLO ECONÓMICO

DATOS DEL SOLICITANTE

Fecha 17 Jul 24		Hora	No Historia
Propietario / Responsable	Juan D Amero	DOCUMENTO DE IDENTIDAD 19050476	
Teléfono	3134936424	E-mail:	
Dirección / Sector	Vereda Fonqueta		

EN PLENO USO DE MIS FACULTADES MENTALES, POR MEDIO DE ESTE DOCUMENTO AUTORIZO AL MÉDICO VETERINARIO O INGENIERO AGRONOMO

Nombre ______________ No Tarjeta Profesional ______________

A realizar la siguiente práctica: Tto antibiotico.

DATOS DEL PACIENTE / ESPECIE CULTIVADA

ESPECIE:	Bovino	SEXO	♀
ID / NOMBRE	N/A	ESTADO REPRODUCTIVO	Cargada
RAZA / VARIEDAD	Holstein X Normando	PESO APROXIMADO	420 Kg
EDAD		COLOR	Negro/Blanco

Y DECLARO

Autorizo el procedimiento SI X NO ___

Este documento tiene acción legal y se firma el día 17 del mes de 07 del año 2024

FIRMA COMO RESPONSABLE:

Nombre Juan David Amero Doc. De identidad 19050476 Teléfono 3134936424

Firma

Carrera 10 N° 8-74 CC. El Curubito Piso 2
PBX: 884 4444 Ext. 1300

Gaitan

SECRETARÍA PARA EL DESARROLLO ECONÓMICO

Dirección de Desarrollo Agropecuario

FORMULARIO ÚNICO DE EXTENSIÓN

I. SOLICITUD

Visita Agrícola ☐ Visita Pecuaria ☒ Visita de Seguimiento ☐

Fecha 24-07-2024 Nombre GLORIA ELENA CIFUENTES

C.C No. 35472143 Teléfono 3246293992

Cod. RUAT

Dirección VEREDA FONQUETA JUNTO AL CASTILLO Sector Catastral

Nivel educativo: Primaria ☐ Bachillerato ☐ Técnico / Tecnólogo ☒ Profesional ☐ Otro ☐ Cual

Edad 59 GÉNERO Masculino ☒ Femenino ☒ LGBTI ☐

Tipo de predio Propio ☐ Arrendado ☒ Propiedad Horizontal ☐ Com No. ☐

Grupo poblacional Étnico ☐ Afro ☐ Desplazado ☐ Raizal ☐ PVCAEF ☐

ÁREA AGRÍCOLA		ÁREA PECUARIA	Mayores	Menores	OTROS	
Cultivos transitorios		Tipo de Asist.			Lombricultura	
Hortalizas		Producción			Capacitación	
Frutales		Med. Preventiva	X		Certificado de Actividad Económica	
Aromáticas		Mej. Genético			Mecanización Agrícola	
Cultivos Bajo Invernadero		Otro			Tractor / Motocultor / Otro	
Hidroponía	VISITA URGENTE TERNERA DEBIL.					

Firma Profesional Jorge Gaitán B.

Firma Usuario Whatsapp

II. VISITA TÉCNICA

Fecha: No. del radicado

- Objeto de la visita Bovino Hembra que presenta bajo desarrollo, se realiza vermifugación.
- Recomendaciones

Observaciones

No. de M2 intervenidos

III. ORDEN DE SALIDA INSUMOS AGROPECUARIOS Y/O VIVERO MUNICIPAL

Los siguientes insumos y/o materiales

DESCRIPCIÓN	UNIDADES	CANTIDAD
Febendazol.	ml	15

AUTORIZADO USUARIO

Cargo Firma

Fecha No. del Radicado No.

Nombre

III. ORDEN DE SALIDA INSUMOS AGROPECUARIOS Y/O VIVERO MUNICIPAL (COPIA USUARIO)

Los siguientes insumos y/o materiales

DESCRIPCIÓN	UNIDADES	CANTIDAD

AUTORIZADO USUARIO

Cargo Firma

C.C.

Al contestar cite este No.

SECRETARÍA PARA EL DESARROLLO ECONÓMICO

Gaitan

Dirección de Desarrollo Agropecuario

FORMULARIO ÚNICO DE EXTENSIÓN RURAL (Ley 1876 de 2017)

I. SOLICITUD INICIAL No.

Visita Agrícola ☐ Visita Pecuaria ☒ Visita de Seguimiento ☐

Fecha Nombre Margarita Pedraza

C.C No. 35.473.200 Cod. RUAT Teléfono 3123464052

Dirección Vda Cerca de Piedra Colmenas Sector Catastral

Nivel educativo Primaria ☒ Bachillerato ☐ Técnico / Tecnólogo ☐ Profesional ☐ Otro ☐ Cual

