DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS
"MULTISER"

Guática, Risaralda

29 de noviembre 2024

El suscrito, Diana Milena Abad Moncada, Técnico de Salud Ambiental del municipio de GUÁTICA – Secretaria de Salud Departamental, se permite hacer

CONSTAR

Que el día de hoy se hizo presente en el municipio de **GUÁTICA**, 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 29
- Caninos Machos: 18
- Felinos Hembras: 29
- Felinos Machos: 10

Para un total de animales esterilizados de 83.

A parte de esto, puedo dar fe 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 Diana Milena Abad M
C.C 24687516
Tel 315-7648895



0073.

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Luis ever aguirre

Identificación 2478381 **Dirección** El jordan

Teléfono 3207010254

Información Paciente

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

Gato [ ] **Raza** Mix **Color** Mora Mix

Macho [ ] **Peso** 11.70

Hembra [X]

Firma Luis Hever Aguirre

C.C 2478387

Tel 3207010254



0074

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Jesus antonio Montoya

Identificación 4430419 **Dirección** Calle la plaza

Teléfono 3127097201

Información Paciente

Perro [x] **Nombre** Mono **Edad** 6 años

Gato [ ] **Raza** mix **Color** Care

Macho [x] **Peso** 21

Hembra [ ]

Firma Jesús Antonio Montoya

C.C 4430419

Tel 3127097201



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0075.

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Elizabeth Rios

Identificación 25.195907 **Dirección** Finca San antonio

Teléfono 3127230769

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** thai **Edad** 10 meses (octubre 2023)

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

Macho [X] **Peso** 7.6.

Hembra [ ]

Firma Elizabeth Rios C

C.C 25195907

Tel 3127230769



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0076

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 Octavio Hernandez

Identificación 1088245592 **Dirección** Carrera 8- calle 13

Teléfono 3185750479

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** Oso **Edad** 8 años

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

Macho [X] **Peso** 10.40

Hembra [ ]

Firma Octavio Hernández

C.C 1.088-245.592

Tel 3185750479



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0077.

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 Edwin antonio carvajal

Identificación 21482784 **Dirección** Ospina bajo

Teléfono 3204294552

Información Paciente

Perro [x] **Nombre** SASHA. **Edad** 4 meses

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

Macho [ ] **Peso** 4.35

Hembra [x]

Firma Edwin A.

C.C 21482784

Tel 3204294552.



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0078.

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 ANTONIO CRUZADO

Identificación 4407663 **Dirección** vereda OSPINA

Teléfono 3204294552

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Michin **Edad** 5 MESES

Gato ☒ **Raza** MIX **Color** NEGRO

Macho ☐ **Peso** 1.95.

Hembra ☒

Firma

C.C 4407663

Tel 3204294552



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0079

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 CLAUDIA VIVIANA MONTOYA ~~GONZALEZ~~ OROZCO

Identificación 24687039 **Dirección** _____

Teléfono 3136360534

Información Paciente

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

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

Macho [X] **Peso** 7.02

Hembra [ ]

Firma _____

C.C 24687039

Tel 3136360534



0080

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

8

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Jhon Jairo Montoya

Identificación 1205748839 **Dirección** Vereda Tauma

Teléfono 3103949034

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** Sombra **Edad** 1 año y medio

Gato [ ] **Raza** mix **Color** castaño

Macho [ ] **Peso** 14.55

Hembra [X]

Firma Jhon Jairo Montoya

C.C 1.120 574 839

Tel 310 3949 034



0081

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Edgar antonio carvajal

Identificación 18598641 **Dirección** vereda alfombas

Teléfono 3142186545

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** MOROCHA **Edad** 6 meses mayo 2024

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

Macho [ ] **Peso** 5.30.

Hembra [X]

Firma

C.C 18.598.864

Tel 3142186545

0082.

