DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS
"MULTISER"

**Quinchía, Risaralda**

**28 de noviembre 2024**

**El suscrito, Nora Patricia Vásquez, Técnico de Salud Ambiental del municipio de QUINCHIA – Secretaria de Salud Departamental, se permite hacer**

**CONSTAR**

Que el día de hoy se hizo presente en el municipio de QUINCHIA, 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 24
- Caninos Machos: 10
- Felinos Hembras: 26
- Felinos Machos: 12

Para un total de animales esterilizados de 72.

A parte de esto, puedo dar fe que se siguieron los protocolos de bioseguridad, se diligencio la autorización de cirugías, se realizo 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 25663856

Tel 3192447868



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0001

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

**COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS**

Nit 816004711-7

1

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** Maikol Bendón

**Identificación** 1088263428 **Dirección** Barrio Bicentenario 11-70

**Teléfono** 313 543 2085

**Información Paciente**

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

**Gato** [ ] **Raza** Mix **Color** Café

**Macho** [ ] **Peso** 8.9 Kg

**Hembra** [X]

Firma Maikol Bendon

C.C 1088263428

Tel 3135432085



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0002

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** Freinover Malambo

**Identificación** 1006027454 **Dirección** Vereda Santa Sofia

**Teléfono** 3209218110

**Información Paciente**

**Perro** ☐ **Nombre** Jery **Edad** 13 meses

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

**Macho** ☐ **Peso** 2,15 kg

**Hembra** ☒

Firma

C.C 1006071454

Tel 3209218110



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0003

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** Luis Fernando Malla

**Identificación** 16077690 **Dirección** Vereda Santa Sofia

**Teléfono** 3106211534

**Información Paciente**

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

**Gato** [ ] **Raza** MIX **Color** cafe

**Macho** [ ] **Peso** 6.4 Kg

**Hembra** [X]

Firma Fernando Mx

C.C 16077690

Tel 3106211534



004.

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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** Luisa Fernanda Maya Zapata

**Identificación** 1093984127 **Dirección** Vereda Santa Cecilia

**Teléfono** 3107154520

**Información Paciente**

**Perro** ☐ **Nombre** RIO **Edad** 11 meses

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

**Macho** ☒ **Peso** 4.7

**Hembra** ☐

Firma _____

C.C 1093984127

Tel 3107154520



005

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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** Mayde Londoño

**Identificación** 1054924082 **Dirección** Barrio Ricaurte Kra 11 #3 A 48

**Teléfono** 3136651225

**Información Paciente**

**Perro** ☐ **Nombre** PRINCESA **Edad** 7 meses

**Gato** ☒ **Raza** siamés **Color** blanco con abano

**Macho** ☐ **Peso** 1.85

**Hembra** ☒

Firma Maydic Londoño

C.C 1054924082

Tel 3136651225



006

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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** Gustavo Clavijo

**Identificación** 4.537.823 **Dirección** Barrio Camilo Torres Calle 6ª # 11-49

**Teléfono** 3104367884

**Información Paciente**

**Perro** ☐ **Nombre** ONIX **Edad** 7 meses

**Gato** ☒ **Raza** MIX **Color** negro tamarillo

**Macho** ☐ **Peso** 1.6

**Hembra** ☒

Firma Gustavo

C.C 4537823

Tel 3104367884



007.

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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** Gustavo Clavijo

