0155

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

Autorizo a COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS, a su cuerpo médico veterinario, a realizar el procedimiento quirúrgico de OVARIO HISTERECTOMÍA y/o ORQUIECTOMÍA. Es sido informado de los riesgos pre y pos operatorios, así como la anestesia y asumo todos los riesgos que esto conlleva. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual, en el evento del fallecimiento de la mascota o complicación posterior. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Claudia María Correa

Identificación 52380687 **Dirección** Vereda Taiba

Teléfono 3206955089

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Lupita **Edad** 6 meses

Gato ☒ **Raza** Mix **Color** mono

Macho ☐ **Peso** 2 15

Hembra ☒

Firma Claudia María C.

C.C 52 380 687

Tel 3 20 6 95 50 89

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS
"MULTISER"

Pueblo Rico, Risaralda

30 de noviembre 2024

El suscrito, Juan Carlos Herrera Uribe, Técnico de Salud Ambiental del municipio de PUEBLO RICO – secretaria de Salud Departamental, se permite hacer

CONSTAR

Que el día de hoy se hizo presente en el municipio de **PUEBLO RICO**, Risaralda, el cuerpo médico administrativo de la **COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS**, con el fin de llevar a cabo el Programa de Bienestar Animal – Esterilización Caninas y Felinas.

Culminando la jornada con el siguiente balance de esterilizaciones:

- Caninos Hembras 20
- Caninos Machos: 12
- Felinos Hembras: 25
- Felinos Machos: 15

Para un total de animales esterilizados de 72.

A parte de esto, puedo dar fé que se siguieron los protocolos de bioseguridad, se diligencio la autorización de cirugías, se realizó registro fotográfico, los animales esterilizados fueron tatuados y por último, fueron medicados pos operatorio con analgésico, desinflamatorio y antibiótico.

Una vez entregados a sus propietarios y/o acudientes, se dio instrucciones de medicación también entregada por parte del cuerpo médico.

Firma _____

C.C 9870725

Tel 3116137770

0156

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

2

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

Autorizo a COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS, a su cuerpo médico veterinario, a realizar el procedimiento quirúrgico de OVARIO HISTERECTOMÍA y/o ORQUIECTOMÍA. Es sido informado de los riesgos pre y pos operatorios, así como la anestesia y asumo todos los riesgos que esto conlleva. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual, en el evento del fallecimiento de la mascota o complicación posterior. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre claudia marin correa

Identificación 52380687 **Dirección** vereda taiba

Teléfono 3206955089

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** PANTERA **Edad** 6 meses

Gato ☒ **Raza** mix **Color** negra

Macho ☐ **Peso** 2.0

Hembra ☒

Firma Claudia Marin C

c.c 52 380 687

Tel 320 695 50 89

0157

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

3

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MUbLTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

Autorizo a COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS, a su cuerpo médico veterinario, a realizar el procedimiento quirúrgico de OVARIO HISTERECTOMÍA y/o ORQUIECTOMÍA. Es sido informado de los riesgos pre y pos operatorios, así como la anestesia y asumo todos los riesgos que esto conlleva. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual, en el evento del fallecimiento de la mascota o complicación posterior. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Sandra aguirre

Identificación 25001819 **Dirección** Vereda playa baja

Teléfono 3127967029

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** LUNA **Edad** 4 años

Gato [ ] **Raza** mix **Color** negro

Macho [ ] **Peso** 3.4

Hembra [X]

Firma Sandra Aguirre C

C.C 25.001879

Tel 3127967029

0158

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MUbLTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

Autorizo a COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS, a su cuerpo médico veterinario, a realizar el procedimiento quirúrgico de OVARIO HISTERECTOMÍA y/o ORQUIECTOMÍA. Es sido informado de los riesgos pre y pos operatorios, así como la anestesia y asumo todos los riesgos que esto conlleva. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual, en el evento del fallecimiento de la mascota o complicación posterior. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Yulitza garcia

Identificación 1007214319 **Dirección** Vereda itauri

Teléfono 3016983303

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** LUPE **Edad** 8 meses

Gato ☒ **Raza** mix **Color** gris

Macho ☐ **Peso** 2.5

Hembra ☒

Firma yulitza garcia

C.C 1007214319

Tel 3016983303

1059

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

5

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

Autorizo a COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS, a su cuerpo médico veterinario, a realizar el procedimiento quirúrgico de OVARIO HISTERECTOMÍA y/o ORQUIECTOMÍA. Es sido informado de los riesgos pre y pos operatorios, así como la anestesia y asumo todos los riesgos que esto conlleva. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual, en el evento del fallecimiento de la mascota o complicación posterior. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Sara Bernal

Identificación 1072143 19 **Dirección** Vereda Tauri

Teléfono 3016983303

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** ANNY **Edad** 1 año

Gato [ ] **Raza** mix **Color** mono

Macho [ ] **Peso** 6.00

Hembra [X]

Firma Sara Bernal

C.C 1007214319

Tel 3016983303

0160

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MUbLTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

Autorizo a COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS, a su cuerpo médico veterinario, a realizar el procedimiento quirúrgico de OVARIO HISTERECTOMÍA y/o ORQUIECTOMÍA. Es sido informado de los riesgos pre y pos operatorios, así como la anestesia y asumo todos los riesgos que esto conlleva. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual, en el evento del fallecimiento de la mascota o complicación posterior. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Alba Rios

Identificación 1093501341 **Dirección** Barrio fundadores

Teléfono 3216551141

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** GORDA **Edad** 2 años

Gato [ ] **Raza** Coner **Color** mono

Macho [ ] **Peso** 10.10

Hembra [X]

Firma [illegible]

C.C 1093501341

Tel 3216551141

0161

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

7

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MUbLTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

Autorizo a COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS, a su cuerpo médico veterinario, a realizar el procedimiento quirúrgico de OVARIO HISTERECTOMÍA y/o ORQUIECTOMÍA. Es sido informado de los riesgos pre y pos operatorios, así como la anestesia y asumo todos los riesgos que esto conlleva. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual, en el evento del fallecimiento de la mascota o complicación posterior. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Leidy Velasquez

Identificación 1093536466 **Dirección** Barrio fundadores

Teléfono 3127017739

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** MAX **Edad** 4 años

Gato [ ] **Raza** Fiesh Puder **Color** negro

Macho [X] **Peso** 7.30

Hembra [ ]

Firma Leidy Velasquez

C.C 1093536466

Tel 3127017739

0167

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MUbLTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

Autorizo a COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS, a su cuerpo médico veterinario, a realizar el procedimiento quirúrgico de OVARIO HISTERECTOMÍA y/o ORQUIECTOMÍA. Es sido informado de los riesgos pre y pos operatorios, así como la anestesia y asumo todos los riesgos que esto conlleva. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual, en el evento del fallecimiento de la mascota o complicación posterior. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre María aurora arboleda

Identificación 42020290 **Dirección** Barrio fundadores

Teléfono _____

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** PACHO **Edad** 1 año

Gato ☒ **Raza** mix **Color** gris

Macho ☒ **Peso** 3.0

Hembra ☐

Firma María Aurora Arboleda

C.C 42020290

Tel _____

0163

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

9

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MUbLTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

Autorizo a COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS, a su cuerpo médico veterinario, a realizar el procedimiento quirúrgico de OVARIO HISTERECTOMÍA y/o ORQUIECTOMÍA. Es sido informado de los riesgos pre y pos operatorios, así como la anestesia y asumo todos los riesgos que esto conlleva. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual, en el evento del fallecimiento de la mascota o complicación posterior. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Daniela Gutierrez

Identificación 1077091007 **Dirección** Vereda el recreo

Teléfono 3137110670

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** BRUNO **Edad** 2 años

Gato [ ] **Raza** Coker **Color** MONO

Macho [X] **Peso** 13.3

Hembra [ ]

Firma Daniela Gutierrez

c.c 1077091007

Tel 3137110670

0164

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

70

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MUbLTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

