DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS
"MULTISER"

MARSELLA, Risaralda

14 de diciembre 2024

El suscrito, Yazmin Ospina, Técnico de Saneamiento Ambiental del municipio de MARSELLA – Secretaria de Salud Departamental, se permite hacer

CONSTAR

Que el día de hoy se hizo presente en el municipio de **MARSELLA**, 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: 14
- Felinos Hembras: 37
- Felinos Machos: 30

Para un total de animales esterilizados de 110.

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

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

Firma Yazmin Ospina

C.C 42147925

Tel 3168029411



Scanned with CamScanner

0827

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 Carmen edilia Gutierrez

Identificación 24766972 **Dirección** B. buenos aires

Teléfono 3142748033

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** titi **Edad** 6 meses

Gato ☒ **Raza** mix **Color** gris

Macho ☐ **Peso** 2

Hembra ☒

Firma Carmen Edilia Gutierrez

C.C 24766972

Tel 3142748033



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0828

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Identificación 24767824 **Dirección** B. entrada a marsella

Teléfono 3103702804

Información Paciente

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

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

Macho [ ] **Peso** 16

Hembra [X]

Firma Adriana Garcia

C.C 24767824

Tel 3103702804



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0829

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Identificación 1089747672 **Dirección** B. la rioja

Teléfono 3148566518

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Orion **Edad** 1 año

Gato ☒ **Raza** mix **Color** negro

Macho ☒ **Peso** 4

Hembra ☐

Firma Claudia Melo

c.c 1089747672.

Tel 3148566518



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

C 830

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Claribel Galeano

Identificación 1089744036 **Dirección** B. la rioja

Teléfono 3204201574

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** lola **Edad** 1 año

Gato ☒ **Raza** mix **Color** cafe. negro

Macho ☐ **Peso** 3

Hembra ☒

Firma Claribel Galeano

C.C 1.089.744.036

Tel 3204201574



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0831

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Aida Serna

Identificación 42014964 **Dirección** B buenos aires

Teléfono 3207448615

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Candy **Edad** 4 meses

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

Macho ☐ **Peso** 1 95

Hembra ☒

Firma Ayda Serna

C.C 42014964

Tel 3207448615



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0832

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 Cristian Lugo Villada

Identificación 1087746110 **Dirección** Vereda la Palma

Teléfono 3011752346

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Mona **Edad** 2 años

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

Macho ☐ **Peso** 205

Hembra ☒

Firma Cristian Lugo Villada

C.C 1087746110

Tel 3011752346



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0833

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Andrea Valencia

Identificación 42119890 **Dirección** B. Obrero

Teléfono 3214048337

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Mia orlit **Edad** 1 año

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

Macho ☐ **Peso** 2

Hembra ☒

Firma Andrea Alexis Valencia

C.C 42119890

Tel 3214048337



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0834

8

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Laura Calle

Identificación 1004687001 **Dirección** B. el eden

Teléfono 3105042645

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** alaska calle **Edad** 1 año

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

Macho [ ] **Peso** 14

Hembra [X]

Firma Laura Calle

C.C 1004687001

Tel 3105042645



Scanned with CamScanner

NO TIEN

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0935

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre blanca mery moncada

Identificación 29171429 **Dirección** B. la aurora

Teléfono 3215174250

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** niño **Edad** 6 meses

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

Macho ☒ **Peso** 3.2

Hembra ☐

Firma Blanca mery moncada

C.C 29171429

Tel 3215174250



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0836

10

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre María José Castaño

Identificación 1088263347 **Dirección** B. el Nivel

Teléfono 3116726141

Información Paciente

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

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

Macho [ ] **Peso** 17.3

Hembra [X]

Firma M° José

C.C 1088263347

Tel 3116726141



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0837

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Jesus antonio alvarez

Identificación 4452998 **Dirección** B. bolivar

Teléfono 3113948406

Información Paciente

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

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

Macho [ ] **Peso** 8.6

Hembra [X]

Firma Jesus

C.C 4452998 A

Tel 3113948406



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

0838

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 Gilberto antonio cossio

Identificación 9.893.856 **Dirección** Bq bolivar

Teléfono 3116863367

Información Paciente

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

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

Macho [ ] **Peso** 3.0

Hembra [X]

Firma Gilberto cossio

C.C 9.893.856

Tel 311 686.3367



0839

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

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 Yuliana Parra

Identificación 1004737474 **Dirección** Centro de Marsella

Teléfono 3147836563

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** telescopio **Edad** 1 año

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

Macho ☒ **Peso** 2.6

Hembra ☐

Firma Yuliana P

C.C 1004737474

Tel 3147936565



Scanned with CamScanner

0840

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 María elena rodriguez

Identificación 24764802 **Dirección** B. chapinero

Teléfono 3136705294

Información Paciente

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

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

Macho [X] **Peso** 1.6

Hembra [ ]

Firma MariaelenaRL

C.C 24764802

Tel 3136705294



Scanned with CamScanner

0841

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

15.

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Luz marina mejia

Identificación 31433490 **Dirección** callejon de valencia

Teléfono 1433490

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** grilla **Edad** 3 años

Gato ☒ **Raza** mix **Color** cafe gris

Macho ☐ **Peso** 1.9

Hembra ☒

Firma 3127958975

C.C L4ZmdR

Tel 1433490



Scanned with CamScanner

NO TIENE

0842

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

16

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Nestor Arango

Identificación 9817658 **Dirección** B. chapinero

Teléfono 3137983203

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Teo **Edad** 7 meses

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

Macho ☒ **Peso** 3.7

Hembra ☐

Firma Nestor Julio Arango

c.c 9817658

Tel 3137983203



Scanned with CamScanner

0843

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 Claudia patricia

Identificación 24766514 **Dirección** B. Mil ochenta

Teléfono 3146410770

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** birulita **Edad** 3 meses

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

Macho ☐ **Peso** 2

Hembra ☒

Firma Claudia Patricia Osorio

C.C 24766574

Tel 3146410770



Scanned with CamScanner

0844

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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 blanca cecilia hincapie

Identificación 24763709 **Dirección** Vereda la armenia

Teléfono 3112189860

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Micha **Edad** 3 años

Gato ☒ **Raza** mix **Color** negro

Macho ☐ **Peso** 3.7

Hembra ☒

Firma Blanca cecilia Hinc.

C.C 24763709

Tel 3172789860



Scanned with CamScanner

0895

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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 Juan Camilo dagua

Identificación 1058818970 **Dirección** B. los tanques

Teléfono 3108904866

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** milagros **Edad** 7 meses

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

Macho ☐ **Peso** 1.2c

Hembra ☒

Firma Juan Camilo D

C.C 1058818970

Tel 3108904866



Scanned with CamScanner

0846

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

20

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre ~~Jorge~~ liliana loaiza

Identificación 9818389 **Dirección** B. buenos aires

Teléfono 3217456399

Información Paciente

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

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

Macho [ ] **Peso** 22

Hembra [X]

Firma Jorge H Loaiza

C.C 9818389

Tel 3217456399



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0847

21

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Jenny Tapasco

Identificación 1089746362 **Dirección** B. San Vicente

Teléfono 3137351361

Información Paciente

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

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

Macho [X] **Peso** 21

Hembra [ ]

Firma Jenny Tapasco

C.C 1089746362

Tel 3137351361



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0848

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 Angie Quebrada

Identificación 1089748390 **Dirección** B. San Vicente

Teléfono 3126843285

Información Paciente

Perro ☒ **Nombre** Mia **Edad** 1 año

Gato ☐ **Raza** Mix **Color** Negro-Moro

Macho ☐ **Peso** 3

Hembra ☒

Firma Angie Quebeda 6

C.C 1089748390

Tel 3126843285



0849

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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 Angie quebrada

Identificación 1089718390 **Dirección** B. San Vicente

Teléfono 3126843285

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Michiru **Edad** 1 año

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

Macho ☒ **Peso** 3.5

Hembra ☐

Firma Angie Quebrada G

C.C 1089718390

Tel 3126843285



Scanned with CamScanner

0850

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

29

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Juan Valencia

Identificación 4561574 **Dirección** B. San Vicente

Teléfono 314 573 5554

Información Paciente

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

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

Macho [ ] **Peso** 8.5

Hembra [X]

Firma Juan Valencia

C.C 4561574

Tel 3144573 5554



Scanned with CamScanner

0857.

