DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS
"MULTISER"

La Virginia, Risaralda

_____ de diciembre 2024

El suscrito, Juan Sebastián Ramírez Sandoval, Técnico de Saneamiento Ambiental del municipio de La Virginia – Secretaria de Salud Departamental, se permite hacer

CONSTAR

Que se hizo presente en el municipio de **La Virginia**, 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 52
- Caninos Machos: 30
- Felinos Hembras: 35
- Felinos Machos: 37

Para un total de animales esterilizados de 154.

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

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

Firma _____

C.C 1840260 8

Tel 3138215111



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1759

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

|COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Natalia Utima

Identificación 1088357625 **Dirección** Cra 24a 24 15 villas sanfernando

Teléfono 3143502317

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Gaby **Fecha Nacimiento** _____

Gato ☒ **Raza** Mix **Color** Blanca

Macho ☐ **Peso** 2.50

Hembra ☒

Firma Nathalia Utima

C.C 1088357625

Tel 314-3502317



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1260

2

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

|COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Marta Cecilia Castrillon

Identificación 42 026 824 **Dirección** Cll 16A #2-35 E Pavco

Teléfono 310 261 0575

Información Paciente

Perro ☒ **Nombre** Pecoso **Fecha Nacimiento** 2020

Gato ☐ **Raza** Mix **Color** café

Macho ☐ **Peso** 26.1

Hembra ☒

Firma Martha Castrillon

C.C 42026894

Tel 3102610575



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1261

3

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

|COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Diana Katerine Salamanca

Identificación 1087490030 **Dirección** Cra 2 16-14 El Progreso

Teléfono 3205690452

Información Paciente

Perro ☑ **Nombre** Mio **Fecha Nacimiento** oct 2022

Gato ☐ **Raza** mix **Color** blanco negro

Macho ☐ **Peso** 14

Hembra ☑

Firma Diana Katherine S.

c.c 1087490030

Tel 3205690452



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1262

4

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

|COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre marta edilia Ortiz F.

Identificación 42029533 **Dirección** Cll 15A # 2-14 El Progreso

Teléfono 311 4176369

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** Padi **Fecha Nacimiento** Agosto 2023

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

Macho [ ] **Peso** 16.7

Hembra [X]

Firma marta ortiz

C.C 42029533

Tel 3114176369



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1263

5 ✓

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

|COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre martha edilu Ortiz

Identificación 42 029 533 **Dirección** cll 15A # 2-14 (-) Pueblo

Teléfono 311 417 6369

Información Paciente

Perro ☒ **Nombre** mily **Fecha Nacimiento** Agosto 2023

Gato ☐ **Raza** mix **Color** bovino

Macho ☐ **Peso** 18,75

Hembra ☒

Firma martha ortiz

C.C 42029533

Tel 3114176369



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1264

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 Amparo Ibargüen Moreno

Identificación 25179671 **Dirección** cll 15A # 2-51 El Pueblo

Teléfono 3146338548

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** Dalmata **Fecha Nacimiento** Nov 2023

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

Macho [X] **Peso** 13

Hembra [ ]

Firma Amparo Ibargüen

C.C 25179671

Tel 3146338548



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1265

7

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

|COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre FRANCISCO MORENO PERES

Identificación 1087550511 **Dirección** CALLE 15A CRA 2-27 PROGRESO

Teléfono 3113195099

Información Paciente

Perro ☒ **Nombre** NELSON **Fecha Nacimiento** 16 MESES

Gato ☐ **Raza** MIX **Color** TIGRE.

Macho ☒ **Peso** 30

Hembra ☐

Firma Francisco Moreno

c.c 1087550511

Tel 3113195099



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1266

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

¡COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Paola Michell Rivera Morales

Identificación 1087549170 **Dirección** _____

Teléfono 3235116499

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Dalas Korino **Fecha Nacimiento** 7 Meses

Gato ☒ **Raza** Mix **Color** Negra con Blanco

Macho ☐ **Peso** 2,2

Hembra ☒

Firma Paola Michell Rivera

C.C 1087549170

Tel 3235116499



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

1767

9

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

|COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre SANTIAGO MUÑOZ

Identificación 1088827724 **Dirección** la VIRGINIA

Teléfono 3129689090 8 (3126890908)

Información Paciente

Perro ☒ **Nombre** NEGRA **Fecha Nacimiento** 5 Meses

Gato ☐ **Raza** MIX **Color** negro

Macho ☐ **Peso** 17,8

Hembra ☒

Firma Santiago

c.c 1088827724

Tel 3126890908



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1268

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 Mauricio Londoño

Identificación 1004628592 **Dirección** Cll 16A # 5C03 Barrio Esipus

Teléfono 3218732107

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Chucky **Fecha Nacimiento** 1 año

Gato ☒ **Raza** Mix **Color** Negra con Blanco

Macho ☐ **Peso** 3

Hembra ☒

Firma Edwin mauricio

C.C

Tel



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1269

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

|COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Mauricio Gaona

Identificación 1004628592 **Dirección** Cll 16 A # 5C03

Teléfono 3218732107

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** Oreo **Fecha Nacimiento** 2 años

Gato [ ] **Raza** Pinchel. **Color** Café con negro y blanco

Macho [X] **Peso** 2,8

Hembra [ ]

Firma Envia mauricio

C.C 1004628592

Tel 3218732107



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1270

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 Mauricio Londoño

Identificación 1004628592 **Dirección** Cll 16 A # 5C03

Teléfono 3218732107

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** Milo **Fecha Nacimiento** 2 AÑOS

Gato [ ] **Raza** Pinscher **Color** Negra

Macho [ ] **Peso** 7,8

Hembra [X]

Firma EO Mauricio

c.c 1087550511

Tel 3113195099



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1271

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 Nurbiy Benitez Gonzalez

Identificación 24'539 **Dirección** Cra 11 A # 18 B -30 TANGORIFE

Teléfono 312 536 09 85

Información Paciente

Perro ☒ **Nombre** Lolo **Fecha Nacimiento** 2016

Gato ☐ **Raza** Mix **Color** Negro

Macho ☒ **Peso** 9,25

Hembra ☐

Firma Nurbiy Benitez G.

C.C 24539011.

Tel 3125360985



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1272

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 Yeraldin Zapata

Identificación 1090150657 **Dirección** Cra 5 # 16-22 El Portal

Teléfono 3218536942

Información Paciente

Perro ☒ **Nombre** Chapara **Fecha Nacimiento** 10 oct 2023

Gato ☐ **Raza** Mix **Color** negro

Macho ☐ **Peso** 3.9

Hembra ☒

Firma Yeraldin Zapata Q.

c.c 1090150657

Tel 3218536942



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1273

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 Lina marcela Rios

Identificación 1087 550 329 **Dirección** br. Alfonso lopez cll 10 A #1A-30

Teléfono 3135471710

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** Luna **Fecha Nacimiento** marzo 2022

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

Macho [ ] **Peso** 16.9

Hembra [X]

Firma Lina Marcela R

c.c 1087550329

Tel 3135471710



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1274

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 Nora Pulgarín

Identificación 42031631 **Dirección** Cra 5A # 15A 10 Puerto Belo

Teléfono 3218842238

Información Paciente

Perro ☒ **Nombre** Toby **Fecha Nacimiento** Sep - 2023

Gato ☐ **Raza** mix **Color** negro

Macho ☒ **Peso** 14

Hembra ☐

Firma Nora Pulgarin

C.C 42031631

Tel 3218842238



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1275

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 Luz Maria Menardo

Identificación 41963129 **Dirección** Cra 5A # 15A 10

Teléfono 3176059278

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** MIRAMIS **Fecha Nacimiento** 2022

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

Macho ☒ **Peso** 4

Hembra ☐

Firma Luz Maria Menardo

C.C 41963129

Tel 3176059278



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1276

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 Nora Pulgarin

Identificación 42031631 **Dirección** Cra 5A #15A 10 Pollo Bolo

Teléfono 3218842239

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Misifovero **Fecha Nacimiento** Mar 2024