Edad 57 GÉNERO Masculino ☐ Femenino ☒ LGBTI ☐

Tipo de predio Propio ☒ Arrendado ☐ Propiedad Horizontal ☐ Com No. ☐

Grupo poblacional Étnico ☐ Afro ☐ Desplazado ☐ Raizal ☐ PVCAEF ☐

ÁREA AGRÍCOLA		ÁREA PECUARIA	Mayores	Menores	OTROS	
Cultivos transitorios		Tipo de Asist.			Lombricultura	
Hortalizas		Producción			Capacitación	
Frutales		Med. Preventiva	X		Certificado de Actividad Económica	
Aromáticas		Mej. Genético			Mecanización Agrícola	
Cultivos Bajo Invernadero		Otro	Bovino hembra Purga y Vitaminas		Tractor / Motocultor / Otro	
Hidroponía						

Firma Profesional Jorge Gaitán B.

Firma Usuario Margarita Pedraza S

II. VISITA TÉCNICA

Fecha No. del radicado

Objeto de la visita Se realiza vermifugación y aplicación de Vitaminas a Bovino Hembra

Recomendaciones

Observaciones

No. de M2 intervenidos

III. ORDEN DE SALIDA INSUMOS AGROPECUARIOS Y/O VIVERO MUNICIPAL

Los siguientes insumos y/o materiales

DESCRIPCIÓN	UNIDADES	CANTIDAD

AUTORIZADO USUARIO

Cargo Firma x Margarita Pedraza S

Fecha No. del Radicado No.

Nombre

III. ORDEN DE SALIDA INSUMOS AGROPECUARIOS Y/O VIVERO MUNICIPAL (COPIA USUARIO)

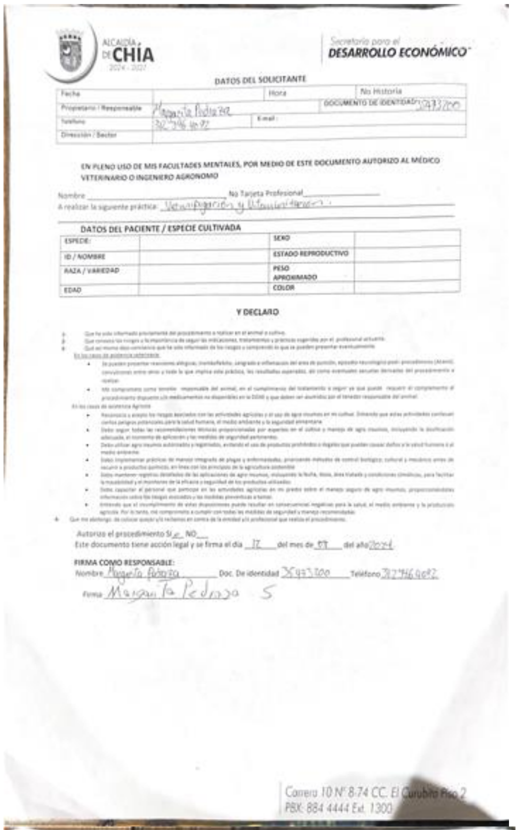
Los siguientes insumos y/o materiales

DESCRIPCIÓN	UNIDADES	CANTIDAD

AUTORIZADO USUARIO

Cargo Firma

C.C.


ALCALDÍA DE CHÍA
2024 - 2027

Secretaría para el
DESARROLLO ECONÓMICO

DATOS DEL SOLICITANTE

Fecha		Hora	No Historia
Propietario / Responsable	Margarita Pedraza		DOCUMENTO DE IDENTIDAD 35473200
Teléfono	3123464092	E-mail :	
Dirección / Sector			

EN PLENO USO DE MIS FACULTADES MENTALES, POR MEDIO DE ESTE DOCUMENTO AUTORIZO AL MÉDICO VETERINARIO O INGENIERO AGRONOMO

Nombre ______________________ No Tarjeta Profesional ______________
A realizar la siguiente práctica: Vermifugación y Vitaminización.

