DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS
"MULTISER"

LA CELIA, Risaralda

03 de diciembre 2024

El suscrito, Jose Fernando Quintero Muñoz y Leidy Yohanna Zapata Ospina, Técnico Administrativo en Salud Ambiental del municipio de LA CELIA – Secretaria de Salud Departamental, se permite hacer

CONSTAR

Que el día de hoy se hizo presente en el municipio de **LA CELIA**, 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 34
- Caninos Machos: 16
- Felinos Hembras: 20
- Felinos Machos: 11

Para un total de animales esterilizados de 81.

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

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

Firma
c.c 98577847
Tel 3117187394.

Leidy Yohanna Zapata
1086278436
3147377543

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0367

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 Deny Muñoz

Identificación 1070638 36 **Dirección** Vereda la celandia

Teléfono 311

Información Paciente

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

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

Macho [ ] **Peso** 11.90

Hembra [X]

Firma Luz Deny M.S

C.C 1007063836

Tel 3115430249

NO foto

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0368

2

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Luz deni muñoz

Identificación 1007063836 **Dirección** Vereda la celendia

Teléfono 3115302449

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** luna **Edad** 6 meses

Gato ☒ **Raza** mix **Color** negro

Macho ☐ **Peso** 2.75

Hembra ☒

Firma Luz Deni M. S

C.C 1007063836

Tel 3115430249

NO foto

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0369

3

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Esmeralda Suarez

Identificación 25203047 **Dirección** Barrio barcelona

Teléfono 3188043059

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Princesa **Edad** 2 años

Gato ☒ **Raza** mix **Color** blanca

Macho ☐ **Peso** 2,30

Hembra ☒

Firma

C.C 25203047

Tel 3188073459

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0370

4

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Valeria Aguirre Quintero

Identificación 1086279486 **Dirección** Plan de Vivendo Legal Colombiano

Teléfono 3204415469

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** Duque **Edad** 4 meses

Gato [ ] **Raza** Criolla **Color** café-claro

Macho [ ] **Peso** 17,6

Hembra [X]

Firma Valeria Quintero

c.c 1086279486

Tel 3204415469

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0371

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 Eliecer de jesus Cano

Identificación 4591135 **Dirección** Finca la Arcada

Teléfono 3106071293

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Nina **Edad** 3 años

Gato ☒ **Raza** Criolla **Color** Negro

Macho ☐ **Peso** 2.40

Hembra ☒

Firma Eliecer de jesus Cano

C.C 4591135

Tel 3106071293

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0372

6

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Beatriz Aguirre

Identificación 25202410 **Dirección** Cra 2 #5-44

Teléfono 3213573724

Información Paciente

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

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

Macho [X] **Peso** 16,8

Hembra [ ]

Firma Beatriz Aguirre

C.C 25202410

Tel 321 357 3724

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0373

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 Cristina Morales Jaramillo

Identificación 1086280041 **Dirección** Vereda el silencio

Teléfono 3204876909

Información Paciente

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

Gato [ ] **Raza** Cruz **Color** Negro-Blanco

Macho [X] **Peso** 27

Hembra [ ]

Firma Cristina Jaramillo

C.C 1086280041

Tel 3204876909

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0374

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 Carmen Montaño

Identificación 59676145 **Dirección** Carrera 5 - 4|2|

Teléfono 3147452518

Información Paciente

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

Gato [ ] **Raza** mix **Color** blanca

Macho [ ] **Peso** 12.56

Hembra [X]

Firma Carmen Montaño

C.C 59676145

Tel 3147452518

0375

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

9

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Carmen Montaños

Identificación 59676145 **Dirección** Carrera 5-#44

Teléfono 3147452518

Información Paciente

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

Gato [ ] **Raza** mix **Color** Marrón

Macho [X] **Peso** 18.kg

Hembra [ ]

Firma Carmen Montaño

c.c 59676145

Tel 3147452518

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0376

10

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Carmen montaños

Identificación 59676.145 **Dirección** Carrera - 5 # 44

Teléfono 3147452518

Información Paciente

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

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

Macho [ ] **Peso** 10.4

Hembra [X]

Firma Carmen Montaño

c.c 59676145

Tel 3147452518

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0377

11

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 Rojas

Identificación 42066840 **Dirección** calle hospital

Teléfono 3116473437

Información Paciente

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

Gato [ ] **Raza** Mix **Color** mono

Macho [ ] **Peso** 7.55

Hembra [X]

