DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS
"MULTISER"

Santuario, Risaralda

02 de diciembre 2024

El suscrito, Angela Ochoa Franco, Enfermera enlace del municipio de SANTUARIO – Secretaria de Salud Departamental, se permite hacer

CONSTAR

Que el día de hoy se hizo presente en el municipio de **SANTUARIO**, 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 8
- Caninos Machos: 8
- Felinos Hembras: 18
- Felinos Machos: 26

Para un total de animales esterilizados de 60.

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 Angela Maria Ochoa F

C.C 1090149535

Tel 3108234731



(1)

DEPARTAMENTO DE RISARALDA 0307 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 Leidy Viviana Arteaga

Identificación 1128476047 **Dirección** La Manuela

Teléfono 3218897046

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Peluza **Edad** 7 meses

Gato ☒ **Raza** Mix **Color** blanco

Macho ☒ **Peso** 2.6

Hembra ☐

Firma Leidy Viviana Arteaga

c.c 1128476047

Tel 3218897046



(2)

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0308

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 Leidy Viviana Cortes C

Identificación 1128476047 **Dirección** La Marina

Teléfono 3218897046

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Zafiro **Edad** 10 meses

Gato ☒ **Raza** mix **Color** tricolor café blanco gris

Macho ☐ **Peso** 2.85

Hembra ☒

Firma Leidy V. Arteaga

C.C 1128476047

Tel 3218897046



(3)

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0309

3

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 Leidy Viviana Arteaga

Identificación 1127476047 **Dirección** La Marina

Teléfono 3218897046

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Lulu **Edad** 10 meses

Gato ☒ **Raza** mix **Color** Gris

Macho ☐ **Peso** 270

Hembra ☒

Firma Leidy V. Arteaga

C.C 1127476047

Tel 3218897046



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0310

4

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 Leidy Viviana Arteaga

Identificación 1128476047 **Dirección** la Manuela

Teléfono 3218897046

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Morocho **Edad** Negro

Gato ☒ **Raza** mix **Color** 22 meses

Macho ☒ **Peso** 370

Hembra ☐

Firma Leidy V. Arteaga

C.C 1128476047

Tel



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0311

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 Leidy Viviana Arteaga

Identificación 1128476047 **Dirección** La Marina

Teléfono 321889 7046

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** Arnold **Edad** 18 meses

Gato [ ] **Raza** _____ **Color** café y Negro

Macho [X] **Peso** 18.50

Hembra [ ]

Firma Leidy V. Arteaga

c.c 1128476047

Tel 3218897046



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0312

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 Leidy Viviana Arteaga

Identificación 1128470047 **Dirección** La Marina

Teléfono 3218897046

Información Paciente

Perro ☒ **Nombre** ZOE **Edad** 2 años

Gato ☐ **Raza** MIX **Color** amarillo

Macho ☐ **Peso** 19.40

Hembra ☒

Firma Leidy V. Arteaga

C.C 1128476047

Tel 3218897046



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0313

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 Leidy Viviana Arteaga

Identificación 1128476047 **Dirección** La Marina

Teléfono 3218897046

Información Paciente MARTINA

Perro [X] **Nombre** ~~MILU~~ **Edad** 18 meses

Gato [ ] **Raza** _____ **Color** amarillo

Macho [ ] **Peso** 19.4

Hembra [X]

Firma Leidy V. Arteaga

C.C 1128476047

Tel 3218897046



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0314

8

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 Iestercilia Zuleta

Identificación 25191754 **Dirección** Barrio las Galias - Pc Palm

Teléfono 25191754

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** KORA **Edad** 10 meses

Gato [ ] **Raza** mix **Color** Negro

Macho [ ] **Peso** 19

Hembra [X]

