

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 CAMACHO

C.C.No. 20471916 Cod. SIAT Teléfono 3214226543

Dirección RESGUARDO INDIGENA SEC QUIRIA NUEVO

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

Edad 63 GENERO Masculino ☐ Femenino ☒ LGBTI ☐

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

Grupo poblacional: Nativo ☐ Afro ☐ Raizal ☐ PVCLSV ☐

Solicita asesoría en:

AREA AGRICOLA	AREA PECUARIA			OTROS	
Cultivos transitorios	Tipo de Animal	Hembras	Machos	Leyes fruticola	
Tecnología	Producción			Capacitación	
Frutales	Mod. Pecuarios	X		Certificado de Actividad Económica	
Forestales en	Mej. Genético			Mecanización Agrícola	
Cultivos Ilícitos	Otro			Tractor	Motocultor
Enfermedades	Vacunas y Purgas				

Firma Profesional: Jefe Carol E. Firma Usuario: M. Isabel Castro.

II. VISITA TÉCNICA

No. del radicado:

Fecha

Objeto de la visita Se realiza Vacunación y desparasitación de 90 Bovinos de diferentes edades

Recomendaciones

Observaciones

No. de MS suministrados

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

Los siguientes insumos son suministrados

DESCRIPCIÓN	UNIDADES	CANTIDAD
Polivalol	ml	180
ATP	ml	100

Nota: Recuerde que para retirar insumos, debe llenar bien y quedarse cerca en el cupo.
Favor retirar con maximo 20 minutos de Lunes a Viernes en Horario de 8:00 am a 12:00 pm y de 02:00 pm a 05:00 pm.

AUTORIZADO Cargo: Firma: USUARIO M. Isabel Castro

Nombre: Cedula: No. del Radicado: No.

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

Los siguientes insumos son suministrados

DESCRIPCIÓN	UNIDADES	CANTIDAD

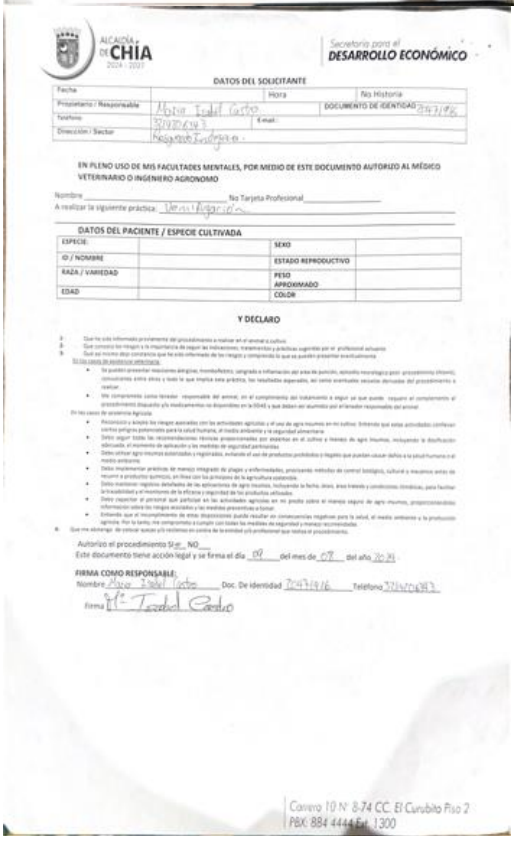
Nota: Recuerde que para retirar insumos, debe llenar bien y quedarse cerca en el cupo.
Favor retirar con maximo 20 minutos de Lunes a Viernes en Horario de 8:00 am a 12:00 pm y de 02:00 pm a 05:00 pm.

AUTORIZADO USUARIO

Cargo: Firma:

C.C.:

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



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	3214226543	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: Vacunación

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 no existe duda 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, inconvenientes, cangrado e inflamación del área de punción, episodio neurológico post- procedimiento (shock), considerando estos otros 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 o seguir un que puede requerir el complemento al procedimiento disponible y/o medicamentos no disponibles en la IDAS 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.
- Sigo 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 particulares.
- 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.

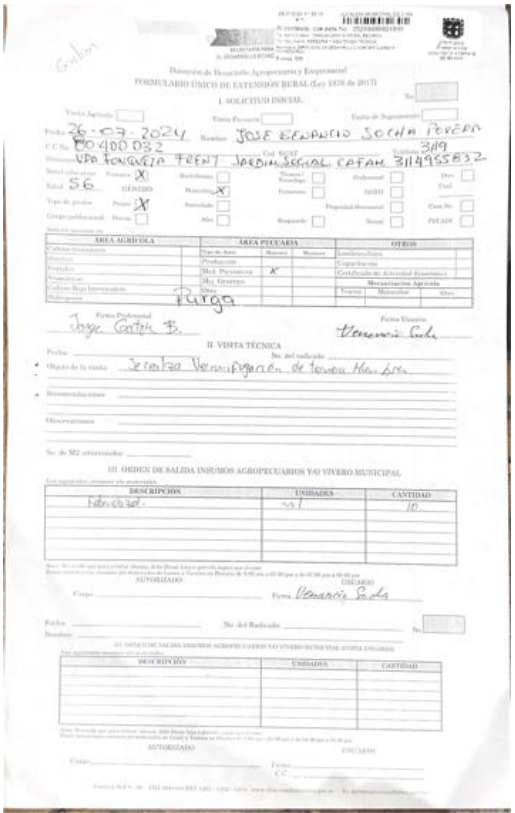
Autorizo el procedimiento Si x NO

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 3214226543

Firma M. Isabel Castro



Dirección de Desarrollo Agropecuario y Empresarial

FORMULARIO UNICO DE EXTENSION RURAL (Ley 1876 de 2017)