Firma María Limbania Rojas

C.C 42066840

Tel 3116473437

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0378

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 de Jesus Rincón

Identificación 18603600 **Dirección** Finca el tesoro

Teléfono 3128755952

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** Negra **Edad** 5 meses

Gato [ ] **Raza** Mix **Color** Negra

Macho [ ] **Peso** 15.55

Hembra [X]

Firma Alberto Rincón

C.C 18603600

Tel 3128755952

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0379

13

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Corona de Jesus copete

Identificación 25200771 **Dirección** Vereda el Tigre

Teléfono 3206306619

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Vicky **Edad** 9 meses

Gato ☒ **Raza** MIX **Color** Tigrino

Macho ☐ **Peso** 2.65

Hembra ☒

Firma Corona de Copete

c.c 25.200.771

Tel 3206306619

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0380

14

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

heber stiven Alvarez

Nombre Valeria Aguirre Quintero

Identificación 1086279486 **Dirección** Vereda el Tambo

Teléfono 3204415469 - 3117176494

Información Paciente Bethoben

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

Gato [ ] **Raza** M.x **Color** Blanco-Café

Macho [X] **Peso** 11.8

Hembra [ ]

Firma Valeria Quintero

c.c 1086279486

Tel 3204415469

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

0381 15

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Carlos Dario Santa Morales

Identificación 3628197 **Dirección** finca la canelo

Teléfono 3148806272

Información Paciente

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

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

Macho [X] **Peso** 15,35

Hembra [ ]

Firma Carlos Dario Santa M

C.C 3.628.197

Tel 3148806272

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0382

16

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 Cecilia Quiceno

Identificación 25 202 170 **Dirección** cra 3 # 6-3-22 Los Alpes

Teléfono 323 411 66 06

Información Paciente KIRA

Perro [x] **Nombre** Kira **Edad** 1año

Gato [ ] **Raza** mix **Color** Blanco Coto

Macho [ ] **Peso** Hembra

Hembra [x] 10,6

Firma Blanca cecilia

C.C 22202 170

Tel 323 411 66 06

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0383

17

NO FOTO

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 Natalia Jaramillo

Identificación 1004791653 **Dirección** Barrio los alpes

Teléfono 3145781310

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** tom **Edad** 3 meses

Gato ☒ **Raza** mix **Color** gris

Macho ☒ **Peso** 2,50

Hembra ☐

Firma Natalia jaramillo

C.C 1004791653

Tel 3145781310

SI

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0384

18

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 Maria Gonzales

Identificación 1086278970 **Dirección** Vereda el timbre

Teléfono 3143771233

Información Paciente

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

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

Macho [ ] **Peso** 6,50

Hembra [X]

Firma Angela Maria Gonzalez.

C.C 1086278970.

Tel 3143771233.

51

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0385

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 Osorio

Identificación 100441961 **Dirección** Finca la oculta

Teléfono 3025764980

Información Paciente

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

Gato [ ] **Raza** Mix **Color** Negra

Macho [ ] **Peso** 11.3

Hembra [X]

Firma Diana

C.C 100 441961

Tel 3025764980

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0386 20

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 Osorio

Identificación 1004419611 **Dirección** Finca la Oculta

Teléfono 3025764980

Información Paciente

Perro ☒ **Nombre** Canelo **Edad** 4-5 años

Gato ☐ **Raza** Mix **Color** canela

Macho ☒ **Peso** 18.7

Hembra ☐

Firma

C.C 1004419611

Tel 3025764980

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0387

21

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Diana Osorio

Identificación 1004441961 **Dirección** Finca la Oculta

Teléfono 3025764980

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** Mono **Edad** 4-5 años

Gato [ ] **Raza** Mix **Color** mono

Macho [X] **Peso** 9,55

Hembra [ ]