Autorizo a COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS, a su cuerpo médico veterinario, a realizar el procedimiento quirúrgico de OVARIO HISTERECTOMÍA y/o ORQUIECTOMÍA. Es sido informado de los riesgos pre y pos operatorios, así como la anestesia y asumo todos los riesgos que esto conlleva. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual, en el evento del fallecimiento de la mascota o complicación posterior. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre lady bermudez

Identificación 1093536397 **Dirección** Vereda siatocito

Teléfono 3138258114

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** MIMI **Edad** 1 año

Gato ☒ **Raza** mix **Color** blanco-gris

Macho ☐ **Peso** 2.80

Hembra ☒

Firma Leidy Bermudez

C.C 1093536397

Tel 3138258114

0165

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

11

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MUbLTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

Autorizo a COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS, a su cuerpo médico veterinario, a realizar el procedimiento quirúrgico de OVARIO HISTERECTOMÍA y/o ORQUIECTOMÍA. Es sido informado de los riesgos pre y pos operatorios, así como la anestesia y asumo todos los riesgos que esto conlleva. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual, en el evento del fallecimiento de la mascota o complicación posterior. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Cruz elena bermudez

Identificación 42 118334 **Dirección** Vereda Guayacito

Teléfono 3202519922

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** LUPITA **Edad** 1 año

Gato ☒ **Raza** mix **Color** gris

Macho ☐ **Peso** 2.3

Hembra ☒

Firma Cruz Elena B

C.C 42 118334

Tel 3202519922

0166

NO carnet

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

12

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MUbLTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

Autorizo a COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS, a su cuerpo médico veterinario, a realizar el procedimiento quirúrgico de OVARIO HISTERECTOMÍA y/o ORQUIECTOMÍA. Es sido informado de los riesgos pre y pos operatorios, así como la anestesia y asumo todos los riesgos que esto conlleva. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual, en el evento del fallecimiento de la mascota o complicación posterior. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Cruz Elena Bermudez

Identificación 42118334 **Dirección** Vereda ciatucito

Teléfono 3202519922

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** PEPA **Edad** 4 años

Gato ☒ **Raza** mix **Color** Cafe

Macho ☐ **Peso** 2.95

Hembra ☒

Firma Cruz Elena B

C.C 42118334

Tel 3202519922

0167

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

73

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MUbLTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

Autorizo a COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS, a su cuerpo médico veterinario, a realizar el procedimiento quirúrgico de OVARIO HISTERECTOMÍA y/o ORQUIECTOMÍA. Es sido informado de los riesgos pre y pos operatorios, así como la anestesia y asumo todos los riesgos que esto conlleva. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual, en el evento del fallecimiento de la mascota o complicación posterior. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Dora Ligia MUÑOZ

Identificación 25001747 **Dirección** Vereda el recreo

Teléfono 3218443048

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** NIÑA **Edad** 10 años

Gato ☒ **Raza** _____ **Color** gris

Macho ☐ **Peso** 2.6

Hembra ☒

Firma para mia muña

C.C 25001747

Tel 3218443048

0168

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

14

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MUbLTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

Autorizo a COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS, a su cuerpo médico veterinario, a realizar el procedimiento quirúrgico de OVARIO HISTERECTOMÍA y/o ORQUIECTOMÍA. Es sido informado de los riesgos pre y pos operatorios, así como la anestesia y asumo todos los riesgos que esto conlleva. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual, en el evento del fallecimiento de la mascota o complicación posterior. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Elena Valencia

Identificación 42136771 **Dirección** Barrio el progreso

Teléfono 3227413093

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** CHISPAS **Edad** 8 meses

Gato ☒ **Raza** mix **Color** negro

Macho ☐ **Peso** 2.4

Hembra ☒

Firma Elena Valencia

C.C 42136771

Tel 3227413093

0169

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

75

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MUbLTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

Autorizo a COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS, a su cuerpo médico veterinario, a realizar el procedimiento quirúrgico de OVARIO HISTERECTOMÍA y/o ORQUIECTOMÍA. Es sido informado de los riesgos pre y pos operatorios, así como la anestesia y asumo todos los riesgos que esto conlleva. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual, en el evento del fallecimiento de la mascota o complicación posterior. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre elena valencia

Identificación 42136771 **Dirección** Barrio Magga del Mister

Teléfono 3234143971

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** QUESITO **Edad** 6 meses

Gato ☒ **Raza** Mix **Color** blanco

Macho ☐ **Peso** 1.90

Hembra ☒

Firma Elena valencia

C.C 42136771

Tel 3234143971

0170

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

16

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MUbLTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

Autorizo a COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS, a su cuerpo médico veterinario, a realizar el procedimiento quirúrgico de OVARIO HISTERECTOMÍA y/o ORQUIECTOMÍA. Es sido informado de los riesgos pre y pos operatorios, así como la anestesia y asumo todos los riesgos que esto conlleva. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual, en el evento del fallecimiento de la mascota o complicación posterior. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Mariana giraldo

Identificación 1060010391 **Dirección** la plaza pueblo rico

Teléfono 3105248288

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** ALASKA **Edad** 7 meses

Gato [ ] **Raza** MIX **Color** mono

Macho [ ] **Peso** 13.60

Hembra [X]

Firma Mariana giraldo

C.C 1060010397

Tel 3105248288

YA CARNET

0171

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

17

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MUbLTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

Autorizo a COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS, a su cuerpo médico veterinario, a realizar el procedimiento quirúrgico de OVARIO HISTERECTOMÍA y/o ORQUIECTOMÍA. Es sido informado de los riesgos pre y pos operatorios, así como la anestesia y asumo todos los riesgos que esto conlleva. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual, en el evento del fallecimiento de la mascota o complicación posterior. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Antonio Marin

Identificación 16203676 **Dirección** Vereda Samaria

Teléfono _____

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** LONDRA **Edad** 3 años

Gato [ ] **Raza** mix **Color** mona

Macho [ ] **Peso** 17.9

Hembra [X]

Firma Antonio M

C.C 16203676

Tel _____

0172

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

18

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MUbLTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

Autorizo a COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS, a su cuerpo médico veterinario, a realizar el procedimiento quirúrgico de OVARIO HISTERECTOMÍA y/o ORQUIECTOMÍA. Es sido informado de los riesgos pre y pos operatorios, así como la anestesia y asumo todos los riesgos que esto conlleva. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual, en el evento del fallecimiento de la mascota o complicación posterior. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre claudia Rios montoya

Identificación 1088262329 **Dirección** Barrio manga del mister

Teléfono 3106261007

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** REY **Edad** 8meses

Gato ☒ **Raza** mix **Color** blanco

Macho ☒ **Peso** 3.0

Hembra ☐

Firma Claudia L

C.C 1088262329

Tel 3106261007

0173

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

19

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MUbLTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

Autorizo a COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS, a su cuerpo médico veterinario, a realizar el procedimiento quirúrgico de OVARIO HISTERECTOMÍA y/o ORQUIECTOMÍA. Es sido informado de los riesgos pre y pos operatorios, así como la anestesia y asumo todos los riesgos que esto conlleva. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual, en el evento del fallecimiento de la mascota o complicación posterior. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Claudia Rios Montoya

Identificación 1088262329 **Dirección** Barrio Manga del Mister

Teléfono 3106266007

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** PETER **Edad** 9 Meses

Gato ☒ **Raza** Mix **Color** Mono

Macho ☒ **Peso** 3.3

Hembra ☐

Firma Claudia L.