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

25

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Yesica Paola Morales

Identificación 1089748275 **Dirección** B. la pista

Teléfono 3207194043

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** mia **Edad** 2 años

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

Macho ☐ **Peso** 2.0

Hembra ☒

Firma yesica paola morales

C.C 1089748275

Tel 3207194043



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0852.

26

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Yesica Paola Morales

Identificación 1089748275 **Dirección** B. la pista

Teléfono 3207194043

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Matias **Edad** 8 meses

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

Macho ☒ **Peso** 1.9

Hembra ☐

Firma yesica paola morales

C.C 1089748275

Tel 3207194043



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0853.

27

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Yuliana mejía

Identificación 247635 **Dirección** B. bosques de la aurora

Teléfono 3136747944

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Princesa **Edad** 1 año

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

Macho ☐ **Peso** 2

Hembra ☒

Firma Yuliana Mejía

C.C 2467355

Tel 3136747947



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0854

28

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Andrea Castaño

Identificación 1089746840 **Dirección** B. bolivar

Teléfono 3105202955

Información Paciente

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

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

Macho [ ] **Peso** 6

Hembra [X]

Firma GUSTAVO ALBERTO MONTAÑO

C.C 1089746640

Tel 3105209955



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA 0855.

29

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Beatriz Lorena Osorio

Identificación 1094952030 **Dirección** B. el Poly

Teléfono 3234032370

Información Paciente

Perro ☒ **Nombre** chester **Edad** 2 años

Gato ☐ **Raza** mix **Color** care

Macho ☒ **Peso** 11

Hembra ☐

Firma Beatriz Lorena Osorio A

C.C 1094952030

Tel 3234032370



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0856

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 Beatriz Lorena Osorio

Identificación 1094952030 **Dirección** B. el poly

Teléfono 3204032370

Información Paciente

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

Gato [ ] **Raza** _____ **Color** mono

Macho [ ] **Peso** 13.9

Hembra [X]

Firma Beatriz Lorena Osorio A

C.C 1094952030

Tel 3204032370



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

0857

31

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS
"MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Yuliana mejia

Identificación 24767555 **Dirección** B. bosques de la aurora

Teléfono 3136747947

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** pelusa **Edad** 1 año

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

Macho ☒ **Peso** 2,2

Hembra ☐

Firma Yuliana Mejia

c.c 24767555

Tel 3136747947



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA 0358

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 Yuliana mejia

Identificación 24767555 **Dirección** B. boxfues de la aurora

Teléfono 3136747947

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Katia **Edad** 1 año

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

Macho ☐ **Peso** 2.1

Hembra ☒

Firma Yuliana Mejia

c.c 24767555

Tel 3136747947



Scanned with CamScanner

0859

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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 Liliana Sanchez

Identificación 1089747469 **Dirección** B. Aurora

Teléfono 3206812791

Información Paciente

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

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

Macho [ ] **Peso** 9.4

Hembra [X]

Firma Viviana Sanchez M.

c.c 1089747469

Tel 3206812791



Scanned with CamScanner

0860

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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 Javier Ortiz

Identificación 98.595.079 **Dirección** B. Obrero

Teléfono 3202003458

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Milo **Edad** 1 año

Gato ☒ **Raza** mix **Color** gris

Macho ☒ **Peso** 2.0

Hembra ☐

Firma Javier D. Ortiz E

C.C 98.595.079

Tel 3202003458



Scanned with CamScanner

0861

No Carte.t

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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 Dora ines duque

Identificación 21763945 **Dirección** Vereda. canta de licia

Teléfono 3117694774

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** blanquita **Edad** 1 año

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

Macho ☐ **Peso** 2.0

Hembra ☒

Firma Dora Ines Duque B

C.C 21763 945

Tel 3107694774



Scanned with CamScanner

0862.

No carnet

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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 Dora ines duque

Identificación 24763945 **Dirección** V. canta de licia

Teléfono 3117694774

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Lucas **Edad** 1 año

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

Macho ☒ **Peso** 2.1

Hembra ☐

Firma Dora Ines Duque

C.C 24763 915

Tel 3117694774.



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0863

37

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

NO CAMPA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Dora ines duque

Identificación 26763945 **Dirección** V. canta Policia

Teléfono 3117694774

Información Paciente

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

Gato ☑ **Raza** mix **Color** mono- blanco

Macho ☐ **Peso** 2.3

Hembra ☒

Firma Dora Ines Duque D.

C.C 24.763 945

Tel 3117694774



Scanned with CamScanner

0864

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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 Dora ines duque

Identificación 24763915 **Dirección** Vereda de lirio

Teléfono 3117694774

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Nosita **Edad** 3 años

Gato ☒ **Raza** Mix **Color** gris-negro-café

Macho ☐ **Peso** 2.4

Hembra ☒

Firma Dora Inés Duque D.

C.C 24.763 915

Tel 3117694774.



Scanned with CamScanner

0865

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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 Floralba Martinez

Identificación 24914559 **Dirección** Calle 16 # 1-14

Teléfono 3214823546

Información Paciente

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

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

Macho [ ] **Peso** 2.1

Hembra [X]

Firma Floralba Martinez

C.C 3214823546

Tel 3214823546

0866.

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

40

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Tania henao

Identificación 1089747323 **Dirección** B. san vicente

Teléfono 3117395720

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** cenitas **Edad** 7 meses

Gato ☒ **Raza** mix **Color** ceniza.

Macho ☐ **Peso** 2.2

Hembra ☒

Firma TANIA HENAO A.

C.C 1089.747.323

Tel 3117395720



Scanned with CamScanner

0867

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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 wilson de jesus ayala

Identificación 98468446 **Dirección** B. el eden

Teléfono 3202962431

Información Paciente

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

Gato [ ] **Raza** mix **Color** moño

Macho [X] **Peso** 17

Hembra [ ]

Firma wilson de jesus ayala

C.C 98468446

Tel 3202962431



0868

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. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre beatriz lorena osorio

Identificación 1094935703o **Dirección** B. el poly

Teléfono 3234032370

Información Paciente

Perro ☒ **Nombre** alaska **Edad** 2 años

Gato ☐ **Raza** mix **Color** gris

Macho ☐ **Peso** 14

Hembra ☒

Firma Beatriz Lorena Osorio A

C.C 1094932030

Tel 3234032370



Scanned with CamScanner

0869

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. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre erika Yohana arias

Identificación 1094464475 **Dirección** B. san vicente

Teléfono 3022178474

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Lion **Edad** 1 año

Gato ☒ **Raza** mix **Color** mono

Macho ☒ **Peso** 3.0

Hembra ☐

Firma Erica Arias

C.C 1094460475

Tel 3022178474



Scanned with CamScanner

0870

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. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Patricia Cortañeda

Identificación 24767008 **Dirección** Barrio El Prado

Teléfono 3219674181

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** TRINA **Edad** 2022

Gato ☒ **Raza** mia **Color** GRIS

Macho ☐ **Peso** 2.0

Hembra ☒

Firma patricia cañeda

C.C 24767008

Tel 3219674181



Scanned with CamScanner

0871

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

45

NO TIEV

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Paula andrea alvarado

Identificación 24766815 **Dirección** B. la pista

Teléfono 3233323249

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** iyura **Edad** 1 año

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

Macho ☐ **Peso** 2.0

Hembra ☒

Firma Paula A. Alvarau

C.C 24766815

Tel 3233323249



Scanned with CamScanner

0872

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

46

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

No tiene

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Identificación 1058818970 **Dirección** B. los tangles

Teléfono 3108961860

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Niña **Edad** 8 meses

Gato ☒ **Raza** Mix **Color** Pardo

Macho ☒ **Peso** 3.6

Hembra ☐

Firma Juan Camilo D

C.c 1058818970

Tel 3108961860



Scanned with CamScanner

0873.