**Identificación** 4537823 **Dirección** Barrio Camilo Torres calle 6ª #11-49

**Teléfono** 3104367884

**Información Paciente**

**Perro** ☐ **Nombre** Lulu **Edad** 7 meses

**Gato** ☒ **Raza** Mix **Color** Gris

**Macho** ☐ **Peso** 1,25

**Hembra** ☒

Firma

C.C 4537823

Tel 3104367884

0008

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

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** Lina Yulieth Ladino

**Identificación** 1090339555 **Dirección** Santa Sofia

**Teléfono** 1090339555
3107480832

**Información Paciente**

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

**Gato** [ ] **Raza** MIX **Color** Negra con cafe

**Macho** [ ] **Peso** 10.7

**Hembra** [X]

Firma Lina Ladino

C.C 1090339555

Tel 3107480832



DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

0009

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 Garcia Agudelo

**Identificación** 1054989225 **Dirección** Naranjal

**Teléfono** 3127106456

**Información Paciente**

**Perro** [X] **Nombre** Susy **Edad** 5 años

**Gato** [ ] **Raza** Mix **Color** amarillo

**Macho** [ ] **Peso** 7-3

**Hembra** [X]

Firma Leidy Garcia

C.C 1054 989 225

Tel 317 710 6456



DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

0010

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 Garcia Agudelo

**Identificación** 1054989225 **Dirección** Naranjal

**Teléfono** 3127106456

**Información Paciente**

**Perro** ☐ **Nombre** Pelusa **Edad** 2 años

**Gato** ☒ **Raza** Mestiza **Color** Negro

**Macho** ☐ **Peso** 250

**Hembra** ☒

Firma Leidy Garcia

C.C 1054989225

Tel 3127106456

0011

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

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 Garcia Agudelo

**Identificación** 1054989225 **Dirección** Naranjal

**Teléfono** 3127100456

**Información Paciente**

**Perro** ☐ **Nombre** TATO **Edad** 1 año

**Gato** ☒ **Raza** MIX **Color** amarillo

**Macho** ☒ **Peso** 3.0

**Hembra** ☐

Firma Leidy Garcia A

C.C 1054 989 225

Tel 317 710 0456



0012

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

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** LINA MARIA VELASQUEZ

**Identificación** 42134244 **Dirección** B. BATAN

**Teléfono** 3112401213

**Información Paciente**

**Perro** ☐ **Nombre** SASKET **Edad** 10 MESES

**Gato** ☒ **Raza** B.S MIX **Color** PARDO

**Macho** ☒ **Peso** 3.5

**Hembra** ☐

Firma Linavelásquez

C.C 42134244

Tel 311 240 12 13



0013

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

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** LINA MARIA VELASQUEZ

**Identificación** 42134244 **Dirección** B Gaitán

**Teléfono** 3112401213

**Información Paciente**

**Perro** ☐ **Nombre** MIXY **Edad** 10 MESES

**Gato** ☒ **Raza** MIX **Color** MIX

**Macho** ☐ **Peso** 2.3

**Hembra** ☒

Firma Lina Velásquez

C.C 42.134.244

Tel 3112401213



0014

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

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** Benlly Juliana Aricapa

**Identificación** 1004679686 **Dirección** Naranjal

**Teléfono** 3136657535

**Información Paciente**

**Perro** [x] **Nombre** Sushi **Edad** 9 meses

**Gato** [ ] **Raza** MIX **Color** Blanca y Gris

**Macho** [ ] **Peso** 18.9

**Hembra** [x]

Firma Benlly Aricapa.

C.C 1004679686.

Tel 3136657535.



0015

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

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** Benlly Juliana Aricapa

**Identificación** 1004679686 **Dirección** Naranjal

**Teléfono** 3136657535

**Información Paciente**

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

**Gato** [ ] **Raza** MIX **Color** Negro

**Macho** [ ] **Peso** 13.5

**Hembra** [X]

Firma Benlly Aricapa.

C.C 1004679686.

Tel 3136657535.



0016

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

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 Deisy Garcia

**Identificación** 1005254152 **Dirección** Naranjal

**Teléfono** 3226896280

**Información Paciente**

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

**Gato** [ ] **Raza** MIX **Color** Negro

**Macho** [ ] **Peso** 13.8

**Hembra** [X]

Firma Deicy Garcia.