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Edgar antonio carvajal

Identificación 18599864 **Dirección** Vereda Altares

Teléfono 3142186545

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** Muñeca **Edad** Mayo 2024

Gato [ ] **Raza** mix **Color** Moc

Macho [ ] **Peso** 6.90

Hembra [X]

Firma

C.C 18.599.864

Tel 3142186545



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0083

12

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Nulalia cardona

Identificación 1004627008 **Dirección** El Carretero

Teléfono 3216311379

Información Paciente

Perro [x] **Nombre** Mateo **Edad** Abril 2021 2 años

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

Macho [x] **Peso** 22.70

Hembra [ ]

Firma Natalia Cardona

c.c 1004627008

Tel 3216311379



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0084

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 Luz dary gomez

Identificación 24687411 **Dirección** Barrio villaines

Teléfono 3215539191

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** Rosa **Edad** 3 años 2021 - agosto

Gato [ ] **Raza** mix **Color** gris

Macho [ ] **Peso** 9.55

Hembra [X]

Firma Luz Dary Gomez

C.C 24687411

Tel 3215539191



X

0085

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

14.

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Dalia Rodas

Identificación 24.390.733 **Dirección** Vereda Pira

Teléfono 3125046971

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Beto **Edad** Mayo 2014

Gato ☒ **Raza** mix **Color** blanco

Macho ☒ **Peso** 3.70

Hembra ☐

Firma Dalia Rodas

C.C 24390733

Tel 312 504 6971



Se fue sin ficha.

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0086

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 Alexander Colorado

Identificación 18600671 **Dirección** Villa ines barrio

Teléfono 3202134739

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** Rocky. **Edad** 3 años - 2021- febrero

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

Macho [X] **Peso** 14.

Hembra [ ]

Firma Alexander Colorado

C.C 18600671

Tel 3202134739



0087.

16

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Diana Alexandra Romero

Identificación 24687707 **Dirección** Calle 9 - 4-20

Teléfono 3113900886

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** POMA **Edad** 1 año - 2023

Gato [ ] **Raza** mix **Color** gris

Macho [ ] **Peso** 3.5

Hembra [X]

Firma Diana Alexandra Romero

C.C 24687707

Tel 3113900888



0088

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

17

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Alicia Suarez

Identificación 24684507 **Dirección** Vereda Pira

Teléfono 312 5770088

Información Paciente

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

Gato [ ] **Raza** M.X **Color** negro

Macho [X] **Peso** 17.88

Hembra [ ]

Firma Alicia Suarez

c.c 24684507

Tel 3125770088



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0089

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 Gloria Cristina cardona

Identificación 24550565 **Dirección** Barrio Berlin

Teléfono 3209912874

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** PRINCESA. **Edad** Enero 2024 - 11 meses

Gato ☒ **Raza** mix **Color** blanca

Macho ☐ **Peso** 2.40

Hembra ☒

Firma Cristina C.

C.C 24550566

Tel 3209997287



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0090

19

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre gloria cristina cardona

Identificación 24550565 **Dirección** Barrio Berlin

Teléfono 3209912887

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Pepa. **Edad** 2 años - 2022

Gato ☒ **Raza** mix **Color** blanco

Macho ☐ **Peso** 2.80

Hembra ☒

Firma cristina

C.C 24550565

Tel 3209991287



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0091

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Guillermo Gomez

Identificación 75035832 **Dirección** Vereda el Jordan

Teléfono 3116266583

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** NIÑA **Edad** 4 años - 2020

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

Macho [ ] **Peso** 17.85

Hembra [X]

Firma Guillermo Gomez

C.C 75035832

Tel 3116266583



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0092

NO

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 magnolia garcia

Identificación 24687467 **Dirección** Barrio la oriviedo

Teléfono 3128623186

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** OLIVIA **Edad** 3 AÑOS, 2011

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

Macho [ ] **Peso** 7.20

Hembra [X]

Firma Magnolia Garcia

C.C 24 687 467

Tel 312 862 3186



DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

0093

22

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS
"MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Magnolia García

Identificación 24687467 **Dirección** Barrio la ortiveda

Teléfono 312862386

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** Merlina **Edad** 2 años - 2022

Gato [ ] **Raza** Mixt **Color** Negro

Macho [ ] **Peso** 12.5

Hembra [X]

Firma Magnolia García

C.C 24 687 467

Tel 312 862 3186



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0094

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 Luz stela Ramirez hoyos

Identificación 24685625 **Dirección** Carrera 5-14-12

Teléfono 3127631885

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** PININA **Edad** 3 años - diciembre 2021

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

Macho [ ] **Peso** 4.40

Hembra [X]

Firma

C.C 24.685.625

Tel 312 763 1885.