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

97

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Identificación 13371553 **Dirección** B. la rioja

Teléfono 3125218607

Información Paciente

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

Gato [ ] **Raza** mix **Color** Mono

Macho [ ] **Peso** 3

Hembra [X]

Firma

C.C 13.371553.

Tel 3125218607



Scanned with CamScanner

0874

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. Además, todo ejemplar esterilizado va a ser tatuado en su oreja.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Leidys Rios

Identificación 1065815897 **Dirección** B. la rioja

Teléfono 3508541766

Información Paciente

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

Gato [ ] **Raza** Yorkie **Color** blanco-negro-moño

Macho [ ] **Peso** 3

Hembra [X]

Firma Judys Rios Roper.

C.C 1.065.815.897

Tel 3508541766



Scanned with CamScanner

0875

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

INSUCHO ES 0880

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 Wb marina rodriguez

Identificación _____ **Dirección** B. el matadero viejo

Teléfono 3168561034

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** pachita **Edad** 6 meses

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

Macho ☐ **Peso** 2

Hembra ☒

Firma Yary

C.C _____

Tel 3168561034



Scanned with CamScanner

0876
0881

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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 Elisabeth Sanchez

Identificación 1088104527 **Dirección** Barrio Otrado

Teléfono 3216791406

Información Paciente

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

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

Macho [ ] **Peso** 8

Hembra [X]

Firma

C.C 1088104527

Tel 3216791406



Scanned with CamScanner

0877

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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 mayerlin Rivera

Identificación 24 766 242 **Dirección** barrio belbuvTo

Teléfono 320 537 9216

Información Paciente golondrina

Perro [X] **Nombre** ~~Violeta~~ **Edad** 12 años

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

Macho [ ] **Peso** 11.5

Hembra [X]

Firma mayerlin rivera

C.C 24 766 242

Tel 320 537 9216



Scanned with CamScanner

0879

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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 mayerlin Rivera

Identificación 24766242 **Dirección** Bella vista

Teléfono 320

Información Paciente

Perro [x] **Nombre** Violeta **Edad** 10 meses

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

Macho [ ] **Peso** 10

Hembra [x]

Firma Mayerlin Rivera

C.C 24766242

Tel 3205379216



Scanned with CamScanner

0/0

0878

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 Andrea Orozco

Identificación 1089602164 **Dirección** salida a pereira

Teléfono 3206075023

Información Paciente

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

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

Macho [ ] **Peso** 10,3

Hembra [X]

Firma Andrea Orozco

C.C 1089602164

Tel 3206075023



Scanned with CamScanner

0880

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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 Monica Castañeda

Identificación 1089746194 **Dirección** Bc hospital

Teléfono 3104870514

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** Casimiro **Edad** 2022

Gato [ ] **Raza** mia **Color** Amarillo

Macho [X] **Peso** 18

Hembra [ ]

Firma Monica castaneda M

C.C 1089746194

Tel 3104870514



Scanned with CamScanner

0881

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 Rina benavides

Identificación 1091373203 **Dirección** B. la rioja

Teléfono 3226369810

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** el miau miau **Edad** 6 meses

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

Macho ☒ **Peso** 4

Hembra ☐

Firma

C.C 1091373203

Tel 3226369810



Scanned with CamScanner

0882

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 Nieri hernandez

Identificación 24873810 **Dirección** B san vicente

Teléfono 3105019891

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** evangelinie **Edad** 5 meses

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

Macho ☐ **Peso** 2.5

Hembra ☒

Firma maria acosta

C.C 24873810

Tel 3105019891



Scanned with CamScanner

0893

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

57

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre arelis giraldo

Identificación 21896999 **Dirección** B. bolivar

Teléfono 3125441 61

gato

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Mister **Edad** 1 año

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

Macho ☒ **Peso** 5

Hembra ☐

gato

25 gato

Firma Arelis

C.C 21896.999

Tel 3125444161



Scanned with CamScanner

0824

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

58

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS
"MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Leidy lopez

Identificación ~~CC~~ 24767788 **Dirección** B. buenos aires

Teléfono 3114968517

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** coco **Edad** 1 año

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

Macho ☒ **Peso** 5

Hembra ☐

Firma

C.C 24767788

Tel 3114968517



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0885

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 Myriam Quiceno

Identificación 24761976 **Dirección** B. el Vergel

Teléfono 3102291026

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** tigre **Edad** 2 años

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

Macho ☒ **Peso** 3.9

Hembra ☐

Firma

C.C 24761976

Tel 3102291026



Scanned with CamScanner

0886

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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 Yuly Andrea Cantabeno

Identificación 1089746228 **Dirección** Vda la Linda

Teléfono 3205956613

Información Paciente

Perro ☒ **Nombre** Samanta **Edad** Sep 2023

Gato ☐ **Raza** mixta **Color** negro - blanco

Macho ☐ **Peso** 14

Hembra ☒

Firma

C.C 1089746228

Tel 3205956613



Scanned with CamScanner

0887

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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 Yuly Andrea Cardona

Identificación 1089742228 **Dirección** Vda la Linda

Teléfono 3205956613

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Pachito **Edad** Agosto 2024

Gato ☒ **Raza** mix **Color** Amarilla

Macho ☐ **Peso** 1.4

Hembra ☒

Firma

C.C 1089746228

Tel 3205956613



Scanned with CamScanner

0888

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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 elika Yohana arias

Identificación _____ **Dirección** B san vicente

Teléfono _____

Información Paciente

Perro [x] **Nombre** diaco **Edad** 3 años

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

Macho [x] **Peso** 16

Hembra [ ]

Firma Erica Arias

C.C 1001440 175

Tel 3022178474



Scanned with CamScanner

0889

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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 Nector Andvor Ramirez

Identificación 9818285 **Dirección** Cra 11 17-62

Teléfono 3206591656

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** manchiro **Edad** 2022

Gato ☒ **Raza** mia **Color** _____

Macho ☐ **Peso** 2.5

Hembra ☒

Firma Nector Andres R.