DATOS DEL PACIENTE / ESPECIE CULTIVADA

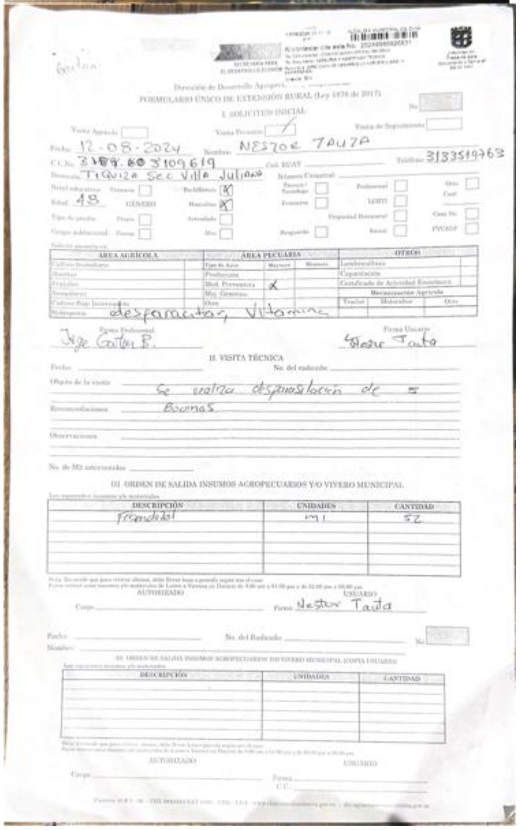
ESPECIE:		SEXO	
ID / NOMBRE		ESTADO REPRODUCTIVO	
RAZA / VARIEDAD		PESO APROXIMADO	
EDAD		COLOR	

Y DECLARO

Autorizo el procedimiento SI x NO___
Este documento tiene acción legal y se firma el día 12 del mes de 08 del año 2024

FIRMA COMO RESPONSABLE:
Nombre Margarita Pedraza Doc. De identidad 35473200 Teléfono 3123464092
Firma Margarita Pedraza 5

Carrera 10 N° 8-74 CC. El Curubito Piso 2
PBX: 884 4444 Ext. 1300


Gaitan

Dirección de Desarrollo Agropecuario

FORMULARIO ÚNICO DE EXTENSIÓN RURAL (Ley 1876 de 2017)

I. SOLICITUD INICIAL

Visita Agrícola ☐ Visita Pecuaria ☑ Visita de Seguimiento ☐

Fecha: 12-08-2024 Nombre: NESTOR TAUTA
C.C.No. 3109619 Cel. RUAT ____ Teléfono 3133519763
Dirección: TIQUIZA Sec Villa Juliana Número Catastral ____
Nivel educativo: Primaria ☐ Bachillerato ☒ Técnico / Tecnólogo ☐ Profesional ☐ Otro ☐ Cual ____
Edad 48 GÉNERO Masculino ☒ Femenino ☐ LGBTI ☐
Tipo de predio: Propio ☐ Arrendado ☐ Propiedad Horizontal ☐ Casa No. ☐
Grupo poblacional: ☐ Afro ☐ Desplazado ☐ Rural ☐ PVCASF ☐

AREA AGRÍCOLA		AREA PECUARIA			OTROS	
		Tipo de Asist.	Mayores	Menores	Lombricultura	
Huertas		Producción			Capacitación	
Frutales		Med. Preventiva	x		Certificado de Actividad Económica	
Aromáticas		Mej. Genética			Mecanización Agrícola	
Cultivo Bajo Invernadero		Otro			Tractor	Motocultor / Otro
Hidroponía	desparacitar, Vitamina					

Firma Profesional: Jge Gaitan B.
Firma Usuario: Nestor Tauta

II. VISITA TÉCNICA

Fecha: ____ No. del radicado ____
Objeto de la visita: Se realiza desparasitación de =
Recomendaciones: Bovinos
Observaciones: ____
No. de M2 intervenidos ____

III. ORDEN DE SALIDA INSUMOS AGROPECUARIOS Y/O VIVERO MUNICIPAL

DESCRIPCIÓN	UNIDADES	CANTIDAD
Fenbendazol	ml	52

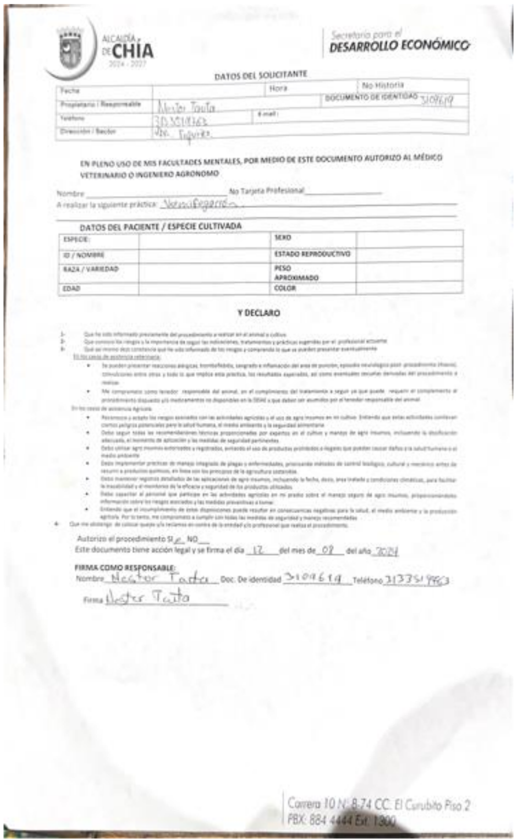
AUTORIZADO USUARIO
Cargo ____ Firma Nestor Tauta