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0095 24 X

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.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Emanuel londoño franco

Identificación 24685625 **Dirección** Carrera 5 - 14 - 12

Teléfono 3127631885

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** GALILEO **Edad** 7 [redacted] meses

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

Macho [X] **Peso** 3.4

Hembra [ ]

Firma Emmanuel Londoño F.

C.C 24.685.625

Tel 312 763 18 85



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0096

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.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Magnolia García

Identificación 24687467 **Dirección** Barrio la Orquídea

Teléfono 3128623186

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Princesa **Edad** 1 Año

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

Macho ☐ **Peso** 2.8

Hembra ☒

Firma Magnolia García

C.C 24687467

Tel 3128623186

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0097

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.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Magnolia García

Identificación 24687467 **Dirección** Barro la Arboleda

Teléfono 312 8623186

Información Paciente

Perro [x] **Nombre** TOBI **Edad** 2 años

Gato [ ] **Raza** MIX **Color** Castaño

Macho [x] **Peso** 17.00

Hembra [ ]

Firma Magnolia García

C.C 24 687 467

Tel 312 862 3186



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0098

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.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Yuranny Colorado ramirez

Identificación 1089721338 **Dirección** Guatica Viejo

Teléfono 3116524428

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** DULCE **Edad** 6 meses, mayo 11 2024

Gato [ ] **Raza** mix **Color** Gris claro

Macho [ ] **Peso** 9.25

Hembra [X]

Firma Yuranny Colorado Ramirez

C.C 1.089721338

Tel 3116524428



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0099

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.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Luz Gloria Quintero Hoyos

Identificación 24685282 **Dirección** Calle 13 - 5 - 24

Teléfono 3105698430

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** DULCE **Edad** mayo 26 - 2024 = 6 meses

Gato ☒ **Raza** criolla **Color** blanco - canela

Macho ☐ **Peso** 2.75

Hembra ☒

Firma

C.C 24685282

Tel 3105698430

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

0700

29

NO
Arnet.

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.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre María isabel Restrepo Rios

Identificación 1425152 47 **Dirección** Barrio Zamorra

Teléfono 3507437054

Información Paciente

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

Gato [ ] **Raza** Pincher **Color** Negro

Macho [ ] **Peso** 2.4

Hembra [X]

Firma Isabel Restrepo

C.C 1425152 47

Tel 3507437054



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0101 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 Sebastian Grajales

Identificación 1089720978 **Dirección** La variante

Teléfono 3117411516

Información Paciente

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

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

Macho [X] **Peso** 29.0

Hembra [ ]

Firma Sebastian grajales

C.C 1089720978

Tel 3117411516



DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

0102

37

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS
"MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Yesber villada

Identificación 24687659 **Dirección** La plaza

Teléfono 3117129168

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Kiara **Edad** 5 meses

Gato ☒ **Raza** MIX **Color** Gris

Macho ☐ **Peso** 1.7 kg

Hembra ☒

Firma Yesber villada

C.C 24687659

Tel 3117129169



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0103

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 María Valle niño

Identificación 33918063 **Dirección** San clemente

Teléfono 3209263053

Información Paciente

Perro [x] **Nombre** NIEVE **Edad** 2 años

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

Macho [ ] **Peso** 15.0

Hembra [x]

Firma María Valle Niño

C.C 33 918063

Tel 3209263053



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0204

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 Juan Pablo romero

Identificación 1002652706 **Dirección** San clemente

Teléfono 3206836189

Información Paciente

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

Gato [ ] **Raza** MIX **Color** castaño

Macho [ ] **Peso** 16.0

Hembra [X]

Firma Juan Pablo Romero Rincón

C.C 1002652706

Tel 3206386189



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0105

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 Jenny Castaño

Identificación 1014193786 **Dirección** Barrio San José

Teléfono 322 619 94541

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** PONCHI **Edad** 8 años

Gato [ ] **Raza** Callejero **Color** negro

Macho [X] **Peso** 12.88

Hembra [ ]

Firma Jenny A Castaño

C.C 1014193786

Tel 3226199454



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0106

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 Jenny Castaño

Identificación 1014193786 **Dirección** Barrio San José

Teléfono 3226199454

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** MOROCHA **Edad** 10 meses