I. SOLICITUD INICIAL

Visita Agrícola: ☐ Visita Pecuaria: ☐ Visita de Seguimiento: ☐

Fecha: 26-07-2024 Nombre: JOSE BENANCIO SOCHA PEREA

C.C No: 80400032 Edad: 59 Teléfono: 319

Dirección: VDA FONQUEDA FRENTE JARDIN SOCIAL COFAM 3114955832

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

Edad: 56 GÉNERO: Masculino: X Femenino: ☐ SISBEN: ☐ Cual: ☐

Tipo de predio: Propio: X Arrendado: ☐ Propiedad Horizontal: ☐ Casa No: ☐

Grupo poblacional: Propio: ☐ Afro: ☐ Resguardo: ☐ Rural: ☐ PECASY: ☐

AREA AGRICOLA	AREA PECUARIA			OTROS	
Cultivo Monodominante	Tipo de Area	Machos	Hembras	Conservación	
Asociados	Producción			Capacitación	
Frutales	Mod. Pecuarios	X		Certificado de Actividad Económica	
Forestales	Mej. Genetico			Mecanización Agrícola	
Cultivos Bajo Invernadero	Otros			Tractor	Motocultor / Otro
Hidroponia	Patios				

Firma Profesional: Jorge Cortes B. Firma Usuario: Benancio Socha

II. VISITA TÉCNICA

Fecha: ____ No. del radicado: ____

Objeto de la visita: Jornada Vermifugación de terneros Holstein

Recomendaciones: ____

Observaciones: ____

No. de M2 intervenidos: ____

III. ORDEN DE SALIDA INSUMOS AGROPECUARIOS YAO VIVERO MUNICIPAL

Los suscritos acuerdan lo siguiente:

DESCRIPCION	UNIDADES	CANTIDAD
Vermicida	ml	10

Nota: En caso que para retirar insumos, ACTA firmada haya expirado, según acuerdo municipal, se deberá realizar nuevamente otra acta en la Casa de la Cultura y Turismo en Horario de 9:00 am a 01:00 pm y de 02:00 pm a 06:00 pm

AUTORIZADO Cargo: ____ Firma: ____ ENTREGADO Firma: Benancio Socha

Fecha: ____ No. del Radicado: ____ No: ____

Nombre: ____

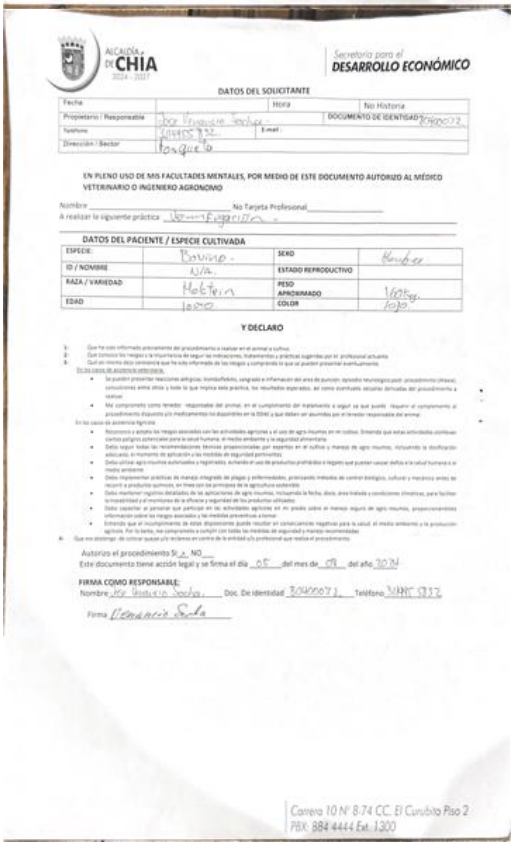
III. ORDEN DE SALIDA INSUMOS AGROPECUARIOS YAO VIVERO MUNICIPAL HOJA 2 DE 2

Los suscritos acuerdan lo siguiente:

DESCRIPCION	UNIDADES	CANTIDAD

Nota: En caso que para retirar insumos, ACTA firmada haya expirado, según acuerdo municipal, se deberá realizar nuevamente otra acta en la Casa de la Cultura y Turismo en Horario de 9:00 am a 01:00 pm y de 02:00 pm a 06:00 pm

AUTORIZADO Cargo: ____ ENTREGADO Firma: ____ C.C: ____



ALCALDÍA DE CHÍA 2024 - 2027

Secretaría para el DESARROLLO ECONÓMICO

DATOS DEL SOLICITANTE

Fecha		Hora	No Historia
Propietario / Responsable	Jose Benancio Socha	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	80400032
Teléfono	3144955832	E-mail	
Dirección / Sector	Fonqueda		

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	160Kg.
EDAD	10 Años	COLOR	Negro

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 acto comprendo 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, inmobilidades, sangrado e inflamación del area de punción, episodio neurologico post- procedimiento (ataxia), convulsiones entre otras y todo lo que implica este practica, 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 ESAE y que deben ser asumidos por el tenedor responsable del animal.

En los casos de asistencia Agricola:

- Reconozco y asumo 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 participa 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 culpar queja y/o reclamo en contra de la entidad y/o profesional que realice el procedimiento.

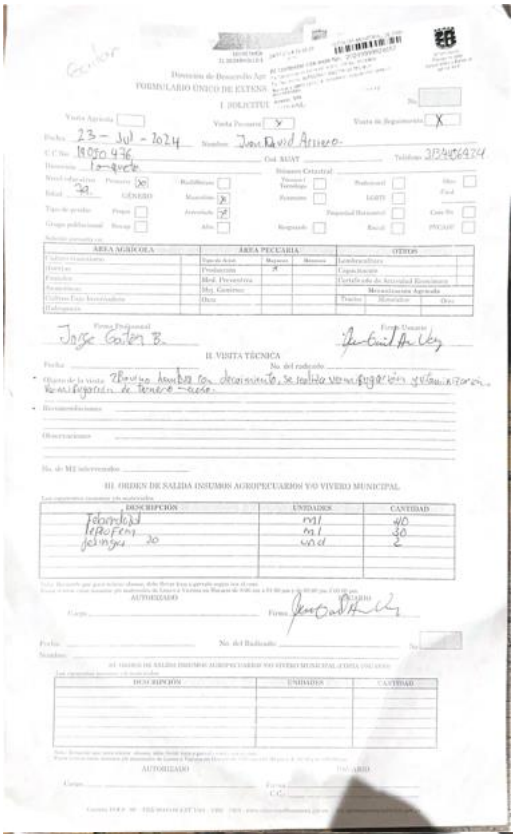
Autorizo el procedimiento Si X NO ____

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

FIRMA COMO RESPONSABLE:

Nombre Jose Benancio Socha. Doc. De Identidad 80400032 Teléfono 3144955832

Firma Benancio Socha



Dirección de Desarrollo Agr...