C.C 1005254152

Tel 3226896280



0017

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

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** José Reinerio Marín Trejos
**Identificación** 9892911 **Dirección** La Cumbre
**Teléfono** (61) 3116878198

**Información Paciente**

**Perro** [X] **Nombre** Kiara **Edad** 2 años
**Gato** [ ] **Raza** Mix **Color** Negra con Camarillo
**Macho** [ ] **Peso** 9.8
**Hembra** [X]

Firma José Reinerio marin T
C.C 9892911
Tel 3116878198



F

0018

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

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** Estela Franco

**Identificación** 1007212366 **Dirección** Naranjal

**Teléfono** 3136985743

**Información Paciente**

**Perro** [X] **Nombre** LILO **Edad** 2.5 años

**Gato** [ ] **Raza** MIX **Color** Negro

**Macho** [ ] **Peso** 9.6

**Hembra** [X]

Firma Stella franco S

C.C 1007 212 366

Tel 313 698 5743



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0019

7

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** Jesús Antonio Utima

**Identificación** 4537618 **Dirección** San Juan

**Teléfono** 3169329010

**Información Paciente**

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

**Gato** [ ] **Raza** Mix **Color** amarillo y blanco

**Macho** [ ] **Peso** 15.2

**Hembra** [X]

Firma Jesus Antonio Utima

C.C 4537618

Tel



0020 F

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

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** Angela Bibiana Rendón
**Identificación** 1013557549 **Dirección** Calle 5 #11-70 B. Ricaurte
**Teléfono** 3209393993

**Información Paciente**

**Perro** ☐ **Nombre** LUNA **Edad** 1 año
**Gato** ☒ **Raza** SA **Color** Ceniza
**Macho** ☐ **Peso** Mix
**Hembra** ☒

Firma Angela Rendón
C.C 1013557549
Tel 3209393993



0021

F

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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** Anggela Bibiana Rendón

**Identificación** 1013557549 **Dirección** Calles #11-70 B. Ricaurte

**Teléfono** 3209393993

**Información Paciente**

**Perro** ☐ **Nombre** YORDI **Edad** 3 años

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

**Macho** ☒ **Peso** 3.15

**Hembra** ☐

Firma Anyela Rendón

C.C 1013557549

Tel 3209393993



0022

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

F

**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** Cenaida Bermudez

**Identificación** 1192795072 **Dirección** Calle 13 B carrera 17

**Teléfono** 3137293520

**Información Paciente**

**Perro** ☐ **Nombre** NIÑA **Edad** 12 meses

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

**Macho** ☐ **Peso** 2.65

**Hembra** ☒

Firma Cenaida Bermudez

c.c 1192795072

Tel 3137293520

F

F

0023

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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** Guillermo Hernandez

**Identificación** 1090332607 **Dirección** Vereda Versallez

**Teléfono** 3218904263

**Información Paciente**

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

**Gato** [ ] **Raza** MIX **Color** Negro

**Macho** [X] **Peso** 19.0

**Hembra** [ ]

Firma Guillermo

C.C 1090332607

Tel 3218904263



0024. F

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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** Guillermo Hernandez

**Identificación** 1090332607 **Dirección** Vereda Versalles

**Teléfono** 3218904263

**Información Paciente**

**Perro** ☐ **Nombre** SASI **Edad** 6 meses

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

**Macho** ☐ **Peso** 1.6

**Hembra** ☒

Firma Guillermo

C.C 1090332607

Tel 3218904263



0025

F

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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** Guillermo Hernandez

**Identificación** 1090332607 **Dirección** Vereda Versalles

**Teléfono** 3218904263

**Información Paciente**

**Perro** ☐ **Nombre** LLUVIA **Edad** 2 años

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

**Macho** ☐ **Peso** 2.25

**Hembra** ☒

Firma Guillermo

C.C 1090332607

Tel 3218904263



F

0026

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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** Francedy Yurley Suarez

**Identificación** 1090339589 **Dirección** Vereda. Versalles

**Teléfono** 3225206060

**Información Paciente**

**Perro** [X] **Nombre** LAIKA **Edad** 12 meses

**Gato** [ ] **Raza** MIX **Color** amarillo

**Macho** [ ] **Peso** 12.3

**Hembra** [X]

Firma Francedy Suarez

c.c 1090339589

Tel 3225206060



0027

F

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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 Yuliana (Velasquez) Velasco