Gato ☒ **Raza** MIX **Color** Negra

Macho ☐ **Peso** 2.00

Hembra ☒

Firma Jenny Castaño

c.c 1014193786

Tel 3226199454



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0707

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 Daniela ~~Ríos~~ Rivas

Identificación 1089720536 **Dirección** Barrio tulipanes

Teléfono 3136509686

Información Paciente

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

Gato [ ] **Raza** Coker **Color** Cafe claro

Macho [ ] **Peso** 10.80

Hembra [X]

Firma Daniela Rivas

c.c 1089720536

Tel 3136509686



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0108

37

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Daniela Rivas

Identificación 1089720536 **Dirección** Barrio tulipanes

Teléfono 3136509686

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** NEGRA **Edad** 8 meses

Gato ☒ **Raza** Mix **Color** negro

Macho ☐ **Peso** 3.5

Hembra ☒

Firma Daniela Rivas

c.c 1089720536

Tel 3136509686



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0109 38

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 Zoraida lopez

Identificación 31498530 **Dirección** Barrio san jose

Teléfono 3167885961

Información Paciente

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

Gato [ ] **Raza** Fleshpuder **Color** blanco

Macho [X] **Peso** 9.2

Hembra [ ]

Firma Zoraida Lopez

C.C 31498530

Tel 3167885961



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0110

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 Piedad Gomez

Identificación 1089718056 **Dirección** Barrio San José

Teléfono 3218424628

Información Paciente

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

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

Macho [X] **Peso** 12.6

Hembra [ ]

Firma Piedad Gomez

C.C 1089718056

Tel 3218424628



DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

0111 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 Maria luz mary suaza meja

Identificación 1089720132 **Dirección** Vereda Marmolejo

Teléfono 3218736833

Información Paciente

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

Gato [ ] **Raza** mix **Color** café oscuro

Macho [ ] **Peso** 20.0

Hembra [X]

Firma Luz Mary Suaza

C.C 1089720132

Tel 3218736833



DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

0112 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 Maria Bueno

Identificación 42154027 2 **Dirección** Vereda el poblado

Teléfono 3127541855

Información Paciente

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

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

Macho [ ] **Peso** 6.80

Hembra [X]

Firma

C.C 42.154.027

Tel 3127541855

113

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre María Bueno

Identificación 42154027 **Dirección** Vereda el poblado

Teléfono 3127541855

Información Paciente

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

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

Macho [ ] **Peso** 7.30

Hembra [X]

Firma

C.C 42.154.027

Tel 3127541855



114

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Luz estella villada serna

Identificación 24393066 **Dirección** cll 8 # 3-77 B. Berlin

Teléfono 3728736370

Información Paciente

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

Gato ☒ **Raza** MIX **Color** Amarillo con blanco

Macho ☒ **Peso** 4.0

Hembra ☐

Firma Luz Estella Villada S

C.C 24393066

Tel 3128736310



0115

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Sebastian grajales

Identificación 1089720170 **Dirección** Barrio san jose

Teléfono 3234251741

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** PERLA **Edad** 4 años

Gato ☒ **Raza** mix **Color** blanco

Macho ☐ **Peso** 2.0

Hembra ☒

Firma ~~Kenta~~

c.c 1089720170

Tel 3234251741



0176

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

45

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Sebastian Grajales

Identificación 1089720170 **Dirección** Barrio San Jose

Teléfono 3234251741

Información Paciente

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

Gato [ ] **Raza** Pitbull **Color** Blanca

Macho [ ] **Peso** 17.5

Hembra [X]

Firma

C.C 1089720170

Tel 3234251741



0118

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Laura Vanesa Olaya Grajales

Identificación 1.089.721.088 **Dirección** B. San Jose

Teléfono 3113744805

Información Paciente

Perro ☒ **Nombre** MONA **Edad** 3

Gato ☐ **Raza** MIX **Color** Cafe.