C.C 1088262329

Tel 3106261007

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0174

20

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MUbLTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

Autorizo a COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS, a su cuerpo médico veterinario, a realizar el procedimiento quirúrgico de OVARIO HISTERECTOMÍA y/o ORQUIECTOMÍA. Es sido informado de los riesgos pre y pos operatorios, así como la anestesia y asumo todos los riesgos que esto conlleva. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual, en el evento del fallecimiento de la mascota o complicación posterior. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Claudia Rios Montoya

Identificación 1088262329 **Dirección** Barrio Mangu del mister

Teléfono 3206261007

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** RAYITO **Edad** 9 Meses

Gato ☒ **Raza** mix **Color** gris

Macho ☒ **Peso** 2.90

Hembra ☐

Firma Claudia L

C.C 1088262329

Tel 3206261007

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0175

21

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MUbLTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

Autorizo a COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS, a su cuerpo médico veterinario, a realizar el procedimiento quirúrgico de OVARIO HISTERECTOMÍA y/o ORQUIECTOMÍA. Es sido informado de los riesgos pre y pos operatorios, así como la anestesia y asumo todos los riesgos que esto conlleva. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual, en el evento del fallecimiento de la mascota o complicación posterior. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Jaidi Rivera

Identificación 117496853 **Dirección** Finca Villa esperanza

Teléfono 3158165098

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** MATILDA **Edad** 1 año

Gato ☒ **Raza** mix **Color** blanca

Macho ☐ **Peso** 2.35

Hembra ☒

Firma Jaidi Rivera

C.C 117 496 853

Tel 315 816 5098

0176

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

22

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MUbLTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

Autorizo a COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS, a su cuerpo médico veterinario, a realizar el procedimiento quirúrgico de OVARIO HISTERECTOMÍA y/o ORQUIECTOMÍA. Es sido informado de los riesgos pre y pos operatorios, así como la anestesia y asumo todos los riesgos que esto conlleva. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual, en el evento del fallecimiento de la mascota o complicación posterior. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Gustavo de jesus becerra

Identificación 15913355 **Dirección** Vereda la soledad

Teléfono 3154833211

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** MUÑECA **Edad** 8 meses

Gato [ ] **Raza** Mix **Color** blanca

Macho [ ] **Peso** 10.80

Hembra [X]

Firma Gustavo Becerra

c.c 15913355

Tel 3154832211

0177

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

23

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MUbLTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

Autorizo a COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS, a su cuerpo médico veterinario, a realizar el procedimiento quirúrgico de OVARIO HISTERECTOMÍA y/o ORQUIECTOMÍA. Es sido informado de los riesgos pre y pos operatorios, así como la anestesia y asumo todos los riesgos que esto conlleva. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual. en el evento del fallecimiento de la mascota o complicación posterior. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Yonier Osorio Vargas

Identificación 1088536711 **Dirección** Vereda la palma

Teléfono 3108835649

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** MAYA **Edad** 2 años

Gato [ ] **Raza** Mix **Color** negro

Macho [ ] **Peso** 13.80

Hembra [X]

Firma Yonier Osorio V.

C.C 1088536711

Tel 3108803564

0178

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

24

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MUbLTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

Autorizo a COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS, a su cuerpo médico veterinario, a realizar el procedimiento quirúrgico de OVARIO HISTERECTOMÍA y/o ORQUIECTOMÍA. Es sido informado de los riesgos pre y pos operatorios, así como la anestesia y asumo todos los riesgos que esto conlleva. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual, en el evento del fallecimiento de la mascota o complicación posterior. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre tomas cano gallego

Identificación 196149 **Dirección** Barrio pinares

Teléfono 3127167896

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** NIÑA **Edad** 4 años

Gato [ ] **Raza** mix **Color** mono

Macho [ ] **Peso** 16.2

Hembra [X]

Firma tomas

c.c 196149

Tel 3127167896

0179

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

25

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MUbLTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

Autorizo a COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS, a su cuerpo médico veterinario, a realizar el procedimiento quirúrgico de OVARIO HISTERECTOMÍA y/o ORQUIECTOMÍA. Es sido informado de los riesgos pre y pos operatorios, así como la anestesia y asumo todos los riesgos que esto conlleva. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual, en el evento del fallecimiento de la mascota o complicación posterior. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Alba lucia londoño

Identificación 25333916 **Dirección** Barrio Pinares

Teléfono 3104228858

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** NATACHA **Edad** 1 año

Gato ☒ **Raza** MIX **Color** mona

Macho ☐ **Peso** 2.85

Hembra ☒

Firma Alba lucia londoño

C.C 25000 916

Tel 3104228858

Carnet hasta el anterior, este NO esta

0180

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

26

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MUbLTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

Autorizo a COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS, a su cuerpo médico veterinario, a realizar el procedimiento quirúrgico de OVARIO HISTERECTOMÍA y/o ORQUIECTOMÍA. Es sido informado de los riesgos pre y pos operatorios, así como la anestesia y asumo todos los riesgos que esto conlleva. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual, en el evento del fallecimiento de la mascota o complicación posterior. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Alba lucia londoño

Identificación 25000916 **Dirección** Barrio pinares

Teléfono 3104228858

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** ZORRO **Edad** 7 meses

Gato ☒ **Raza** mix **Color** negro

Macho ☒ **Peso** 7.55

Hembra ☐

Firma Alba lucia londoño

C.C 25 000 916

Tel 3 70 4 92 8858

0181

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

27

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MUbLTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

Autorizo a COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS, a su cuerpo médico veterinario, a realizar el procedimiento quirúrgico de OVARIO HISTERECTOMÍA y/o ORQUIECTOMÍA. Es sido informado de los riesgos pre y pos operatorios, así como la anestesia y asumo todos los riesgos que esto conlleva. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual, en el evento del fallecimiento de la mascota o complicación posterior. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Orfidei Roman

Identificación 1093533375 **Dirección** la principal

Teléfono 3150095453

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** FLORA **Edad** 3 años

Gato ☒ **Raza** mix **Color** gris

Macho ☐ **Peso** 2.3

Hembra ☒

Firma Orfidey Roman Orozco

C.C 1.093.533.375

Tel 3150095453

0182

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

28

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MUbLTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

Autorizo a COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS, a su cuerpo médico veterinario, a realizar el procedimiento quirúrgico de OVARIO HISTERECTOMÍA y/o ORQUIECTOMÍA. Es sido informado de los riesgos pre y pos operatorios, así como la anestesia y asumo todos los riesgos que esto conlleva. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual, en el evento del fallecimiento de la mascota o complicación posterior. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Diana Carolina londoño

Identificación 1002731448 **Dirección** vereda el recreo

Teléfono 3207203240

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** MICHI **Edad** 3 años

Gato ☒ **Raza** Mix **Color** gris

Macho ☐ **Peso** 2.4

Hembra ☒

Firma Diana Carolina L.

C.C 1002731448

Tel 3207203246

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0183

29

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MUbLTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

Autorizo a COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS, a su cuerpo médico veterinario, a realizar el procedimiento quirúrgico de OVARIO HISTERECTOMÍA y/o ORQUIECTOMÍA. Es sido informado de los riesgos pre y pos operatorios, así como la anestesia y asumo todos los riesgos que esto conlleva. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual, en el evento del fallecimiento de la mascota o complicación posterior. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Diana Carolina londoño

Identificación 1002731448 **Dirección** Vereda el recreo

Teléfono 3207203240

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** GATO **Edad** 3 años

Gato ☒ **Raza** Mix **Color** blanco

Macho ☒ **Peso** 3.3

Hembra ☐

Firma Diana carolina L.

C.C 1002731448

Tel 3207203240

0184

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

30

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MUbLTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

Autorizo a COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS, a su cuerpo médico veterinario, a realizar el procedimiento quirúrgico de OVARIO HISTERECTOMÍA y/o ORQUIECTOMÍA. Es sido informado de los riesgos pre y pos operatorios, así como la anestesia y asumo todos los riesgos que esto conlleva. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual, en el evento del fallecimiento de la mascota o complicación posterior. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Diana Carolina Lopez

Identificación 1002731448 **Dirección** Vereda el recreo

Teléfono 3207203240

Información Paciente

Perro ☒ **Nombre** SIMON **Edad** 5 años

Gato ☐ **Raza** Mix **Color** negro

Macho ☒ **Peso** 8-2

Hembra ☐

Firma Diana carolina L.