**Identificación** 1007 212 892 **Dirección** Naranjal

**Teléfono** 3234241477

**Información Paciente**

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

**Gato** [ ] **Raza** MIX **Color** Negro

**Macho** [ ] **Peso** 8.9

**Hembra** [X]

Firma Leidy yuliana velasco

c.c 1007·212·892

Tel 3234241477·



0028 F

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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** ESTELA FRANCO

**Identificación** 1007212366 **Dirección** NARANJAL

**Teléfono** 3136983743

**Información Paciente**

**Perro** [X] **Nombre** LUCAS **Edad** 6 MESES

**Gato** [ ] **Raza** MIX **Color** CAFE

**Macho** [X] **Peso** 19.2

**Hembra** [ ]

Firma Stella francos

c.c 1007 212 366

Tel 313 698 5743



F

0029

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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** Maira Alejandra Ibarra

**Identificación** 1225088603 **Dirección** Corregimiento Naranjal

**Teléfono** 3001625456

**Información Paciente**

**Perro** [X] **Nombre** MANCHAS **Edad** 12 meses

**Gato** [ ] **Raza** MIX **Color** Cafe y blanco

**Macho** [ ] **Peso** 10.65

**Hembra** [X]

Firma

C.C 1.225.088.603

Tel 3001625456



0030

F

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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** Yeraldine Bartolo Cruz

**Identificación** 1007212245 **Dirección** Vereda Murrapal

**Teléfono** 3235027963

**Información Paciente**

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

**Gato** [ ] **Raza** MIX **Color** Negro y Cafe

**Macho** [ ] **Peso** 22.5

**Hembra** [X]

Firma YeraldineBC

C.C 1007212245

Tel 3235027963



F

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

0031

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 Yeraldine Bartolo Cruz

Identificación 1007212245 Dirección Vereda Murrapal

Teléfono 3235057963

**Información Paciente**

Perro [X] Nombre Princesa Edad 4 años

Gato [ ] Raza MIX Color miel

Macho [ ] Peso 20.6

Hembra [X]

Firma Yeraldine BC

C.C 1007212245

Tel 3235027963



0032

F

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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 MANUELA BETANCUR

**Identificación** 1090332194 **Dirección** vereda el cuiba

**Teléfono** 3243766689

**Información Paciente**

**Perro** ☐ **Nombre** ROSAS **Edad** 7 MESES

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

**Macho** ☐ **Peso** 2.75

**Hembra** ☒

Firma Ma Manuela Betancur

C.C 1090332194

Tel 3243766689



DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

0033

F

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 Nelly Montoya

**Identificación** 42088757 **Dirección** Manzanares

**Teléfono** 3158079874

**Información Paciente**

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

**Gato** [ ] **Raza** MIX **Color** amarilla

**Macho** [ ] **Peso** 4,6 kg

**Hembra** [X]

Firma albanellymontoya

C.C 42-088757

Tel 315 807 9874

F

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

0034

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 Nelly Montoya

**Identificación** 42.088.757 **Dirección** Manzanares

**Teléfono** 315 802 9874

**Información Paciente**

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

**Gato** [ ] **Raza** MIX **Color** blanca y Negra

**Macho** [ ] **Peso** 3,95 Kg

**Hembra** [X]

Firma

C.C 42-088-757.

Tel 315 802 9874.

F

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0035

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 Nelly Montoya

**Identificación** 42088757 **Dirección** Manzanares

**Teléfono** 3158029874

**Información Paciente**

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

**Gato** [ ] **Raza** MIX **Color** blanco y Negro

**Macho** [X] **Peso** 5,85

**Hembra** [ ]

Firma

C.C 42088757

Tel 3158029874

F

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0036

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** Celba Nelly Montoya

**Identificación** 42088757 **Dirección** Manzanarez

**Teléfono** 315 802 9874

**Información Paciente**

**Perro** [X] **Nombre** MUÑECO **Edad** 12 meses

**Gato** [ ] **Raza** MIX **Color** amarillo

**Macho** [X] **Peso** 16. Kg

**Hembra** [ ]

Firma Celba Nelly Montoya

C.C 42.088757.