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

Macho ☒ **Peso** 4,45

Hembra ☐

Firma Nora Pulgarin

C.C 42031631

Tel 3218842238



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1277

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 Marilim Castro

Identificación 57462865 **Dirección** B. expansion norte

Teléfono 3114129788

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Lupe **Fecha Nacimiento** 2 años

Gato ☒ **Raza** mix **Color** blanca

Macho ☐ **Peso** 7,5

Hembra ☒

Firma Marilim castro

c.c 57462865

Tel 3114129788



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1278

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 Marleiu Castro

Identificación 57462865 **Dirección** Expansión Norte Calle 20 A # 11-34

Teléfono 3114129788

Información Paciente

Perro ☒ **Nombre** ROCKY **Fecha Nacimiento** 2 años

Gato ☐ **Raza** criz **Color** amarillo

Macho ☒ **Peso** 15

Hembra ☐

Firma Marlin Castro

c.c 57462865

Tel 3114129788



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

1279

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 Mauricio Ortiz

Identificación 1004628592 **Dirección** B. Sipres

Teléfono 3207830776

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Pepe **Fecha Nacimiento** 1 año

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

Macho ☒ **Peso** 4 kg

Hembra ☐

Firma Mauricio

c.c 1004628592

Tel



Scanned with CamScanner

1280

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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 Jose Mauricio Acevedo

Identificación 75158903 **Dirección** Calle 20A #11A34 Esparcia Nate

Teléfono 3128268050

Información Paciente

Perro ☒ **Nombre** COCO **Fecha Nacimiento** 18 meses

Gato ☐ **Raza** Mix **Color** amarillo

Macho ☒ **Peso** 9

Hembra ☐

Firma

C.C 75158903

Tel 3128268050



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1281

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 Fanny Ocampo

Identificación 42024681 **Dirección** B. El Paraiso calle 6 #5-72

Teléfono 3128225889

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** GRISELDA **Fecha Nacimiento** 1 julio /24

Gato ☒ **Raza** cruz **Color** Gris

Macho ☐ **Peso** 7,5

Hembra ☒

Firma Fanny Ocampo A.

C.C 42024 681

Tel 3128225889



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1282 24

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

|COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Rosario Sanchez

Identificación 42023957 **Dirección** cra 5a A 16-B 13

Teléfono 3206221032

Información Paciente

Perro ☒ **Nombre** LUPITA **Fecha Nacimiento** 1 año

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

Macho ☐ **Peso** 7.5

Hembra ☒

Firma Rosario Sanchez

C.C 42023957

Tel 3206221032



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1783

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 Luz Dely Jaramillo

Identificación 1087546987 **Dirección** Calle 18A # 4 A 65 San Carlos

Teléfono 3127860687

Información Paciente

Perro ☒ **Nombre** GALLETA **Fecha Nacimiento** 1 año

Gato ☐ **Raza** mix **Color** blanco gris

Macho ☐ **Peso** 5,9

Hembra ☒

Firma Luz Dely Ja.

c.c 1087546.987

Tel 3127860687



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

1284 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 gloria ines suaza

Identificación 1087492590 **Dirección** B. Puerto bello

Teléfono 3215369545

Información Paciente yoryi

Perro ☐ **Nombre** yoryi **Fecha Nacimiento** 1 año

Gato ☒ **Raza** mix **Color** Cafe negro

Macho ☒ **Peso** 3,4

Hembra ☐

Firma

C.C 1087492590

Tel 3215369545



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

1285 27

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS
"MULTISER"

|COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre gloria ines suara

Identificación 1087492590 **Dirección** B. puerto bello

Teléfono 3215369545

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** luna **Fecha Nacimiento** 1 año

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

Macho [ ] **Peso** 4

Hembra [X]

Firma

C.C 1087492570

Tel 3215369545



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1286 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 Jhonatan Alexande. sierra

Identificación 9737732 **Dirección** B. la milagrosa

Teléfono 3116813092

Información Paciente

Perro ☒ **Nombre** Rockie **Fecha Nacimiento** 1 año

Gato ☐ **Raza** mix **Color** cafe

Macho ☒ **Peso** 16

Hembra ☐

Firma Jonatan sierra

C.C 9.737732

Tel 3116813092



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1287 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 Liliana cano

Identificación 1111742009 **Dirección** B. la milagrosa

Teléfono 3215012029

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Dulce **Fecha Nacimiento** 8 meses

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

Macho ☐ **Peso** 12,5

Hembra ☒

Firma Liliana Cano

C.C 1111.742.009

Tel 3215012029



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1288 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 Elsy Correa

Identificación 42024537 **Dirección** cra 2ª #16 A 03 B. Progreso

Teléfono 3225923305

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** NIÑO **Fecha Nacimiento** 7 meses

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

Macho ☒ **Peso** 3,6

Hembra ☐

Firma Elsy Correa.

C.C 42024537.

Tel 3225923305.



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1289

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 Alba nidia Ruiz

Identificación 42030549 Dirección B. bosques de la milagrosa

Teléfono 3105411206

Información Paciente

Perro ☐ Nombre negro Fecha Nacimiento 1 año

Gato ☒ Raza mix Color negro

Macho ☒ Peso 3

Hembra ☐

Firma Alba NidiaR

C.C 42030549

Tel 3105411206



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

1790

32

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS
"MULTISER"

|COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Esmeralda Piedrahita

Identificación 1121417876 **Dirección** Tayrasife 1 Cr 18B 13-19

Teléfono 3105947365

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** CUCU **Fecha Nacimiento** 6 meses

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

Macho ☒ **Peso** 3,3

Hembra ☐

Firma Esmeralda Piedrahita

C.C 1121417876

Tel 3105947365



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1291 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 Jessica Maria londoño

Identificación 1087554361 **Dirección** Calle 14 # 2-73 el Progreso

Teléfono 3104905062

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** DOKI **Fecha Nacimiento** 2 años

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

Macho [X] **Peso** 9,4

Hembra [ ]

Firma Jessica londoño

C.C 1087554361.

Tel 3104905062.



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1292 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 Jessica Maria londoño

Identificación 1087554361 **Dirección** Calle 14 # 2-73 el progreso

Teléfono 3104905062

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Lupita **Fecha Nacimiento** 1 año

Gato ☒ **Raza** mix **Color** gris

Macho ☐ **Peso** 7,9

Hembra ☒

Firma Jessica londoño.

C.C 1087554361.

Tel 3104905062.



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1293

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 Rubiela maria Arango

Identificación 42026185 **Dirección** B. Pedro Pablo Velez

Teléfono 3117734083

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Pitufina **Fecha Nacimiento** 4 años

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

Macho ☐ **Peso** 5

Hembra ☒

Firma Rubiela maria

c.c 42.026185

Tel



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1294 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 Rubiela maria Arango

Identificación 42026185 **Dirección** B. pedro Pablo velez

Teléfono 3117734083

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Palomina **Fecha Nacimiento** 1 año

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

Macho ☐ **Peso** 4

Hembra ☒

Firma Rubiela maria

c.c 42-026185

Tel



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1295 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 Yenny Yohana Murillo

Identificación 25026549 **Dirección** Calle 8 # 48D B El Edén

Teléfono 3216804964

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** GUADALUPE **Fecha Nacimiento** 6 meses

Gato [ ] **Raza** cruz **Color** amarillo

Macho [ ] **Peso** 9,4

Hembra [X]

Firma YENNY MURILLO

c.c 25026549

Tel 3216804964



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1296

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 Daniel Marín

Identificación 1087554071 **Dirección** Calle 15A 7A 76

Teléfono 3147795593

Información Paciente

Perro ☒ **Nombre** ARANZA **Fecha Nacimiento** 5 años

Gato ☐ **Raza** Mix **Color** amarillo

Macho ☐ **Peso** 6

Hembra ☒

Firma Daniel Marín

C.C 1087554071

Tel 3147795593



Scanned with CamScanner

1797

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 Daniel Marín

Identificación 1087554071 **Dirección** Calle 15A 7A76

Teléfono 3147795593

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** SAMANDA **Fecha Nacimiento** 7 años

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

Macho [ ] **Peso** 6,15

Hembra [X]

Firma Daniel Marín

C.C 1087554071.