C.C 1002731448

Tel 3207203240

0185

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

31

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MUbLTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

Autorizo a COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS, a su cuerpo médico veterinario, a realizar el procedimiento quirúrgico de OVARIO HISTERECTOMÍA y/o ORQUIECTOMÍA. Es sido informado de los riesgos pre y pos operatorios, así como la anestesia y asumo todos los riesgos que esto conlleva. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual, en el evento del fallecimiento de la mascota o complicación posterior. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Diana Carolina Londoño

Identificación 1002731448 **Dirección** Vereda el recreo

Teléfono 3207203240

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** MORENA **Edad** 2 años

Gato [ ] **Raza** Mix **Color** Mono

Macho [ ] **Peso** 17.0

Hembra [X]

Firma Diana Carolina L.

C.C 1002731448

Tel 3207203240

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0186

32

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MUbLTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

Autorizo a COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS, a su cuerpo médico veterinario, a realizar el procedimiento quirúrgico de OVARIO HISTERECTOMÍA y/o ORQUIECTOMÍA. Es sido informado de los riesgos pre y pos operatorios, así como la anestesia y asumo todos los riesgos que esto conlleva. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual, en el evento del fallecimiento de la mascota o complicación posterior. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Melissa Cordova espinoza

Identificación 1943580795 **Dirección** Vereda el indio

Teléfono 3181276712

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** TOÑITO **Edad** 1 año

Gato ☒ **Raza** mix **Color** gris

Macho ☐ **Peso** 4.70

Hembra ☒

Firma Melissa Cordova

c.c 1943580795

Tel 3181276712

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0187

33

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MUbLTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

Autorizo a COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS, a su cuerpo médico veterinario, a realizar el procedimiento quirúrgico de OVARIO HISTERECTOMÍA y/o ORQUIECTOMÍA. Es sido informado de los riesgos pre y pos operatorios, así como la anestesia y asumo todos los riesgos que esto conlleva. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual, en el evento del fallecimiento de la mascota o complicación posterior. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Jose Javier Vasquez

Identificación 977878 **Dirección** Barrio Fundadores

Teléfono 3166008717

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** CARE MAMÁ **Edad** 1 año

Gato ☒ **Raza** Mix **Color** blanco

Macho ☐ **Peso** 3.75

Hembra ☒

Firma

C.C 977878

Tel 3166008717.

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0188

34

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MUbLTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

Autorizo a COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS, a su cuerpo médico veterinario, a realizar el procedimiento quirúrgico de OVARIO HISTERECTOMÍA y/o ORQUIECTOMÍA. Es sido informado de los riesgos pre y pos operatorios, así como la anestesia y asumo todos los riesgos que esto conlleva. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual, en el evento del fallecimiento de la mascota o complicación posterior. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Adriana maria holguin

Identificación 24413843 **Dirección** Vereda sialocita

Teléfono 3206870914

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** MARQUESA **Edad** 6 meses

Gato [ ] **Raza** mix **Color** negro

Macho [ ] **Peso** 5.40

Hembra [X]

Firma Adriana Maf.

c.c 24413843

Tel 3206870914

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0189

35

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MUbLTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

Autorizo a COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS, a su cuerpo médico veterinario, a realizar el procedimiento quirúrgico de OVARIO HISTERECTOMÍA y/o ORQUIECTOMÍA. Es sido informado de los riesgos pre y pos operatorios, así como la anestesia y asumo todos los riesgos que esto conlleva. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual, en el evento del fallecimiento de la mascota o complicación posterior. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Adriana maria holguin

Identificación 24413843 **Dirección** Vereda Siatoctio

Teléfono 3206870914

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** TIGRILLA **Edad** 7 meses

Gato ☒ **Raza** MIX **Color** negro

Macho ☐ **Peso** 2.40

Hembra ☒

Firma Adriana Ma

C.C 24413843

Tel 3206870914

0190

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

36

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MUbLTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

Autorizo a COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS, a su cuerpo médico veterinario, a realizar el procedimiento quirúrgico de OVARIO HISTERECTOMÍA y/o ORQUIECTOMÍA. Es sido informado de los riesgos pre y pos operatorios, así como la anestesia y asumo todos los riesgos que esto conlleva. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual, en el evento del fallecimiento de la mascota o complicación posterior. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Luisa Mora

Identificación 1093534400 **Dirección** Barrio Morro Plancho

Teléfono 3229585678

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** FELIPE **Edad** 8 meses

Gato ☒ **Raza** mix **Color** blanco

Macho ☒ **Peso** 3.0

Hembra ☐

Firma Luisa Mora Urrutia

C.C 1093534400

Tel 3229585672

Cambian Nombre propietario

0191

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

37

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MUbLTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

Autorizo a COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS, a su cuerpo médico veterinario, a realizar el procedimiento quirúrgico de OVARIO HISTERECTOMÍA y/o ORQUIECTOMÍA. Es sido informado de los riesgos pre y pos operatorios, así como la anestesia y asumo todos los riesgos que esto conileva. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual, en el evento del fallecimiento de la mascota o complicación posterior. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

clara beatriz Renteria

Nombre Emmanuel Renteria mena

Identificación 1088308118 **Dirección** Barrio Piedra casa

Teléfono 3046405864

Información Paciente

Perro ☒ **Nombre** LASI **Edad** 2 años - 21 feb 2022

Gato ☐ **Raza** Pitbull **Color** negro

Macho ☐ **Peso** 21

Hembra ☒

Firma

c.c 1088308118

Tel 3046405864

0192

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

38

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MUbLTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

Autorizo a COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS, a su cuerpo médico veterinario, a realizar el procedimiento quirúrgico de OVARIO HISTERECTOMÍA y/o ORQUIECTOMÍA. Es sido informado de los riesgos pre y pos operatorios, así como la anestesia y asumo todos los riesgos que esto conlleva. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual, en el evento del fallecimiento de la mascota o complicación posterior. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Maria elsi perez

Identificación 42107700 **Dirección** vereda la selva

Teléfono 3187021169

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** MINIMI **Edad** 4 años

Gato [ ] **Raza** mix **Color** negro

Macho [ ] **Peso** 3.9

Hembra [X]

Firma Maria Elsy Perez toro

C.C 42107700

Tel 3187021169

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0793

39

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MUbLTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

Autorizo a COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS, a su cuerpo médico veterinario, a realizar el procedimiento quirúrgico de OVARIO HISTERECTOMÍA y/o ORQUIECTOMÍA. Es sido informado de los riesgos pre y pos operatorios, así como la anestesia y asumo todos los riesgos que esto conlleva. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual, en el evento del fallecimiento de la mascota o complicación posterior. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Jose Javier Vasquez

Identificación 9770878 **Dirección** Barrio fundadores

Teléfono 3166008717

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** NEGRELDA **Edad** 1 año

Gato ☒ **Raza** mix **Color** negro

Macho ☐ **Peso** 7.70

Hembra ☒

Firma

C.C 9770878

Tel 3166008717

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0194

40

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MUbLTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

Autorizo a COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS, a su cuerpo médico veterinario, a realizar el procedimiento quirúrgico de OVARIO HISTERECTOMÍA y/o ORQUIECTOMÍA. Es sido informado de los riesgos pre y pos operatorios, así como la anestesia y asumo todos los riesgos que esto conlleva. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual, en el evento del fallecimiento de la mascota o complicación posterior. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Jose Javier Vasquez

Identificación 9970878 **Dirección** Barrio fundadores

Teléfono 3166008717

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** CHIMBILA **Edad** 1 año

Gato ☒ **Raza** mix **Color** negro

Macho ☐ **Peso** 1.40

Hembra ☒

Firma

c.c 9970878

Tel 3166008717

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

0195

47 No carnet

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MUbLTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