C.C 9818285

Tel 3206591656



Scanned with CamScanner

0890

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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 elizabeth Sanchez

Identificación 1088104527 **Dirección** B. Estrada

Teléfono 3216791406

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Pantuflas **Edad** 1 año

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

Macho ☒ **Peso** 3.2

Hembra ☐

Firma

C.C 1088104527

Tel 3216791406



Scanned with CamScanner

0891

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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 Erika Johana arias

Identificación 1001440475 **Dirección** B. San Vicente

Teléfono 3022178474

Información Paciente

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

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

Macho [X] **Peso** 24

Hembra [ ]

Firma Erika Arias

C.C 1001440475

Tel 3022178474



Scanned with CamScanner

0892

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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 evelin florez

Identificación 1054479695 **Dirección** sector la galeria

Teléfono 3100702386 1

Información Paciente

Perro ☒ **Nombre** natasha **Edad** 9 años

Gato ☐ **Raza** mix **Color** mono

Macho ☐ **Peso** 11.5

Hembra ☒

Firma evelin florez c

c.c 1054479695

Tel 3207023861



Scanned with CamScanner

0893

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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 Maria Senovia giraldo

Identificación 41616049 **Dirección** B. bolivar

Teléfono 3112574279

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Pepito **Edad** 7 meses

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

Macho ☒ **Peso** 4.5

Hembra ☐

Firma Maria Senovia Giraldo

C.C 41616049

Tel 3112574279



Scanned with CamScanner

0894

ND TW

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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 Andres ramirez garcia

Identificación 1007223889 **Dirección** B. la rondon

Teléfono 3024303164

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** perla **Edad** 1 año

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

Macho ☐ **Peso** 3

Hembra ☒

Firma

C.C 1007223889

Tel 3024303164



Scanned with CamScanner

0895

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

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 ~~Yonier~~ Yonier lopez

Identificación 1004767617 **Dirección** B. bolivar

Teléfono 3215477193

Información Paciente

Perro ☒ **Nombre** coffe **Edad** 1 año

Gato ☐ **Raza** mix **Color** cafe- moro

Macho ☐ **Peso** 9-8

Hembra ☒

Firma Yonier López

c.c 1004767617

Tel 3215477793



Scanned with CamScanner

0896

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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.

(hacer de nuevo)

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Yoiner lopez

Identificación _____ **Dirección** _____

Teléfono _____

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Oro **Edad** 1 año

Gato ☒ **Raza** Mix **Color** Mono

Macho ☒ **Peso** 22

Hembra ☐

Firma Yonier López

C.C 1004767617

Tel 3215477793



Scanned with CamScanner

0896 7

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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 Erick florez

Identificación 91425304 **Dirección** B. la rioja

Teléfono 3242301342

Información Paciente

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

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

Macho [ ] **Peso** 17

Hembra [X]

Firma

c.c 91425-304

Tel 324 2301342



Scanned with CamScanner

0898

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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 Mateo Galzon Jarramillo

Identificación 1089745495 **Dirección** B. buenos aires

Teléfono 3234057099

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** sasha **Edad** 1año

Gato ☒ **Raza** _____ **Color** blanca-mona

Macho ☐ **Peso** 3.5

Hembra ☒

Firma Soriana Jaramillo

C.C 1089745495

Tel 3234057099



Scanned with CamScanner

0899

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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 Aristides aguirre gonzalez

Identificación 4452497 **Dirección** AV villa rica

Teléfono 3106599730

Información Paciente

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

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

Macho [X] **Peso** 7

Hembra [ ]

Firma Aristides Aguirre G

C.C 4.452.497 mitr

Tel 3106599730



Scanned with CamScanner

0900

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

74

No Tiene

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Cristian García Fernandez

Identificación 1088947008 **Dirección** B. la aurora

Teléfono 3105971696

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Romeo **Edad** 9 meses

Gato ☒ **Raza** mix **Color** gris

Macho ☒ **Peso** 3,5

Hembra ☐

Firma Cristian

C.C 1088947008

Tel 3105971696



Scanned with CamScanner

0901

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 Leidy Johana Quinceno

Identificación 24766824 **Dirección** B. la pista

Teléfono 3175047025

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Molly **Edad** 2 años

Gato ☒ **Raza** mix **Color** Pardo

Macho ☐ **Peso** 2.5

Hembra ☒

Firma Johana Quinceno

C.C 24766824

Tel 3175047025



Scanned with CamScanner

0902

No Tel

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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 maria mery Agudelo

Identificación 24 949206 **Dirección** Bella vista Cra 4 63 8

Teléfono 3113869310 31

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Dulce **Edad** _____

Gato ☒ **Raza** Mix **Color** _____

Macho ☐ **Peso** 28

Hembra ☒

Firma MERI

c.c 24949206

Tel _____



Scanned with CamScanner

NO TELL

0903

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

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 Mario Maly Arcila

Identificación 24949206 **Dirección** Bella Vista Cr 4-6-38

Teléfono 3113869331

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Nino **Edad** _____

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

Macho ☒ **Peso** _____

Hembra ☐

Firma _____

C.C MERI

Tel _____



Scanned with CamScanner

0904

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

78

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Jorge Alejandro Lopez

Identificación 9'817 867 **Dirección** Av Villarica

Teléfono 316 417 0809

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Dulcinea **Edad** Agosto 2023

Gato ☒ **Raza** Mix **Color** mono

Macho ☐ **Peso** _____

Hembra ☒

Firma Jorge Alejandro Lopez

C.C 9.817.867

Tel 3164170809



Scanned with CamScanner

0905

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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 elizabeth sanchez

Identificación 1088104527 **Dirección** B. estrada

Teléfono 3216791406

Información Paciente

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

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

Macho [X] **Peso** _____

Hembra [ ]

Firma _____

C.C 1088104527

Tel 3216791406



Scanned with CamScanner

0906

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

Bo

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Sandra Milena Grisales

Identificación 24767310 **Dirección** B. San Vicente

Teléfono 3104113353

Información Paciente

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

Gato [ ] **Raza** Rotwiller **Color** negro

Macho [ ] **Peso** _____

Hembra [X]

Firma Sandra Milena Grisales L

c.c 24767.310.

Tel 3104113353.



Scanned with CamScanner

0907

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

81

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre melissa gallego

Identificación 1007224390 **Dirección** B. la aurora

Teléfono 3127058536

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** azul gallego **Edad** 1 año

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

Macho [X] **Peso** _____

Hembra [ ]

Firma melissa Gallego

C.C 1007224390

Tel 3127058536



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0908

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Mayerli Rivera

Identificación 24766242 **Dirección** Barro Viejo

Teléfono 3205379216

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Arbol **Edad** _____

Gato ☑ **Raza** Mix **Color** _____

Macho ☐ **Peso** _____

Hembra ☒

Firma Mayerlin Rivera

C.C 24766242

Tel 3205379216



Scanned with CamScanner

0909

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

83

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre madely munoz de perez

Identificación 24303695 **Dirección** B. villa rica

Teléfono 3128738172

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** pantio **Edad** 7 meses

Gato ☒ **Raza** mix **Color** negro

Macho ☒ **Peso** _____

Hembra ☐

Firma _____

C.C 24303695

Tel 3128738572



Scanned with CamScanner

0910

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

841

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Identificación 1089748536 **Dirección** B. matadero viejo

Teléfono 3205157143

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Milagros **Edad** 1 año

Gato ☒ **Raza** mix **Color** blanco

Macho ☐ **Peso** _____

Hembra ☒

Firma Alejandra Rojo

C.C 1089748536

Tel 3205157143



Programa de Bienestar Animal

Scanned with CamScanner

0911

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

85

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Identificación 1088247533 **Dirección** matadero Vigo

Teléfono 3216504113

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Pol **Edad** Dic 2023

Gato ☒ **Raza** mix **Color** Tri

Macho ☐ **Peso** _____

Hembra ☒

Firma Mariana Rojo

C.C 1.088247533

Tel 3216504113



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0912

86

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Identificación 24766933 **Dirección** Cra 10 Avda 2

Teléfono 3136527007

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** COCO **Edad** MAR 2024

Gato ☒ **Raza** mix **Color** _____

Macho ☒ **Peso** _____

Hembra ☐

Firma Luz Enaida Osorio

C.C 24766933

Tel 3136527007



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0913

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Carnet BRAhian Aguirre

Nombre Mariano Quintero

Identificación 100 722 4179 **Dirección** Call 9 Cra 5 # 4-44

Teléfono 314 363 6871

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Tomas **Edad** Junio 2024

Gato ☒ **Raza** Mia **Color** _____

Macho ☒ **Peso** _____

Hembra ☐

Firma Mariano Quintero

C.C _____

Tel _____



Scanned with CamScanner

0914

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

88

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Andrei felipe Giraldo

Identificación 1088104152 **Dirección** Casa comun

Teléfono 317 293 9482

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Gatarro Fe **Edad** Aborto - 2024

Gato ☒ **Raza** mix **Color** Gris

Macho ☐ **Peso** _____

Hembra ☒

Firma Andres felipe

C.C 1088104152

Tel 3172939482



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

C 915

89

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Sandra Castaño

Identificación 30357718 **Dirección** Brr Galan

Teléfono 3136367248

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Hambre **Edad** 2023

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

Macho ☐ **Peso** 2.2

Hembra ☒

Firma Sandra M.