Fecha ____ No. del Radicado ____ No.
Nombre ____

III. ORDEN DE SALIDA INSUMOS AGROPECUARIOS Y/O VIVERO MUNICIPAL (COPIA USUARIO)

DESCRIPCIÓN	UNIDADES	CANTIDAD

AUTORIZADO USUARIO
Cargo ____ Firma ____
C.C. ____



ALCALDÍA DE CHÍA
2024 - 2027

Secretaría para el
DESARROLLO ECONÓMICO

DATOS DEL SOLICITANTE

Fecha		Hora	No Historia
Propietario / Responsable	Nestor Tauta		DOCUMENTO DE IDENTIDAD 3109619
Teléfono	3133519963	E-mail:	
Dirección / Sector	Vda. Tiquiza		

EN PLENO USO DE MIS FACULTADES MENTALES, POR MEDIO DE ESTE DOCUMENTO AUTORIZO AL MÉDICO VETERINARIO O INGENIERO AGRONOMO

Nombre ______________________ No Tarjeta Profesional ______________

A realizar la siguiente práctica: Vermifugación.

DATOS DEL PACIENTE / ESPECIE CULTIVADA

ESPECIE:		SEXO	
ID / NOMBRE		ESTADO REPRODUCTIVO	
RAZA / VARIEDAD		PESO APROXIMADO	
EDAD		COLOR	

Y DECLARO

1- Que he sido informado previamente del procedimiento a realizar en el animal o cultivo.
2- Que conozco los riesgos y la importancia de seguir las indicaciones, tratamientos y prácticas sugeridas por el profesional actuante.
3- Que así mismo dejo constancia que he sido informado de los riesgos y comprendo lo que se pueden presentar eventualmente.

En los casos de asistencia veterinaria:

- Se pueden presentar reacciones alérgicas, tromboflebitis, sangrado e inflamación del área de punción, episodio neurológico post procedimiento (mareo), convulsiones entre otras y todo lo que implica esta práctica, los resultados esperados, así como eventuales secuelas derivadas del procedimiento a realizar.
- Me comprometo como tenedor responsable del animal, en el cumplimiento del tratamiento a seguir ya que puede requerir el complemento al procedimiento dispuesto y/o medicamentos no disponibles en la [illegible] y que deben ser asumidos por el tenedor responsable del animal.

En los casos de asistencia Agrícola:

- Reconozco y acepto los riesgos asociados con las actividades agrícolas y el uso de agro insumos en mi cultivo. Entiendo que estas actividades conllevan ciertos peligros potenciales para la salud humana, el medio ambiente y la seguridad alimentaria.
- Debo seguir todas las recomendaciones técnicas proporcionadas por expertos en el cultivo y manejo de agro insumos, incluyendo la dosificación adecuada, el momento de aplicación y las medidas de seguridad pertinentes.
- Debo utilizar agro insumos autorizados y registrados, evitando el uso de productos prohibidos o ilegales que puedan causar daños a la salud humana o al medio ambiente.
- Debo implementar prácticas de manejo integrado de plagas y enfermedades, priorizando métodos de control biológico, cultural y mecánico antes de recurrir a productos químicos, en línea con los principios de la agricultura sostenible.
- Debo mantener registros detallados de las aplicaciones de agro insumos, incluyendo la fecha, dosis, área tratada y condiciones climáticas, para facilitar la trazabilidad y el monitoreo de la eficacia y seguridad de los productos utilizados.
- Debo capacitar al personal que participe en las actividades agrícolas en mi predio sobre el manejo seguro de agro insumos, proporcionándoles información sobre los riesgos asociados y las medidas preventivas a tomar.
- Entiendo que el incumplimiento de estas disposiciones puede resultar en consecuencias negativas para la salud, el medio ambiente y la producción agrícola. Por lo tanto, me comprometo a cumplir con todas las medidas de seguridad y manejo recomendadas.

4- Que me abstengo de colocar quejas y/o reclamos en contra de la entidad y/o profesional que realiza el procedimiento.