Autorizo a COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS, a su cuerpo médico veterinario, a realizar el procedimiento quirúrgico de OVARIO HISTERECTOMÍA y/o ORQUIECTOMÍA. Es sido informado de los riesgos pre y pos operatorios, así como la anestesia y asumo todos los riesgos que esto conlleva. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual, en el evento del fallecimiento de la mascota o complicación posterior. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Claudia lorena Uribe

Identificación 25001331 **Dirección** Vereda el reciclo

Teléfono 3206986153

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** APOLO **Edad** 9 Meses

Gato ☒ **Raza** Mix **Color** negro

Macho ☒ **Peso** 3.8

Hembra ☐

Firma Claudia Uribe

C.C 25001331

Tel 3206986153

0196

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

92

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MUbLTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

Autorizo a COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS, a su cuerpo médico veterinario, a realizar el procedimiento quirúrgico de OVARIO HISTERECTOMÍA y/o ORQUIECTOMÍA. Es sido informado de los riesgos pre y pos operatorios, así como la anestesia y asumo todos los riesgos que esto conlleva. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual, en el evento del fallecimiento de la mascota o complicación posterior. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Cristian david eusse

Identificación 1093535196 **Dirección** Barrio san Luis

Teléfono 3103610324

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** GOLONDRINA **Edad** 1 año

Gato [ ] **Raza** mix **Color** negro

Macho [ ] **Peso** 16.0

Hembra [X]

Firma Cristian David Eusse C

C.C 1093535196

Tel 3103610324

0297

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

43

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MUbLTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

Autorizo a COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS, a su cuerpo médico veterinario, a realizar el procedimiento quirúrgico de OVARIO HISTERECTOMÍA y/o ORQUIECTOMÍA. Es sido informado de los riesgos pre y pos operatorios, así como la anestesia y asumo todos los riesgos que esto conlleva. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual, en el evento del fallecimiento de la mascota o complicación posterior. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Claudia Lorena Uribe

Identificación 25001331 **Dirección** Veleda el recreo

Teléfono 3206986153

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** MICHI **Edad** 2 años

Gato ☒ **Raza** Mix **Color** blanca

Macho ☐ **Peso** 2.0

Hembra ☒

Firma C.L.U.A

C.C 25001331

Tel 3206986153

0198

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

44

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MUbLTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

Autorizo a COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS, a su cuerpo médico veterinario, a realizar el procedimiento quirúrgico de OVARIO HISTERECTOMÍA y/o ORQUIECTOMÍA. Es sido informado de los riesgos pre y pos operatorios, así como la anestesia y asumo todos los riesgos que esto conlleva. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual, en el evento del fallecimiento de la mascota o complicación posterior. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Claudia lorena Uribe

Identificación 2500133 **Dirección** vereda el recreo

Teléfono 3206986153

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** LULU **Edad** 6 meses

Gato ☒ **Raza** mix **Color** blanca

Macho ☐ **Peso** 1.20

Hembra ☒

Firma Clua

C.C 25001331

Tel 3206986153

0199

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

45

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MUbLTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

Autorizo a COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS, a su cuerpo médico veterinario, a realizar el procedimiento quirúrgico de OVARIO HISTERECTOMÍA y/o ORQUIECTOMÍA. Es sido informado de los riesgos pre y pos operatorios, así como la anestesia y asumo todos los riesgos que esto conlleva. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual, en el evento del fallecimiento de la mascota o complicación posterior. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre claudia lorena uribe

Identificación 25001331 **Dirección** vereda el recreo

Teléfono 3206986152

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** LUPE **Edad** 7 meses

Gato ☒ **Raza** mix **Color** mona

Macho ☐ **Peso** 1.30

Hembra ☒

Firma CLUA

C.C 25001331

Tel 3206986152

0200

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

46

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MUbLTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

Autorizo a COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS, a su cuerpo médico veterinario, a realizar el procedimiento quirúrgico de OVARIO HISTERECTOMÍA y/o ORQUIECTOMÍA. Es sido informado de los riesgos pre y pos operatorios, así como la anestesia y asumo todos los riesgos que esto conlleva. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual, en el evento del fallecimiento de la mascota o complicación posterior. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre claudia Lorena Uribe

Identificación 25001331 **Dirección** vereda el recreo

Teléfono 3206986153

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** LUNA **Edad** 7 meses

Gato ☒ **Raza** mix **Color** blanco

Macho ☐ **Peso** 2.30

Hembra ☒

Firma Luna

C.C 25001331

Tel 3206986153

0201

47

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MUbLTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

Autorizo a COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS, a su cuerpo médico veterinario, a realizar el procedimiento quirúrgico de OVARIO HISTERECTOMÍA y/o ORQUIECTOMÍA. Es sido informado de los riesgos pre y pos operatorios, así como la anestesia y asumo todos los riesgos que esto conlleva. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual, en el evento del fallecimiento de la mascota o complicación posterior. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Andrea Soriano

Identificación 67008725 **Dirección** Barrio fundadores

Teléfono 3148109682

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** SALI **Edad** 2 años

Gato [ ] **Raza** mix **Color** mona

Macho [ ] **Peso** 17.70

Hembra [X]

Firma Andrea Soriano M.

C.C 67.008725

Tel 3148109682

0202

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

48

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MUbLTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

Autorizo a COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS, a su cuerpo médico veterinario, a realizar el procedimiento quirúrgico de OVARIO HISTERECTOMÍA y/o ORQUIECTOMÍA. Es sido informado de los riesgos pre y pos operatorios, así como la anestesia y asumo todos los riesgos que esto conlleva. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual, en el evento del fallecimiento de la mascota o complicación posterior. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Milena García

Identificación 4527771 **Dirección** Vereda la cristalina

Teléfono 3107097294

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** PELUSA **Edad** 2 años

Gato ☒ **Raza** mix **Color** negra

Macho ☐ **Peso** 2.60

Hembra ☒

Firma milena garcia

C.C 4527771

Tel 3107097294

0203

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

49

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MUbLTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

Autorizo a COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS, a su cuerpo médico veterinario, a realizar el procedimiento quirúrgico de OVARIO HISTERECTOMÍA y/o ORQUIECTOMÍA. Es sido informado de los riesgos pre y pos operatorios, así como la anestesia y asumo todos los riesgos que esto conlleva. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual, en el evento del fallecimiento de la mascota o complicación posterior. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre osvaldo garcia

Identificación 1093536313 **Dirección** vereda la cristalina

Teléfono 3175807287

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** PACHECO **Edad** 8 meses

Gato ☒ **Raza** mix **Color** blanco

Macho ☒ **Peso** 1.8

Hembra ☐

Firma osvaldo garcia

C.C 1093536373

Tel 3173807287

0204

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

50

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MUbLTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

Autorizo a COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS, a su cuerpo médico veterinario, a realizar el procedimiento quirúrgico de OVARIO HISTERECTOMÍA y/o ORQUIECTOMÍA. Es sido informado de los riesgos pre y pos operatorios, así como la anestesia y asumo todos los riesgos que esto conlleva. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual, en el evento del fallecimiento de la mascota o complicación posterior. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Sara Jaramillo

Identificación 1010115278 **Dirección** Barrio el Progreso

Teléfono 3205480977

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** KIRA **Edad** 3 años

Gato [ ] **Raza** Mix **Color** Mono

Macho [ ] **Peso** 22

Hembra [X]

Firma Sara Jaramillo

c.c 1010115278

Tel 3205480977

0205

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

51

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MUbLTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

Autorizo a COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS, a su cuerpo médico veterinario, a realizar el procedimiento quirúrgico de OVARIO HISTERECTOMÍA y/o ORQUIECTOMÍA. Es sido informado de los riesgos pre y pos operatorios, así como la anestesia y asumo todos los riesgos que esto conlleva. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual, en el evento del fallecimiento de la mascota o complicación posterior. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre fernando bonilla

Identificación 18509389 **Dirección** Loma hermosa

Teléfono 3104683068

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** FICO **Edad** 2 años

Gato [ ] **Raza** mix **Color** mono

Macho [X] **Peso** 21

Hembra [ ]

Firma Bonilla vda Fdo

C.C 18509389.