Firma

C.C 1004441961

Tel 3025764980

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0388

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 marleny rincon

Identificación 24824585 **Dirección** Barrio chapinero

Teléfono 3197341667

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** niña **Edad** 1 año

Gato ☒ **Raza** mix **Color** negro

Macho ☐ **Peso** 3,20

Hembra ☒

Firma Luz mraleni Rinco

c.c 24824585

Tel 3197341667

NO foto

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0389

23

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Natalia Gonzales Sanchez

Identificación 1059785184 **Dirección** Calle de encima

Teléfono 3209981800

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** MONO **Edad** 1 año

Gato ☒ **Raza** MIX **Color** MONO

Macho ☒ **Peso** 4,65

Hembra ☐

Firma Natalia Gonzalez S

C.C 1059785184

Tel 3209981800

NO FOTO

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0390

24

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Marielly Patiño

Identificación 25203114 **Dirección** Calle 3-#4-37

Teléfono 3134189477

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Lulu **Edad** 1 año

Gato ☒ **Raza** Mix **Color** blanca - gris

Macho ☐ **Peso** 3,0 kg

Hembra ☒

Firma Mariella Patiño

C.C 25202314.

Tel 3134189477.

51

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0391

25

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Natalia Sanchez

Identificación 1010079933 **Dirección** Barrio Papelucho

Teléfono 3185151347

Información Paciente

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

Gato [ ] **Raza** mix **Color** Cafe

Macho [ ] **Peso** 19,4

Hembra [X]

Firma Natalia Sanchez.

c.c 1010079933

Tel 3185151347

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0392 26

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Ruby estela bermudez

Identificación 22129882 **Dirección** Barrio la campiña

Teléfono 3136628452

Información Paciente

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

Gato [ ] **Raza** cooker **Color** canelo

Macho [X] **Peso** 13

Hembra [ ]

Firma Ruby Estela Bermudez

C.C 22129882

Tel 3136628452

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

0393

27

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS
"MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Miryam Sanchez

Identificación 42114626 **Dirección** Vereda el Silencio

Teléfono 3128036498

Información Paciente

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

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

Macho [ ] **Peso** 8,8 Kg

Hembra [X]

Firma Myriam Sanchez

C.C 42114626

Tel 3128036498

51

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0394

28

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 Niccle echeverry

Identificación 1090096454 **Dirección** Vereda la esclandia baja

Teléfono 3168644764

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** tito **Edad** 6 años

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

Macho ☒ **Peso** 3,2

Hembra ☐

Firma Nicol Echeverry

c.c 1090096454

Tel 3168644764

SI

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0395

29

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Monica andrea velez

Identificación 1087559400 **Dirección** Vereda la secreta

Teléfono 3154169641

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Lulu **Edad** 2 años

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

Macho ☐ **Peso** 2,6

Hembra ☒

Firma Monica andrea velez

C.C 1087559400

Tel 3154169641

NO FOTO

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0396

30

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 Patricia Piedrahita

Identificación 25202893 **Dirección** Vereda la Polonia

Teléfono 3193381975

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Corbatin **Edad** 3 años

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

Macho ☒ **Peso** 4 Kg

Hembra ☐

Firma patricia piedrahita

C.C 25202893

Tel 3193381975

no
fsc

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

0397

31

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS
"MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Luis alberto piedrahita

Identificación 4590622 **Dirección** vereda la secreta

Teléfono 3154154976

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Piguiña **Edad** 10 meses

Gato ☒ **Raza** mix **Color** blaca- negra

Macho ☐ **Peso** 3,0 kg

Hembra ☒

Firma luis alberto piedrahita

C.C 4.590.622

Tel 315.415.4976

No Foto

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0398

32

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Luis alberto Piedrahita

Identificación 4590622 **Dirección** vereda la secreta

Teléfono 3154154976

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Chiquilina **Edad** 1 año

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

Macho ☐ **Peso** 3,35

Hembra ☒

Firma Luis alberto piedrahita

C.C 4.590.622

Tel 315 415 49 76

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

Tablero 93
0399 Perro
33

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Luis albeiro piedrahita

Identificación 4590622 **Dirección** vereda la secreta

Teléfono 3154154976

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** la Pulga **Edad** 2 años

Gato ☒ **Raza** mix **Color** ceniza

Macho ☐ **Peso** 2,85

Hembra ☒

Firma Luis alberto piedrahita

C.C 4.590.622

Tel 315 415 4976

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

3918 Tablero 0400 34

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 Berta ines zapata

Identificación 29458495 **Dirección** Barrio los alpes

Teléfono 3116357820

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Pepita **Edad** 1 año

Gato ☒ **Raza** Mix **Color** tricolor

Macho ~~☒~~ **Peso** 1,75

Hembra ☒ hembra

Firma Berta Ines Zapata

C.C 29458495

Tel 3116357820

SI

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0401

35

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Marcela Mesa

Identificación 10 86278751 **Dirección** Barrio Pueblo Nuevo

Teléfono 3114974146

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** luna maria **Edad** 2 años