Tel 315 802 9874.

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0037

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** Johan Esteban Avilez

**Identificación** 1085719357 **Dirección** Santa Maria

**Teléfono** 3228791487

**Información Paciente**

**Perro** ☐ **Nombre** Niña **Edad** 5 meses

**Gato** ☒ **Raza** MIX **Color** Negro

**Macho** ☐ **Peso** 2 kg

**Hembra** ☒

Firma Johan Esteban

C.C 1085719357

Tel 3228791487



0038

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

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 Marleny Cruz
**Identificación** 1090337321 **Dirección** Vereda los Cruces
**Teléfono** 3126471817

**Información Paciente**

**Perro** ☐ **Nombre** LUNA **Edad** 36 meses
**Gato** ☒ **Raza** MIX **Color** café y amarillo
**Macho** ☐ **Peso** 2.25
**Hembra** ☒

Firma Leidy Marleny
C.C 1090337321
Tel 3126471817



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0039

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 Marleny Cruz

**Identificación** 1090337321 **Dirección** Vereda los Cruces

**Teléfono** 3126471817

**Información Paciente**

**Perro** ☐ **Nombre** TOMMY **Edad** 36 meses

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

**Macho** ☒ **Peso** 3.3

**Hembra** ☐

Firma

C.C 1090337321

Tel 3126471817



0040

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

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** Francy Julieth Gañán Agudelo
**Identificación** 1090338998 **Dirección** los Cruces
**Teléfono** 3508194064

**Información Paciente**

**Perro** [X] **Nombre** CHIQUI **Edad** 24 meses
**Gato** [ ] **Raza** MIX **Color** blanco y marron
**Macho** [ ] **Peso** 9 Kg
**Hembra** [X]

Firma Francy Gañan A.
C.C 1090338998
Tel 3508194064



0041

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

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** Blanca Miriam Castaño
**Identificación** 1088248524 **Dirección** San Juan (vereda)
**Teléfono** 3108463525

**Información Paciente**

**Perro** ☐ **Nombre** LULU **Edad** 12 meses
**Gato** ☒ **Raza** _____ **Color** Gris
**Macho** ☐ **Peso** 29
**Hembra** ☒

Firma Blanca M.C
C.C 1.088248524
Tel 3108463525



0042

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

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 Jimena Ladino

**Identificación** 1090335162 **Dirección** San Juan

**Teléfono** _____

**Información Paciente**

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

**Gato** [ ] **Raza** MIX **Color** Negro-Cafe

**Macho** [ ] **Peso** 18.75

**Hembra** [X]

Firma Leidy Ximena Ladino

C.C 1090335162

Tel 3153013232



0043

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

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 Tapasco

**Identificación** 25036844 **Dirección** Vereda Perezil

**Teléfono** 3217386553

**Información Paciente**

**Perro** [X] **Nombre** JACINTO **Edad** 12 meses

**Gato** [ ] **Raza** MIX **Color** Negro

**Macho** [X] **Peso** 10.40

**Hembra** [ ]

Firma M. Marleny T.

C.C 25036844

Tel 3217386553



DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

0044

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** DAVID CORTEZ ABONCE

**Identificación** 1065443171 **Dirección** GALAN

**Teléfono** 3127363908

**Información Paciente**

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

**Gato** [ ] **Raza** MIXTA **Color** CAFE

**Macho** [ ] **Peso** 21.60

**Hembra** [X]

Firma

C.C 24511596

Tel 3136772252



0045

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

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 Tapasco

**Identificación** 25036844 **Dirección** Vereda Pencil

**Teléfono** 3217386553

**Información Paciente**

**Perro** [X] **Nombre** POSSY **Edad** 24 meses

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

**Macho** [X] **Peso** 20

**Hembra** [ ]

Firma M. Marleny T.