Firma Esterelia Zuleta

C.C 25791754

Tel 3147083044



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0315

9

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 Maria Camila Gaviria

Identificación 1010157655 **Dirección** Barrio Metalista M1C6

Teléfono 3017684745

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Morocha **Edad** 2 años

Gato ☒ **Raza** mix **Color** Negro

Macho ☐ **Peso** 2,35

Hembra ☒

Firma María C. Q A

C.C 1010157655

Tel 3017684745



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0316

10

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 Maria Camila Quintero

Identificación 1010157655 **Dirección** B Matista

Teléfono _____

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Mapale **Edad** 7 meses

Gato ☒ **Raza** mix **Color** Gris y Blanco mayoria

Macho ☒ **Peso** 3,50

Hembra ☐

Firma Maria C.C.A

C.C 1010157655

Tel 3017684745



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0317

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 Angel Rodriguez

Identificación 1097726616 **Dirección** B. Motorista

Teléfono 3136042738

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Carolita **Edad** 8 meses

Gato ☒ **Raza** mix **Color** camello y Negro

Macho ☐ **Peso** 3,35

Hembra ☒

Firma

C.C 1097726616

Tel 3136042738



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0318

12

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 Yuliana Pelaez

Identificación 1090150759 **Dirección** los palucs

Teléfono 3126467535

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** TOMY **Edad** 18 meses

Gato ☒ **Raza** mix **Color** Gris y amarillo mayorle

Macho ☒ **Peso** 3 kg

Hembra ☐

Firma Juan José

C.C

Tel 3126467535





DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0319

13

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 Ximena Arcila Grajales

Identificación 25196453 **Dirección** Cra 5ª S-28

Teléfono 3137159016

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** PANCHO **Edad** 5 meses

Gato ☒ **Raza** Mix **Color** Gris y blanco

Macho ☒ **Peso** 7,45

Hembra ☐

Firma

C.C 1093559759

Tel 3137159016



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0320

14

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 Ximena Cerchea Grajales

Identificación 25196453 **Dirección** Cra 5ª 5-28

Teléfono 3137159016

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** JADE **Edad** 5 meses

Gato ☒ **Raza** mix **Color** café negro blanco

Macho ☐ **Peso** 2,10

Hembra ☒

Firma Ximena Grajales

C.C 25196453

Tel 3137159016



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0321

15

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 Sendy Noreña

Identificación 1090150998 **Dirección** B. Marco Fidel

Teléfono 3106247596

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** GRIS **Edad** 2 años

Gato ☒ **Raza** cruz **Color** Gris

Macho ☐ **Peso** 2,45

Hembra ☒

Firma Sendy Noreña B.

C.C 1090150998

Tel 3106247596



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0322

/6

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 Marleny Arce

Identificación 25036046 **Dirección** El Bosque Funcion Buena

Teléfono 3158635260

Información Paciente

Perro ☒ **Nombre** Scoth **Edad** Sanos

Gato ☐ **Raza** Pitbul **Color** amarillo

Macho ☒ **Peso** 22-23 Kg

Hembra ☐

Firma Marleny Arce

C.C 25036046

Tel 3158635260



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0323

17

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 Hernán Dario Usuga

Identificación 1087548428 **Dirección** La Marina C58

Teléfono 3136613071

Información Paciente

Perro ☒ **Nombre** KIRA **Edad** 1 año

Gato ☐ **Raza** cruz **Color** Negro y café

Macho ☐ **Peso** 16.5

Hembra ☒

Firma Hernán Dario Usuga

C.C 1087548428

Tel 3136613071



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0324

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 Laura Muñoz

Identificación 1093558506 **Dirección** Vereda la Cristalina

Teléfono 3126469080

Información Paciente

Perro ☒ **Nombre** ICKER **Edad** 1 año

Gato ☐ **Raza** mix **Color** amarillo

Macho ☒ **Peso** 27 kg

Hembra ☐

Firma Laura Muñoz

C.C 1.093.558.506

Tel 3126469080



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0325

19

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 Diego Echeverry

Identificación 18604252 **Dirección** V. Comunal

Teléfono 3234500370

Información Paciente

Perro ☒ **Nombre** NATASHA **Edad** 18 meses

Gato ☐ **Raza** mix **Color** Negro-amarillo

Macho ☐ **Peso** 7,5

Hembra ☒

Firma

C.C 18604252

Tel 3234500370



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0326

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 Susana Londoño R.