Autorizo el procedimiento SI ✓ NO___

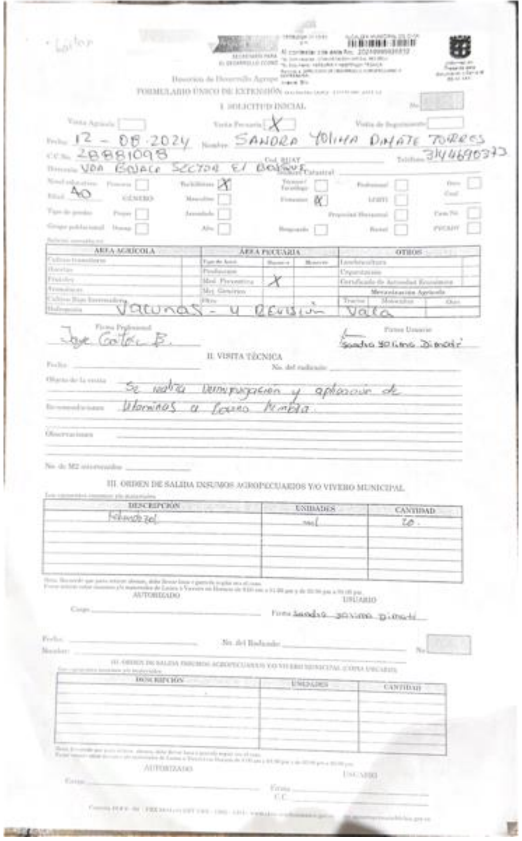
Este documento tiene acción legal y se firma el día 12 del mes de 08 del año 2024

FIRMA COMO RESPONSABLE:

Nombre Nestor Tauta Doc. De identidad 3109619 Teléfono 3133519963

Firma Nestor Tauta

Carrera 10 N. 8-74 CC. El Curubito Piso 2
PBX: 884 4444 Ext. 1900



Lector

SECRETARÍA PARA EL DESARROLLO ECONÓMICO

Al contestar cite este Rad.: 2024[illegible]

Dirección de Desarrollo Agropecuario

FORMULARIO ÚNICO DE EXTENSIÓN

I. SOLICITUD INICIAL

No.

Visita Agrícola ☐ Visita Pecuaria ☒ Visita de Seguimiento ☐

Fecha 12 - 08 - 2024 Nombre SANDRA YOLIMA DIMATE TORRES

C.C No. 28881098 Cod. RUAT ________ Teléfono 3144690373

Dirección VDA BOJACA SECTOR EL BOSQUE Número Catastral ________

Nivel educativo: Primaria ☐ Bachillerato ☒ Técnico / Tecnólogo ☐ Profesional ☐ Otro ☐ Cual ______

Edad 40 GÉNERO Masculino ☐ Femenino ☒ LGBTI ☐

Tipo de predio Propio ☐ Arrendado ☐ Propiedad Horizontal ☐ Cuenta No. ☐

Grupo poblacional [illegible] ☐ Afro ☐ Desplazado ☐ Raizal ☐ [illegible] ☐

Solicitud consultada en:

ÁREA AGRÍCOLA		ÁREA PECUARIA			OTROS		
Cultivos transitorios		Tipo de Asist.	Bovinos	Menores	Lombricultura		
Hortalizas		Producción			Capacitación		
Frutales		Med. Preventiva	X		Certificado de Actividad Económica		
Aromáticas		Mej. Genético			Mecanización Agrícola		
Cultivos Bajo Invernadero		Otro			Tractor	Motocultor	Otro
Hidroponía	Vacunas - y Revisión				Vaca		

Firma Profesional Jorge Cortés B.

Firma Usuario Sandra Yolima Dimaté

II. VISITA TÉCNICA

Fecha ______________ No. del radicado ______________

Objeto de la visita Se realiza desparasitación y aplicación de

Recomendaciones vitaminas a bovino hembra.

Observaciones ______________

No. de M2 intervenidos ______________

III. ORDEN DE SALIDA INSUMOS AGROPECUARIOS Y/O VIVERO MUNICIPAL

DESCRIPCIÓN	UNIDADES	CANTIDAD
Fenbendazol	ml	20.

AUTORIZADO

Cargo ______________

USUARIO

Firma Sandra Yolima Dimaté

Fecha: ______________ No. del Radicado ______________ No.