FORMULARIO UNICO DE EXTENS...

I. SOLICITUD

Visita Agrícola [ ] Visita Pecuaria [X] Visita de Seguimiento [X]

Fecha: 23 - Jul - 2024 Nombre: Jan David Arrieta

C.C No: 1050476 Cod. RUAT: Teléfono: 3134066474

Dirección: Finquita

Vereda/urbanización: Primaria [X] Ruralidad [ ] Primera Infancia [ ] Profesional [ ] Otro [ ]

Edad: 29 GÉNERO Masculino [X] Femenino [ ] LGBTI [ ] Etnia [ ]

Tipo de predio: Propio [ ] Arrendado [X] Propiedad Horizontal [ ] Casa No. [ ]

Grupo poblacional: Rural [ ] Afro [ ] Negritudes [ ] Raizal [ ] PPLCAIT [ ]

Solicitó personalmente [ ]

ÁREA AGRÍCOLA	ÁREA PECUARIA		OTROS
Cultivos transitorios	Tipo de Asist.	Mayores / Menores	Lombricultivos
Hortizas	Producción	X	Capacitación
Frutales	Med. Preventiva		Fortalecimiento Actividad Económica
Forestales	Med. Curativas		Mecanización Agrícola
Cultivos Pan Intercalados	Otro		Predios / Motorizados / Otro
Hidroponia			

Firma Profesional: Jorge Cortes B.

Firma Usuario: Jan David Arrieta

II. VISITA TÉCNICA

Fecha: No. del radicado:

Objeto de la visita: Paciente hombre con desparasitación. Se realiza visita de seguimiento y valoración. Se realiza aplicación de vitamina e - selenio.

Recomendaciones:

Observaciones:

No. de MZ intervenidas:

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

Los siguientes insumos son autorizados:

DESCRIPCIÓN	UNIDADES	CANTIDAD
Tobermicid	ml	40
Tetraferm	ml	30
Selenio 20	ml	2

Nota: Recuerde que para retirar insumos, debe llevar esta autorización impresa con el sello.

Para retirar otros insumos, por autorización de Comisaría Técnica, un Máximo de 5 ML con 1 ML de agua y 1 ML por 1 ML de agua.

AUTORIZADO

Cargo: Firma: Jan David Arrieta

Fecha: No. del Radicado: No.

Nombre:

IV. ORDEN DE SALIDA INSUMOS AGROPECUARIOS Y/O VIVERO MUNICIPAL (OTRA ENTREGA)

Los siguientes insumos son autorizados:

DESCRIPCIÓN	UNIDADES	CANTIDAD

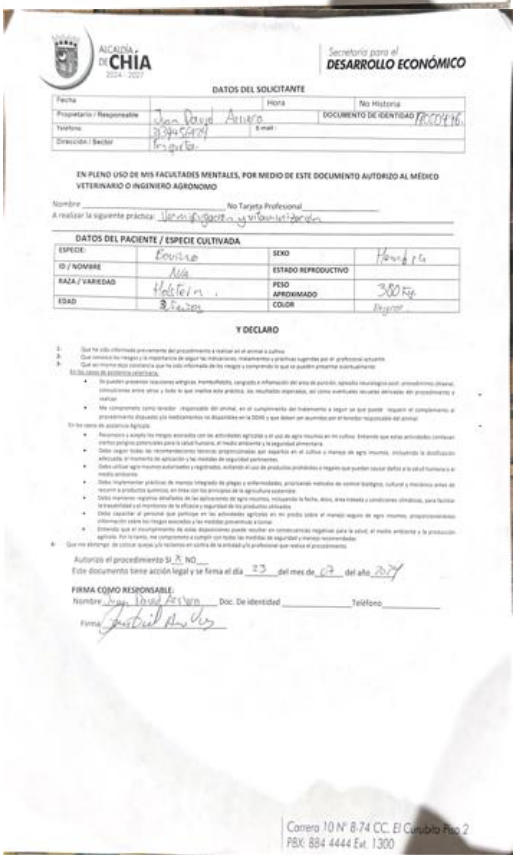
Nota: Recuerde que para retirar insumos, debe llevar esta autorización impresa con el sello.

Para retirar otros insumos, por autorización de Comisaría Técnica, un Máximo de 5 ML con 1 ML de agua y 1 ML por 1 ML de agua.

AUTORIZADO

Cargo: Firma:

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



ALCALDÍA DE CHÍA 2024 - 2027

Secretaría para el DESARROLLO ECONÓMICO

DATOS DEL SOLICITANTE

Fecha		Hora	No Historia
Propietario / Responsable	Jan David Arrieta		DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1050476
Teléfono	3134066474	E-mail:	
Dirección / Sector	Finquita		

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: Visita de seguimiento y valoración

DATOS DEL PACIENTE / ESPECIE CULTIVADA

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

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 pruebas sugeridas por el profesional actuante.
3. Que en mismo acto 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, hemorragias, sangrado e inflamación del area de punción, episodio neurológico post- procedimiento (shock), convulsiones entre otros 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 el procedimiento dispuesto y/o medicamentos no disponibles en la ZOMI o que deben ser asumidos por el tenedor responsable del animal.