C.C 25036844

Tel 3217386553



0046

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

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** Libia Clarena Manso Tapasco
**Identificación** 33916872 **Dirección** Vereda El Caimo
**Teléfono** 3205391621

**Información Paciente**

**Perro** ☐ **Nombre** CHIQUITINA **Edad** 6 meses
**Gato** ☒ **Raza** MIX **Color** Negro y blanco
**Macho** ☐ **Peso** 2,20 kg
**Hembra** ☒

Firma
C.C 33916872
Tel 3205391621



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0047

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** Libia Clarena Manso Tapasco

**Identificación** 33916872 **Dirección** Vereda El Cairo

**Teléfono** 3205391621

**Información Paciente**

**Perro** ☐ **Nombre** NIÑA **Edad** 36 meses

**Gato** ☒ **Raza** mix **Color** ceniza

**Macho** ☐ **Peso** 3,20 kg

**Hembra** ☒

Firma

C.C 33 916 872

Tel 3205391624



DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

0018

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** Luis Heredia

**Identificación** 1090334616 **Dirección** Rio Grande

**Teléfono** 3136372658

**Información Paciente**

**Perro** ☐ **Nombre** Don Pacho **Edad** 24 meses

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

**Macho** ☒ **Peso** 3.35

**Hembra** ☐

Firma Luis Heredia

C.C 1090334616

Tel 3136372658



0049

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

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** Camila Heredia

**Identificación** 1088255574 **Dirección** la Plazuela

**Teléfono** 3013628918

**Información Paciente**

**Perro** ☐ **Nombre** Don Gato **Edad** 6 meses

**Gato** ☒ **Raza** Mix **Color** Negro

**Macho** ☒ **Peso** 3.40

**Hembra** ☐

Firma Cami H

C.C 1088255574

Tel 3013628918



0050

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

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** CARLOS NARVAEZ ~~NARVAEZ PERDOMO~~ CARDONA

**Identificación** 9910669 **Dirección** Vereda La Julia

**Teléfono** 3174881044

**Información Paciente**

**Perro** [X] **Nombre** Cabi **Edad** 7 años

**Gato** [ ] **Raza** PITBULL **Color** CAFE MIEL

**Macho** [ ] **Peso** 24

**Hembra** [X]

Firma

C.C 9910669

Tel 3174881044



0051

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

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** LUCY TAPASCO

**Identificación** 25038871 **Dirección** NARANJAL

**Teléfono** 3122580856

**Información Paciente**

**Perro** ☐ **Nombre** NIÑO **Edad** 6 MESES

**Gato** ☒ **Raza** MIX **Color** NEGRO

**Macho** ☒ **Peso** 5.15

**Hembra** ☐

Firma Luy. Tapasco

C.C 25038871

Tel 3122580856



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0052

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 Escobar

**Identificación** 1033654926 **Dirección** Vereda Súmera

**Teléfono** 3122950967

**Información Paciente**

**Perro** [X] **Nombre** NAILA **Edad** 12 meses

**Gato** [ ] **Raza** MIX **Color** Negro

**Macho** [ ] **Peso** 11.5 Kg

**Hembra** [X]

Firma Yuliana Escobar

C.C 1033654926

Tel 3122950967



DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

0053

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 ia Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multipilcadora 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 Antonio Castillo Gutiérrez

**Identificación** 9894920 **Dirección** Cuanchia Viejo

**Teléfono** 3113044937

**Información Paciente**

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

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

**Macho** [X] **Peso** 2,7 kg

**Hembra** [ ]

Firma F-ernando

C.C 9894920

Tel 3113044937



DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

0054

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** Alberto Suarez

**Identificación** 9891865 **Dirección** Cra 9ª 2-07 Quinchia

**Teléfono** 302 280 1855

**Información Paciente**

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

**Gato** [ ] **Raza** MIX **Color** Negro

**Macho** [ ] **Peso** 7.6 Kg

**Hembra** [X]

Firma Alberto Suarez

C.C 9891865

Tel 302 280 1855



DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

0055

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** Albeiro Suarez

**Identificación** 9891865 **Dirección** Cra 9ª 2-07 Quinchia

**Teléfono** 302 280 1855

**Información Paciente**

**Perro** ☐ **Nombre** NEGRA **Edad** 36 meses

**Gato** ☒ **Raza** MIX **Color** Negra

**Macho** ☐ **Peso** 29 Kg

**Hembra** ☒

Firma Albeiro Suarez

C.C 9891865

Tel 302 280 1855



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0056

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** Marcela Suarez (Albeiro Suarez)