C.C 30357718

Tel 3[illegible]



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0916

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Identificación 24949607 **Dirección** entrada a B. bolivar

Teléfono 3155767630

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** parda **Edad** 6 meses

Gato ☒ **Raza** mix **Color** tricolor

Macho ☐ **Peso** 22

Hembra ☒

Firma

C.C 24949607

Tel 3155767630



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0917

91

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Identificación 24949607 **Dirección** entrada B. bolivar

Teléfono 3155761630

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Nieves **Edad** 1 año

Gato ☒ **Raza** mix **Color** blanca

Macho ☐ **Peso** 2.5

Hembra ☒

Firma

C.C 24949607

Tel 3155761630



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0 918

92

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Sandra Milena Castaño

Identificación 30357718 **Dirección** B. galán

Teléfono 3136378 48

Información Paciente TOBI

Perro ☐ **Nombre** ~~amber~~ **Edad** 1 año

Gato ☒ **Raza** Mix **Color** amarillo blanco

Macho ☐ **Peso** 2.5

Hembra ☒

Firma Sandra Milena

C.C 30357718

Tel 3136377248



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

09189

93

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Luisa fernanda sema

Identificación 1089745779 **Dirección** B. la pista

Teléfono 3137476711

Información Paciente

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

Gato [ ] **Raza** mix **Color** negra

Macho [ ] **Peso** 22

Hembra [X]

Firma Luisa fda sema

C.C 1089745779

Tel 3137476711



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0920

94

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Dario Castorena

Identificación 4451740 **Dirección** El Topacio, La Palma

Teléfono 3165307869

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** Chester **Edad** Abril - 2022

Gato [ ] **Raza** mia **Color** Rojo - Blanco

Macho [X] **Peso** 30

Hembra [ ]

Firma

C.C 4451740

Tel 3165307869



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0921

95

NO TIENE

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Jose Olego

Identificación 989815613 **Dirección** B. bolivar

Teléfono 3146102067

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Tania **Edad** 3 años

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

Macho ☐ **Peso** 3

Hembra ☒

Firma Jose Olego

C.C 989815613

Tel 3146102067



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0922

96

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Mariomo Quintero

Identificación 100 722 41 79 **Dirección** Calle 9 Cl 45 -411

Teléfono 3114 554 2647

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Tita **Edad** 6 años 2018

Gato ☒ **Raza** mia **Color** _____

Macho ☐ **Peso** 2.8

Hembra ☒

Firma Mariana Quintero

C.C _____

Tel _____



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0923

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Identificación 24767633 **Dirección** centro de acopio

Teléfono 3214444015

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** flaco **Edad** 10 años

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

Macho [X] **Peso** 9.8

Hembra [ ]

Firma Luz Aida Gómez S.

C.C 24767653

Tel 3214444015



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0924

98

NB

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Identificación 2494906 **Dirección** B. bella vista

Teléfono 3113869331

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** tomas **Edad** 6 años

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

Macho ☒ **Peso** 3.6

Hembra ☐

Firma MERÍ

C.C 2494906

Tel 3113869331



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0925

99

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Identificación 24766933 **Dirección** B. la aurora 2

Teléfono 3136527001

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** niño **Edad** 10 meses

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

Macho ☒ **Peso** 2.1

Hembra ☐

Firma Luz Enaida Osorio

C.C 24766933

Tel 3136527001



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0926

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Identificación 1055478482 **Dirección** la terminal

Teléfono 3213842807

Información Paciente

Perro [x] **Nombre** canela **Edad** 23 julio 2023

Gato [ ] **Raza** Pinscher **Color** Amarillo

Macho [ ] **Peso** 2.0

Hembra [x]

Firma Luz Danelly Ortiz

C.C 1055478482

Tel 3213842809



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0927

101

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre mayerlin Rivera

Identificación 24766242 **Dirección** Bella vista

Teléfono 3205379216

Información Paciente

Perro ☒ **Nombre** MAILON **Edad** mayo 2024

Gato ☐ **Raza** mix **Color** cafe - blanc

Macho ☒ **Peso** 12

Hembra ☐

Firma Mayerlin Rivera

C.C 24766242

Tel 3205379216



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0928

102

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Identificación 91425304 **Dirección** B. jardin

Teléfono 3242301342

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** luna **Edad** 10 años

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

Macho [ ] **Peso** 9.7

Hembra [X]

Firma

C.C 91425304

Tel 3242301342



No nen

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0929

103

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Identificación 24766933 **Dirección** B. la aurora 2

Teléfono 3136527001

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** mono **Edad** 10 meses

Gato ☒ **Raza** mix **Color** blanco amarrilo

Macho ☒ **Peso** 1.0

Hembra ☐

Firma Luz Enaida Osorio

C.C 24766933

Tel 3136527001



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0930

104

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Vvoover antonio lopez

Identificación 9815650 **Dirección** V. la armenia

Teléfono 323·3917765

Información Paciente

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

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

Macho [ ] **Peso** 10

Hembra [X]

Firma Hoover Alopez

C.C 9815650

Tel 3233917765



DEPARTAMENTO DE RISARALDA 0931

105

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Darli Lloreda

Identificación 4088536813 **Dirección** B. la rioja

Teléfono 3205164O8

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Pancho **Edad** 7 meses

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

Macho ☒ **Peso** 2.6

Hembra ☐

Firma Darli Lloreda

C.C 4088536813

Tel 3205165408



Scanned with CamScanner

no rev

DEPARTAMENTO DE RISARALDA 0932

106

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Malena bohorquez Gutierrez

Identificación 1089746852 **Dirección** B. san Vicente

Teléfono 3147465 61

Información Paciente

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

Gato ☒ **Raza** mix **Color** gris

Macho ☒ **Peso** 3.0

Hembra ☐

Firma Malena Bohorquez G

C.C 1089746852

Tel 3147465614



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0933

107

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Malena bohorquez

Identificación 1089746852 **Dirección** B. san vicente

Teléfono 3147465614

Información Paciente

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

Gato [ ] **Raza** Pincher **Color** negra

Macho [ ] **Peso** 28

Hembra [X]

Firma Malena Bohorquez G.