En los casos de asistencia Agrícola:

- Reconozco y asumo los riesgos asociados con las actividades agrícolas a mi 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 o 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 regulados 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 la 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 [X] NO [ ]

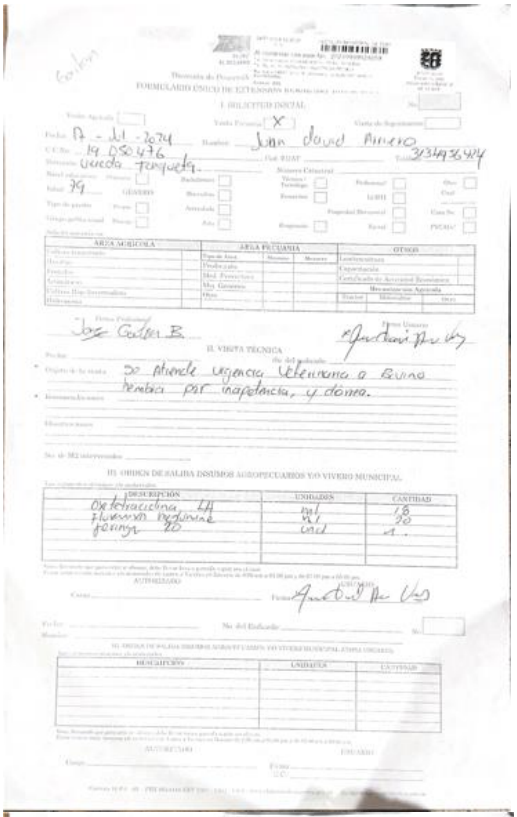
Este documento tiene acción legal y se firma el día 23 del mes de 07 del año 2024

FIRMA COMO RESPONSABLE:

Nombre Jan David Arrieta Doc. De identidad _____ Teléfono _____

Firma Jan David Arrieta

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



Secretaría de Desarrollo

FORMULARIO ÚNICO DE ESTADÍSTICAS

I. SOLICITUD INICIAL

Visita Inicial: X

Fecha: 7 - 11 - 2024 Nombre: Juan David Alviero C.C. No.: 19 050 476 Tel.: 3134936424

Dirección: Vereda Fonqueta.

Edad: 34 GENERO

ÁREA AGRÍCOLA | ÁREA PECUARIA | OTROS

Juez Golden B.

II. VISITA TÉCNICA

Se Atiende Urgencia Veterinaria a Bovino hembra por Impactacion, y diarrea.

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

DESCRIPCIÓN	UNIDADES	CANTIDAD
Oxitetraciclina LA	Ml	10
Fluvenza Inyectable	Ml	20
Jeringa 20	Und	1

AUTORIZADO

Cargo: Firma:

No. del Radicado: No.

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

DESCRIPCIÓN	UNIDADES	CANTIDAD

AUTORIZADO ENCARGO

Cargo: Firma:

C.C.:



ALCALDÍA DE CHÍA 2024 - 2027

Secretaría para el DESARROLLO ECONÓMICO

DATOS DEL SOLICITANTE

Fecha 12 11 24		Hora	No Historia
Propietario / Responsable	Juan D Alviero		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: Tx antibiotico.

DATOS DEL PACIENTE / ESPECIE CULTIVADA

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

Y DECLARO

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

En caso de asistencia veterinaria:

- Se pueden presentar reacciones alérgicas, tromboflebitis, congrado e inflamación del área de duración, episodio neurológico post- procedimiento (ataxia), convulsiones entre otros 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 UGAE 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 o 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 o la producción agrícola. Por lo tanto, me comprometo a cumplir con todas las medidas de seguridad y manejo recomendadas.

c. Que no asistiré de cobrar costas y/o reclamos en contra de la entidad y/o profesional que realiza el procedimiento.

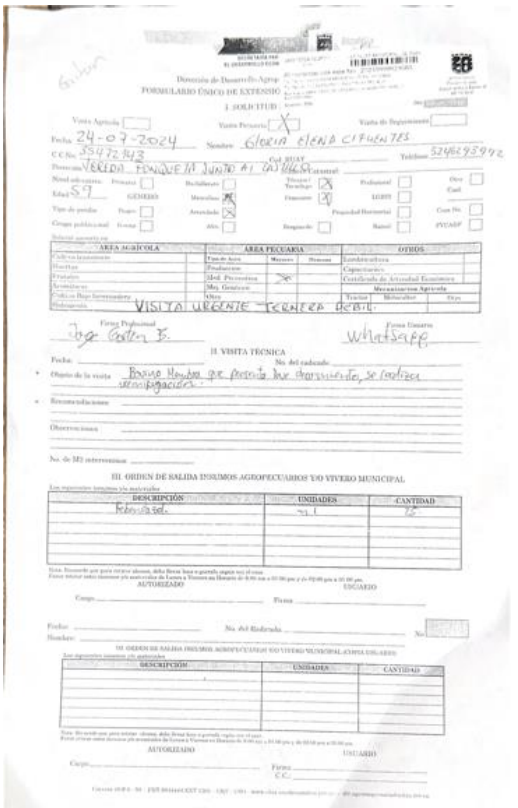
Autorizo el procedimiento SI X NO ___

Este documento tiene acción legal y se firma el día 7 del mes de 03 del año 2024

FIRMA COMO RESPONSABLE:

Nombre Juan David Alviero Doc. De identidad 19050476 Teléfono 3134936424

Firma



Dirección de Desarrollo Agropec...

FORMULARIO ÚNICO DE EXTENSIÓN RURAL (Ley 1876 de 2017)

I. SOLICITUD INICIAL

Visita Agrícola [ ] Visita Pecuaria [X] Visita de Seguimiento [ ]

Fecha 24-07-2024 Nombre GLORIA ELENA CIFUENTES Cédula de Ciudadanía No. 52462939 Teléfono 3246293942

C.C No. 35472413 Cod. RUAT [ ] Catastral [ ]

Dirección VEREDA TRAQUETA JUNTO AL CAMINO

Nivel educativo: Primaria [ ] Bachillerato [ ] Técnico / Tecnólogo [X] Profesional [ ] Otro [ ] Cual [ ]

Edad 57 GENERO Masculino [X] Femenino [X] LGBTI [ ]

Tipo de predio: Propio [ ] Arrendado [X] Propiedad Horizontal [ ] Casa No. [ ]

Grupo poblacional: Étnico [ ] Mix. [ ] Desplazado [ ] Retirado [ ] PVCMF [ ]

Solicitud apoyada en:

AREA AGRICOLA		AREA PECUARIA			OTROS	
Cultivos transitorios		Tipo de Ave	Mayores	Menores	Lombricultivos	
Hortizas		Producción			Capacitación	
Frutales		Mod. Preventivo	X		Certificado de Actividad Económica	
Aromáticas		Maj. Genético			Mecanización Agrícola	
Cultivos Bajo Invernadero		Otro			Tractor	Motocultor
Hidropónicos						

VISITA URGENTE TERNERA DEBIL.