Identificación 1013344499 **Dirección** La Kennedy

Teléfono 3105934697

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** CUPITO **Edad** ?

Gato ☒ **Raza** MIX **Color** blanco y Negro

Macho ☐ **Peso** 3 Kg

Hembra ☒

Firma Susana Londoño

C.C 1013344499

Tel 3105934697



0327

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

21

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 Laura Muñoz

Identificación 1093558506 **Dirección** Vda Cubilon finca la Playa

Teléfono 3126469080

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** MAILO **Edad** 7 meses

Gato ☒ **Raza** mix **Color** Gris

Macho ☒ **Peso** _____

Hembra ☐

Firma Laura M.

c.c 1093558506

Tel 3126469080



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0328

22

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 Nara milena Lopez

Identificación 38895114 **Dirección** calle 4 con #, Diamno Valencia

Teléfono 3113751006

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Lia **Edad** 3 AÑOS

Gato ☒ **Raza** _____ **Color** Tigre Amarillo

Macho ☐ **Peso** 2,50

Hembra ☒

Firma _____

C.C _____

Tel _____

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0329

23

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 Nora milena Lopez

Identificación 38895114 **Dirección** Calle 4 - 7ma Guamo Urbanización

Teléfono _____

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** milu **Edad** _____

Gato ☒ **Raza** _____ **Color** _____

Macho ☒ **Peso** 3.0

Hembra ☐

Firma _____

C.C _____

Tel _____



0330

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

24

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 Jovita del Carmen Yance

Identificación 7489611 **Dirección** Vda Venecia

Teléfono 3

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Susy **Edad** 6 meses

Gato ☒ **Raza** mix **Color** Gris

Macho ☐ **Peso** 2.5

Hembra ☒

Firma Carmen Yance

C.C 13.983.610

Tel



0331

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

25

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 Manuel Giraldo R

Identificación 1088333321 **Dirección** calle 6ª 3-15

Teléfono 3113950804

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** LUCKY **Edad** 15 meses

Gato ☒ **Raza** mix **Color** tigrillo

Macho ☒ **Peso** 4

Hembra ☐

Firma

C.C 1088333321

Tel 3113950804

0332

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

26

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 Danobis motato morales

Identificación 1059713056 **Dirección** cra 5 # 4-34

Teléfono 314 847 7699

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Barbal **Edad** 8 meses

Gato ☒ **Raza** mix **Color** Blanco-negro

Macho ☒ **Peso** 3.5

Hembra ☐

Firma

C.C 1059713056

Tel 314 847 7699.

0333

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

27

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 Gloria Yaneth Moreno

Identificación 25195171 **Dirección** B Kemedy calle 11 9-11

Teléfono 3146675112

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** TEO **Edad** 1 año (25/04/2023)

Gato [ ] **Raza** Pincher **Color** blanco

Macho [X] **Peso** 2.8

Hembra [ ]