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

Macho [ ] **Peso** 13,4

Hembra [X]

Firma Marcela Mesa

C.C 1086278751

Tel 3114974146

NO foto

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0402

36

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Francy Viviana ledesma

Identificación 1090149938 **Dirección** Vereda Patio bonito

Teléfono 3233611569

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Susi **Edad** 7 meses

Gato ☒ **Raza** Mix **Color** blanco

Macho ☒ **Peso** 3 kg

Hembra ☐

Firma Francy viviana

C.C 1090149938

Tel 323 361 1569

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0403

37

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

NP FOTO

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 Yeimy alzate giraldo

Identificación 1086278480 **Dirección** Calle 2 # 2-65

Teléfono 3116615720

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Pandora **Edad** 6 meses

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

Macho ☐ **Peso** 7,2

Hembra ☒

Firma Yeimy Alzate G.

C.C 1086278480

Tel 3116615720

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0404

38

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

NO FOTO

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 Yamile Galindo

Identificación 65645085 **Dirección** Vereda la secreta

Teléfono 3217411158

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** cloe **Edad** 1 año

Gato ☒ **Raza** MIX **Color** tricolor

Macho ☐ **Peso** _____

Hembra ☒

Firma Yamile Galindo

C.C 65645085

Tel 3103402562

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0405

39

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Yamile Galindo

Identificación 65645085 **Dirección** Vereda la Pecuela

Teléfono 3217411158

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Jelle **Edad** 6 meses

Gato ☒ **Raza** MIX **Color** Aguila

Macho ☐ **Peso** 1,40 kg

Hembra ☒

Firma Yamile Galindo

C.C 65645085

Tel 3217411158

0406

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

40

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Jessica Alejandra Cardenas

Identificación 1086280054 **Dirección** Vereda la esneda

Teléfono 3125502333

Información Paciente

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

Gato [ ] **Raza** MX **Color** Negro-cafe

Macho [ ] **Peso** 8,75

Hembra [X]

Firma Jessica Alejandra C.

C.C 1086280054

Tel 3125502333

51

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0407

41

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Juan Camilo escobar

Identificación 6564085 **Dirección** vereda el tigre

Teléfono 3228809136

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Laura **Edad** 6 meses

Gato ☒ **Raza** Mix **Color** Aguila

Macho ☒ **Peso** 36

Hembra ☐

Firma Juan Camilo Escobar

C.C 6564085

Tel 3228809186

51.

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0408

42

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Maria Mosquera

Identificación 25328151 **Dirección** vereda alto mira

Teléfono 3218108647

Información Paciente

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

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

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

Hembra [ ]

Firma María Mosquera

C.C 25328151

Tel 3218108647

DEPARTAMENTO DE RISARALDA 0409

43

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Anacleto clarenero

Identificación 15922517 **Dirección** Barrio Muriel

Teléfono 3163603824

Información Paciente

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

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

Macho [ ] **Peso** 9 Kg

Hembra [X]

Firma

C.C 15922617

Tel 3163603824

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0410

44

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Miryam bedoya

Identificación 29446633 **Dirección** Barrio Muriel

Teléfono 3226230650

Información Paciente

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

Gato [ ] **Raza** mix **Color** cafe

Macho [ ] **Peso** 8,15

Hembra [X]

Firma_____

c.c 29446633

Tel 3226230650

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0411

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Ximena Sanchez

Identificación 1086278260 **Dirección** vereda alto miro

Teléfono 3138421257

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** Aqui'ta **Edad** 2 años

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

Macho [ ] **Peso** 6,5

Hembra [X]

Firma Ximena Sanchez

C.C 1086278260

Tel 3138421257

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0412 46

S1

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 Gladys tabarda

Identificación 32556630 **Dirección** vereda el tigre

Teléfono 3167503034

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** lope **Edad** 2 años

Gato ☒ **Raza** MIX **Color** tigrillo

Macho ☐ **Peso** 2.5

Hembra ☒

Firma Gladys G.