Firma Profesional Jorge Cortes T. Firma Usuario WhatsApp

II. VISITA TÉCNICA

Fecha _____ No. del radicado _____

Objeto de la visita Basino Nombre que presenta bue crecimiento, se realizara vermifugacion.

Recomendaciones _____

Observaciones _____

No. de MI intervenidas _____

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

Los siguientes insumos ya autorizados

DESCRIPCIÓN	UNIDADES	CANTIDAD
Ivomec gel	ml	10

Nota: Recuerde que para retirar abonos, debe llevar bota o guardia, pagón, uso el cual. Favor retirar estos insumos ya autorizados de Lunes a Viernes en Horario de 8:00 am a 11:00 pm y de 02:00 pm a 05:00 pm.

AUTORIZADO USUARIO

Cargo _____ Firma _____

Fecha _____ No. del Radicado _____ No. [ ]

Nombre: _____

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

Los siguientes insumos ya autorizados

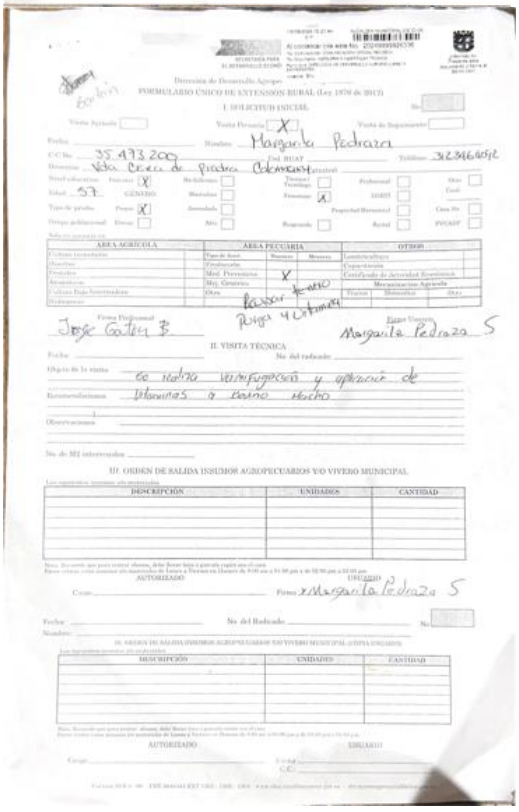
DESCRIPCIÓN	UNIDADES	CANTIDAD

Nota: Recuerde que para retirar abonos, debe llevar bota o guardia, pagón, uso el cual. Favor retirar estos insumos ya autorizados de Lunes a Viernes en Horario de 8:00 am a 11:00 pm y de 02:00 pm a 05:00 pm.

AUTORIZADO USUARIO

Cargo _____ Firma _____

C.C. _____



Dirección de Desarrollo Agropec...

FORMULARIO ÚNICO DE EXTENSIÓN RURAL (Ley 1876 de 2017)

I. SOLICITUD INICIAL

Visita Agrícola [ ] Visita Pecuaria [X] Visita de Seguimiento [ ]

Fecha _____ Nombre Margarita Pedraza Cédula de Ciudadanía No. 35.473.209 Teléfono 3236460592

C.C No. 35.473.209 Cod. RUAT [ ] Catastral [ ]

Dirección Vda Cerro de Piedra Cabecera

Nivel educativo: Primaria [X] Bachillerato [ ] Técnico / Tecnólogo [ ] Profesional [ ] Otro [ ] Cual [ ]

Edad 57 GENERO Masculino [ ] Femenino [X] LGBTI [ ]

Tipo de predio: Propio [X] Arrendado [ ] Propiedad Horizontal [ ] Casa No. [ ]

Grupo poblacional: Étnico [ ] Mix. [ ] Desplazado [ ] Retirado [ ] PVCMF [ ]

Solicitud apoyada en:

AREA AGRICOLA		AREA PECUARIA			OTROS	
Cultivos transitorios		Tipo de Ave	Mayores	Menores	Lombricultivos	
Hortizas		Producción			Capacitación	
Frutales		Mod. Preventivo	X		Certificado de Actividad Económica	
Aromáticas		Maj. Genético			Mecanización Agrícola	
Cultivos Bajo Invernadero		Otro			Tractor	Motocultor
Hidropónicos						

Pastos Kikuyo Rugas y Ostiones

Firma Profesional Jorge Cortes T. Firma Usuario Margarita Pedraza S

II. VISITA TÉCNICA

Fecha _____ No. del radicado _____

Objeto de la visita Se realiza vermifugacion y aplicacion de

Recomendaciones Vitaminas a bovino hecho

Observaciones _____

No. de MI intervenidas _____

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

DESCRIPCIÓN	UNIDADES	CANTIDAD

Nota: Recuerde que para retirar abonos, debe llevar bota o guardia, pagón, uso el cual.

AUTORIZADO USUARIO

Cargo _____ Firma x Margarita Pedraza S

Fecha _____ No. del Radicado _____ No. [ ]

Nombre: _____

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

DESCRIPCIÓN	UNIDADES	CANTIDAD

AUTORIZADO USUARIO

Cargo _____ C.C. _____

ALCALDÍA DE CHÍA
2024 - 2027

Secretaría para el **DESARROLLO ECONÓMICO**

DATOS DEL SOLICITANTE

Fecha		Hora	No Historia
Propietario / Responsable	Magaly Pedraza		DOCUMENTO DE IDENTIDAD 3257300
Teléfono	3274660	Email	
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: Desparasitación y Vitaminización

DATOS DEL PACIENTE / ESPECIE CULTIVADA

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

Y DECLARO

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

En los casos de ACTIVIDAD MÉDICOS:

- Se pueden presentar reacciones alérgicas, (vertebrados), congestión e inflamación del área de punción, episodio neurológico post- procedimiento (Ataxia), convulsiones entre otros y todo lo que implica esta práctica, los resultados esperados, así como eventuales secuelas derivados del procedimiento a realizar.
- Me comprometo como tenedor responsable del animal, en el cumplimiento del tratamiento a seguir ya que puede requerir el cumplimiento al procedimiento disponen a/o medicamentos no disponibles en la ESAE y que deben ser asumidos por el tenedor responsable del animal.