Nombre: ______________

III. ORDEN DE SALIDA INSUMOS AGROPECUARIOS Y/O VIVERO MUNICIPAL (COPIA USUARIO)

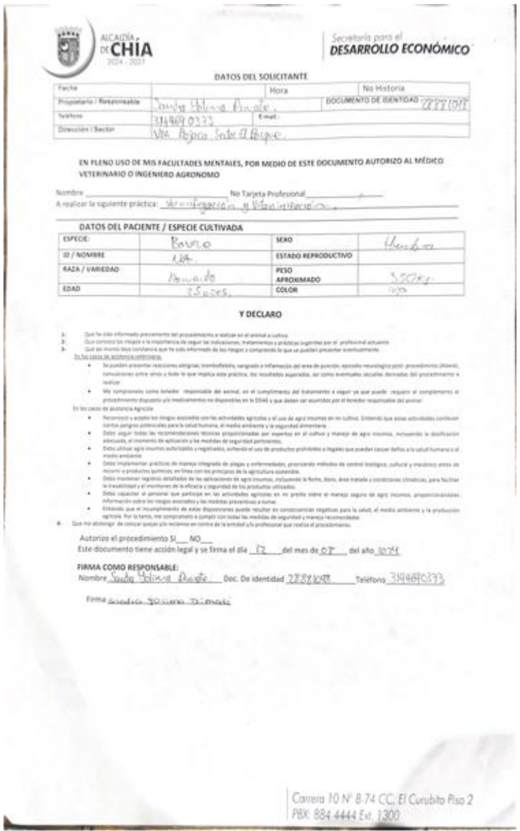
DESCRIPCIÓN	UNIDADES	CANTIDAD

AUTORIZADO

Cargo ______________

USUARIO

Firma ______________
C.C. ______________



ALCALDÍA DE CHÍA 2024 - 2027

Secretaría para el **DESARROLLO ECONÓMICO**

DATOS DEL SOLICITANTE

Fecha		Hora	No Historia
Propietario / Responsable	Sandra Yolima Pinzón.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	27881098
Teléfono	3144690373	E-mail:	
Dirección / Sector	Vda. Bojacá Sector El Bosque.		

EN PLENO USO DE MIS FACULTADES MENTALES, POR MEDIO DE ESTE DOCUMENTO AUTORIZO AL MÉDICO VETERINARIO O INGENIERO AGRONOMO

Nombre ______ No Tarjeta Profesional ______

A realizar la siguiente práctica: Vermifugación y Vitaminización.

DATOS DEL PACIENTE / ESPECIE CULTIVADA

ESPECIE:	Bovino	SEXO	Hembra
ID / NOMBRE	N/A.	ESTADO REPRODUCTIVO	
RAZA / VARIEDAD	Normando	PESO APROXIMADO	350 Kg.
EDAD	7,5 años.	COLOR	[illegible]

Y DECLARO

1. Que he sido informado previamente del procedimiento a realizar en el animal o cultivo.

Autorizo el procedimiento SI___ NO___

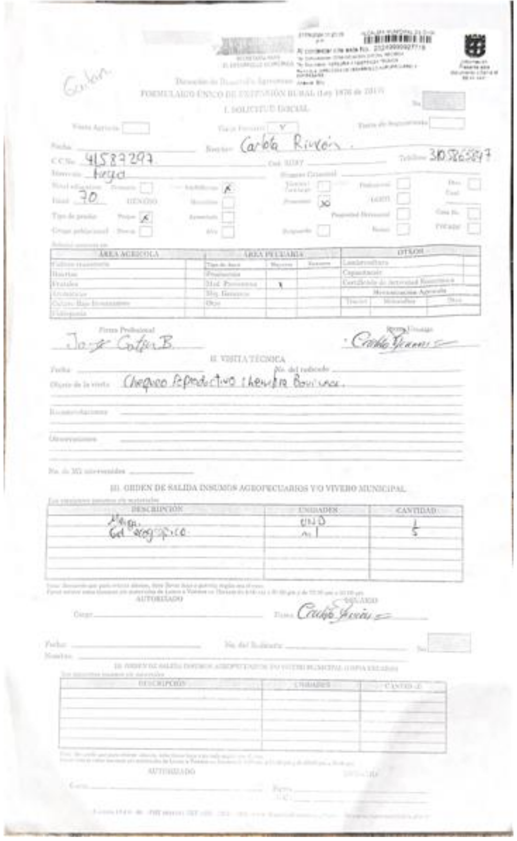
Este documento tiene acción legal y se firma el día 12 del mes de 07 del año 2024

FIRMA COMO RESPONSABLE:

Nombre Sandra Yolima Pinzón Doc. De identidad 27881098 Teléfono 3144690373

Firma Sandra Yolima Pinzón

Carrera 10 N° 8-74 CC. El Curubito Piso 2
PBX: 884 4444 Ext. 1300



Gaitán

FORMULARIO ÚNICO DE EXTENSIÓN RURAL (Ley 1876 de 2017)

I. SOLICITUD SOCIAL

Nombre: Carlota Rincón.

C.C. No. 41587297

Teléfono 3105865847

Vereda: Fagua

Edad 70

Firma Profesional

Jorge Gaitán B.

Carlota Rincón

II. VISITA TÉCNICA

Fecha ______ No. del radicado ______

Objeto de la visita Chequeo Reproductivo 1 hembra Bovina.