C.C 32556630

Tel 3167503034

51

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0413

47

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Gladyuska Torres

Identificación 27086444 **Dirección** San Cayetano alto

Teléfono 3219422325

Información Paciente

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

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

Macho [ ] **Peso** 6,3 kg

Hembra [X]

Firma Gladyhoska

C.C 27086444

Tel 3219422325

NO FOTO

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0414

48

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Yelson Alejandro Polgarin

Identificación 1086279602 **Dirección** Manzana 1 casa 101 la campiña

Teléfono 3113939007

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Inis **Edad** 2 años

Gato ☒ **Raza** Mix **Color** gris

Macho ☒ **Peso** 3,2

Hembra ☐

Firma Yelson A. Polgarin Q.

C.C 1086279602

Tel 311 393 4007.

de Calle

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0415

49

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Yeison alejandro Pulgarin

Identificación 1086274602 **Dirección** Barrio la campiña

Teléfono 3113434007

Información Paciente

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

Gato [ ] **Raza** mix **Color** manos

Macho [ ] **Peso** 12

Hembra [X]

Firma Yeison a. Pulgarin O.

C.C 1086274602

Tel 311343 4007.

de Calle
no fijo

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0416

50

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 Yeison Pulgarin

Identificación 1086279662 **Dirección** Barrio la Campiña

Teléfono 3113939007

Información Paciente

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

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

Macho [X] **Peso** 9

Hembra [ ]

Firma Yeison O. Pulgarin O.

C.C 1086279662

Tel 3113939007.

de Calle
No Folio

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0417

S1

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 Yeison Pulgarin

Identificación 1086279602 **Dirección** Barrio la Campiña

Teléfono 3113439007

Información Paciente

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

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

Macho [ ] **Peso** 10

Hembra [X]

Firma Yeison A. Polgarin Q.

C.C 1086279602

Tel 3113439007

51

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0418

52

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Araceli Ramirez

Identificación 50919261 **Dirección** Plaza Principal

Teléfono 3165429823

Información Paciente

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

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

Macho [ ] **Peso** 12,3

Hembra [X]

Firma Araceli Ramirez

C.C 50.919.261

Tel 3165429823

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0419

53

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 Alvaro Rincon Rodas

Identificación 9955901 **Dirección** el brillante

Teléfono 3117389189

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** Lucas **Edad** 4 meses

Gato [ ] **Raza** MIX **Color** Amarillo

Macho [X] **Peso** 13,2

Hembra [ ]

Firma Alvaro Rincon Rodas

C.C 9955901

Tel 3117389189

S1

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0420

54

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Alvaro Rincon

Identificación 9955901 **Dirección** El Brillante

Teléfono 3117389189

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** Yobis **Edad** 4 meses

Gato [ ] **Raza** Mix **Color** Amarillo

Macho [X] **Peso** 15.5

Hembra [ ]

Firma Alvaro Rincón Rodas

C.C 9955901

Tel 3117389189

S1

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0421

SS

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 Elmer de Jesus Obando

Identificación 16802103 **Dirección** _____

Teléfono 3108317602

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Pacho **Edad** 5 meses

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

Macho ☒ **Peso** 3,55

Hembra ☐

Firma _____

C.C 16 802 103

Tel 310 831 7602

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0422

56

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Nataly loaiza

Identificación 1.086279331 **Dirección** Barrio barcelona

Teléfono 3136878345

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Ginger. **Edad** 7 meses

Gato ☒ **Raza** mix **Color** blis palido.

Macho ☒ **Peso** 3,75

Hembra ☐

Firma Natali loaiza Jaramillo

C.C 1086279331

Tel 3136878345

S1

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0423

57

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Maribel Osorio Pelaez

Identificación 1089935779 **Dirección** Vereda monblan

Teléfono 3219423561

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** Niña **Edad** 4 meses

Gato [ ] **Raza** Mix **Color** Cafe

Macho [ ] **Peso** 5,5

Hembra [X]

Firma Maribel Osorio Pelaez

c.c 1089935779

Tel 3219423561

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0424

58

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 eduardo arboleda

Identificación 18604548 **Dirección** ~~Bar~~ vereda la capilla

Teléfono 3207100506

Información Paciente

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

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

Macho [ ] **Peso** 10,75

Hembra [X]

Firma

C.C 18.604548

Tel 3207100506.