Tel 3104683068

0206

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

52

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MUbLTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

Autorizo a COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS, a su cuerpo médico veterinario, a realizar el procedimiento quirúrgico de OVARIO HISTERECTOMÍA y/o ORQUIECTOMÍA. Es sido informado de los riesgos pre y pos operatorios, así como la anestesia y asumo todos los riesgos que esto conlleva. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual, en el evento del fallecimiento de la mascota o complicación posterior. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Fernando bonilla

Identificación 18509389 **Dirección** Loma hermosa

Teléfono 3104683068

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** LOCO **Edad** 2 AÑOS

Gato [ ] **Raza** _____ **Color** CAREY

Macho [X] **Peso** 7.5

Hembra [ ]

Firma Bonilla c/la 7da

C.C 18509389

Tel 3104683068

0207

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

53

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MUbLTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

Autorizo a COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS, a su cuerpo médico veterinario, a realizar el procedimiento quirúrgico de OVARIO HISTERECTOMÍA y/o ORQUIECTOMÍA. Es sido informado de los riesgos pre y pos operatorios, así como la anestesia y asumo todos los riesgos que esto conlleva. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual, en el evento del fallecimiento de la mascota o complicación posterior. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre luz aleida bermudez

Identificación 29464569 **Dirección** Vereda la Cristalina

Teléfono 3213394227

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** LUNA **Edad** 9 meses

Gato ☒ **Raza** mix **Color** Blanco

Macho ☐ **Peso** 2.2

Hembra ☒

Firma luz Aleida

c.c 29464569

Tel 3213394227

0208

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

54

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MUbLTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

Autorizo a COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS, a su cuerpo médico veterinario, a realizar el procedimiento quirúrgico de OVARIO HISTERECTOMÍA y/o ORQUIECTOMÍA. Es sido informado de los riesgos pre y pos operatorios, así como la anestesia y asumo todos los riesgos que esto conlleva. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual, en el evento del fallecimiento de la mascota o complicación posterior. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Alejandro hincapie

Identificación 1093186003 **Dirección** Barrio la cuchilla

Teléfono 3234290863

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** SIMON **Edad** 9 Meses

Gato ☒ **Raza** mix **Color** Gris claro

Macho ☒ **Peso** 3.1

Hembra ☐

Firma Alejandro Hincapié

C.C 1093186003

Tel 3234290863

0209

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

55

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MUbLTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

Autorizo a COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS, a su cuerpo médico veterinario, a realizar el procedimiento quirúrgico de OVARIO HISTERECTOMÍA y/o ORQUIECTOMÍA. Es sido informado de los riesgos pre y pos operatorios, así como la anestesia y asumo todos los riesgos que esto conlleva. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual, en el evento del fallecimiento de la mascota o complicación posterior. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Alejandro Hincapie

Identificación 1093186005 **Dirección** Barrio Pinares

Teléfono 3234290863

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** MONO **Edad** 9 Meses

Gato ☒ **Raza** mix **Color** MONO

Macho ☒ **Peso** 4.1

Hembra ☐

Firma Alejandro Hincapié

C.C 1093186005

Tel 3234290863

0210 FUNDACION

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MUbLTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

Autorizo a COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS, a su cuerpo médico veterinario, a realizar el procedimiento quirúrgico de OVARIO HISTERECTOMÍA y/o ORQUIECTOMÍA. Es sido informado de los riesgos pre y pos operatorios, así como la anestesia y asumo todos los riesgos que esto conlleva. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual, en el evento del fallecimiento de la mascota o complicación posterior. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre KAREN Ortiz

Identificación 1007447832 **Dirección** Alberto Municipal

Teléfono 3118434044

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** ANGEL **Edad** 1 AÑO

Gato ☒ **Raza** MIX **Color** GRIS TIGRE

Macho ☒ **Peso** 3.0

Hembra ☐

Firma Karol Ortiz

C.C 1007447852

Tel 3118434044

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0211

56

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MUbLTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

Autorizo a COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS, a su cuerpo médico veterinario, a realizar el procedimiento quirúrgico de OVARIO HISTERECTOMÍA y/o ORQUIECTOMÍA. Es sido informado de los riesgos pre y pos operatorios, así como la anestesia y asumo todos los riesgos que esto conlleva. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual, en el evento del fallecimiento de la mascota o complicación posterior. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Germanny sanchez

Identificación 1088273662 **Dirección** Barrio manga del mister

Teléfono 3164654360

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** FLOFY **Edad** 11 meses

Gato [ ] **Raza** mix **Color** mono

Macho [X] **Peso** 12.0

Hembra [ ]

Firma Germanny Sanchez

C.C 1088273662

Tel 3164654360

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

0272

57

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS
"MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MUbLTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

Autorizo a COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS, a su cuerpo médico veterinario, a realizar el procedimiento quirúrgico de OVARIO HISTERECTOMÍA y/o ORQUIECTOMÍA. Es sido informado de los riesgos pre y pos operatorios, así como la anestesia y asumo todos los riesgos que esto conlleva. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual, en el evento del fallecimiento de la mascota o complicación posterior. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre _____

Identificación _____ **Dirección** _____

Teléfono _____

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** BLANQUITA **Edad** _____

Gato ☐ **Raza** _____ **Color** _____

Macho ☐ **Peso** 2.8

Hembra ☐

Firma_____

C.C _____

Tel _____

0213

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

58

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MUbLTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

Autorizo a COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS, a su cuerpo médico veterinario, a realizar el procedimiento quirúrgico de OVARIO HISTERECTOMÍA y/o ORQUIECTOMÍA. Es sido informado de los riesgos pre y pos operatorios, así como la anestesia y asumo todos los riesgos que esto conlleva. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual, en el evento del fallecimiento de la mascota o complicación posterior. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Gian carlos Velez

Identificación 1093186339 **Dirección** Barrio manga del Mister

Teléfono 3145283902

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** AXEL **Edad** 10 meses

Gato ☒ **Raza** MIX **Color** ~~[illegible]~~ naranja

Macho ☒ **Peso** 3.85

Hembra ☐

Firma

C.C 1093186339

Tel 3145283902

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0214

59

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MUbLTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

Autorizo a COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS, a su cuerpo médico veterinario, a realizar el procedimiento quirúrgico de OVARIO HISTERECTOMÍA y/o ORQUIECTOMÍA. Es sido informado de los riesgos pre y pos operatorios, así como la anestesia y asumo todos los riesgos que esto conlleva. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual, en el evento del fallecimiento de la mascota o complicación posterior. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Jose Javier Vasquez

Identificación 9776878 **Dirección** Barrio Fundadores

Teléfono 3166008717

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** PINPON **Edad** 2 años

Gato ☒ **Raza** mix **Color** Mono

Macho ☒ **Peso** 2.3

Hembra ☐

Firma

C.C 9776878

Tel 3166008717

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0215

60

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MUbLTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

Autorizo a COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS, a su cuerpo médico veterinario, a realizar el procedimiento quirúrgico de OVARIO HISTERECTOMÍA y/o ORQUIECTOMÍA. Es sido informado de los riesgos pre y pos operatorios, así como la anestesia y asumo todos los riesgos que esto conlleva. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual, en el evento del fallecimiento de la mascota o complicación posterior. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Xiomara Valencia

Identificación 1089930431 **Dirección** Carrera 4-8-12

Teléfono 3235158254

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** CANELA **Edad** 2 años

Gato [ ] **Raza** Pequines **Color** Mono

Macho [ ] **Peso** 5-0

Hembra [X]

Firma Xiomara V.