Firma Gloria yaneth moreno

C.C 25.195171

Tel 3146675112



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0334

78

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 Edilma Palacio

Identificación 25 194 148 **Dirección** calle 11B # 9-12

Teléfono 3116403080

Información Paciente

Perro ☒ **Nombre** Pol **Edad** 21- enero 2023

Gato ☐ **Raza** Pinscher **Color** negro

Macho ☒ **Peso** 3,2

Hembra ☐

Firma Edilma Palacio

C.C 25 194 148

Tel 3116403080



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0335

29

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 Nadime Lopez Ramirez

Identificación 24.512.238 **Dirección** Vda los planes

Teléfono 315 6232922

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Juanito **Edad** 6 meses

Gato ☒ **Raza** Mix **Color** negro

Macho ☐ **Peso** 1,7

Hembra ☒

Firma Nadime PP

C.C 24.512.238

Tel 315 6232922



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0336

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 Teresa de Jesus Restrepo

Identificación 24 414 464 **Dirección** Ic Kennedy Cra 10 E-54

Teléfono 3216360546

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** MUÑECO **Edad** 6 meses

Gato ☒ **Raza** mix **Color** Gris rayas

Macho ☒ **Peso** 3.1 kg

Hembra ☐

Firma Teresa Restrepo

C.C 24.414.464

Tel 3216360546



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0337

31

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 Yenifer Henao

Identificación 1004684957 **Dirección** El cementerio

Teléfono 3227190467

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** MILU **Edad** 2 años

Gato ☒ **Raza** mix **Color** blanco

Macho ☒ **Peso** 3

Hembra ☐

Firma Jennifer Henao

C.C 1004684957

Tel 3227190467



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0338

32

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 Lucella Alvaram B

Identificación 25 025 006 **Dirección** finca la Camelia - La Palma

Teléfono 3146806354

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** PEPITA **Edad** 8 meses

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

Macho ☐ **Peso** 2 kg

Hembra ☒

Firma Kelly Velez

C.C 1007268940

Tel 3146806351



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0339

33

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 Elvia Lucia Henao

Identificación 25194617 **Dirección** CRA 7 # 320

Teléfono 3206279470

Información Paciente NEGRA

Perro ☐ **Nombre** NEGRA 7 meses

Gato ☒ **Raza** Mix **Color** Negra

Macho ☐ **Peso** 3kg

Hembra ☒

Firma elvia lucia Henao

C.C 25194617

Tel 3206279470



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0340

034

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 Elvia Lucía Henao

Identificación 25194647 **Dirección** Cra 7a 3-20

Teléfono 3206279470

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** YAMPY **Edad** 7 meses

Gato ☒ **Raza** cruz **Color** amarillo

Macho ☒ **Peso** 3 kg

Hembra ☐

Firma elvia lucia

c.c 25194647

Tel 3206279470



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0341

35

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 andrea E Valencia

Identificación 1088298935 **Dirección** Verde la Esmeralda Alta

Teléfono 3233182638

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** NIÑO **Edad** 5-6 años

Gato ☒ **Raza** mix **Color** _____

Macho ☒ **Peso** 3kg

Hembra ☐

Firma andrea stefania

c.c 1088298935

Tel 3233182638



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

CBL12

36

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 Andrea E Valencia

Identificación 1088298935 **Dirección** Vereda la Esmeralda Alta

Teléfono 3233182638

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** MATIAS **Edad** 1 año

Gato ☒ **Raza** mix **Color** gris tigre

Macho ☒ **Peso** 4.1 kg

Hembra ☐

Firma andrea stefania

c.c 1088298935

Tel 3236182638





DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0343

37

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 Nidia Milena Muriel A

Identificación 24414967 **Dirección** Calle Barrio Santa Fe

Teléfono 3215581712

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** PEPA **Edad** _____

Gato ☒ **Raza** mix **Color** Negro

Macho ☐ **Peso** 2.3

Hembra ☒

Firma Nidia Milena Muriel

C.C 24.414.967

Tel 3215581772



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0344

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 Angie Andrea Rios M

Identificación 31710463 **Dirección** San Jose la 40

Teléfono 3146275611

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** niño **Edad** 3 año