C.C 1089746852

Tel 3147465614



Scanned with CamScanner

No tele

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0934

108

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Identificación 24767653 **Dirección** Centro de acopio

Teléfono 3214444015

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Jocker **Edad** 2 años

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

Macho ☒ **Peso** 3.5

Hembra ☐

Firma Luz Aida Gómez S

C.C 24767653

Tel 3214444015



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0935

109

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Identificación _____ **Dirección** B bolivar

Teléfono 3135580945

Información Paciente

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

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

Macho [ ] **Peso** 3.6

Hembra [X]

Firma Alicia

C.C _____

Tel 3135580945



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

0936 110 no tiene

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Identificación 24949607 **Dirección** AV. Villa rica

Teléfono 3155767630

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Gorrion **Edad** 6 meses

Gato ☒ **Raza** mix **Color** blanco

Macho ☒ **Peso** 2.5

Hembra ☐

Firma

C.C 24949607

Tel 3155767630



DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

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

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

1	2	3	4	5

- Fue clara las recomendaciones pos quirúrgicas

1	2	3	4	5

- Como percibió el trato que le dieron a su mascota

1	2	3	4	5

- El personal médico demostró destreza y conocimiento

1	2	3	4	5

Responda según corresponda a las siguientes preguntas:

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

-
- Se le realizó algún cobro por el servicio prestado

  SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

- Considera que el carnet que fue entregado para su mascota es un documento importante, por que ?

  importante porque permite conocer la condición médica de la mascota.

Nombre y Firma:
CC 94517470

Teléfono: 3165307869

Municipio: Marsella

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

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

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

1	2	3	4	X

- Fue clara las recomendaciones pos quirúrgicas

1	2	3	4	X

- Como percibió el trato que le dieron a su mascota

1	2	3	4	X

- El personal médico demostró destreza y conocimiento

1	2	3	4	X

Responda según corresponda a las siguientes preguntas:

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

  SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

-
- Se le realizó algún cobro por el servicio prestado

  SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

- Considera que el carnet que fue entregado para su mascota es un documento importante, por que ? es la identificacion y se sabe que fue esterilizada.

Nombre y Firma Jorge Alejandro Lopez C.

cc 9.817.867 Teléfono: 3164170809 Municipio: Marsella

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

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

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

1	2	3	4	X

- Fue clara las recomendaciones pos quirúrgicas

1	2	3	4	X

- Como percibió el trato que le dieron a su mascota

1	2	3	4	X

- El personal médico demostró destreza y conocimiento

1	2	3	4	X

Responda según corresponda a las siguientes preguntas:

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

  SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

-
- Se le realizó algún cobro por el servicio prestado

  SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

- Considera que el carnet que fue entregado para su mascota es un documento importante, por que ?

  porque tienen una identificacion

Nombre y Firma Luz Danelly Cortez

CC 1035478482 **Teléfono:** 3213848809 **Municipio:** Marsella

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

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

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

1	2	3	4	5

- Fue clara las recomendaciones pos quirúrgicas

1	2	3	4	5

- Como percibió el trato que le dieron a su mascota

1	2	3	4	5

- El personal médico demostró destreza y conocimiento

1	2	3	4	5

Responda según corresponda a las siguientes preguntas:

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

-
- Se le realizó algún cobro por el servicio prestado

  SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

- Considera que el carnet que fue entregado para su mascota es un documento importante, por que ?

Nombre y Firma

CC 24303695

3128738572

Teléfono:

Marsella (Rola)

Municipio:

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

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

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

1	2	3	4	X

- Fue clara las recomendaciones pos quirúrgicas

1	2	3	4	X

- Como percibió el trato que le dieron a su mascota

1	2	3	4	X

- El personal médico demostró destreza y conocimiento

1	2	3	4	X

Responda según corresponda a las siguientes preguntas:

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

-
- Se le realizó algún cobro por el servicio prestado

  SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

- Considera que el carnet que fue entregado para su mascota es un documento importante, por que ?

_____

_____

Nombre y Firma Jhoana Quintero

CC

Teléfono: 3175047025

Municipio: Marsella

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

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

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

1	2	3	4	X

- Fue clara las recomendaciones pos quirúrgicas

1	2	3	4	X

- Como percibió el trato que le dieron a su mascota

1	2	3	4	X

- El personal médico demostró destreza y conocimiento

1	2	3	4	X

Responda según corresponda a las siguientes preguntas:

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

  SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

-
- Se le realizó algún cobro por el servicio prestado

  SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

- Considera que el carnet que fue entregado para su mascota es un documento importante, por que ?

  si para saber que esta esterilizada y que tiene dueño.

Nombre y Firma

cc Jurbafda Sama

1089745779

Teléfono:

3137476711

Municipio:

Marsella.

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

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

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

1	2	3	4	X

- Fue clara las recomendaciones pos quirúrgicas

1	2	3	4	X

- Como percibió el trato que le dieron a su mascota

1	2	3	4	X

- El personal médico demostró destreza y conocimiento

1	2	3	4	X

Responda según corresponda a las siguientes preguntas:

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

-
- Se le realizó algún cobro por el servicio prestado

  SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

- Considera que el carnet que fue entregado para su mascota es un documento importante, por que ?

  Por que quedan identificados

Maviana Quintero
Nombre y Firma

CC 1007224179 **Teléfono:** 3145542647 **Municipio:** Marsella

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

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

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

1	2	3	4	5

- Fue clara las recomendaciones pos quirúrgicas

1	2	3	4	5

- Como percibió el trato que le dieron a su mascota

1	2	3	4	5

- El personal médico demostró destreza y conocimiento

1	2	3	4	5

Responda según corresponda a las siguientes preguntas:

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

  SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

-
- Se le realizó algún cobro por el servicio prestado

  SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

- Considera que el carnet que fue entregado para su mascota es un documento importante, por que ?

Jorge H Loaiza

Nombre y Firma

CC 9818389 **Teléfono:** **Municipio:**

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

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

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

1	2	3	4	5
				X

- Fue clara las recomendaciones pos quirúrgicas

1	2	3	4	5
				X

- Como percibió el trato que le dieron a su mascota

1	2	3	4	5
				X

- El personal médico demostró destreza y conocimiento

1	2	3	4	5
				X

Responda según corresponda a las siguientes preguntas:

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

-
- Se le realizó algún cobro por el servicio prestado

  SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

- Considera que el carnet que fue entregado para su mascota es un documento importante, por que ?

  Pou que lo identifica.

Juan Camilo D.
Nombre y Firma

CC 1058818470 **Teléfono:** 3108904860 **Municipio:** Moviella.

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

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

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

1	2	3	4	X

- Fue clara las recomendaciones pos quirúrgicas

1	2	3	4	X

- Como percibió el trato que le dieron a su mascota

1	2	3	4	X

- El personal médico demostró destreza y conocimiento

1	2	3	4	X

Responda según corresponda a las siguientes preguntas:

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

SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

-
- Se le realizó algún cobro por el servicio prestado

SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

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

SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

- Considera que el carnet que fue entregado para su mascota es un documento importante, por que ?

Por que lo identifica y con el se sabe que esta operada.

Adriana Garcia
Nombre y Firma

cc 24767824 **Teléfono:** 3103702804 **Municipio:** Marsella

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

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

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

1	2	3	4	5X

- Fue clara las recomendaciones pos quirúrgicas

1	2	3	4	5X

- Como percibió el trato que le dieron a su mascota

1	2	3	4	5X

- El personal médico demostró destreza y conocimiento

1	2	3	4	5X

Responda según corresponda a las siguientes preguntas:

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

-
- Se le realizó algún cobro por el servicio prestado

  SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

- Considera que el carnet que fue entregado para su mascota es un documento Importante, por que ?