Macho ☐ **Peso** 13.8

Hembra ☒

Firma Laura V. Olaya

C.C 1.089.721.088

Tel 3113744805



0119

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Johana bonilla

Identificación 1089718382 **Dirección** centro gualica

Teléfono 3185786130

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** HARU **Edad** 1 año

Gato ☒ **Raza** mix **Color** Cafe claro

Macho ☐ **Peso** 2.8

Hembra ☒

Firma Johana Bonilla P

C.C 1089718382

Tel 3185786130



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0720

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 Karen Ballesteros

Identificación 1089718529 **Dirección** centro guatica

Teléfono 3209968112

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** HERMIONE **Edad** 2 años

Gato ☒ **Raza** mix **Color** negro

Macho ☐ **Peso** 2.8

Hembra ☒

Firma

C.C 1089718529

Tel 3209968172



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0121

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 Jhon stiven Rios

Identificación 1007783901 **Dirección** Vereda la bendecida - baja

Teléfono 3116003534

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** PELUSA **Edad** 4 meses

Gato ☒ **Raza** MIX **Color** blanco

Macho ☒ **Peso** 1.3

Hembra ☐

Firma Jhon stiven R

C.C 1007783901

Tel 3116003534



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0122

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 Maria ilda Ramirez

Identificación 24684751 **Dirección** Barrio berlin

Teléfono 3103818541

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** JILOMENA **Edad** 1 año

Gato ☒ **Raza** Mix **Color** Gris-

Macho ☐ **Peso** 2.9

Hembra ☒

Firma María Ilda Ramirez

C.C 24684751

Tel 3103818541



DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

0123

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 Maria isabel Higuita montoya

Identificación 1088259158 **Dirección** Barrio blanco

Teléfono 3208912072

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** MILA **Edad** 4 meses

Gato ☒ **Raza** Mix **Color** gris

Macho ☐ **Peso** 1.20

Hembra ☒

Firma maria Isabel Higuita montoya

C.C 1088259158

Tel 3208912072



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0124

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 María José Romero

Identificación 1004685701 **Dirección** Vereda el Carmelo

Teléfono 3213196863

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** SASHA **Edad** 7 meses

Gato ☒ **Raza** Mix **Color** Café

Macho ☐ **Peso** 2.70

Hembra ☒

Firma María José Romero

C.C 1004685701

Tel 3213196863



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0125

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 Adriana ~~Echeverry~~ echeverry

Identificación 25081041 **Dirección** Barrio carretero

Teléfono 3196431656

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** JUANITA **Edad** 6 meses

Gato ☒ **Raza** mix **Color** blanco

Macho ☐ **Peso** 2.70

Hembra ☒

Firma Adriana Echeverri

c.c 25081041

Tel 3196431656



0126

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

55

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Arleny Fernandez

Identificación 1092910490 **Dirección** Vereda Siriguia Chiquito

Teléfono 3203954985

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** PERLA **Edad** 8 Meses

Gato [ ] **Raza** Mix **Color** MONO

Macho [ ] **Peso** 15.40

Hembra [X]

Firma Arleny F.

C.C 1092910490

Tel 3203954985



0127

NO carnet

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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 Luis alberto Cartagena Castro

Identificación 15490388 **Dirección** Barro blanco

Teléfono 3203074982

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Porita **Edad** 4 años

Gato ☒ **Raza** mix **Color** gris claro

Macho ☐ **Peso** 2.5

Hembra ☒

Firma Luis Alberto Cartagena

C.C 15490 388

Tel 3203074982



0128

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

57 No carnet

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 Elena Cardona

Identificación 24688407 **Dirección** Barro blanco

Teléfono 3205102396

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** PEÑONA **Edad** 1 año

Gato ☒ **Raza** mix **Color** blanco

Macho ☐ **Peso** 2.2

Hembra ☒

Firma Gloria Elena Cardona

C.C 24688407

Tel 3205102396



0129 58

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Johana hernandez

Identificación 1089718596 **Dirección** Barrio tulipanes

Teléfono 313

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Lira **Edad** 3 meses

Gato ☒ **Raza** ~~N~~ mix **Color** blanco

Macho ☐ **Peso** 1.9

Hembra ☒

Firma Johana Hernández

c.c 1089718596

Tel 3136190015.