51

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0425

59

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Sergio de Jesus Grisales

Identificación 10875589 **Dirección** vereda brillante

Teléfono 3235119041

Información Paciente

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

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

Macho [ ] **Peso** 9,35

Hembra [X]

Firma Sergio de Jesus

C.C 10875589

Tel 3235119041

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0426

60

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre María Yorlen Sierra

Identificación 25203259 **Dirección** Vereda alto de la cruz

Teléfono 3136773679

Información Paciente

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

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

Macho [ ] **Peso** 9,40

Hembra [X]

Firma María Sierra

C.C 25203259

Tel 3136773679

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0427

61

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

NO se sow hasta acá

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Gloria Inés Escobar Ramos

Identificación 25193375 **Dirección** Alto bajo

Teléfono _____

Información Paciente

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

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

Macho [ ] **Peso** 8.7

Hembra [X]

Firma Gloria Ines

C.C 25193375

Tel _____

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

04128

62

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre gloria inés escudero yepes

Identificación 25133575 **Dirección** Alto bajo

Teléfono _____

Información Paciente

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

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

Macho [ ] **Peso** 6 kg

Hembra [X]

Firma gloria ines

C.C 25133575

Tel _____

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0429

63

51

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Eliana Gil Marulanda

Identificación 1086279410 **Dirección** Barrio Dosquebradas

Teléfono 3137220928

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** Laika **Edad** 5 meses

Gato [ ] **Raza** Mix **Color** amarilla

Macho [ ] **Peso** 7 kg

Hembra [X]

Firma Eliana Gil M.

C.C 1086279410

Tel 3137220928

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0430

64

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 Yeny benavides

Identificación 1117505380 **Dirección** Hogar colombia

Teléfono 3232906954

Información Paciente

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

Gato [X] **Raza** mix **Color** blanco-gris

Macho [X] **Peso** 3,8

Hembra [ ]

Firma Yeny Benavides

C.C 1117505380

Tel 3232906954

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0431

65

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 enrique jimenez

Identificación 4351970 **Dirección** vereda la Polonia. F. cantaros

Teléfono 3145593864

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** frita **Edad** 1 año

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

Macho ☐ **Peso** 2,5

Hembra ☒

Firma

c.c 4351970

Tel 3145293864

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0432

66

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 Johana Ortiz

Identificación 1004791541 **Dirección** Barrio barcelona

Teléfono 3125282355

Información Paciente

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

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

Macho [X] **Peso** _____

Hembra [ ]

Firma [signature]

C.C 1004791541

Tel 312 528 2355

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0433

67

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 valbuena

Identificación 1109414578 **Dirección** Barrio barcelona

Teléfono 3226178082

Información Paciente

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

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

Macho [ ] **Peso** 9

Hembra [X]

Firma luz divia valbuena

C.C 1109414578.

Tel 3226178082.

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0434

68

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 Valbuena

Identificación 1109414578 **Dirección** Barrio barcelona

Teléfono 3226178082

Información Paciente

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

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

Macho [X] **Peso** 6,25

Hembra [ ]

Firma Luz divia V.

C.C 1109414578.

Tel 3226178082.

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0435

69

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 Elena david valle

Identificación 39411722 **Dirección** Barrio dos quebradas

Teléfono 3218456017

Información Paciente

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

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

Macho [X] **Peso** _____

Hembra [ ]

Firma Luz Elena

C.C 39411722

Tel 3218456017

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0436

70

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 tatiana cano

Identificación 1086279740 **Dirección** Barrio papelucho

Teléfono 3135775034

Información Paciente

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

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

Macho [ ] **Peso** 3,65

Hembra [X]

Firma leidy C.V

c.c 1086279740

Tel 3135775034

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

0437

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 Julian Andres hincapie

Identificación 18605256 **Dirección** Vereda san carlos

Teléfono 3134786646

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Sasi **Edad** 3 años

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

Macho ☐ **Peso** 3,65

Hembra ☒

Firma

C.C 18605256

Tel 3134786646

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0438

72

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 bedoya

Identificación 1086278228 **Dirección** sector la Maquina

Teléfono 3105435007

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Princesa **Edad** 7 meses

Gato ☒ **Raza** mix **Color** Pardo

Macho ☐ **Peso** 2,3

Hembra ☒

Firma Angela B

C.C 1'086278228

Tel 3105435007

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0439

73

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 leticia acevedo valencia

Identificación 29847790 **Dirección** vereda caimalito

Teléfono 3148124492

Información Paciente

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

Gato [ ] **Raza** mix **Color** cafe

Macho [ ] **Peso** 5,2

Hembra [X]