**Identificación** 9891865 **Dirección** Cra 9ª 2-07 Quinchia

**Teléfono** 3022801855

**Información Paciente**

**Perro** ☐ **Nombre** KIARA **Edad** ?

**Gato** ☒ **Raza** _____ **Color** tigre

**Macho** ☐ **Peso** 2,95 kg

**Hembra** ☒

Firma Albeiro Suarez

C.C 9891865

Tel 3022801855



Sin Foto

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

0057

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** ALEXANDRA LADINO

**Identificación** 1093984323 **Dirección** Barrio GOBIA Guinchia Cra 9a calle 9

**Teléfono** 3107013890

**Información Paciente**

**Perro** ☐ **Nombre** PACHECO **Edad** 7 meses

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

**Macho** ☒ **Peso** 3.0

**Hembra** ☐

Firma ALEXANDRA LADINO

C.C 1093984323.

Tel 3107013890.



0058

Sin Foto

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

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** Alexandra Ladino

**Identificación** 1093984323 **Dirección** Barrio GUBIA era 9a # calle 9 Quinchia

**Teléfono** 3107013890

**Información Paciente**

**Perro** ☐ **Nombre** PEPA **Edad** 24 meses

**Gato** ☒ **Raza** Mix **Color** blanca, Negra, Amarillo

**Macho** ☐ **Peso** 2.70

**Hembra** ☒

Firma ALEXANDRA LADINO

c.c 1093984323

Tel 3107013890



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0059

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 Trejos

**Identificación** 4378627 **Dirección** Camilo Tánez

**Teléfono** - -

**Información Paciente**

**Perro** ☐ **Nombre** TUBA **Edad** 7 meses

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

**Macho** ☐ **Peso** 7,20 kg

**Hembra** ☒

Firma Oscar Trejos

C.C 4378627

Tel -



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0060

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 Trejos

**Identificación** 4378627 **Dirección** Camilo Torres

**Teléfono** _____

**Información Paciente**

**Perro** ☐ **Nombre** TOBITA **Edad** 7 meses

**Gato** ☒ **Raza** _____ **Color** amarillo y Negro

**Macho** ☐ **Peso** 2,30

**Hembra** ☒

Firma Oscar Trejo

C.C 4378627

Tel _____



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0061

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** Daniela Tapasco

**Identificación** 1090338537 **Dirección** Calle 3 #4-61

**Teléfono** 3178043864

**Información Paciente**

**Perro** ☐ **Nombre** Chimuelo **Edad** 10 meses

**Gato** ☒ **Raza** Mix **Color** Negro

**Macho** ☒ **Peso** 3,75 kg

**Hembra** ☐

Firma Daniela Tapasco

C.C 1090338537

Tel 3178043864



0062

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

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** Yorlady Diaz López

**Identificación** 1088277859 **Dirección** Barrio Galán calle 13A #16A37

**Teléfono** 3105119977

**Información Paciente**

**Perro** [X] **Nombre** SOMBRA **Edad** 24 Meses

**Gato** [ ] **Raza** Mix **Color** Negro

**Macho** [ ] **Peso** 18.05

**Hembra** [X]

Firma Yorlady Diaz López

C.C 1088277859.

Tel 3105119977



0063

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

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 Clavijo
**Identificación** 1090339335 **Dirección** 1° de Mayo C10#4A22
**Teléfono** 3214163533

**Información Paciente**

**Perro** ☐ **Nombre** GALA **Edad** 3½ meses
**Gato** ☒ **Raza** _____ **Color** blanco y Negro
**Macho** ☐ **Peso** 1.63
**Hembra** ☒

Firma Leidy Viviana Clavijo
C.C 1090339335
Tel 3214163533



0064

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

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 Johanna Manzo Carmona
**Identificación** 1090334349 **Dirección** Cra 17A # 09
**Teléfono** 320 518 2396