En los casos de ACTIVIDAD AGRICOLA

- 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 plaga y enfermedades, priorizando métodos de control biológico, cultural y mecánico antes de recurrir a productos químicos, en línea con los principios de la agricultura ambiental.
- Debo mantener registros detallados de las aplicaciones de agro insumos, incluyendo la fecha, hora, 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 la tanto, me comprometo a cumplir con todas las medidas de seguridad y manejo recomendadas.

d. Que me abstengo de colocar queja y/o reclamo 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 12 del mes de 09 del año 2024

FIRMA COMO RESPONSABLE:
Nombre Magaly Pedraza Doc. De identidad 3257300 Teléfono 3274660?
Firma Magaly Pedraza S

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

Dirección de Desarrollo Agrario

FORMULARIO ÚNICO DE EXTENSIÓN RURAL (Ley 1876 de 2017)

No.

I. SOLICITUD INICIAL

Visita Agrícola ___ Visita Pecuaria X Visita de Seguimiento ___

Fecha: 12-08-2024 Nombre: NESTOR TAUTA Cod. RUAT ___ Teléfono: 3133519763

C.C. No. 3189.80 3109619 Número Catastral ___

Dirección: TIQUIZA SEC VILLA JULIANA

Nivel educativo: Primaria ___ Bachillerato X Pecuario / Tecnólogo ___ Profesional ___ Otro ___ Cual ___

Edad: 48 GENERO Masculino X Femenino ___ LGBTI ___ Cant. No. ___

Tipo de predio: Propio ___ Arrendado ___ Propiedad Horizontal ___ PVCASP ___

Grupo poblacional: Propio ___ Afro ___ Resguardo ___ Rural ___

Solicitó asesoría en:

AREA AGRÍCOLA		AREA PECUARIA			OTROS	
Cultivo Semestrales		Tipo de Aves	Mayores	Menores	Lombricultivos	
Frutales		Porcinos			Capacitación	
Forestales		Mod. Permanente	X		Certificado de Actividad Económica	
Hortalizas		Mod. Intensivo			Mecanización Agrícola	
Cultivos Piso Intermedio		Otros			Tractor	Motocultor
Medicinales	desparacitar y Vitamina					

Firma Profesional: Jorge Cortes B. Firma Usuario: Nestor Tauta

II. VISITA TÉCNICA

Fecha: ___ No. del radicado: ___

Objeto de la visita: Se realiza desparasitación de 5

Recomendaciones: Bocinas

Observaciones: ___

No. de M2 intervenidos: ___

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

Los siguientes insumos y/o materiales:

DESCRIPCIÓN	UNIDADES	CANTIDAD
Frenedol	ml	52

Nota: Recuerde que para retirar ofertas, debe llevar hoja a portafolio según sea el caso.
Favor retirar solo insumos y/o materiales de Lunes a Viernes en Horario de 9:00 am a 11:00 pm y de 02:00 pm a 04:00 pm.

AUTORIZADO Cargo: ___ USUARIO Firma: Nestor Tauta

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

Nota: Recuerde que para retirar ofertas, debe llevar hoja a portafolio según sea el caso.
Favor retirar solo insumos y/o materiales de Lunes a Viernes en Horario de 9:00 am a 11:00 pm y de 02:00 pm a 04:00 pm.

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	Nestor Tauta		DOCUMENTO DE IDENTIDAD 3104619
Teléfono	3133751983	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: Vacunación

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 se mismo doy 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 disponible y/o medicamentos no disponibles en la CMAI 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 clasificación toxicológica, 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 pueden 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 participa 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 queja y/o reclamo 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 12 del mes de 08 del año 2024

FIRMA COMO RESPONSABLE:

Nombre Nestor Tauta Doc. De identidad 3104619 Teléfono 3133751983

Firma Nestor Tauta

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

Nestor

Dirección de Desarrollo Agropecuario

FORMULARIO ÚNICO DE EXTENSIÓN No.

I. SOLICITUD INICIAL

Visita Agrícola ☐ Visita Pecuaria X Visita de Seguimiento ☐

Fecha: 12 - 08 - 2024 Nombre: SANDRA YOLIMA DINATE TORRES

CC No. 28881098 Cel. RUAT: 3146910377

Dirección: VDA ENLACE SECTOR EL BOSQUE Catastral: _____

Nivel educativo: Primaria ☐ Bachillerato X Tecnico/Tecnologo ☐ Profesional ☐ Otro ☐

Edad: 40 GÉNERO: Masculino ☐ Femenino X LGBTI ☐ Cual: _____

Tipo de predio: Propio ☐ Arrendado ☐ Propiedad Horizontal ☐ Cant No. _____

Grupo poblacional: Ninguno ☐ Afro ☐ Resguardo ☐ Rural ☐ PNCRRT ☐

AREA AGRICOLA	AREA PECUARIA			OTROS		
Cultivo transitorio	Tipo de Asist.	Bovino	Materno	Lombricultura		
Hortalizas	Producción			Capacitación		
Frutícola	Mod. Preventivo	X		Certificado de Actividad Económica		
Forestales	Mod. Curativo			Mercadeo Agrícola		
Cultivo Bajo Invernadero	Otro			Tractor	Motocultor	Otro
Hidroponia	Vacunas - U Revision Vaca					

Firma Profesional: Jaye Carlos B. Firma Usuario: Sandra Yolima Dinate

II. VISITA TÉCNICA

Fecha: _____ No. del radicado: _____

Objeto de la visita: Se realiza vacunación y aplicación de

Recomendaciones: Vitaminas a Toma Nueva.