Firma

C.C 29.847796

Tel 3148124492

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0140

74

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 Cano

Identificación 1086279740 **Dirección** Papelucho

Teléfono 3135775034

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** Nono **Edad** 5 Años

Gato [ ] **Raza** Mix **Color** Amarillo

Macho [ ] **Peso** 12

Hembra [X]

Firma leidy C.V

C.C 1086279740

Tel 3135775034

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0441

75

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 Laidy Caño

Identificación 1086279740 **Dirección** Barrio papelucho

Teléfono 3135775034

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** Ali atenea **Edad** 1 año

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

Macho [ ] **Peso** 4.55

Hembra [X]

Firma laidy C.V

C.C 1086279740

Tel 3135775034

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0442

76

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre gloria ines escudero

Identificación 25193375 **Dirección** Alto bajo

Teléfono _____

Información Paciente

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

Gato [ ] **Raza** mix **Color** cafe

Macho [ ] **Peso** _____

Hembra [X]

Firma _____

C.C 25193375

Tel -

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0443

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 Yeny alejandra gonzales

Identificación 1087491285 **Dirección** Vereda el COPacio

Teléfono 3186553367

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** campanita **Edad** 6 meses

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

Macho ☐ **Peso** _____

Hembra ☒

Firma Yeny Alejandra G.

C.C 1087491285

Tel 3186553367

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0444

78

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Maryuri Sanchez Patiño

Identificación 1006126976 **Dirección** Barrio Dosquebradas

Teléfono 3215208292

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** gato **Edad** 9 meses

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

Macho ☒ **Peso** _____

Hembra ☐

Firma _____

C.C 1006126976

Tel 3215208292

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0445

79

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 Natalia Vasquez

Identificación 1086278667 **Dirección** B. Dosquebradas

Teléfono 3113573117

Información Paciente

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

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

Macho [ ] **Peso** 9.0 kg

Hembra [X]

Firma Natalia Vásquez A.

C.C 1.086.278.667

Tel 3113573117

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0446

80

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 Jerson Sanchez

Identificación 1090096208 **Dirección** B. barcelona

Teléfono 3046168846

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** tom **Edad** 1año

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

Macho ☒ **Peso** 3.0kg

Hembra ☐

Firma Jerson Sánchez

C.C 1.090.096.208

Tel 3046168846

0447

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

81

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 Alfonso Tirado Cano

Identificación 18605100 **Dirección** la secreta Bajo

Teléfono 3127972423

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** PANCHA **Edad** 12 meses

Gato ☒ **Raza** MIX **Color** Gris

Macho ☐ **Peso** 2 kg

Hembra ☒

Firma

C.C 18605100

Tel 3127972423

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

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

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

1	2	3	4	5
				X

- Fue clara las recomendaciones pos quirúrgicas
- }

1	2	3	4	5
				X

- Como percibió el trato que le dieron a su mascota

1	2	3	4	5
				X

- El personal médico demostró destreza y conocimiento

1	2	3	4	5
				X

Responda según corresponda a las siguientes preguntas:

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

SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

-
- Se le realizó algún cobro por el servicio prestado

SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

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

SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

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

Sebastian

Nombre y Firma

CC 1086279523 **Teléfono:** 3175236771 **Municipio:** La Celia

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

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

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

1	2	3	4	5
				X

- Fue clara las recomendaciones pos quirúrgicas
- }

1	2	3	4	5
				X

- Como percibió el trato que le dieron a su mascota

1	2	3	4	5
				X

- El personal médico demostró destreza y conocimiento

1	2	3	4	5
				X

Responda según corresponda a las siguientes preguntas:

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

SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

-
- Se le realizó algún cobro por el servicio prestado

SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

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

SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

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

SI

Bella Zapata

Nombre y Firma

CC 29458495 **Teléfono:** 3116347420 **Municipio:** Belén R.