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0130

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 MARIA RUBY SOTO

Identificación 24687914 **Dirección** Calle Principal Bombelos

Teléfono 3127958745

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** NINO **Edad** 8 Meses

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

Macho ☒ **Peso** 4.0

Hembra ☐

Firma María Ruby soto

C.C 24-687 914

Tel 312 795 87 45



No carnet

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0131

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 BERNARDO MUÑOZ

Identificación 18611447 **Dirección** vereda OSPINA BAJO

Teléfono 3506501280

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** TREBOL **Edad** 5 AÑOS

Gato [ ] **Raza** MIX **Color** PARDO

Macho [X] **Peso** 23.0

Hembra [ ]

Firma

C.C 18611447

Tel 3506501280



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0132

61

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 Santiago de jesus navarro

Identificación 4430355 **Dirección** vereda ospina

Teléfono 3117688849

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** MUÑECA **Edad** 3 años

Gato ☒ **Raza** MIX **Color** blanca

Macho ☐ **Peso** 2.8

Hembra ☒

Firma Santiago Navarro

C.C 4430355

Tel 3117688849



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0133

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 Maria Jose Romero

Identificación 1004685701 **Dirección** Vereda el carmelo

Teléfono 3131968 63

Información Paciente

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

Gato [ ] **Raza** Mix **Color** cafe

Macho [X] **Peso** 12.90

Hembra [ ]

Firma Maria Jose Romero

C.C 1004685701

Tel 3213196863



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0134

63

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 Mariana carvajal

Identificación 1087487974 **Dirección** Vereda ~~Frestes~~ travesias

Teléfono 3138340386

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** PINTAS **Edad** 3 años

Gato ☒ **Raza** mix **Color** gris claro

Macho ☐ **Peso** 2.7

Hembra ☒

Firma Mariana Carvajal

C.C 1087487974

Tel 3138340386.



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0135

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 Mariana Carvajal

Identificación 1087487974 **Dirección** Vereda Travesias

Teléfono 3138340386

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** LUNA **Edad** 3 meses

Gato [ ] **Raza** Mix **Color** negra

Macho [ ] **Peso** 4.3

Hembra [X]

Firma Mariana Carvajal

C.C 1087487974.

Tel 3138340386.



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0136

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 Daniel bayer Rivera

Identificación 1088263429 **Dirección** Vereda El Paraiso

Teléfono 3226460060

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** PERLA **Edad** 4 años

Gato ☒ **Raza** mix **Color** negro

Macho ☐ **Peso** 2.60

Hembra ☒

Firma Bayer

C.C 1088263429

Tel 3226460060



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0137

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 Daniel bayer Rivera

Identificación 1088263429 **Dirección** Vereda el Paraiso

Teléfono 3226460060

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** MILO **Edad** 2 años

Gato ☒ **Raza** MIX **Color** Gris

Macho ☒ **Peso** 2.70

Hembra ☐

Firma Bayer

C.C 1088263429

Tel 3226460060



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0138

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 Danel barel Rivera

Identificación 1088263429 **Dirección** vereda el Paraiso

Teléfono 3226460060

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** ESTRELLA **Edad** 7m

Gato ☒ **Raza** mix **Color** negra

Macho ☐ **Peso** 7.40

Hembra ☒

Firma Ballor

C.C 1088263429

Tel 3226460060



DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

0139

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 Daniel baver Rivera

Identificación 1088263429 **Dirección** vereda el Paraiso

Teléfono 3226460060

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** CAMPANITA **Edad** 7m

Gato ☒ **Raza** mix **Color** blanca

Macho ☐ **Peso** 7.35

Hembra ☒

Firma Bayer

C.C 1088263429

Tel 3226460060



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0140

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 gloria Quintero

Identificación 24685282 **Dirección** Calle 13-5-24

Teléfono 3165698430

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** MERLIN **Edad** 5 meses

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

Macho ☒ **Peso** 2.50

Hembra ☐

Firma

C.C 24685282

Tel 3105698430



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0141

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 Gladis Perez

Identificación 3221542 **Dirección** Calle el hospital

Teléfono 3126365900

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** PIPE **Edad** 7 meses

Gato ☒ **Raza** mix **Color** blanco

Macho ☒ **Peso** 2.0

Hembra ☐

Firma Gladys Perez

C.C 32227542

Tel 3126335700



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0142

71 Al ojo 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 Bayron Mapura

Identificación 1004766574 **Dirección** Barrio la ronda

Teléfono 3233230160

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** GARFIEL **Edad** 4 meses

Gato ☒ **Raza** mix **Color** mono - naranja

Macho ☒ **Peso** 1.35

Hembra ☐

Firma Bayron Alejandro Mapura C.