Observaciones: _____

No. de M2 sembrados: _____

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

Los siguientes insumos son entregados:

DESCRIPCIÓN	UNIDADES	CANTIDAD
Vitamizol	und	20

Nota: Recuerde que antes retirar abonos, debe llevar bolsa o guacal de regalo para el mismo.
Favor retirar estos insumos y/o materiales de Lunes a Viernes en Horario de 9:00 am a 11:00 pm y de 02:00 pm a 05:00 pm.

AUTORIZADO Cargo: _____ Firma: _____

USUARIO Firma: Sandra Yolima Dinate

Fecha: _____ No. del Radicado: _____ No. _____

Recibe: _____

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

Los siguientes insumos son entregados:

DESCRIPCIÓN	UNIDADES	CANTIDAD

Nota: Recuerde que antes retirar abonos, debe llevar bolsa o guacal de regalo para el mismo.
Favor retirar estos insumos y/o materiales de Lunes a Viernes en Horario de 9:00 am a 11:00 pm y de 02:00 pm a 05:00 pm.

AUTORIZADO Cargo: _____ Firma: _____

USUARIO Firma: _____ C.C. _____

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

ALCALDÍA DE CHÍA 2024 - 2027

Secretaría para el **DESARROLLO ECONÓMICO**

DATOS DEL SOLICITANTE

Fecha		Hora	No Historia
Propietario / Responsable	Saida Yolima Rincón		DOCUMENTO DE IDENTIDAD 27881978
Teléfono	3144910373	Email	
Dirección / Sector	Vda. Fagica Todo 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: Verificación de Gestación

DATOS DEL PACIENTE / ESPECIE CULTIVADA

ESPECIE:	Bovino	SEXO	Hembra
ID / NOMBRE	Lia	ESTADO REPRODUCTIVO	
RAZA / VARIEDAD	Mestizo	PESO APROXIMADO	350 kg
EDAD	2 años.	COLOR	gris

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 asturero.
3. Que en mismo doy 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 (Atonía), convulsiones entre otros a todo lo que implica este 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 cumplimiento al procedimiento dispuesto y/o medicamentos no disponibles en la OMG 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 participa 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 no atentaré de ninguna forma contra el personal que realiza el procedimiento.

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 Saida Yolima Rincón Doc. De identidad 27881978 Teléfono 3144910373

Firma _____

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

Dirección de Desarrollo Agrícola

FORMULARIO ÚNICO DE EXPEDICIÓN RURAL (Ley 1876 de 2017)

No. _____

I. SOLICITUD ÚNICA

Visita Agrícola: _____ Guía Forestal: Y Fauna y/o Acuicultura: _____

Fecha: _____ Nombre: Carlos Rivera

CC No: 4582297 Cert. NUIP: _____ Teléfono: 3107263817

Nacionalidad: Colombia Autóctono: X Grupo Étnico: Ninguno Indígena: _____ Palenquero: _____ Raizal: _____

Edad: 70 GENERO Mestizo: _____ Afrocolombiano: X LGBTI: _____ Otra: _____

Tipo de predio: Propio: X Arrendado: _____ Propiedad Horizontal: _____ Cual: _____

Grupo poblacional: Joven: _____ Adulto: _____ Desplazado: _____ Rural: _____ Otro: _____

AREA AGRICOLA		AREA PECUARIA			OTROS	
Cultivo transitorio		Tipo de Ave	Mejoro	Reinicio	Cundinamarca	
Huertas		Piscicultura			Capacitación	
Frutales		Ovino Porcinos	X		Certificado de Idoneidad Asistencia	
Forestales		Otro Bovinos			Reconversión Agrícola	
Cultivo Bajo Invernadero		Otro			Tractor: Motocultor:	Otro:
Hidroponia						

Firma Profesional: Jose Cotes B.

Firma Usuario: Carlos Rivera

II. VISITA TÉCNICA

Fecha: _____ No. del radicado: _____

Objeto de la visita: Chequeo Reproductivo Terneria Bovinos.

Recomendaciones: _____

Observaciones: _____

No. de UGF intervenidas: _____

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

Los siguientes insumos son autorizados:

DESCRIPCIÓN	UNIDADES	CANTIDAD
Mega Col Inyectable	UND ml	1 5

Nota: Recuerde que para retirar insumos, debe llevar copia o original de esta orden.
Favor retirar estos insumos con auxiliar técnico en Horario de 8:00 a.m. a 12:00 pm y de 02:00 pm a 05:00 pm

AUTORIZADO

Cargo: _____ Firma: _____ SOLICITANTE

Fecha: _____ No. del Solicitante: _____ No. _____

Nombre: _____

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

Los siguientes insumos son autorizados:

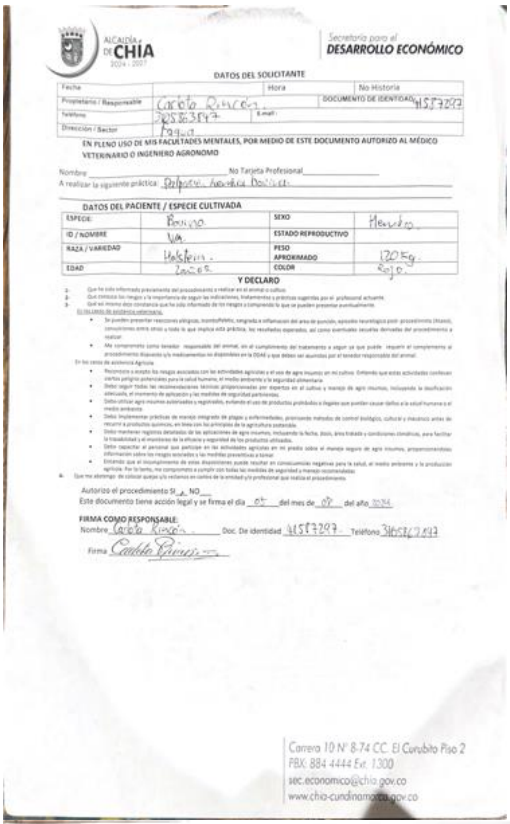
DESCRIPCIÓN	UNIDADES	CANTIDAD

Nota: Recuerde que para retirar insumos, debe llevar copia o original de esta orden.
Favor retirar estos insumos con auxiliar técnico en Horario de 8:00 a.m. a 12:00 pm y de 02:00 pm a 05:00 pm