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

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

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

1	2	3	4	5

- Fue clara las recomendaciones pos quirúrgicas
- }

1	2	3	4	5

- Como percibió el trato que le dieron a su mascota

1	2	3	4	5

- El personal médico demostró destreza y conocimiento

1	2	3	4	5

Responda según corresponda a las siguientes preguntas:

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

-
- Se le realizó algún cobro por el servicio prestado

  SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

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

Si

Nombre y Firma [signature]

CC 25203017 **Teléfono:** 3148581686 **Municipio:** La Celia

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

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

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

1	2	3	4	X

- Fue clara las recomendaciones pos quirúrgicas
- }

1	2	3	4	X

- Como percibió el trato que le dieron a su mascota

1	2	3	4	X

- El personal médico demostró destreza y conocimiento

1	2	3	4	X

Responda según corresponda a las siguientes preguntas:

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

  SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

-
- Se le realizó algún cobro por el servicio prestado

  SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

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

Si

Nombre y Firma Valeria aguirre Quintero

CC 1086279486 **Teléfono:** 3204415469 **Municipio:** Lacelia

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

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

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

1	2	3	4	5
				X

- Fue clara las recomendaciones pos quirúrgicas
- }

1	2	3	4	5
				X

- Como percibió el trato que le dieron a su mascota

1	2	3	4	5
				X

- El personal médico demostró destreza y conocimiento

1	2	3	4	5
				X

Responda según corresponda a las siguientes preguntas:

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

-
- Se le realizó algún cobro por el servicio prestado

  SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

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

  SI

Jessica A.C.J — 3125502337 — LA CELSA

Nombre y Firma **Teléfono:** **Municipio:**

CC 1088280054

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS
"MULTISER"

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

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

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

1	2	3	4	X5

- Fue clara las recomendaciones pos quirúrgicas
- }

1	2	3	4	X5

- Como percibió el trato que le dieron a su mascota

1	2	3	4	X5

- El personal médico demostró destreza y conocimiento

1	2	3	4	X5

Responda según corresponda a las siguientes preguntas:

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

-
- Se le realizó algún cobro por el servicio prestado

  SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

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

Beatriz Aguirre.
Nombre y Firma

CC 25202110

3213573724.
Teléfono:

Iaclia
Municipio:

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS
"MULTISER"

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

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

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

1	2	3	4	5
				X

- Fue clara las recomendaciones pos quirúrgicas
- }

1	2	3	4	5
			X	

- Como percibió el trato que le dieron a su mascota

1	2	3	4	5
			X	

- El personal médico demostró destreza y conocimiento

1	2	3	4	5
				X

Responda según corresponda a las siguientes preguntas:

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

-
- Se le realizó algún cobro por el servicio prestado

  SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

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

)

Nombre y Firma

CC Madeleine I. 1109313144 **Teléfono:** 3226673756 **Municipio:** la celia

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

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

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

1	2	3	4	5

- Fue clara las recomendaciones pos quirúrgicas
- }

1	2	3	4	5

- Como percibió el trato que le dieron a su mascota

1	2	3	4	5

- El personal médico demostró destreza y conocimiento

1	2	3	4	5

Responda según corresponda a las siguientes preguntas:

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

-
- Se le realizó algún cobro por el servicio prestado

  SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

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

SI

Nombre y Firma

CC [illegible] **Teléfono:** 3025764980 **Municipio:** La Celia

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS
"MULTISER"

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

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

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

1	2	3	4	5

- Fue clara las recomendaciones pos quirúrgicas
- }

1	2	3	4	5

- Como percibió el trato que le dieron a su mascota

1	2	3	4	5

- El personal médico demostró destreza y conocimiento

1	2	3	4	5

Responda según corresponda a las siguientes preguntas:

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

-
- Se le realizó algún cobro por el servicio prestado

  SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

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

  SI es importante

Nombre y Firma Luz Deni M

CC 1007063836 **Teléfono:** 3115430249 **Municipio:** Pereira

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

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

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

1	2	3	4	5
				X

- Fue clara las recomendaciones pos quirúrgicas
- }

1	2	3	4	5
				X

- Como percibió el trato que le dieron a su mascota

1	2	3	4	5
			X	

- El personal médico demostró destreza y conocimiento

1	2	3	4	5
				X

Responda según corresponda a las siguientes preguntas:

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

SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

-
- Se le realizó algún cobro por el servicio prestado

SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

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

SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

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

Si, me gustó mucho que me dieran un carnet.

Cristina Jaramillo
Nombre y Firma

CC 1086280041 **Teléfono:** 3204876909 **Municipio:** La celia.