  _____

_____

Nestor Arango

Nombre y Firma

CC 9817658 **Teléfono:** 3137983203 **Municipio:** Marsella

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

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

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

1	2	3	4	X

- Fue clara las recomendaciones pos quirúrgicas
- }

1	2	3	4	X

- Como percibió el trato que le dieron a su mascota

1	2	3	4	X

- El personal médico demostró destreza y conocimiento

1	2	3	4	X

Responda según corresponda a las siguientes preguntas:

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

-
- Se le realizó algún cobro por el servicio prestado

  SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

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

Carmen Lucía
Nombre y Firma
CC 10377411

3011752346
Teléfono:

marsella
Municipio:

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS
"MULTISER"

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

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

1	2	3	4	5

- Fue clara las recomendaciones pos quirúrgicas

1	2	3	4	5

- Como percibió el trato que le dieron a su mascota

1	2	3	4	5

- El personal médico demostró destreza y conocimiento

1	2	3	4	5

Responda según corresponda a las siguientes preguntas:

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

-
- Se le realizó algún cobro por el servicio prestado

  SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

- Considera que el carnet que fue entregado para su mascota es un documento importante, por que ? Si por medio de este carnet me doy cuenta que mi mascota esta esterilizada

Nombre y Firma

CC **Teléfono:** **Municipio:**

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

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

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

1	2	3	4	X 5

- Fue clara las recomendaciones pos quirúrgicas
- }

1	2	3	4	X 5

- Como percibió el trato que le dieron a su mascota

1	2	3	4	X 5

- El personal médico demostró destreza y conocimiento

1	2	3	4	X 5

Responda según corresponda a las siguientes preguntas:

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

-
- Se le realizó algún cobro por el servicio prestado

  SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

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

Aida Serna

Nombre y Firma

cc 42014964 **Teléfono:** 3207448615 **Municipio:** Marsella R.

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

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

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

1	2	3	4	X5

- Fue clara las recomendaciones pos quirúrgicas

1	2	3	4	X5

- Como percibió el trato que le dieron a su mascota

1	2	3	4	X5

- El personal médico demostró destreza y conocimiento

1	2	3	4	X5

Responda según corresponda a las siguientes preguntas:

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

-
- Se le realizó algún cobro por el servicio prestado

  SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

- Considera que el carnet que fue entregado para su mascota es un documento importante, por que ?

  quedan identificados

Senoviagivato

Nombre y Firma

cc 41910019 **Teléfono:** **Municipio:** Marsella

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

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

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

1	2	3	4	X

- Fue clara las recomendaciones pos quirúrgicas

1	2	3	4	X

- Como percibió el trato que le dieron a su mascota

1	2	3	4	X

- El personal médico demostró destreza y conocimiento

1	2	3	4	X

Responda según corresponda a las siguientes preguntas:

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

-
- Se le realizó algún cobro por el servicio prestado

  SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

- Considera que el carnet que fue entregado para su mascota es un documento importante, por que ? Para indificar las mascotas

Sandra Milena Cardozo

Nombre y Firma

CC 30357718

Teléfono: 3136362948

Municipio:

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

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

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

1	2	3	4	5
				X

- Fue clara las recomendaciones pos quirúrgicas

1	2	3	4	5
				X

- Como percibió el trato que le dieron a su mascota

1	2	3	4	5
			X	

- El personal médico demostró destreza y conocimiento

1	2	3	4	5
				X

Responda según corresponda a las siguientes preguntas:

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

-
- Se le realizó algún cobro por el servicio prestado

  SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

- Considera que el carnet que fue entregado para su mascota es un documento importante, por que ?

  Si es de gran importancia ya que no puede mantener un regimen y control en los cuidados de nuestra mascota.

Nombre y Firma

CC 1143036814 **Teléfono:** 3147159327 **Municipio:** Marsella

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

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

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

1	2	3	4	X

- Fue clara las recomendaciones pos quirúrgicas

1	2	3	4	X

- Como percibló el trato que le dieron a su mascota

1	2	3	4	X

- El personal médico demostró destreza y conocimiento

1	2	3	4	X

Responda según corresponda a las siguientes preguntas:

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

-
- Se le realizó algún cobro por el servicio prestado

  SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

- Considera que el carnet que fue entregado para su mascota es un documento importante, por que ?

  Si por que quedan identificados

-blanca hicapie
Nombre y Firma

cc24763702 **Teléfono:** 3112189860 **Municipio:** Marsella

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

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

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

1	2	3	4	X

- Fue clara las recomendaciones pos quirúrgicas
- }

1	2	3	4	X

- Como percibió el trato que le dieron a su mascota

1	2	3	4	X

- El personal médico demostró destreza y conocimiento

1	2	3	4	X

Responda según corresponda a las siguientes preguntas:

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

-
- Se le realizó algún cobro por el servicio prestado

  SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

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

Erik Flores
Nombre y Firma
cc 91425304 **Teléfono:** 3242301342. **Municipio:** Marsella

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

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

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

1	2	3	4	5
				X

- Fue clara las recomendaciones pos quirúrgicas
- }

1	2	3	4	5
				X

- Como percibió el trato que le dieron a su mascota

1	2	3	4	5
				X

- El personal médico demostró destreza y conocimiento

1	2	3	4	5
				X

Responda según corresponda a las siguientes preguntas:

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

-
- Se le realizó algún cobro por el servicio prestado

  SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

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

Alejandra Rojo
Nombre y Firma
CC 1089748536 **Teléfono:** 3205157143 **Municipio:** Marsella

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

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

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

1	2	3	4	X

- Fue clara las recomendaciones pos quirúrgicas

1	2	3	4	X

- Como percibió el trato que le dieron a su mascota

1	2	3	4	X

- El personal médico demostró destreza y conocimiento

1	2	3	4	X

Responda según corresponda a las siguientes preguntas:

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

-
- Se le realizó algún cobro por el servicio prestado

  SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

- Considera que el carnet que fue entregado para su mascota es un documento importante, por que ? por quedan identificados

Luisa lopez
Nombre y Firma

CC 1007284212 **Teléfono:** 3187643726 **Municipio:** Marsella

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

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

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

1	2	3	4	X

- Fue clara las recomendaciones pos quirúrgicas

1	2	3	4	X5

- Como percibió el trato que le dieron a su mascota

1	2	3	4	X

- El personal médico demostró destreza y conocimiento

1	2	3	4	X

Responda según corresponda a las siguientes preguntas:

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

-
- Se le realizó algún cobro por el servicio prestado

  SI [ ] NO [Y] No Sabe [ ]

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

  SI [Y] NO [ ] No Sabe [ ]

- Considera que el carnet que fue entregado para su mascota es un documento importante, por que ?

  Por queda identificados

Sandra Grisales
Nombre y Firma
cc 24767316 **Teléfono:** 3104115353 **Municipio:** Marsella

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

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

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

1	2	3	4	X

- Fue clara las recomendaciones pos quirúrgicas

1	2	3	4	X

- Como percibió el trato que le dieron a su mascota

1	2	3	4	X

- El personal médico demostró destreza y conocimiento

1	2	3	4	X

Responda según corresponda a las siguientes preguntas:

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

-
- Se le realizó algún cobro por el servicio prestado

  SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

- Considera que el carnet que fue entregado para su mascota es un documento importante, por que ?

  Si es muy importante ya queda identificado

Nombre y Firma Andrea Acala Ulloa

CC 42119890 **Teléfono:** 3214048332 **Municipio:** Marsella

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "VULTISER"

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

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

1	2	3	4	5

- Fue clara las recomendaciones pos quirúrgicas

1	2	3	4	5

- Como percibió el trato que le dieron a su mascota

1	2	3	4	5

- El personal médico demostró destreza y conocimiento

1	2	3	4	5

Responda según corresponda a las siguientes preguntas:

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

-
- Se le realizó algún cobro por el servicio prestado

  SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

- Considera que el carnet que fue entregado para su mascota es un documento importante, por que ?