Tel 3147795593



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1298

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 Yennifer Michel Pachahita

Identificación 1087557513 **Dirección** Calle 97 4A27 La Playa

Teléfono 3137493306

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** NIEVE **Fecha Nacimiento** 1 año

Gato ☒ **Raza** mix **Color** blanca Negra

Macho ☐ **Peso** 3,5

Hembra ☒

Firma Michel Pena

C.C 1.087.557.513

Tel 3137493306



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1299

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

|COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Vanessa Diaz

Identificación 1087555275 **Dirección** Calle 5ª 6-26 B las Americas

Teléfono 3173599660

Información Paciente

Perro ☒ **Nombre** DANTE **Fecha Nacimiento** 2 años 1/2

Gato ☐ **Raza** Poster Aleman **Color** Negro Dorado

Macho ☒ **Peso** 40

Hembra ☐

Firma Vanessa Diaz

c.c 1.087.555.275

Tel 317 3599660.



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1300

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 Vanessa Diaz

Identificación 1087555775 **Dirección** Calle 6 6-26

Teléfono 3173599660

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** JULIA **Fecha Nacimiento** 5 meses

Gato ☒ **Raza** mix **Color** abano

Macho ☐ **Peso** 2

Hembra ☒

Firma Vanessa Diaz

c.c 1.087.555.275

Tel 3173599660



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1301

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 Elenid Medina

Identificación 24548784 **Dirección** B alfonso lopez calle 11B 1A 67

Teléfono 3113407647

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** LUNA **Fecha Nacimiento** 4 años

Gato [ ] **Raza** cruz **Color** blanca

Macho [ ] **Peso** 19

Hembra [X]

Firma Elenid Medina

C.C 24 54 87 84

Tel 311 340 7647



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1302

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 Luz Mari Henao

Identificación 25 248 438 **Dirección** B. Silvifredo Zuleta

Teléfono 3204250685

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** Dulce **Fecha Nacimiento** 8 meses

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

Macho [ ] **Peso** 3,4

Hembra [X]

Firma LUZ MARY

C.C 25248438

Tel 3204250685



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1303

45

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

|COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre María Rosa Baja

Identificación 42029755 **Dirección** B Diu XII cal 16 11-42

Teléfono 3217460969

Información Paciente

Perro ☒ **Nombre** JACHY **Fecha Nacimiento** 11 meses 1/2

Gato ☐ **Raza** cruz **Color** amarillo

Macho ☐ **Peso** 12,3

Hembra ☒

Firma María Rosa Baja

C.C 42029755

Tel 3217460969



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1304

46

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre María Liliana Cosas

Identificación 42075242 **Dirección** B Expansión Norte calle 2CA 9BC4

Teléfono 3114089251

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** KIARA **Fecha Nacimiento** 2 años

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

Macho [ ] **Peso** 31 S

Hembra [X]

Firma María Liliana Cosas

C.C 42.075 242

Tel 3114089251



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1305

47

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

|COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Maria Liliana Cosas

Identificación 42025242 **Dirección** Expansión Norte C 20 A 9 B 04

Teléfono 3114089251

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** MICHIN **Fecha Nacimiento** 1 año

Gato ☒ **Raza** mix **Color** tigrasgris

Macho ☑ **Peso** 3.8

Hembra ☐

Firma María Liliana Cosas R

C.C 42.025.242

Tel 3114089251



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1306

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 Camila Sanchez ~~La Milagrosa~~

Identificación 1087561394 **Dirección** B. la milagrosa

Teléfono 3215666887

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** niño **Fecha Nacimiento** 11 meses

Gato ☒ **Raza** mix **Color** gris

Macho ☒ **Peso** 3,1

Hembra ☐

Firma Camila Sanchez

c.c 1087561394

Tel _____



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA 1307

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 Mary luz Gallego

Identificación 42079454 **Dirección** Buenos Aires cra 4c 12-33

Teléfono 3116074494

Información Paciente

Perro ☒ **Nombre** POLA **Fecha Nacimiento** 21 meses

Gato ☐ **Raza** pastor Aleman **Color** negro cafe

Macho ☐ **Peso** 18

Hembra ☒

Firma Mary L Gallego

C.C 42079454

Tel 3116074494



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA 1308

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

Jhoselin

Nombre Yoselin Gaviria

Identificación 1087157101 **Dirección** B. la plava

Teléfono 3207565285

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** niña **Fecha Nacimiento** 3 años

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

Macho ☐ **Peso** 4 6

Hembra ☒

Firma Jhoselin Gaviria

C.C 1087557801

Tel 3207565985



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA 1309

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 Yose Jhoselin Gaviria

Identificación 1087557801 **Dirección** B. la playa

Teléfono 3207569 85

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** Niña **Fecha Nacimiento** 8 meses

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

Macho [ ] **Peso** 7 L 4

Hembra [X]

Firma Jhoselin Gaviria

c.c 1087557801

Tel 3207565985



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1310

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 Fabiola Alvarez

Identificación 24511539 **Dirección** B Sigifredo Londoño

Teléfono 3126440968

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** MONO **Fecha Nacimiento** 1 año

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

Macho ☒ **Peso** 6,15

Hembra ☐

Firma Fabiola Alvarez

C.C 24511539

Tel 3126440968



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1311

53

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

|COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Yenny Gómez

Identificación 1087559532 **Dirección** calle 14 # 17-03

Teléfono 3013099613

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** NICO **Fecha Nacimiento** 7 meses

Gato ☒ **Raza** criollo **Color** negro blanco

Macho ☒ **Peso** 3,2

Hembra ☐

Firma Jenny Gomez

C.C 1.087559532

Tel 3013099613.



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA 1312

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 Yenny Gómez

Identificación 1087559532 **Dirección** Calle 14 12-03

Teléfono 3013099613

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** XIOMI **Fecha Nacimiento** 18 meses

Gato ☒ **Raza** Criy **Color** blanca tigrada

Macho ☐ **Peso** 3,3

Hembra ☒

Firma Yenny Gomez

C.C 1087559532

Tel 3013099613.



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA 1313

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 Lina Maria Sanchez

Identificación 42027500 **Dirección** B. Piodoce

Teléfono 3235679203

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** Kaba **Fecha Nacimiento** 8 meses

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

Macho [ ] **Peso** 3,9

Hembra [X]

Firma Lina Maria S.

C.C 42027500

Tel 3225679203



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA 1314

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 Kevin Andres Archila

Identificación 1095301601 **Dirección** B. alfonso lopez

Teléfono 3044021660

Información Paciente

Perro ☒ **Nombre** Noa **Fecha Nacimiento** 11 meses

Gato ☐ **Raza** mix **Color** Cafe

Macho ☐ **Peso** 12,2

Hembra ☒

Firma Kevin Archila

C.C 1095301601

Tel 3044021660



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1315

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 Valentina Pino

Identificación 1087553364 **Dirección** La Palma

Teléfono 3217634877

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** LUNA **Fecha Nacimiento** 1 año

Gato ☒ **Raza** Cruce **Color** Negro blanco

Macho ☐ **Peso** 2,3

Hembra ☒

Firma valentina pino

C.C 1087553364

Tel 3217634877



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1376

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 Valentina Pino

Identificación 1087553364 **Dirección** La Palma

Teléfono 3217634877

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** MINO **Fecha Nacimiento** 10 meses

Gato ☒ **Raza** cruz **Color** tigrero

Macho ☐ **Peso** 3,1

Hembra ☒

Firma Valentina Pino

C.C 1087553364

Tel 3217634877



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1317

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 Jasmin Castañeda

Identificación 1004558367 **Dirección** B. Luis Carlos galan

Teléfono 3208860721

Información Paciente

Perro ☒ **Nombre** TAYSON **Fecha Nacimiento** 2 años

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

Macho ☒ **Peso** 23

Hembra ☐

Firma Jasmin Castañeda

c.c 1004568367

Tel 3208860721



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1318

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 IVONNE HERRERA

Identificación 1010125960 **Dirección** calle 18 cra 4ta A 64-P1 San Carlos

Teléfono 3113054299

Información Paciente

Perro ☒ **Nombre** KANDY **Fecha Nacimiento** 10 meses

Gato ☐ **Raza** criolla **Color** chocolate

Macho ☐ **Peso** 20

Hembra ☒

Firma Ivonne Herrera

c.c 1010125960

Tel 3113054299.