C.C 1089930431

Tel 3235158254

0216

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

67

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MUbLTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

Autorizo a COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS, a su cuerpo médico veterinario, a realizar el procedimiento quirúrgico de OVARIO HISTERECTOMÍA y/o ORQUIECTOMÍA. Es sido informado de los riesgos pre y pos operatorios, así como la anestesia y asumo todos los riesgos que esto conlleva. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual, en el evento del fallecimiento de la mascota o complicación posterior. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Hector blanco

Identificación 9129778 93 **Dirección** la plaza

Teléfono 3046607375

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** LUFI **Edad** 2 años

Gato [ ] **Raza** mix **Color** blanco

Macho [X] **Peso** 10.2

Hembra [ ]

Firma Hector Blanco

C.C 9129778 93

Tel 3046607375

0217

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

62

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MUbLTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

Autorizo a COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS, a su cuerpo médico veterinario, a realizar el procedimiento quirúrgico de OVARIO HISTERECTOMÍA y/o ORQUIECTOMÍA. Es sido informado de los riesgos pre y pos operatorios, así como la anestesia y asumo todos los riesgos que esto conlleva. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual, en el evento del fallecimiento de la mascota o complicación posterior. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Samuel Soriano Ruiz

Identificación 14984031 **Dirección** Vereda la Soledad

Teléfono 3183374123

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Micha **Edad** 2 años

Gato ☒ **Raza** Mix **Color** Blanco - Negro

Macho ☐ **Peso** 3.0

Hembra ☒

Firma Samuel Soriano R.

C.C 14.984031

Tel 3183374123

0210

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

63

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MUbLTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

Autorizo a COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS, a su cuerpo médico veterinario, a realizar el procedimiento quirúrgico de OVARIO HISTERECTOMÍA y/o ORQUIECTOMÍA. Es sido informado de los riesgos pre y pos operatorios, así como la anestesia y asumo todos los riesgos que esto conlleva. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual, en el evento del fallecimiento de la mascota o complicación posterior. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Adriana Ospina

Identificación 1110454343 **Dirección** Cra 2 #7-28

Teléfono 3104379763

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** Princesa **Edad** 7 meses

Gato [ ] **Raza** Coker **Color** Café

Macho [ ] **Peso** 9 kg

Hembra [X]

Firma Adriana Ospina

C.C 1110454343

Tel 3104379763

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0279

64

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MUbLTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

Autorizo a COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS, a su cuerpo médico veterinario, a realizar el procedimiento quirúrgico de OVARIO HISTERECTOMÍA y/o ORQUIECTOMÍA. Es sido informado de los riesgos pre y pos operatorios, así como la anestesia y asumo todos los riesgos que esto conlleva. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual, en el evento del fallecimiento de la mascota o complicación posterior. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Elsa maria gomez acosta

Identificación 1093533933 **Dirección** carrera 2-7-36

Teléfono 3104562014

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** OREO **Edad** 7 meses

Gato ☒ **Raza** mix **Color** negro

Macho ☒ **Peso** 20

Hembra ☐

Firma

C.C 1093535933

Tel 3104562014

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0162
0220

F

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MUbLTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

Autorizo a COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS, a su cuerpo médico veterinario, a realizar el procedimiento quirúrgico de OVARIO HISTERECTOMÍA y/o ORQUIECTOMÍA. Es sido informado de los riesgos pre y pos operatorios, así como la anestesia y asumo todos los riesgos que esto conlleva. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual, en el evento del fallecimiento de la mascota o complicación posterior. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre KAREN ORTIZ

Identificación 1007447832 **Dirección** ALBERGUE MUNICIPAL

Teléfono 3118434044

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** GUARDIAN **Edad** 2 AÑOS

Gato [ ] **Raza** MIX **Color** NEGRO

Macho [X] **Peso** S.O

Hembra [ ]

Firma Karol Ortiz

C.C 1007447832

Tel 3118434044

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

0163
0221

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS
"MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MUbLTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

Autorizo a COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS, a su cuerpo médico veterinario, a realizar el procedimiento quirúrgico de OVARIO HISTERECTOMÍA y/o ORQUIECTOMÍA. Es sido informado de los riesgos pre y pos operatorios, así como la anestesia y asumo todos los riesgos que esto conlleva. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual, en el evento del fallecimiento de la mascota o complicación posterior. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Karol Ortiz

Identificación 1007447832 **Dirección** Albergue Municipal

Teléfono 3118434044

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** Pirata **Edad** 9 meses

Gato [ ] **Raza** Mix **Color** Blanco con café

Macho [X] **Peso** S.O.

Hembra [ ]

Firma Karol Ortiz

C.C 1007447832

Tel 3118434044

0164
0222

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MUbLTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

Autorizo a COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS, a su cuerpo médico veterinario, a realizar el procedimiento quirúrgico de OVARIO HISTERECTOMÍA y/o ORQUIECTOMÍA. Es sido informado de los riesgos pre y pos operatorios, así como la anestesia y asumo todos los riesgos que esto conlleva. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual, en el evento del fallecimiento de la mascota o complicación posterior. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre KAREN ORTIZ

Identificación 1007447832 **Dirección** ALBERGUE MUNICIPAL

Teléfono _____

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** MONO **Edad** 1 AÑO

Gato [ ] **Raza** MIX **Color** AMARILLO

Macho [X] **Peso** 7.0

Hembra [ ]

Firma Karol Ortiz

C.C 1007447832

Tel 3118434044

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0165
0223

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MUbLTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

Autorizo a COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS, a su cuerpo médico veterinario, a realizar el procedimiento quirúrgico de OVARIO HISTERECTOMÍA y/o ORQUIECTOMÍA. Es sido informado de los riesgos pre y pos operatorios, así como la anestesia y asumo todos los riesgos que esto conlleva. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual, en el evento del fallecimiento de la mascota o complicación posterior. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre KAREN ORTIZ

Identificación 1007447832 **Dirección** Albergue Municipal

Teléfono 3118434044

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** MOLY **Edad** 6 meses

Gato ☒ **Raza** MIX **Color** GRIS

Macho ☐ **Peso** 2.0

Hembra ☒

Firma Karol Ortiz

C.C 1007447832

Tel 3118434044

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0166
0224

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MUbLTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

Autorizo a COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS, a su cuerpo médico veterinario, a realizar el procedimiento quirúrgico de OVARIO HISTERECTOMÍA y/o ORQUIECTOMÍA. Es sido informado de los riesgos pre y pos operatorios, así como la anestesia y asumo todos los riesgos que esto conlleva. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual, en el evento del fallecimiento de la mascota o complicación posterior. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre KAREN ORTIZ

Identificación 1007447832 **Dirección** Albergue Municipal

Teléfono 3118434044

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** THOMAS **Edad** 6 meses

Gato ☒ **Raza** MIX **Color** GRIS

Macho ☒ **Peso** 2.0

Hembra ☐

Firma Karol Ortiz

C.C 1007447832

Tel 3118434044

0225

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

65

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MUbLTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

Autorizo a COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS, a su cuerpo médico veterinario, a realizar el procedimiento quirúrgico de OVARIO HISTERECTOMÍA y/o ORQUIECTOMÍA. Es sido informado de los riesgos pre y pos operatorios, así como la anestesia y asumo todos los riesgos que esto conlleva. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual, en el evento del fallecimiento de la mascota o complicación posterior. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Kevin Siagama

Identificación 1004994043 **Dirección** Cra 9 #3-05

Teléfono 3172324720

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** Maya **Edad** 1 año

Gato [ ] **Raza** Pastor Alemán **Color** Negro-Café

Macho [ ] **Peso** 26.4

Hembra [X]

Firma

C.C 1004994043

Tel 3172324720

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0226

66

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MUbLTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

Autorizo a COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS, a su cuerpo médico veterinario, a realizar el procedimiento quirúrgico de OVARIO HISTERECTOMÍA y/o ORQUIECTOMÍA. Es sido informado de los riesgos pre y pos operatorios, así como la anestesia y asumo todos los riesgos que esto conlleva. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual, en el evento del fallecimiento de la mascota o complicación posterior. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Kevin Siagano

Identificación 1004994043 **Dirección** Cra 4# 3-05

Teléfono 3172324720

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** Max **Edad** 1 año

Gato [ ] **Raza** Pastor Aleman **Color** Cafe-Negro

Macho [X] **Peso** 27.8

Hembra [ ]

Firma

C.C 1004994043

Tel 3172324720

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

Marque con una X que tan satisfecho esta con las siguientes preguntas, siendo 1 Muy insatisfecho y 5 Muy satisfecho.