  Si por queda identificado

Nombre y Firma

CC **Teléfono:** **Municipio:**

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

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

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

1	2	3	4	X

- Fue clara las recomendaciones pos quirúrgicas

1	2	3	4	X

- Como percibió el trato que le dieron a su mascota

1	2	3	4	X

- El personal médico demostró destreza y conocimiento

1	2	3	4	X

Responda según corresponda a las siguientes preguntas:

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

-
- Se le realizó algún cobro por el servicio prestado

  SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

- Considera que el carnet que fue entregado para su mascota es un documento importante, por que ? queda identificados

Nombre y Firma Myriam Quiceno

cc24761976 Teléfono: 3102291026 Municipio: Marsella

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

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

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

1	2	3	4	X

- Fue clara las recomendaciones pos quirúrgicas

1	2	3	4	X

- Como percibió el trato que le dieron a su mascota

1	2	3	4	X

- El personal médico demostró destreza y conocimiento

1	2	3	4	X

Responda según corresponda a las siguientes preguntas:

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

-
- Se le realizó algún cobro por el servicio prestado

  SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

- Considera que el carnet que fue entregado para su mascota es un documento importante, por que ?

  quedan identificados

Yuren Hernandez
Nombre y Firma

CC Teléfono: 3105019501 Municipio: Marsella

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

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

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

1	2	3	4	X

- Fue clara las recomendaciones pos quirúrgicas

1	2	3	4	X

- Como percibió el trato que le dieron a su mascota

1	2	3	4	X

- El personal médico demostró destreza y conocimiento

1	2	3	4	X

Responda según corresponda a las siguientes preguntas:

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

-
- Se le realizó algún cobro por el servicio prestado

  SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

- Considera que el carnet que fue entregado para su mascota es un documento importante, por que ?

  por quedan identificados

Sonora Jaramillo
Nombre y Firma

cc1089745495 **Teléfono:** 3234057099 **Municipio:** Marsella

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

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

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

1	2	3	4	X

- Fue clara las recomendaciones pos quirúrgicas
- }

1	2	3	4	X

- Como percibió el trato que le dieron a su mascota

1	2	3	4	X

- El personal médico demostró destreza y conocimiento

1	2	3	4	X

Responda según corresponda a las siguientes preguntas:

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

-
- Se le realizó algún cobro por el servicio prestado

  SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

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

Carlos Mejia
Nombre y Firma
cc 1088104455 **Teléfono:** 3226142269 **Municipio:** Mar Sella

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

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

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

1	2	3	4	X

- Fue clara las recomendaciones pos quirúrgicas
-)

1	2	3	4	X

- Como percibió el trato que le dieron a su mascota

1	2	3	4	X

- El personal médico demostró destreza y conocimiento

1	2	3	4	X

Responda según corresponda a las siguientes preguntas:

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

  SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

-
- Se le realizó algún cobro por el servicio prestado

  SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

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

Elizabeth Zaches
Nombre y Firma

cc 1088104527 **Teléfono:** 3216791406 **Municipio:** Marsella

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

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

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

1	2	3	4	X

- Fue clara las recomendaciones pos quirúrgicas
-)

1	2	3	4	X

- Como percibió el trato que le dieron a su mascota

1	2	3	4	X

- El personal médico demostró destreza y conocimiento

1	2	3	4	X

Responda según corresponda a las siguientes preguntas:

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

  SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

-
- Se le realizó algún cobro por el servicio prestado

  SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

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

Luz Osorio
Nombre y Firma
cc 24766933

Teléfono: 3136527001

Municipio: Marsella

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

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

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

1	2	3	4	5
				X

- Fue clara las recomendaciones pos quirúrgicas

1	2	3	4	5
				X

- Como percibió el trato que le dieron a su mascota

1	2	3	4	5
				X

- El personal médico demostró destreza y conocimiento

1	2	3	4	5
				X

Responda según corresponda a las siguientes preguntas:

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

-
- Se le realizó algún cobro por el servicio prestado

  SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

- Considera que el carnet que fue entregado para su mascota es un documento importante, por que ? quedan identificados

Erika Arias
Nombre y Firma

cc 1001440475 **Teléfono:** 3028178411 **Municipio:** Marsella

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

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

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

1	2	3	4	X

- Fue clara las recomendaciones pos quirúrgicas

1	2	3	4	X

- Como percibió el trato que le dieron a su mascota

1	2	3	4	X

- El personal médico demostró destreza y conocimiento

1	2	3	4	X

Responda según corresponda a las siguientes preguntas:

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

  SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

-
- Se le realizó algún cobro por el servicio prestado

  SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

- Considera que el carnet que fue entregado para su mascota es un documento importante, por que ?

  Información importante sobre la mascota.

Nombre y Firma
Luz Aido Gomez S.
CC 24767653 **Teléfono:** 3214444405 **Municipio:** Marsella RDA

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

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

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

1	2	3	4	5

- Fue clara las recomendaciones pos quirúrgicas

1	2	3	4	5

- Como percibió el trato que le dieron a su mascota

1	2	3	4	5

- El personal médico demostró destreza y conocimiento

1	2	3	4	5

Responda según corresponda a las siguientes preguntas:

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

SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

-
- Se le realizó algún cobro por el servicio prestado

SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

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

SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

- Considera que el carnet que fue entregado para su mascota es un documento importante, por que ?

por que es informacion valiosa saber que ya esta esterilizada.

Nombre y Firma

cc 98761

Teléfono: 3146020267

Municipio: Marsella

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

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

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

1	2	3	4	5
				X

- Fue clara las recomendaciones pos quirúrgicas

1	2	3	4	5
	X			

- Como percibió el trato que le dieron a su mascota

1	2	3	4	5
				X

- El personal médico demostró destreza y conocimiento

1	2	3	4	5
			X	

Responda según corresponda a las siguientes preguntas:

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

SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

-
- Se le realizó algún cobro por el servicio prestado

SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

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

SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

- Considera que el carnet que fue entregado para su mascota es un documento importante, por que ?

Si, porque así cuando me pregunten en algun sitio sobre la esterilizacion mostrare el carnet

Nombre y Firma Andres Felipe Rivalo

CC 1088 104152 **Teléfono:** 3178394582 **Municipio:** Marsella

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

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

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

1	2	3	4	X

- Fue clara las recomendaciones pos quirúrgicas

1	2	3	4	X

- Como percibió el trato que le dieron a su mascota

1	2	3	4	X

- El personal médico demostró destreza y conocimiento

1	2	3	4	X

Responda según corresponda a las siguientes preguntas:

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

  SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

-
- Se le realizó algún cobro por el servicio prestado

  SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

- Considera que el carnet que fue entregado para su mascota es un documento importante, por que ?

Si porque fue informacion valiosa

Nombre y Firma

cc Cristian **Teléfono:** 3105977696 **Municipio:** Marsella

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

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

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

1	2	3	4	X

- Fue clara las recomendaciones pos quirúrgicas

1	2	3	4	X

- Como percibió el trato que le dieron a su mascota

1	2	3	4	X

- El personal médico demostró destreza y conocimiento

1	2	3	4	X

Responda según corresponda a las siguientes preguntas:

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

  SI [ ] NO [ ] No Sabe [X]

-
- Se le realizó algún cobro por el servicio prestado

  SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

- Considera que el carnet que fue entregado para su mascota es un documento importante, por que ?

Porque tiene información valiosa

Nombre y Firma Alejandra Rojo

CC 1089748536 Teléfono: 3205154143 Municipio: Marsella