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1319

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 Mariana Ramos

Identificación 42023779 **Dirección** B. San Antonio

Teléfono ~~321 3055~~45 3054541767

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Ronie **Fecha Nacimiento** 1 año

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

Macho ☒ **Peso** 3,5

Hembra ☐

Firma Mariana Ramos

C.C 42023774

Tel 3054541767



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1320

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 M/a del Carmen Rendón

Identificación 25247731 **Dirección** cra 4a 9-10 B La playa

Teléfono 3137732590

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** DULCE **Fecha Nacimiento** 2 meses

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

Macho ☐ **Peso** 3,6

Hembra ☒

Firma María Rendón

C.C 25.247.731

Tel 3137732590



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1321

03

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Leyda Maya

Identificación ~~75200 43 307~~ 25 243 307 **Dirección** Cra 4C 9-10

Teléfono 313773 25 90

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** LILU **Fecha Nacimiento** 2 años

Gato ☒ **Raza** Cruz **Color** blanco

Macho ☑ **Peso** 4lb

Hembra ☐

Firma Leyda Amaya

C.C 25. 243. 307

Tel 3137732590



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1322

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 María Gutierrez

Identificación 42027475 **Dirección** B. la milagrosa

Teléfono 3127215029

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Odin ospina g **Fecha Nacimiento** 11 meses

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

Macho ☒ **Peso** 4.35

Hembra ☐

Firma

C.C 42027475

Tel 3127215029



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1323

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 Nicol holguin

Identificación 1087550039 **Dirección** B. la milagrosa

Teléfono 3135210861

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** candy **Fecha Nacimiento** 11 años

Gato [ ] **Raza** Pug **Color** beigge. negro

Macho [ ] **Peso** 4,3

Hembra [X]

Firma Nicol Holguin

c.c 1087550039

Tel 3135210861.



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1324

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 Luz fabiola granada

Identificación 42021964 **Dirección** B. la Milagrosa

Teléfono 3136774823

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** tom **Fecha Nacimiento** 10 años

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

Macho ☒ **Peso** 3,1

Hembra ☐

Firma Luz Fabiola granada

C.C 42 027 964

Tel 3136774823



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1325

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 Geraldine Villada Gonet

Identificación 1087556361 **Dirección** B. Pio doce

Teléfono 3138536517

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** Atenea **Fecha Nacimiento** 1 año

Gato [ ] **Raza** Pitbull **Color** Cafe - blanca

Macho [ ] **Peso** 15 l

Hembra [X]

Firma

C.C 1087556361

Tel 3138536517



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1326

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 Yeraldine villada gomez

Identificación 1087556361 **Dirección** B. Piodoce

Teléfono 3138536517

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** Coco **Fecha Nacimiento** 1 año

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

Macho [X] **Peso** 5,15

Hembra [ ]

Firma

c.c 1087556361

Tel 3138536517



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1321

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 Sara bedoya

Identificación 1004720227 **Dirección** B. barron gaviria

Teléfono 3232808263

Información Paciente

Perro ☒ **Nombre** Rocky **Fecha Nacimiento** 4 años

Gato ☐ **Raza** mix **Color** blanco. cafe

Macho ☒ **Peso** 8135

Hembra ☐

Firma Sara Bedoya

C.C 1004720227.

Tel 3232808263.



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1328

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 Yuliana Gonzalez

Identificación 1087553140 **Dirección** A 7 de enero

Teléfono 3104684667

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Niño **Fecha Nacimiento** 6 meses

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

Macho ☒ **Peso** 3,9

Hembra ☐

Firma Yuliana Gonzalez

C.C 1087553140

Tel 3104634667



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1329

71

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Identificación 1087555598 **Dirección** V. Aguacate F. Porvenir

Teléfono 3234461629

Información Paciente

Perro ☒ **Nombre** RAMEL **Fecha Nacimiento** 9 meses

Gato ☐ **Raza** mix **Color** Negro cafe

Macho ☒ **Peso** 11,8

Hembra ☐

Firma ERIKA ALVAREZ

C.C 1087555598

Tel 3234461629



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1330

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 Erika Alvarez

Identificación 1087555598 **Dirección** U. aguacate F Pereira

Teléfono 3234461679

Información Paciente

Perro ☒ **Nombre** NESUKO **Fecha Nacimiento** 9 meses

Gato ☐ **Raza** cruz **Color** Negro

Macho ☐ **Peso** 8.9

Hembra ☒

Firma ERIKA ALVAREZ

C.C 1087555598

Tel 3234461679



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1331

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 Erika Alvarez

Identificación 1087555598 **Dirección** V aguacate F. Parrein

Teléfono 3234461629

Información Paciente

Perro ☒ **Nombre** ZENITZU **Fecha Nacimiento** 10 meses

Gato ☐ **Raza** mix **Color** Cafe

Macho ☐ **Peso** 6,7

Hembra ☒

Firma ERIKA ALVAREZ

c.c 1087555598

Tel 3234461629



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1332

74

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre María deisy Martinez

Identificación 24712977 **Dirección** V. Per alonso

Teléfono 3217478562

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** Lulu **Fecha Nacimiento** 1 año

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

Macho [ ] **Peso** 6kg

Hembra [X]

Firma María DEISY MA

C.C 24712977

Tel 3217478582.



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1333

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 Orlando sanchez

Identificación 24712977 **Dirección** V. Peralonso

Teléfono 3217478562

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** Martina **Fecha Nacimiento** 5 meses

Gato [ ] **Raza** mix **Color** capo -chocolate

Macho [ ] **Peso** 9,20

Hembra [X]

Firma Orlando Sanchez

C.C 10.095.818

Tel 3217478567



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1334

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 Yenny Aguirre

Identificación _____ **Dirección** _____

Teléfono _____

Información Paciente

Perro ☒ **Nombre** DOKY **Fecha Nacimiento** 4 años

Gato ☐ **Raza** mix **Color** Cafe

Macho ☒ **Peso** 31

Hembra ☐

Firma Yenny. D.A.B

C.C 1099559933

Tel 3218101179.



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1335

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 Yenny Aguirre

Identificación 1087559933 **Dirección** V. la Palma

Teléfono 3218101179

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** NIÑO **Fecha Nacimiento** Sanos

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

Macho [X] **Peso** 7,75

Hembra [ ]

Firma Yenny D.A.B

C.C 1087559937

Tel 3218101179



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1336

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 Ricaurte Cardona

Identificación 4558605 **Dirección** El Aguacate

Teléfono 3

Información Paciente

Perro ☒ **Nombre** HELE **Fecha Nacimiento** 7 meses

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

Macho ☐ **Peso** 9,8

Hembra ☒

Firma Ricaurte Cardona

C.C 4558605

Tel



Programa de Bienestar Animal

Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1337

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 Sofia García

Identificación 1087547437 **Dirección** la Palma

Teléfono 3223294590

Información Paciente

Perro ☒ **Nombre** CRONUS **Fecha Nacimiento** 9 meses

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

Macho ☒ **Peso** 18,4

Hembra ☐

Firma Sofia García

C.C 1087547437.

Tel 3223294590.