C.C 1004766574

Tel 3233236160



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0143

72 # mdo

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 Clara ines Salazar

Identificación 24686715 **Dirección** la variante

Teléfono 3137557817

Información Paciente

Perro ☒ **Nombre** LUNA **Edad** 5 años

Gato ☐ **Raza** MIX **Color** mona

Macho ☐ **Peso** 17.4

Hembra ☒

Firma ClaRaINES33

C.C 24686715

Tel 3137577877



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0144

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 Claudia ines salazar

Identificación 24686715 **Dirección** la Variante

Teléfono 3137557817

Información Paciente

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

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

Macho [X] **Peso** 5.4

Hembra [ ]

Firma claudia

C.C 24686715

Tel 3137557817



0145

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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 Luis Iosavia gutierrez

Identificación 18561426 **Dirección** Vereda la rirma

Teléfono 313 231 9316

Información Paciente

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

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

Macho [ ] **Peso** 9.6

Hembra [X]

Firma Luis Gutierrez

c.c 18561426

Tel 313 231 9316



0146

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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 Luis Josavia Gutierrez

Identificación 18561426 **Dirección** vereda la firma

Teléfono _____

Información Paciente

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

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

Macho [ ] **Peso** 5.70

Hembra [X]

Firma Luis Gutierrez

c.c 18561426

Tel _____



0747

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1

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 Luis Iosavia Gutierez

Identificación 18561426 **Dirección** Vereda la firma

Teléfono _____

Información Paciente

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

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

Macho [X] **Peso** 7.35

Hembra [ ]

Firma Luis Gutierez

c.c 18561426

Tel _____



0148

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

77 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 Luis losavia Gutierrez

Identificación 1856426 **Dirección** Vereda la firma

Teléfono _____

Información Paciente

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

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

Macho [ ] **Peso** 10

Hembra [X]

Firma Luis gutierrez

c.c 1856426

Tel _____

00149

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

3
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

Arcadio Pulgas

Nombre _____

Identificación 18599586 **Dirección** Barrio las acacias

Teléfono 312869268

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** ANUBIS **Edad** 6 meses

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

Macho ☒ **Peso** 3.40

Hembra ☐

Firma Arcadio Pulgas

C.C 18599586

Tel 312 864 76 81



00150

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

4
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 Arcadio Puertas

Identificación 18599586 **Dirección** Barrio las arcidias

Teléfono 3128652681

Información Paciente

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

Gato [ ] **Raza** _____ **Color** negro

Macho [X] **Peso** 9.8

Hembra [ ]

Firma Arcadio puertas

C.C 18 599 586

Tel 312 865 2681



00151

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

5

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 Miguel Angel agudelo

Identificación 1088324335 **Dirección** corregimiento san clemente

Teléfono 3218018816

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** llorona **Edad** 3 años

Gato ☒ **Raza** mix **Color** blanco

Macho ☐ **Peso** 3.3

Hembra ☒

Firma Miguel Angel Agudelo

C.C 1088324335

Tel 3218018816



00152

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

6

77

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Jhon Jairo morales

Identificación 75039467 **Dirección** corregimiento san clemente

Teléfono 3146319098

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** MiFUX **Edad** 1 año

Gato ☒ **Raza** mix **Color** negro

Macho ☒ **Peso** 3.3

Hembra ☐

Firma

C.C 75039467

Tel 3146319098



00153

7

78

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Jhon Jairo Morales

Identificación 75039467 **Dirección** Corregimiento San Clemente

Teléfono 3146319098

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** MIRUCHA **Edad** 5 meses

Gato ☒ **Raza** mix **Color** negro

Macho ☐ **Peso** 1.5

Hembra ☒

Firma

C.C 75039467

Tel 3146319098

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0154

8.

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 Jhon jairo morales

Identificación 75039467 **Dirección** corregimiento san clemente

Teléfono 3116319098

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** NIÑA **Edad** 5 meses

Gato ☒ **Raza** mix **Color** Gris

Macho ☐ **Peso** 1.5

Hembra ☒

Firma

C.C 75039467

Tel 3116319098