Recomendaciones ______

Observaciones ______

III. ORDEN DE SALIDA INSUMOS AGROPECUARIOS Y/O VIVERO MUNICIPAL

DESCRIPCIÓN	UNIDADES	CANTIDAD
Manga.	UND	1
Gel ecográfico	ml	5

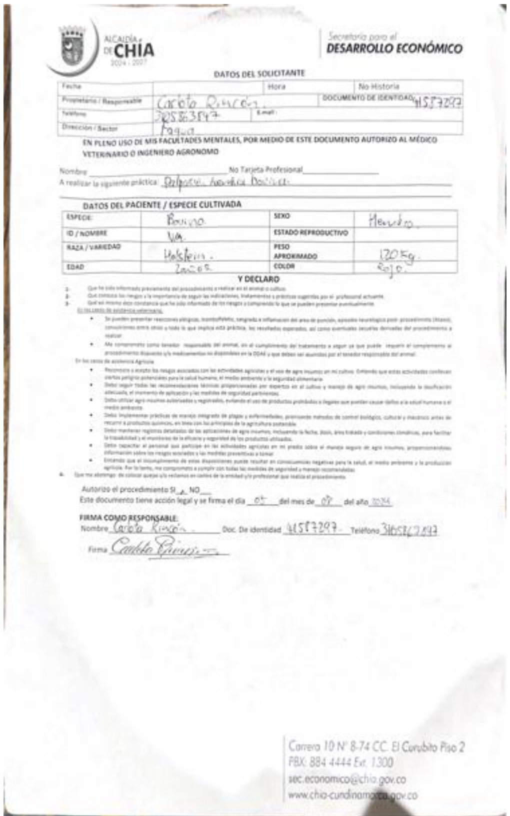
AUTORIZADO

Cargo ______ Firma Carlota Rincón

Fecha ______

DESCRIPCIÓN	UNIDADES	CANTIDAD

AUTORIZADO



ALCALDÍA de CHÍA 2024 - 2027

Secretaría para el DESARROLLO ECONÓMICO

DATOS DEL SOLICITANTE

Fecha		Hora	No Historia
Propietario / Responsable	Carlota Rincón.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD 41537297	
Teléfono	3105863547	E-mail:	
Dirección / Sector	Fagua		

EN PLENO USO DE MIS FACULTADES MENTALES, POR MEDIO DE ESTE DOCUMENTO AUTORIZO AL MÉDICO VETERINARIO O INGENIERO AGRONOMO

Nombre ______________ No Tarjeta Profesional ______________

A realizar la siguiente práctica: Palpación [illegible]

DATOS DEL PACIENTE / ESPECIE CULTIVADA

ESPECIE	Bovino.	SEXO	Hembra.
ID / NOMBRE	VA.	ESTADO REPRODUCTIVO	
RAZA / VARIEDAD	Holstein.	PESO APROXIMADO	120 Kg.
EDAD	2 años	COLOR	Rojo.

Y DECLARO

1. Que he sido informado previamente del procedimiento a realizar en el animal o cultivo.
2. Que conozco los riesgos y la importancia de seguir las indicaciones, tratamientos y prácticas sugeridas por el profesional actuante.
3. Que así mismo dejo constancia que he sido informado de los riesgos y comprendo lo que se pueden presentar eventualmente.

En los casos de asistencia veterinaria.

En los casos de asistencia Agrícola

4. Que me abstengo de colocar quejas y/o reclamos en contra de la entidad y/o profesional que realiza el procedimiento.

Autorizo el procedimiento SI x NO ___

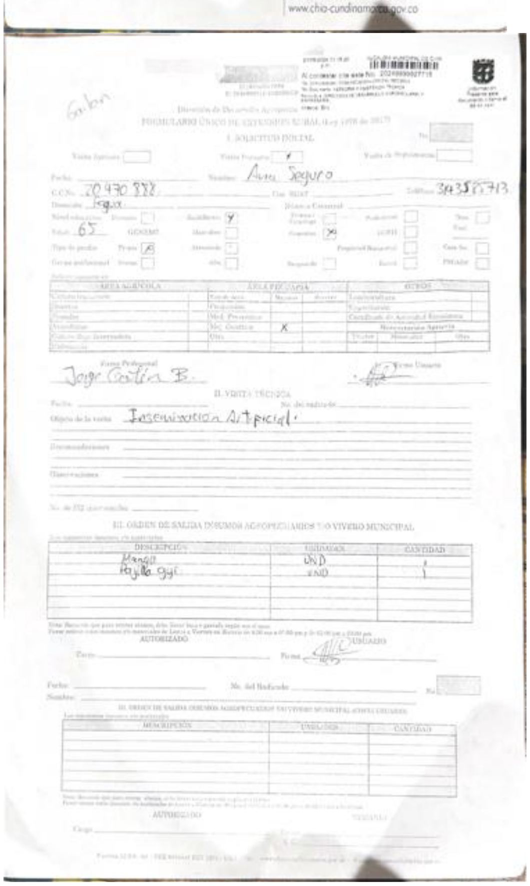
Este documento tiene acción legal y se firma el día 05 del mes de 07 del año 2024