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1338

80

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre María Lady Cano

Identificación 42032231 **Dirección** B. el aguacate

Teléfono 320628840

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Mimí **Fecha Nacimiento** 1 año

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

Macho ☐ **Peso** 3.88

Hembra ☒

Firma María Judith cano g

C.C 42032231

Tel 3206288440



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1339

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 Maria Judith Cano

Identificación 42032231 **Dirección** B. el aguacate

Teléfono 3206288440

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** naila **Fecha Nacimiento** 1 año

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

Macho ☐ **Peso** 2,5

Hembra ☒

Programa de Bienestar Animal

Firma Maria Judith cano

C.C 42.032.231

Tel 3206288440



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1340

8.2

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Aidee Florez

Identificación 28723776 **Dirección** V. la Palma

Teléfono 3202186111

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** Tira **Fecha Nacimiento** 2 años

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

Macho [ ] **Peso** 10,45

Hembra [X]

Firma Aidee Florez

C.C 28773776

Tel 3202186111



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1341

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 Aider Floret

Identificación 28723776 **Dirección** V. la Palma

Teléfono 3202186111

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** Morenito **Fecha Nacimiento** 2 años

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

Macho [X] **Peso** 10kg

Hembra [ ]

Firma Aider Florez

c.c 28723776

Tel 3202186111



Scanned with CamScanner

1342

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

84

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Aidee Flores

Identificación 28723776 **Dirección** La Palma

Teléfono 3107186111

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Oreo **Fecha Nacimiento** 6 Meses

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

Macho ☒ **Peso** 3.5

Hembra ☐

Firma Aidee Flores

c.c 28723776

Tel 3207186111



Scanned with CamScanner

1343

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 Amparo Florez

Identificación 42031464 **Dirección** V. la Palma

Teléfono 3117835830

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Polo **Fecha Nacimiento** 3 años

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

Macho ☒ **Peso** 4,2

Hembra ☐

Firma Luz Amparo Florez

c.c 42031464

Tel 3117835830



Scanned with CamScanner

1344

86

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Maria ines salas

Identificación 42072587 **Dirección** B V. la Palma

Teléfono 3136746214

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Lupita **Fecha Nacimiento** 1 año

Gato ☒ **Raza** mix **Color** gris

Macho ☐ **Peso** 4,4

Hembra ☒

Firma Maria Ines salas

C.C 42072587

Tel 3136746214



Scanned with CamScanner

1345

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

87

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Identificación 1000244247 **Dirección** El Portal de la Virginia

Teléfono 3108799684

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** mono **Fecha Nacimiento** 2 años

Gato ☒ **Raza** mix **Color** Mono

Macho ☒ **Peso** 3,45

Hembra ☐

Firma

C.C 1.088824247

Tel 3108799684



Scanned with CamScanner

1346

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 Angie Alejandra Alvarez

Identificación 1088274247 **Dirección** El Portal de la Virginia

Teléfono 3108799684

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** Machi **Fecha Nacimiento** 3 años

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

Macho [X] **Peso** 14.2

Hembra [ ]

Firma Angie Alvarez

C.C 1.088274247

Tel 3108799684



Scanned with CamScanner

1347

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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 Martha María díaz zapata

Identificación 42023411 **Dirección** El Portal de la variante

Teléfono 3116439775

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** bruno **Fecha Nacimiento** 1 año

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

Macho [X] **Peso** 10,7

Hembra [ ]

Firma Jorge mario p.

C.C 70.050447

Tel 3116439775



Scanned with CamScanner

1348

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

9.D

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Yamileth Villada

Identificación 1087556733 **Dirección** B. las americas

Teléfono 3027445267

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Tita **Fecha Nacimiento** 1 año

Gato ☒ **Raza** MIX **Color** negra

Macho ☐ **Peso** 7,75

Hembra ☒

Firma Yamileth Villada B.

C.C 1087556733

Tel 3027445267.



Scanned with CamScanner

1349

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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 Yamileth Villada

Identificación 1087556733 **Dirección** B. las americas

Teléfono 3027445267

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Dulce **Fecha Nacimiento** 2 años

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

Macho ☒ **Peso** 4,55

Hembra ☐

Firma Yamileth Villada

c.c 1087556733

Tel 3027445267.



Scanned with CamScanner

1350

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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 millerlady hinestroza

Identificación 1087556455 **Dirección** B. el progreso

Teléfono 3233195310

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** kira **Fecha Nacimiento** 10 meses

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

Macho [ ] **Peso** 27

Hembra [X]

Firma miller hinestroza

C.C 1087556455

Tel 3233195310



Scanned with CamScanner

1351

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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 Stephanie Florez Villa

Identificación 1004628473 **Dirección** B. San Carlos

Teléfono 3122711467

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Maximo **Fecha Nacimiento** 1 año

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

Macho ☒ **Peso** 5,28

Hembra ☐

Firma Stephany Florez

C.C 1004628473

Tel 3122711467



Scanned with CamScanner

1352

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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 Stephany Florez

Identificación 1004628473 **Dirección** B. San Carlos

Teléfono 3122711467

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Milu **Fecha Nacimiento** 1 año

Gato ☒ **Raza** Mix **Color** negra

Macho ☐ **Peso** 2.7

Hembra ☒

Firma Stephany Florez

C.C 1004628473

Tel 3122711467



Scanned with CamScanner

1353

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

95

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Karol Tatiana Muñoz

Identificación 1087562295 **Dirección** calle 6 21-66 Libertadores

Teléfono 3126897396

Información Paciente

Perro ☒ **Nombre** EROS **Fecha Nacimiento** 2 1/2 años

Gato ☐ **Raza** criollo **Color** amarillo blanco

Macho ☒ **Peso** 10,4

Hembra ☐

Firma karol Tatiana Muñoz

c.c 1087562295

Tel 3126897396



Scanned with CamScanner

1354

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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 Angela Saldarriaga

Identificación 42030852 **Dirección** calle 12 # 10-12 San Cayetano

Teléfono 3154170415

Información Paciente

Perro ☒ **Nombre** ANNIE **Fecha Nacimiento** 2 años 1/2

Gato ☐ **Raza** Yorkie **Color** Gris beige

Macho ☐ **Peso** 5,1 LS

Hembra ☒

Firma Angela Mª Saldarriaga

C.C 42030852.

Tel 3154170415.



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1355

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 Laura Cruz

Identificación 1087559753 **Dirección** Cra 21 # 5-30 Los Libertadores

Teléfono 3137496111

Información Paciente

Perro ☒ **Nombre** AARON **Fecha Nacimiento** 4 años

Gato ☐ **Raza** mix **Color** blanco

Macho ☒ **Peso** 9.8

Hembra ☐

Firma Laura Cruz A

C.C 1087559753

Tel 3133749611



Scanned with CamScanner

1356

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

98

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Karol Tatiana Muñoz

Identificación 1087562295 **Dirección** la Pelusa

Teléfono 3126897396

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** LILU **Fecha Nacimiento** 5 meses

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

Macho ☒ **Peso** 4.3

Hembra ☐

Firma Karol Muñoz

c.c 1087562295

Tel 3126897396



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1357

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 Karol Tatiana Muñoz

Identificación 1087562795 **Dirección** la Palma

Teléfono 3126897396

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** VANTO **Fecha Nacimiento** 6 meses

Gato ☒ **Raza** criolla **Color** Negro

Macho ☒ **Peso** 4 kl

Hembra ☐

Firma Karol Muñoz

c.c 1087562795

Tel 3126897396



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1358

100

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Karol Tatiana Muñoz

Identificación 1087562295 **Dirección** La Palma

Teléfono 3126897396

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Kimbal **Fecha Nacimiento** 2 años

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

Macho ☒ **Peso** 3,9

Hembra ☐

Firma Karol Muñoz

c.c 1087562295

Tel 3126897396



Programa de Bienestar Animal

Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1359

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 Stephanie Cardec Flores V.

Identificación 1004628473 **Dirección** San Carlos Calle 18 B 4 A 68

Teléfono 3122711467

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** CARAMELO **Fecha Nacimiento** 1 1/2 año

Gato ☒ **Raza** mix **Color** café

Macho ☒ **Peso** 4,3

Hembra ☐

Firma Stephany Flores

C.C 1004628473

Tel 3122711467



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1360

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 Luz Andrea Alzate D

Identificación 1087546066 **Dirección** calle 16A # 2-63

Teléfono 3234852856

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** FRESITA **Fecha Nacimiento** 5 años

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

Macho ☐ **Peso** 3,9

Hembra ☒

Firma Luz Andrea Alzate

C.C 1087546066

Tel 3234852856



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1361

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 Jhon Ortiz Ospina

Identificación 1097491178 **Dirección** B. San Carlos

Teléfono 3225991334

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Lia **Fecha Nacimiento** 8 meses

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

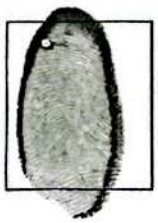
Macho ☐ **Peso** 2,75

Hembra ☒

Firma

C.C 1097491178

Tel 3225991934



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1362

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 Mary Luz lopez

Identificación 42031303 **Dirección** B. San Carlos

Teléfono 3208872691

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Kitty **Fecha Nacimiento** 1 año

Gato ☒ **Raza** mix **Color** amarilla

Macho ☐ **Peso** 4175

Hembra ☒

Firma

c.c 42031303

Tel 42031303.