AUTORIZADO

Cargo: _____ Firma: _____ SOLICITANTE

Fecha: _____ No. del Solicitante: _____ No. _____



ALCALDÍA DE CHIA
2024 - 2027

Secretaría para el
DESARROLLO ECONÓMICO

DATOS DEL SOLICITANTE

Fecha		Hora	No Historia
Propietario / Responsable	Carlos Rincon		DOCUMENTO DE IDENTIDAD 4157297
Teléfono	3058635847	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 Inseminacion Artificial

DATOS DEL PACIENTE / ESPECIE CULTIVADA

ESPECIE	Bovino	SEXO	Hembra
ID / NOMBRE	VA	ESTADO REPRODUCTIVO	
RAZA / VARIEDAD	Holstein	PESO APROXIMADO	1205g
EDAD	2 años	COLOR	Rojo

Y DECLARO

1. Que he sido informado previamente del procedimiento a realizar en mi 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 doy constancia que he sido informado de los riesgos a comprende lo que se pueden presentar eventualmente.

En los casos de asistencia veterinaria:

- Se pueden presentar reacciones alérgicas, inconvenientes, congestión e inflamación del área de punción, episodios neurológicos post- procedimiento (ataxia), convulsiones entre otros 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 IDEA y que deben ser asumidos por el tenedor responsable del animal.

En los casos de asistencia Agricola

- 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 el 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.

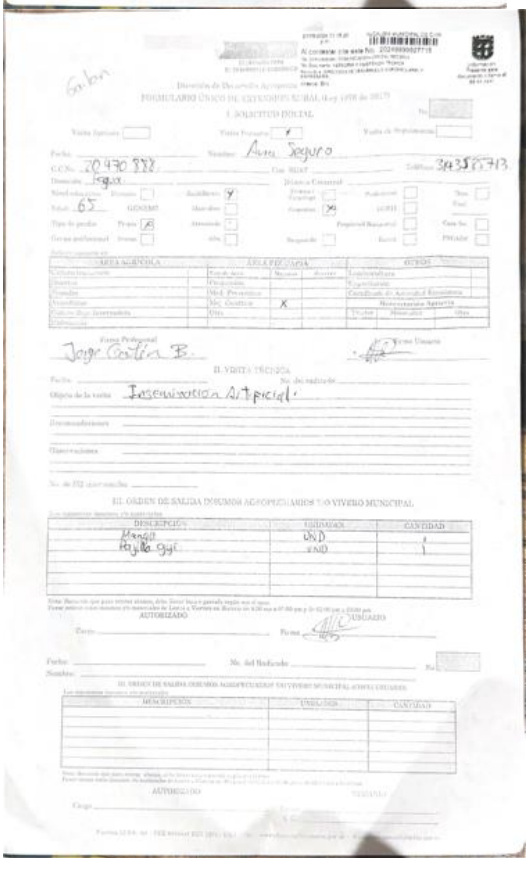
4. Que me abstengo de colocar quejas y/o reclamos en contra de la entidad y/o profesional que realiza el procedimiento.

Autorizo el procedimiento SI X NO ___
Este documento tiene acción legal y se firma el día 07 del mes de 09 del año 2024

FIRMA COMO RESPONSABLE:
Nombre Carlos Rincon Doc. De identidad 4157297 Teléfono 3058635847

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



Gabon

FORMULARIO UNICO DE CENSOPES SUBA (Ley 1098 de 2017)

I. SOLICITUD INICIAL

Fecha: 20 470 888 Nombre: Ana Seguro Teléfono: 3135[illegible]713

Vereda: Fagua

Edad: 65 GENERO: Masculino X Femenino

Tipo de predio: Propio X Arrendado

Cargo profesional: Ninguno

AREA AGRICOLA	AREA PECUARIA		OTROS
Cultivos transitorios	Tipo de especie	Numero	Aviar
Frutales	Porcinos		Equinos
Tuberculos	Mod. Preventivo		Caracterizacion de Actividad Económica
Hortalizas	Mod. Curativo	X	Mejoramiento Apicola
Cultivos bajo invernadero	Otro		Titulos Matriculas Otros

Firma Profesional: Jorge Cortes B.

Firma Usuario

II. VISITA TECNICA

Fecha: No. del radicado:

Objeto de la visita: Inseminacion Artificial

Recomendaciones:

Observaciones:

No. de HH suministradas:

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

DESCRIPCION	UNIDADES	CANTIDAD
Mangifera Hojilla 99%	UND UND	1

Nota: Recuerde que para retirar plantas, arbustos y/o árboles nativos y ganadería mayor, se requiere un permiso ambiental. Estos deberán ser tramitados en nuestras sedes de Suba y Fontibón en horarios de 8:00 am a 4:00 pm y de 8:00 am a 12:00 pm.

AUTORIZADO

Fecha: Firma:

JUBILADO

Fecha: No. del Radicado:

Nombre:

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

DESCRIPCION	UNIDADES	CANTIDAD

AUTORIZADO

Cargo:

Firma:

ALCALDÍA DE CHÍA
2024 - 2027

Secretaría para el
DESARROLLO ECONÓMICO

DATOS DEL SOLICITANTE

Fecha		Hora	No Historia
Propietario / Responsable	Ana Sogua.		DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1076[illegible]878
Teléfono	3143585913	E-mail:	
Dirección / Sector	Fonca		

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	470 Kg.
EDAD	3 años	COLOR	Negro.

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 doy constancia que he sido informado de los riesgos y complicación lo que se pueden presentar eventualmente.

En los casos de asistencia veterinaria:

- Se pueden presentar reacciones alérgicas, hiperhidrosis, congestión e inflamación del área de punción, episodio neurológico post- procedimiento (ataxia), convulsiones entre otros y todo lo que implica este práctico. 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 dispuesta y/o medicamentos no disponibles en la ESSAC 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 o 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 contenida.
- 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 31 del mes de 07 del año 2024.

FIRMA COMO RESPONSABLE:

Nombre Ana Sogua Doc. De identidad 1076[illegible]878 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