FIRMA COMO RESPONSABLE:

Nombre Carlota Rincón. Doc. De identidad 41587297 Teléfono 3105863547

Firma Carlota Rincón

Carrera 10 N° 8-74 CC. El Curubito Piso 2
PBX: 884 4444 Ext. 1300
sec.economico@chia.gov.co
www.chia-cundinamarca.gov.co



Al contestar cite este No. 20249990027719

Galan

Dirección de Desarrollo Agropecuario

FORMULARIO ÚNICO DE EXTENSIÓN RURAL (Ley 1876 de 2017)

I. SOLICITUD INICIAL

Visita Agrícola ☐ Visita Pecuaria ☑ Visita de Seguimiento ☐

Fecha: ______ Nombre: Ana Seguro

C.C.No. 20 470 888 Cód. RUAT ______ Teléfono 3143585713

Domicilio Fagua

Edad 65

Firma Profesional: Jorge Gaitán B.

Firma Usuario

II. VISITA TÉCNICA

Fecha: ______ No. del radicado ______

Objeto de la visita Inseminación Artificial.

Recomendaciones ______

Observaciones ______

III. ORDEN DE SALIDA INSUMOS AGROPECUARIOS Y/O VIVERO MUNICIPAL

DESCRIPCIÓN	UNIDADES	CANTIDAD
Mangas	UND	1
Pajilla gyr	UND	1

AUTORIZADO USUARIO

Cargo ______ Firma

Fecha: ______ No. del Radicado ______

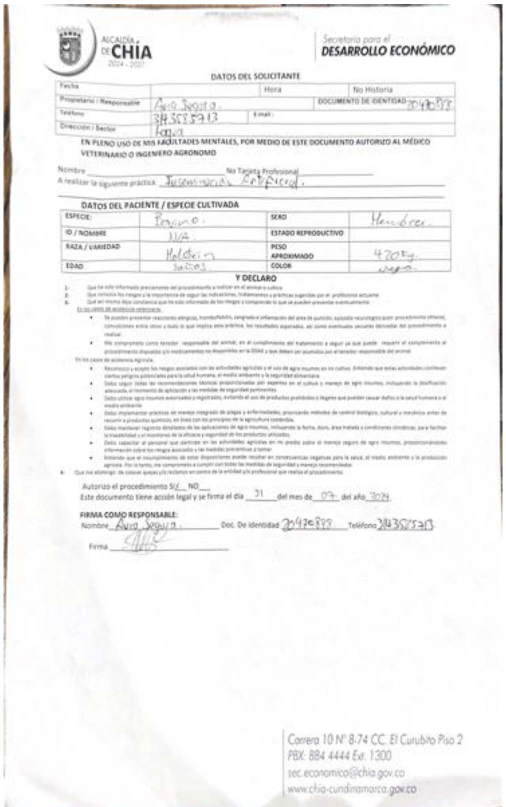
Nombre: ______

III. ORDEN DE SALIDA INSUMOS AGROPECUARIOS Y/O VIVERO MUNICIPAL

DESCRIPCIÓN	UNIDADES	CANTIDAD

AUTORIZADO USUARIO

Cargo ______



ALCALDÍA DE CHÍA 2024 - 2027

Secretaría para el **DESARROLLO ECONÓMICO**

DATOS DEL SOLICITANTE

Fecha		Hora	No Historia
Propietario / Responsable	Aura Segura.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD 20470898	
Teléfono	3143585913	E-mail:	
Dirección / Sector	Fagua		

EN PLENO USO DE MIS FACULTADES MENTALES, POR MEDIO DE ESTE DOCUMENTO AUTORIZO AL MÉDICO VETERINARIO O INGENIERO AGRONOMO

Nombre ____________ No Tarjeta Profesional ____________

A realizar la siguiente práctica Inseminación Artificial.

DATOS DEL PACIENTE / ESPECIE CULTIVADA

ESPECIE:	Bovino.	SEXO	Hembra.
ID / NOMBRE	N/A.	ESTADO REPRODUCTIVO	
RAZA / VARIEDAD	Holstein	PESO APROXIMADO	420 Kg.
EDAD	3 años	COLOR	negra

Y DECLARO

Autorizo el procedimiento SI ✓ NO___

Este documento tiene acción legal y se firma el día 31 del mes de 07 del año 2024.

FIRMA COMO RESPONSABLE:

Nombre Aura Segura. Doc. De identidad 20470899 Teléfono 3143585913

Firma ____________

Carrera 10 N° 8-74 CC. El Curubito Piso 2
PBX: 884 4444 Ext. 1300
sec.economico@chia.gov.co
www.chia-cundinamarca.gov.co