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1363

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 Justo Pasto idarrea

Identificación 18608246 **Dirección** B. arfonso lopez

Teléfono 3135122102

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** Manuela **Fecha Nacimiento** 6 meses

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

Macho [ ] **Peso** 6,7

Hembra [X]

Firma

C.C 18.608.246

Tel 313 512 2102



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1364 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 Luz Mila Diaz

Identificación 42020590 **Dirección** B. Coconi

Teléfono 3123912479

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** Susi **Fecha Nacimiento** 5 años

Gato [ ] **Raza** Pincher **Color** negro

Macho [ ] **Peso** ?

Hembra [X]

Firma

C.C 42020590

Tel 3123912479



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1365

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 Leonela Sena

Identificación 1007220828 **Dirección** V. la Palma

Teléfono 3011753823

Información Paciente

Perro ☒ **Nombre** Princesa **Fecha Nacimiento** 3 años

Gato ☐ **Raza** doberman **Color** negra - cafe

Macho ☐ **Peso** 24

Hembra ☒

Firma Leonela

C.C 1007220828

Tel 3011753823



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1366

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 Leonela sena

Identificación 1007220828 **Dirección** V. la Palma

Teléfono 3017753821

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** Canela **Fecha Nacimiento** 3 años

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

Macho [ ] **Peso** 10

Hembra [X]

Firma Leonela

C.C 1007220828

Tel 3017753823



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1367 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 Leonela sena

Identificación 1007220828 **Dirección** V. la palma

Teléfono 3011753823

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** Nena **Fecha Nacimiento** 1 año

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

Macho [ ] **Peso** 5 lb

Hembra [X]

Firma Leonela

C.C 1007220828

Tel 3011753823



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1368

110

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Leonela serna

Identificación 1007220828 **Dirección** V. la Palma

Teléfono 3011753823

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** Rocky **Fecha Nacimiento** 1 año

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

Macho [X] **Peso** 21 4

Hembra [ ]

Firma Leonela

C.C 1007220828

Tel 3011753823



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1369

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Yajaira García

Identificación 1087548716 **Dirección** cra 21 4-13 Libertadores

Teléfono 3145668769

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** BOLIGUESO **Fecha Nacimiento** 2 años

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

Macho ☑ **Peso** 4/6

Hembra ☐

Firma Yajaira García

C.C 1087548716

Tel 3145668769



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1370

112

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Identificación 1088251403 **Dirección** Cl 70 #70 A04 Pedro Pablo Bello

Teléfono 3116169657

Información Paciente

Perro ☒ **Nombre** LOLA **Fecha Nacimiento** 8 años

Gato ☐ **Raza** Pincher **Color** Negro Amarillo

Macho ☐ **Peso** 3,35

Hembra ☒

Firma Leidy Yohana

C.C 1.088251403

Tel 3176864667



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

1371

113

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS
"MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Isabel Rivera

Identificación 1090076687 **Dirección** B Magdalena

Teléfono 3107143803

Información Paciente

Perro ☒ **Nombre** MATEO **Fecha Nacimiento** 5 años

Gato ☐ **Raza** mix **Color** Gris

Macho ☒ **Peso** 18

Hembra ☐

Firma Isabel Rivera

c.c 1090076687

Tel 3107143803



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1372

114

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Isabel Rivera

Identificación 1090076687 **Dirección** B Magdalena

Teléfono 3107143803

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Carol Gel **Fecha Nacimiento** 1 año

Gato ☒ **Raza** cruce **Color** blanco amarillo

Macho ☐ **Peso** 3,2

Hembra ☑

Firma ISABEL RIVERA

C.C 1090076687

Tel 3107143803



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

1373

115

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS
"MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Isabel Rivera

Identificación 1090076687 **Dirección** B Magdalena

Teléfono 3167143803

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** NICOLAS **Fecha Nacimiento** 10 años

Gato [ ] **Raza** cruz **Color** Negro

Macho [X] **Peso** 15,20

Hembra [ ]

Firma Isabel Rivera

C.C 1090076687

Tel 3107143803



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1374

116

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Isabel Rivera

Identificación 1090076687 **Dirección** B Magdalena

Teléfono 3107143803

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Shakira **Fecha Nacimiento** Año

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

Macho ☐ **Peso** 23

Hembra ☒

Firma Isabel Rivera

C.C 1090076687

Tel 3107143803



Programa de Bienestar Animal

Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1375

117

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Identificación 10 198 338 **Dirección** calle 15 #11 A 49 Pic XII Nuevo

Teléfono 3103892644

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** LICHI **Fecha Nacimiento** 3 años

Gato [ ] **Raza** Mest **Color** Abano

Macho [ ] **Peso** 4/8

Hembra [X]

Firma

C.C 10 198 338

Tel 3103892644



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1376

118

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Identificación 31425311 **Dirección** Cra 14 #2-45 Pueblo Rico

Teléfono 3107250655

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** PIULIN **Edad** 9 meses

Gato ☒ **Raza** Criollo **Color** amarillo

Macho ☒ **Peso** _____

Hembra ☐

Firma Dora Gonzales

C.C 31425311

Tel 3107250655.



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1377

119

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Genoveva Hinostroza

Identificación 25004545 **Dirección** calle 17 #E-45 El Prado 2º Piso

Teléfono 3122865527

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** STUAR **Fecha Nacimiento** 11 meses

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

Macho ☒ **Peso** 3,4

Hembra ☐

Firma Genoveva

C.C 25004545

Tel 3122865527



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1378

120

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Orlando López Restrepo

Identificación 10051751 **Dirección** Cra 7a # 12 A 08

Teléfono 3138399156

Información Paciente

Perro ☒ **Nombre** PRINCESA **Fecha Nacimiento** 5 meses

Gato ☐ **Raza** mix **Color** Negro

Macho ☐ **Peso** 7,45

Hembra ☒

Firma Orlando Lopez

C.C 10 051.751

Tel 3138399156



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1379

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Identificación 1007213982 **Dirección** la variante pedro Pablo bello

Teléfono 3235140601

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** Chocolatina **Fecha Nacimiento** 3 años

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

Macho [ ] **Peso** 17

Hembra [X]

Firma

C.C 1007213982

Tel 3235140601



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1380

122

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Identificación 1087549998 **Dirección** M210 C H 19-30

Teléfono 3215245042

Información Paciente

Perro ☒ **Nombre** Kaila **Fecha Nacimiento** 27 meses

Gato ☐ **Raza** pinchercruzado **Color** blanco cebado

Macho ☐ **Peso** 3,75

Hembra ☒

Firma Leidy Johanna

C.C 1087549998

Tel 3215245042



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1381 123

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Identificación _____ **Dirección** _____

Teléfono _____

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** MARTIN **Fecha Nacimiento** 1 año

Gato ☒ **Raza** CRUZA **Color** amarillo

Macho ☒ **Peso** 4,3

Hembra ☐

Firma Leidy Johana.

C.C 1087549998

Tel 3215245042



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1382 124

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Lina

Nombre Viviana Aristizabal

Identificación 42031493 **Dirección** B. la Milagrosa

Teléfono 3218273734

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** Niña **Fecha Nacimiento** 5 años

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

Macho [ ] **Peso** 7

Hembra [X]

Firma Ana Viviana A.S.