Gato ☒ **Raza** mx **Color** Gris blanco

Macho ☒ **Peso** _____

Hembra ☐

Firma Angie Azfrit

c.c 31710463

Tel ~~3~~314-6275611



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0345

39

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 Angie Andrea Arias

Identificación 3171 0643 **Dirección** la 40

Teléfono 314 627 56 11

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Mancha **Edad** _____

Gato ☒ **Raza** mix **Color** Amarillo

Macho ☒ **Peso** 3,2

Hembra ☒

Firma Angie Astrit

C.C 31710 463

Tel 3146275611



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0346

40

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 Angie Andrea Rios

Identificación 31710463 **Dirección** San Jose Lo 40

Teléfono 3146275611

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** COCO **Edad** _____

Gato ☒ **Raza** MIX **Color** Amarillo

Macho ☒ **Peso** 28

Hembra ☐

Firma Angie Arbeit

c.c 31710463

Tel 314-627 5611



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0347

41

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 Angie Andrea Ruiz

Identificación 31710463 **Dirección** San José lo 40

Teléfono 3146275611

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** PACO **Edad** 6A

Gato ☒ **Raza** Mix **Color** Gris

Macho ☒ **Peso** 21

Hembra ☐

Firma Angie Astrit

C.C 31710463

Tel 3146275611

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0348

42

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 Angie Astrid Rios M

Identificación 31 710 463 **Dirección** Cra 4 San José La 40

Teléfono 3146275611

Información Paciente

Perro [x] **Nombre** Niño **Edad** 5 años

Gato [ ] **Raza** Mx **Color** Amarillo

Macho [x] **Peso** 15

Hembra [ ]

Firma Angie Astrit

c.c 31710463

Tel 3116275611



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0349

43

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 Luz Mery Quintero

Identificación 21076697 **Dirección** cra 3ª 6-45 B. San José

Teléfono 3217065790

Información Paciente

Perro ☒ **Nombre** SUSSY **Edad** 6 meses

Gato ☐ **Raza** mix **Color** blanco y Negro

Macho ☐ **Peso** 4.5

Hembra ☒

Firma Luz Mery Quintero

C.C 21076697

Tel 3217065790

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0350

44

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 Oscar Diaz

Identificación 9955294 **Dirección** B. Buenos Aires

Teléfono 3206311832

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Panterillo **Edad** 2 años

Gato ☒ **Raza** mix **Color** Negro

Macho ☒ **Peso** 3K

Hembra ☐

Firma Oscar Diaz C.

C.C 9955294.

Tel 3206311832.



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0351

45

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 Oscar Diaz

Identificación 9955294 **Dirección** B Buenos Aires

Teléfono 3206311832

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** COBY **Edad** 3 años

Gato ☒ **Raza** mix **Color** blanco y Negro

Macho ☒ **Peso** 3.25

Hembra ☐

Firma Oscar Diaz C.

C.C 9955294

Tel 3206311832



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0352

46

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 Luz Miriam Taborez

Identificación 25202592 **Dirección** Pueblo Varo

Teléfono 3222320561

Información Paciente KARIN

Perro ☐ **Nombre** _____ **Edad** 10 meses

Gato ☒ **Raza** mix **Color** crema

Macho ☐ **Peso** 3.5

Hembra ☒

Firma Luz Miriam Taborez

C.C 25202592.

Tel 3222320561



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0353

47

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 Fabiola Bendón

Identificación 25192427 **Dirección** Vereda Pueblo Bu

Teléfono 3226196250

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** NIÑA **Edad** 6 meses

Gato ☒ **Raza** Mix **Color** blanca y Parche

Macho ☐ **Peso** 1,65

Hembra ☒

Firma Fabiola Rendon

c.c 25192427

Tel 3226196250.



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0354

48

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 Sandra Metato Vereda

Identificación 25196046 **Dirección** Finca Caudina

Teléfono 3207715154

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Chimvela **Edad** 18 meses

Gato ☒ **Raza** mix **Color** Negro

Macho ☐ **Peso** 7,85

Hembra ☒

Firma Sandra metato

C.C 25 196 046

Tel 3207715154



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0355

49

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 Yuleth Bonilla

Identificación 1090148779 **Dirección** Barrio la frontera

Teléfono 3232059843

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Milo **Edad** 6 M.

