



COMPROBANTE DE SOLICITUD DE REGISTRO ANIMAL DE COMPAÑÍA

República de Chile

N° de Solicitud : 01657070

Fecha Creación de Solicitud : 10/10/2023

Datos del Animal		
Microchip: 992001000434188	Fecha Nacimiento : 30/06/2012	Comuna : PEÑAFLORES
Nombre : Amanda	Raza : YORKSHIRE TERRI	Domicilio : Pasaje mataquito 0111
Especie : Perro	Esterilizado : Si	Potencialmente Peligroso : No

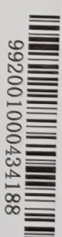
Datos del Responsable	
Rut : 21.090.448-4	Nombre : Victoria Belén Fuentes Aguilar Domicilio : Pasaje mataquito 0111



**Mascota
Protegida**
SUBDERE • Gobierno de Chile

Comprobante de Existencia para registro con microchip Mascotas y Animales de Compañía

"Pegue aquí la etiqueta microchip"



DATOS ANIMAL

Nombre: *Amanda*

Sexo: ☐ Macho ☒ Hembra

Esterilizado: ☐ Sí ☒ No

Fecha nacimiento (DD/MM/AAAA): *30/06/2012*

Modo de obtención: ☐ Recogido ☐ Reubicación ☐ Regalo ☐ Nacido en casa ☒ Compra

(* si su mascota es adoptada marque recogido o reubicado)

Razón Tenencia: ☒ Compañía ☐ Asistencia ☐ Terapia ☐ Trabajo ☐ Seguridad ☐ Deporte ☐ Exposición
☐ Reproducción ☐ Caza

Especie: ☒ Perro ☐ Gato

Raza: *Yorkshire Terrier*

Color: *Negro*

Tipo de procedimiento: ☐ Implantación ☒ Verificación

DATOS MÉDICO VETERINARIO* En el caso del Tipo de procedimiento 'Verificación', los datos pueden ser de un Técnico Veterinario.

Nombres: *Claudia*

Rut: *16.071.992-3*

Comuna: *Puerto Varadero*

Apellidos: *Calleguillos Rojas*

☐ Médico Veterinario ☒ Técnico Veterinario

Fecha procedimiento: *8/6/2019*

Claudia Calleguillos R.

RUT: 16.071.992-3

Técnico Veterinario

Firma y Timbre



Subsecretaría
de Desarrollo
Regional y
Administrativo



Gobierno de Chile

DECLARACIÓN SIMPLE

Yo Victoria Belén Fuentes Aguilar....., Célula Nacional de
Identidad N° 21.090.448.....-4., de Profesión u Oficio Estudiante
domiciliado en px. Mataquito #011 comuna de Peñaflor...., Región
de Metropolitana....., Teléfono +56 9 9261705.....,
Correo electrónico fuentesaguilar.2@gmail.com....., **Por
el presente instrumento vengo en declarar que soy poseedor de:**

Nombre de Mascota Amanda.....

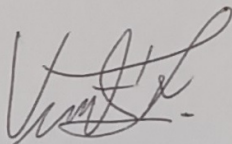
Especie Perra..... Sexo femenino.....

Raza Yorkshire Terrier..... Color Negro-gris-amarillo....

Esterilizado Sí ☒ No ☐

Fecha de Nacimiento (o estimada) 01.06.2012.....

Razón de Tenencia:	Caza	☐	Reproducción	☐
	Compañía	☐	Seguridad	☐
	Deporte	☐	Terapia	☒
	Exposición	☐	Asistencia	☐
	Trabajo	☐		



(Firma)

Victoria Fuentes Aguilar
(Nombre Declarante)



DR. MARTIN ARCILA MARTINEZ
PSIQUIATRA ADULTO
R.U.T.: 14.594.541-0

Nombre:

Victoria Fuentes A.

Edad:

C: Identidad:

Domicilio:

<https://drmartinarcila.cl/>

Se recomienda
dar las facilidades
de tener a su
perro como apoyo
emocional

Dr. Martin Arcila Martinez
Psiquiatra Adulto
R.U.T.: 14.594.541-0

LOS ESPAÑOLES 1855, PROVIDENCIA
MESA CENTRAL 2 2362 5555

AV. SANTA MARÍA 1810, PROVIDENCIA
AV. AMÉRICO VESPUCIO N° 1077, MAIPÚ