C.C 42031493

Tel 3218273734



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1383

175

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Martha ligia garcia

Identificación 42032016 **Dirección** B. bavaria

Teléfono 3128990832

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** niño **Fecha Nacimiento** 7 meses

Gato ☑ **Raza** Siames **Color** ~~tian~~ blanco.negro-cafe

Macho ☒ **Peso** 2

Hembra ☐

Firma Martha Garcia

C.C 42032016

Tel 3128990832



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1384

126

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Identificación 1087552330 **Dirección** Cr 5 - Cs 9-54 b.las flores

Teléfono 3133163088

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** Princesa **Fecha Nacimiento** 1 año

Gato [ ] **Raza** Min Pinche **Color** Cafe

Macho [ ] **Peso** 1.45

Hembra [X]

Firma Maria melida M

C.C 1087552330

Tel 3133163088



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1385

177

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Identificación 42030013 **Dirección** Calle 16 # 6 A 107

Teléfono 3217335114

Información Paciente

Perro ☒ **Nombre** KIARA **Fecha Nacimiento** 2 años 9 meses

Gato ☐ **Raza** criX **Color** café con leche

Macho ☐ **Peso** 11,75

Hembra ☒

Firma Paula A Serna

C.C 42030013

Tel 3217335114



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

1386

178

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Identificación 42020641 **Dirección** B. buenos aires cl 13 4A-21

Teléfono 3215594235

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** Zeus **Fecha Nacimiento** 1 año

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

Macho [X] **Peso** 15,8

Hembra [ ]

Firma Cecilia Serna

C.C 42020641

Tel 3215594235



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1387

129

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Julian David Posada

Identificación 1087559202 **Dirección** Cra 9ª 13-43

Teléfono 3193516539

Información Paciente ASLAN

Perro ☐ **Nombre** A. **Fecha Nacimiento** 2 años

Gato ☒ **Raza** Criolla **Color** Amarillo

Macho ☒ **Peso** 5

Hembra ☐

Firma Julian David Posada

C.C 1087559202

Tel 3193516539



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1388

130

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Mariane Hernandez

Identificación 1087556787 **Dirección** Cra 21 4A-02 Libertadores

Teléfono 3114140211

Información Paciente

Perro ☒ **Nombre** MAX **Fecha Nacimiento** 1 año

Gato ☐ **Raza** mix **Color** Cafe

Macho ☒ **Peso** 5kl

Hembra ☐

Firma

C.C 1084556284

Tel 3114140211



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1389 131

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Maria Jose Rojas

Identificación 1087551656 **Dirección** B. la magdalena

Teléfono 3136537664

Información Paciente

Perro ☒ **Nombre** Aaron **Fecha Nacimiento** 11 meses

Gato ☐ **Raza** Pitbull **Color** blanco - cafe

Macho ☒ **Peso** 18

Hembra ☐

Firma Maria José Rojas

C.C 1087551656

Tel 3136537664



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1390

132

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Identificación 1087551656 **Dirección** B. la magdalena

Teléfono 3136537664

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Afrodita **Fecha Nacimiento** 6 meses

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

Macho ☐ **Peso** 2,5

Hembra ☒

Firma Mara. psé R.

C.C 1087561656

Tel 3136537664



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1391

133

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Identificación 1087551656 **Dirección** B. la magdalena

Teléfono 3136537664

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** miguelita **Fecha Nacimiento** 6 meses

Gato ☒ **Raza** Mix **Color** negro

Macho ☐ **Peso** 2.15

Hembra ☒

Firma María Jose

C.C 1087551656

Tel 3136537664



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1392

134

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre GLORIA RAMIREZ

Identificación 42002824 **Dirección** tl Provenio

Teléfono 3148902142

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** moluco **Fecha Nacimiento** 2021

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

Macho [ ] **Peso** 3 kg

Hembra [X]

Firma

C.C 42002824

Tel

Programa de Bienestar Animal

Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1393

135

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Carmenza Muñoz

Identificación 42117863 **Dirección** Calle 10 4-51 Buenos Aires

Teléfono 3235113863

Información Paciente

Perro ☒ **Nombre** MANOLO **Fecha Nacimiento** 18 meses

Gato ☐ **Raza** mix **Color** negro

Macho ☒ **Peso** 13

Hembra ☐

Firma CARMENZA MUÑOZ

C.C 42117863

Tel 3235113863



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1394

136

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Juliana Rodriguez C.

Identificación (3) 1112459637 **Dirección** calle 19 # 9-10 Tarsaquito 1

Teléfono 3116793269

Información Paciente

Perro ☒ **Nombre** TUNGO **Fecha Nacimiento** 7 años

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

Macho ☒ **Peso** 15,4

Hembra ☐

Firma JUANA Rodriguez

C.C 1112459037.

Tel 3116793269



Scanned with CamScanner

1395

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

137

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

7

Nombre Luz Mila Diaz

Identificación 42020590 **Dirección** B. Coconi

Teléfono 3123942479

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Leo **Fecha Nacimiento** 6 meses

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

Macho ☒ **Peso** 3,5

Hembra ☐

Firma

C.C 42020590

Tel 312 394 2479



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1396

138

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Angy Ceballos

Identificación 1087549712 **Dirección** 1a Variante

Teléfono 3205355045

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** ZAIRA **Fecha Nacimiento** 1 año

Gato ☒ **Raza** Cruce **Color** Negro

Macho ☐ **Peso** 2.5

Hembra ☒

Firma Sara Moreno

c.c 1087549712

Tel 3205355045



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1397

139

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Camilo Cardona

Identificación 1112767384 **Dirección** Calle 15A 8C 55

Teléfono 3136250106

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** SOL **Fecha Nacimiento** 8 meses

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

Macho ☐ **Peso** 4.75

Hembra ☒

Firma Camilo Cardona

C.C 1112.767384

Tel 3136250106



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1398

140

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Camilo Cardona

Identificación _____ **Dirección** _____

Teléfono _____

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** OREO **Fecha Nacimiento** 8 meses

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

Macho ☒ **Peso** 4.8

Hembra ☐

Firma Camilo Cardona

C.C 1.112.767384

Tel 3136250100



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1399

141

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Yenny Noreña

Identificación 1087548186 **Dirección** B. los libertadores

Teléfono 3137057642

Información Paciente Noa

Perro ☐ **Nombre** Nora **Fecha Nacimiento** 7 meses

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

Macho ☐ **Peso** 3,1

Hembra ☒

Firma Yenny A. Noreña.

C.C 1087548186

Tel 3137057642.



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1400

142

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Valentina Bostrepo

Identificación 1005021381 **Dirección** Calle 14 A 7 A 27

Teléfono 3017923799

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** TOM **Fecha Nacimiento** 7 meses

Gato ☒ **Raza** mix **Color** Gris blanco

Macho ☒ **Peso** 4,05

Hembra ☐

Firma Valentina vestrepo

c.c 1005021381

Tel 3017923799



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1401

143

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Yenny Noreña

Identificación 1087548186 **Dirección** Calle 3ª 20-57

Teléfono 3137057642

Información Paciente

Perro ☒ **Nombre** MILU **Fecha Nacimiento** 10 meses

Gato ☐ **Raza** Mix **Color** amarillo

Macho ☐ **Peso** 10,1

Hembra ☒

Firma Yenny A. Noreña.

C.C 1087548186

Tel 3137057642.



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1462

144

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre maria isabel sepulveda

Identificación 42028125 **Dirección** B. libertadores

Teléfono 3113980844

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** Lulu **Fecha Nacimiento** 2 años

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

Macho [ ] **Peso** 17

Hembra [X]

Firma Maria Isabel Sz

C.C 42028125

Tel 3113980844



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1403

145

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Yuleth Bedoya

Identificación 1075277688 **Dirección** B. Magdalena

Teléfono 3116172877

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** NIÑA **Fecha Nacimiento** 2 años

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

Macho [ ] **Peso** 9,4

Hembra [X]

Firma Yuleth Bedoya

C.C 1075277688

Tel 3116172877



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1404

146

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Doc Gonzalez

Identificación 31425311 **Dirección** El progreso cra 14 2-45

Teléfono 3107250655

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** LUPE **Fecha Nacimiento** 30 meses

Gato ☒ **Raza** cruce **Color** amarillo

Macho ☐ **Peso** 3,75

Hembra ☒

Firma Doro Gonzales

C.C 31425311

Tel 3107250655



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1405 147

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Denis Heredia

Identificación 42029965 **Dirección** calle 18A 4A 25 San Carlos

Teléfono 3125419726

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** DRAKO **Fecha Nacimiento** 8 meses

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

Macho ☒ **Peso** 3,5

Hembra ☐

Programa de Bienestar Animal

Firma Dennis Heredia

C.C 42029965

Tel 3125419726



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1406

148

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Francy Lizeth Restrepo

Identificación 42027434 **Dirección** Cra 10 9-41 la Playa

Teléfono 3122490650

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** MUROCHA **Fecha Nacimiento** 6 meses

Gato ☒ **Raza** mest **Color** Negro

Macho ☐ **Peso** 2,7

Hembra ☒

Firma Carmenza Giraldo

C.C 42.027.434.