- Se sintió satisfecho con la atención del personal médico y administrativo

1	2	3	4	5
				X

- Fue clara las recomendaciones pos quirúrgicas

1	2	3	4	5
				X

- Como percibió el trato que le dieron a su mascota

1	2	3	4	5
				X

- El personal médico demostró destreza y conocimiento

1	2	3	4	5
				X

Responda según corresponda a las siguientes preguntas:

- Conocía del programa de esterilización de la Gobernación del Departamento de Risaralda en cuanto a esterilizaciones de caninos y felinos.

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

-
- Se le realizó algún cobro por el servicio prestado

  SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

- Fue clara la información dada en cada una de las capacitaciones por parte del personal profesional.

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

- Considera que el carnet que fue entregado para su mascota es un documento importante.

  fue buena la atención

claudia L
Nombre y Firma
CC 1088262329

Teléfono: 3706267007

Municipio: Pueblo Rico.

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

Marque con una X que tan satisfecho esta con las siguientes preguntas, siendo 1 Muy insatisfecho y 5 Muy satisfecho.

- Se sintió satisfecho con la atención del personal médico y administrativo

1	2	3	4	5
				X

- Fue clara las recomendaciones pos quirúrgicas

1	2	3	4	5
				X

- Como percibió el trato que le dieron a su mascota

1	2	3	4	5
				X

- El personal médico demostró destreza y conocimiento

1	2	3	4	5
				X

Responda según corresponda a las siguientes preguntas:

- Conocía del programa de esterilización de la Gobernación del Departamento de Risaralda en cuanto a esterilizaciones de caninos y felinos.

  SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

-
- Se le realizó algún cobro por el servicio prestado

  SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

- Fue clara la información dada en cada una de las capacitaciones por parte del personal profesional.

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

- Considera que el carnet que fue entregado para su mascota es un documento importante.

  SI

Nombre y Firma

CC 1093489100

Sol Angie Uribe

Sol Uribe

Teléfono: 3184965824 **Municipio:** Pueblo Rico

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

Marque con una X que tan satisfecho esta con las siguientes preguntas, siendo 1 Muy insatisfecho y 5 Muy satisfecho.

- Se sintió satisfecho con la atención del personal médico y administrativo

1	2	3	4	5

- Fue clara las recomendaciones pos quirúrgicas

1	2	3	4	5

- Como percibió el trato que le dieron a su mascota

1	2	3	4	5

- El personal médico demostró destreza y conocimiento

1	2	3	4	5

Responda según corresponda a las siguientes preguntas:

- Conocía del programa de esterilización de la Gobernación del Departamento de Risaralda en cuanto a esterilizaciones de caninos y felinos.

  SI ☐ NO ☐ No Sabe ☐

-
- Se le realizó algún cobro por el servicio prestado

  SI ☐ NO ☐ No Sabe ☐

- Fue clara la información dada en cada una de las capacitaciones por parte del personal profesional.

  SI ☐ NO ☐ No Sabe ☐

- Considera que el carnet que fue entregado para su mascota es un documento importante.

Nombre y Firma

CC **Teléfono:** **Municipio:**

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

Marque con una X que tan satisfecho esta con las siguientes preguntas, siendo 1 Muy insatisfecho y 5 Muy satisfecho.

- Se sintió satisfecho con la atención del personal médico y administrativo

1	2	3	4	5

- Fue clara las recomendaciones pos quirúrgicas

1	2	3	4	5

- Como percibió el trato que le dieron a su mascota

1	2	3	4	5

- El personal médico demostró destreza y conocimiento

1	2	3	4	5

Responda según corresponda a las siguientes preguntas:

- Conocía del programa de esterilización de la Gobernación del Departamento de Risaralda en cuanto a esterilizaciones de caninos y felinos.

  SI ☐ NO ☐ No Sabe ☐

-
- Se le realizó algún cobro por el servicio prestado

  SI ☐ NO ☐ No Sabe ☐

- Fue clara la información dada en cada una de las capacitaciones por parte del personal profesional.

  SI ☐ NO ☐ No Sabe ☐

- Considera que el carnet que fue entregado para su mascota es un documento importante.

Nombre y Firma

CC **Teléfono:** **Municipio:**

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

Marque con una X que tan satisfecho esta con las siguientes preguntas, siendo 1 Muy insatisfecho y 5 Muy satisfecho.

- Se sintió satisfecho con la atención del personal médico y administrativo

1	2	3	4	5

- Fue clara las recomendaciones pos quirúrgicas

1	2	3	4	5

- Como percibió el trato que le dieron a su mascota

1	2	3	4	5

- El personal médico demostró destreza y conocimiento

1	2	3	4	5

Responda según corresponda a las siguientes preguntas:

- Conocía del programa de esterilización de la Gobernación del Departamento de Risaralda en cuanto a esterilizaciones de caninos y felinos.

  SI ☐ NO ☐ No Sabe ☐

-
- Se le realizó algún cobro por el servicio prestado

  SI ☐ NO ☐ No Sabe ☐

- Fue clara la información dada en cada una de las capacitaciones por parte del personal profesional.

  SI ☐ NO ☐ No Sabe ☐

- Considera que el carnet que fue entregado para su mascota es un documento importante.

Nombre y Firma

CC **Teléfono:** **Municipio:**

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS
"MULTISER"

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

Marque con una X que tan satisfecho esta con las siguientes preguntas, siendo 1 Muy insatisfecho y 5 Muy satisfecho.

- Se sintió satisfecho con la atención del personal médico y administrativo

1	2	3	4	5

- Fue clara las recomendaciones pos quirúrgicas

1	2	3	4	5

- Como percibió el trato que le dieron a su mascota

1	2	3	4	5

- El personal médico demostró destreza y conocimiento

1	2	3	4	5

Responda según corresponda a las siguientes preguntas:

- Conocía del programa de esterilización de la Gobernación del Departamento de Risaralda en cuanto a esterilizaciones de caninos y felinos.

  SI ☐ NO ☐ No Sabe ☐

-
- Se le realizó algún cobro por el servicio prestado

  SI ☐ NO ☐ No Sabe ☐

- Fue clara la información dada en cada una de las capacitaciones por parte del personal profesional.

  SI ☐ NO ☐ No Sabe ☐

- Considera que el carnet que fue entregado para su mascota es un documento importante.

Nombre y Firma

CC **Teléfono:** **Municipio:**

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

Marque con una X que tan satisfecho esta con las siguientes preguntas, siendo 1 Muy insatisfecho y 5 Muy satisfecho.

- Se sintió satisfecho con la atención del personal médico y administrativo

1	2	3	4	X

- Fue clara las recomendaciones pos quirúrgicas

1	2	3	4	X

- Como percibió el trato que le dieron a su mascota

1	2	3	4	X

- El personal médico demostró destreza y conocimiento

1	2	3	4	X

Responda según corresponda a las siguientes preguntas:

- Conocía del programa de esterilización de la Gobernación del Departamento de Risaralda en cuanto a esterilizaciones de caninos y felinos.

  SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

-
- Se le realizó algún cobro por el servicio prestado

  SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

- Fue clara la información dada en cada una de las capacitaciones por parte del personal profesional.

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

- Considera que el carnet que fue entregado para su mascota es un documento importante.

Nombre y Firma Diego Fdo Toro

CC 1093535760 **Teléfono:** 3202347714 **Municipio:** Pueblo Rico Rda