Gato ☒ **Raza** MIX **Color** _____

Macho ☒ **Peso** 2,5

Hembra ☐

Firma yuleth bonilla

c.c 1090148779

Tel 3232089843



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0356

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 Yuliana Cardona

Identificación 1087547508 **Dirección** la Manuela

Teléfono 3045541281

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** MAILON **Edad** 1 año

Gato ☒ **Raza** cruz **Color** blanco y Gris

Macho ☒ **Peso** _____

Hembra ☐

Firma Yuliana cardona

C.C 1087547508

Tel 3045541281



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0357

51

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 Rosalba Bernal

Identificación 25' 193 089 **Dirección** Br Santa fe

Teléfono 3205206395

Información Paciente

Perro ☒ **Nombre** MATEO **Edad** 2,5 años

Gato ☐ **Raza** Mix **Color** Amarillo

Macho ☒ **Peso** 14,5

Hembra ☐

Firma Rosalba Bernal

c.c 25193088

Tel 3205206396



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0358

52

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 María Esneda Perez

Identificación 25194098 **Dirección** Barrio Santafé

Teléfono 3108830369

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Rodolfo **Edad** 9 meses

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

Macho ☒ **Peso** 3.35 kg

Hembra ☐

Firma María Perez

c.c 25194098

Tel 3108830369



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

C359

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 alba Marina Cardona

Identificación 1090148611 **Dirección** la Soledad

Teléfono 3147864130

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** PECAS **Edad** 6 meses

Gato ☒ **Raza** mix **Color** amarillo Negro

Macho ☐ **Peso** 2.8 kg

Hembra ☒

Firma Santiago

C.C 1090148611

Tel 3147864130

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0360

54

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 Karen Andrea Urueña

Identificación 1192750328 **Dirección** Vida Granada

Teléfono 3126460039

Información Paciente

Perro ☑ **Nombre** Kiara **Edad** 6 meses

Gato ☐ **Raza** mix **Color** Amarillo

Macho ☐ **Peso** 8.3 kg

Hembra ☑

Firma Karen U. C.

C.C 1192750328

Tel 3126460039



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0361

55

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 Karen Andrea Ureña

Identificación 1192750328 **Dirección** Verdo Guaimital

Teléfono 3126460039

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Joaquin **Edad** 2 años

Gato ☒ **Raza** _____ **Color** Tigre

Macho ☒ **Peso** 3,8

Hembra ☐

Firma Karen U. C.

C.C 1192750328

Tel 3126460039



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0363

57

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.

18

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Karen Andrea Ureña

Identificación 11 927 0328 **Dirección** Vereda Guanatal

Teléfono 3126460039

Información Paciente

Perro [ ] **Nombre** Gata Pobre **Edad** 6 años

Gato [X] **Raza** Mix **Color** Tigre Gris

Macho [ ] **Peso** 2,5

Hembra [X]

Firma Karen U. C

C.C 1192750328

Tel 3126460039



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0364

56

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 Jesus Arcadio Carvajal Muñoz

Identificación 1033736157 **Dirección** Barrio Santa fe

Teléfono 3216802807

Información Paciente

Perro [x] **Nombre** HULK **Edad** 14 meses

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

Macho [x] **Peso** 11,5

Hembra [ ]

Firma Jesus arcangel carbajal

C.C 1033736157

Tel 3216802807



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0365

59

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 Elizabeth Bendaño

Identificación 1005021320 **Dirección** Buenos Aires

Teléfono 3137972936

Información Paciente

Perro ☒ **Nombre** LASSY **Edad** 1 año

Gato ☐ **Raza** mix **Color** amarillo

Macho ☐ **Peso** 10

Hembra ☒

Firma Elizabeth Bendaño A.

C.C 1005 021 320

Tel 3137972936



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0366

60

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 Angel Rodriguez

Identificación 1097726616 **Dirección** la Marca

Teléfono 3136042738

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** LUKY **Edad** 6 meses

Gato ☒ **Raza** mix **Color** amarillo-Blanco

Macho ☒ **Peso** _____

Hembra ☐

Firma _____

C.C 1097 726 616

Tel 3136042738