Tel 312.2490650



Programa de Bienestar Animal

Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1407 149

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Identificación 42117863 **Dirección** calle 10 4-51 Barrios Unidos

Teléfono 3235113863

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** LUPE **Fecha Nacimiento** 1 año

Gato ☒ **Raza** cruce **Color** blanco Gris

Macho ☐ **Peso** 4,2

Hembra ☒

Firma Luz VALENCIA

C.C 42117863

Tel 3235113863



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1468

150

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Maritza Soto

Identificación 1000090465 **Dirección** Calle 21 11-16 Expansión Norte

Teléfono 3117051916

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** INDIGO **Fecha Nacimiento** 2 años 1/2

Gato ☒ **Raza** Criollo **Color** Abano

Macho ☒ **Peso** 3,5

Hembra ☐

Firma Maritza Soto

C.C 1000090465

Tel 3117051916



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1409 151

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Identificación 31425311 **Dirección** Cra 14 2-45 El Progreso

Teléfono 3107250655

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** RAYAS **Fecha Nacimiento** 9 meses

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

Macho ☒ **Peso** 2,9

Hembra ☐

Firma Dora Gonzales

C.C 31425311

Tel 3107250655



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1410

152

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Leonela Seina

Identificación 1007220828 **Dirección** V. la Palma

Teléfono 3011753823

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Pandora **Fecha Nacimiento** 8 meses

Gato ☒ **Raza** Angora **Color** negro - gris - blanco - amarillo

Macho ☐ **Peso** 7,35

Hembra ☒

Firma Leonela

C.C 1007220828

Tel 3011753823



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1411

153

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Maritza Soto Serna

Identificación 1000090465 **Dirección** B. expansion norte

Teléfono 3117051916

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** Pinto **Fecha Nacimiento** 2 años

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

Macho [X] **Peso** 31

Hembra [ ]

Firma Maritza soto Serna

C.C 1000090465

Tel 3117051916



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1412

154

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre FRANCY POREY PALEJO

Identificación 42031682 **Dirección** EL TAMBARIFE

Teléfono 3108171358

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** PANCHO **Fecha Nacimiento** 8 meses

Gato ☒ **Raza** MIX **Color** BLANCO CON negro

Macho ☒ **Peso** 2.0

Hembra ☐

Firma FRANCY PAZOA

C.C 42031682

Tel 3108171358



Scanned with CamScanner

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. Si

Nombre y Firma Deybi Osorio

CC 1087600044 **Teléfono:** 3113929135 **Municipio:** La Virginia

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS
"MULTISER"

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

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

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

1	2	3	4	X5

- Fue clara las recomendaciones pos quirúrgicas
-)

1	2	3	4	X5

- Como percibió el trato que le dieron a su mascota

1	2	3	4	X5

- El personal médico demostró destreza y conocimiento

1	2	3	4	X5

Responda según corresponda a las siguientes preguntas:

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

-
- Se le realizó algún cobro por el servicio prestado

  SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

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

Marina Motato

Nombre y Firma

CC 47025899 **Teléfono:** 3106059935 **Municipio:** La Virginia

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.

Nombre y Firma

cc 1112904003 **Teléfono:** 3008887593 **Municipio:** La Virginia

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 [ ] NO [X] No Sabe [ ]

-
- Se le realizó algún cobro por el servicio prestado

  SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

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

  SI [X] NO [/] No Sabe [ ]

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

SI

Nombre y Firma

CC 42030376. **Teléfono:** 3185362332. **Municipio:** La Virginia (R

Angélica A.F.

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 [ ] NO [X] No Sabe [ ]

-
- Se le realizó algún cobro por el servicio prestado

  SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

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

Si Porque es una identificación

Nombre y Firma

cc Luisa Fernanda M **Teléfono:** 3226265794 **Municipio:** La Virginia

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.

  Si

Nombre y Firma Maribel Vélez Bueno

CC 1087547003 **Teléfono:** 3205156829 **Municipio:** La Virginia R/

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

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

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

1	2	3	4	5

- Fue clara las recomendaciones pos quirúrgicas
-)

1	2	3	4	5

- Como percibió el trato que le dieron a su mascota

1	2	3	4	5

- El personal médico demostró destreza y conocimiento

1	2	3	4	5

Responda según corresponda a las siguientes preguntas:

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

-
- Se le realizó algún cobro por el servicio prestado

  SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

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

SI

Nombre y Firma
CC Maria Tejos
1000358210 **Teléfono:** 3008305840 **Municipio:** la Virginia

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

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

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

1	2	3	4	5

- Fue clara las recomendaciones pos quirúrgicas
-)

1	2	3	4	5

- Como percibió el trato que le dieron a su mascota

1	2	3	4	5

- El personal médico demostró destreza y conocimiento

1	2	3	4	5

Responda según corresponda a las siguientes preguntas:

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

-
- Se le realizó algún cobro por el servicio prestado

  SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

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

Valeria Gomez
Nombre y Firma

CC 3217603161 **Teléfono:**

La Virginia
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

- 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.

  Si

Kaven Velez
Nombre y Firma

cc 1007221057 **Teléfono:** 3216760574 **Municipio:** la Virginia

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

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

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

1	2	3	4	5
				X

- Fue clara las recomendaciones pos quirúrgicas
- }

1	2	3	4	5
				X

- Como percibió el trato que le dieron a su mascota

1	2	3	4	5
				X

- El personal médico demostró destreza y conocimiento

1	2	3	4	5
				X

Responda según corresponda a las siguientes preguntas:

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

-
- Se le realizó algún cobro por el servicio prestado

  SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

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

  Si, porque es una identificación

Nombre y Firma Maria del pilar Herrera

CC 42028079 **Teléfono:** 3145761381 **Municipio:** La Virginia.

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	5 X

- El personal médico demostró destreza y conocimiento

1	2	3	4	5 X

Responda según corresponda a las siguientes preguntas:

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

-
- Se le realizó algún cobro por el servicio prestado

  SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

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

Nombre y Firma Luz mari Bedoya

CC 1030526355 **Teléfono:** 313 3610305 **Municipio:** La virginia

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.

Nombre y Firma

cc 1112904003 **Teléfono:** 3212603161 **Municipio:** la virginia

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 [✓] NO [ ] No Sabe [ ]

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

Natalia Orozco
Nombre y Firma

CC 1.087554233 **Teléfono:** 3275977957 La Virginia Risaralda
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	X5

- Fue clara las recomendaciones pos quirúrgicas
- }

1	2	3	4	X5

- Como percibió el trato que le dieron a su mascota

1	2	3	4	X5

- El personal médico demostró destreza y conocimiento

1	2	3	4	X5

Responda según corresponda a las siguientes preguntas:

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

-
- Se le realizó algún cobro por el servicio prestado

  SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

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

Luz Adriana R.
Nombre y Firma

CC 1.087548134 **Teléfono:** 3145447327 **Municipio:** La Virginia

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.

Miller
Nombre y Firma

CC 42031043 **Teléfono:** 3107826109 **Municipio:**

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

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

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

1	2	3	4	5 X

- Fue clara las recomendaciones pos quirúrgicas
- }

1	2	3	4	5 X

- Como percibió el trato que le dieron a su mascota

1	2	3	4	5 X

- El personal médico demostró destreza y conocimiento

1	2	3	4	5 X

Responda según corresponda a las siguientes preguntas:

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

-
- Se le realizó algún cobro por el servicio prestado

  SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

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

Nombre y Firma Maria Mancera

CC 42'021'848 **Teléfono:** 3217479640 **Municipio:**

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS
"MULTISER"

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

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

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

1	2	3	4	5

- 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.

  Si.

Nombre y Firma María Viola Zapata

CC 42.070399. **Teléfono:** 3148717401 **Municipio:** la Virginia