**Información Paciente**

**Perro** ☐ **Nombre** LULU **Edad** 24 meses
**Gato** ☒ **Raza** Mix **Color** Gris
**Macho** ☐ **Peso** 3.35
**Hembra** ☒

Firma María Johana manzo
C.C 1090334349
Tel 3205182396



0065

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

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** Maic Johanna Manzo Carmona
**Identificación** 1090334349 **Dirección** Cra 17A # 09
**Teléfono** 3205182396

**Información Paciente**

**Perro** ☐ **Nombre** Chupita **Edad** 30 meses (2 ½ años)
**Gato** ☒ **Raza** mix **Color** Gris
**Macho** ☐ **Peso** 2.60
**Hembra** ☒

Firma Maria Johana manzo
C.C 1090334349
Tel 3205182396



0066

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

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** Jhon Alex Calvo Ladino
**Identificación** 1089614777 **Dirección** Finca el jardin
**Teléfono** 3113621576

**Información Paciente**

**Perro** ☐ **Nombre** LUNA **Edad** 7 meses
**Gato** ☒ **Raza** Mix **Color** amarillo, blanco y Naranja
**Macho** ☐ **Peso** 2.20
**Hembra** ☒

Firma Alex
C.C 1089614777
Tel 3113621576



0067

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

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** Martha yaneth Arce

**Identificación** 33915819 **Dirección** Vereda Rio Grande

**Teléfono** 3147457995

**Información Paciente**

**Perro** ☐ **Nombre** MONO **Edad** 6 años

**Gato** ☒ **Raza** _____ **Color** amarillo

**Macho** ☒ **Peso** 3.40

**Hembra** ☐

Firma Marta yaneth Arce

C.C 33915819

Tel 3147437995



0068

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

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** Martha Yaneth Arce

**Identificación** 33915819 **Dirección** Vereda Rio Grande

**Teléfono** 314 745 7995

**Información Paciente**

**Perro** [X] **Nombre** NIÑO **Edad** 6 años

**Gato** [ ] **Raza** Mia **Color** Amarillo

**Macho** [X] **Peso** 11.55

**Hembra** [ ]

Firma Marta Yaneth Arce

C.C 33915819

Tel 3147453995



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0069

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** Martha Yaneth Arce

**Identificación** 33915819 **Dirección** Verde Rio Grande

**Teléfono** 3147457995

**Información Paciente**

**Perro** ☒ **Nombre** TOBY **Edad** 6 años

**Gato** ☐ **Raza** mix **Color** canela

**Macho** ☒ **Peso** 11.ES

**Hembra** ☐

Firma Marta Yaneth Arce

c.c 33915819

Tel 3147457995



0070

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

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** Alexis Mosquera

**Identificación** 1090332802 **Dirección** Vereda las Cruces

**Teléfono** 3207723498

**Información Paciente**

**Perro** [X] **Nombre** TAYZON **Edad** 12 meses

**Gato** [ ] **Raza** mix **Color** cebano

**Macho** [X] **Peso** 12.40

**Hembra** [ ]

Firma Alexis Mosquera

C.C 1090332802

Tel 3207723498



0071

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

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** Carlos Johan Narvaez

**Identificación** 9910669 **Dirección** la Ceiba vereda

**Teléfono** 3174881044

**Información Paciente**

**Perro** [X] **Nombre** IÑAQUI **Edad** 24 meses

**Gato** [ ] **Raza** _____ **Color** cafe

**Macho** [X] **Peso** 3,50 kg

**Hembra** [ ]

Firma _____

C.C 9910669

Tel 3174881044



DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

0072

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** Diana Lorena Marín

**Identificación** 1090335194 **Dirección** Cra 3° #4-32 B. La UNION

**Teléfono** 3115856901

**Información Paciente**

**Perro** ☐ **Nombre** SASHA **Edad** 4 meses

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

**Macho** ☐ **Peso** 2.25

**Hembra** ☒

Firma Diana Lorena Marín M

C.C 1090335194

Tel 3115856901