1180

51

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 Gloria Quintero Aviroz

Identificación 25175377 **Dirección** B. la Union

Teléfono 3128800374

Información Paciente

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

Gato ☐ **Raza** Coker **Color** Cafe claro

Macho ☐ **Peso** 6,5

Hembra ☒

Firma Gloria Quintero C.

C.C 25175377

Tel 3128800374



Scanned with CamScanner

1181

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

52

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Joseph santiago lopez

Identificación 1128904063 **Dirección** B. bosques de santa ana

Teléfono 3104241359

Información Paciente

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

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

Macho [X] **Peso** 4

Hembra [ ]

Firma

C.C 1128904063

Tel 3104241359

Programa de Bienestar Animal

Scanned with CamScanner

1182

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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 Luz amparo granada

Identificación 33965883 **Dirección** Estacion bomberos

Teléfono 3217728213

Información Paciente

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

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

Macho ☐ **Peso** 13,40

Hembra ☒

Firma Luz Amparo G.

c.c 33'965883

Tel 321 77282 13



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1183

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 Cendrea Ramos

Identificación 43181971 **Dirección** Vereda el Lembo Finca Nuevo Amanecer

Teléfono 3146684634

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** APOLO **Fecha Nacimiento** 6 años

Gato [ ] **Raza** Doberman **Color** Negro y cafe

Macho [X] **Peso** 37

Hembra [ ]

Firma

C.C 43181971

Tel 3146684634



Scanned with CamScanner

1184

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

55

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Luis Carlos Orozco

Identificación 1058816653 **Dirección** B. la unión

Teléfono 3013194589

Información Paciente

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

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

Macho ☐ **Peso** 2,2

Hembra ☒

Firma Luis Carlos Orozco

C.C 1058816653

Tel 3013194589



Programa de Bienestar Animal

Scanned with CamScanner

1185

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

56

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Adiela Osorio Perez

Identificación 25163394 **Dirección** calle 28 # 23-A-15

Teléfono 3204138070

Información Paciente

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

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

Macho ☒ **Peso** 7,65

Hembra ☐

Firma Adiela Osorio Perez

c.c 25163394

Tel 3204138070



Scanned with CamScanner

1186

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

57

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Marisela lopez

Identificación 25173766 **Dirección** Cra 13 # 28-141

Teléfono 3137527561

Información Paciente

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

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

Macho ☒ **Peso** 2

Hembra ☐

Firma Marisela lopez

C.C 25173766

Tel 3137527561



Scanned with CamScanner

1187

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

58

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Jhon Fabe. Herrera

Identificación 10 93214761 **Dirección** B. Villa Nora

Teléfono 3148728172

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** Yara **Fecha Nacimiento** 9 meses

Gato [ ] **Raza** bulinpitbull **Color** negro

Macho [ ] **Peso** 12,5

Hembra [X]

Firma Jhon Faber H.

C.C 1093 214 761

Tel 3226708317



Scanned with CamScanner

1188

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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 Enrique Ospina

Identificación 5956456 **Dirección** los Balsos cra 24 #30-80

Teléfono 3113961934

Información Paciente

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

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

Macho ☐ **Peso** 2

Hembra ☒

Firma Enrique Ospina

C.C 5-956-456

Tel 311-396-1934



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1189

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 Luz Amparo Granada

Identificación 33965883 **Dirección** Calle 10 15-18

Teléfono 3217728213

Información Paciente

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

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

Macho ☐ **Peso** 2

Hembra ☒

Firma Luz Amparo G.

C.C 33'965883

Tel 3217728213



Scanned with CamScanner

1190

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

61

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Luz Amparo Granada

Identificación _____ **Dirección** _____

Teléfono _____

Información Paciente

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

Gato ☐ **Raza** mix **Color** café blanco

Macho ☐ **Peso** 6,55

Hembra ☒

Firma Luz Amparo G.

C.C 33'965883

Tel 321 772 82 13



Scanned with CamScanner

1191

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

62

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Juan Pablo Uribe

Identificación 1005893794 **Dirección** B. Altos de veracruz

Teléfono 3177803013

Información Paciente

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

Gato [ ] **Raza** Cooker **Color** amarillo

Macho [ ] **Peso** 9,5

Hembra [X]

Firma

C.C 1005893794

Tel 3426864930



Scanned with CamScanner

1192

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

63

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS
"MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Alicia Orozco

Identificación 25162165 **Dirección** B. la reina

Teléfono 3136452128

Información Paciente

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

Gato ☒ **Raza** siames **Color** beige

Macho ☐ **Peso** 2,2

Hembra ☒

Firma Alicia Orozco

C.C 25.162165

Tel 3136452128



Programa de Bienestar Animal

Scanned with CamScanner

1193

64

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 Valentina Grajales G.

Identificación 1091273229 **Dirección** Vereda Campo Alegre Planta

Teléfono 3136870263

Información Paciente

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

Gato ☒ **Raza** criolla **Color** tricolor amarillos

Macho ☐ **Peso** 7.4

Hembra ☒

Firma Valentina Grajales Garcia

C.C 1091273229

Tel 3136870263



Scanned with CamScanner

1194

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

65

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Valentina Grajales

Identificación _____ **Dirección** _____

Teléfono _____

Información Paciente

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

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

Macho ☒ **Peso** 3

Hembra ☐

Firma Valentina Grajales C

C.C 1091273229

Tel 3176870263



Scanned with CamScanner

1195

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

66

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Claudia Vera

Identificación 1093216867 **Dirección** B. la argelia baja cs 64

Teléfono 3148000308

Información Paciente

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

Gato ☒ **Raza** mix **Color** Cafe

Macho ☐ **Peso** 2K

Hembra ☒

Firma Claudia Vera

C.C 1093216867

Tel 3148000308



Scanned with CamScanner

1196

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

67

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Milton Tamayo

Identificación 1093215436 **Dirección** B. Centro

Teléfono 3116844104

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** Morita **Fecha Nacimiento** 8 años

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

Macho [ ] **Peso** 8,9

Hembra [X]

Firma

C.c 1093215436

Tel 3116844104



Programa de Bienestar Animal

Scanned with CamScanner

1197

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

68

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Angie Manuela Pueha

Identificación 1091273375 **Dirección** B. la eugenia

Teléfono 3226595182

Información Paciente

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

Gato [ ] **Raza** bulldog Frances **Color** mono-blanco

Macho [X] **Peso** 13,8

Hembra [ ]

Firma

C.C 1091273375

Tel 3226595182



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1198

69

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre María eddy Matías

Identificación 25162543 **Dirección** B. la Milagrosa

Teléfono 3162920949

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** COCO **Fecha Nacimiento** 7 Meses

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

Macho ☒ **Peso** 3

Hembra ☐

Firma María eddy Matías

C.C 25162543

Tel 3162920949



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1199

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 JORGE PENDON

Identificación 1093213368 **Dirección** LA EUGENIA

Teléfono 3205883983

Información Paciente

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

Gato [ ] **Raza** PINCHER **Color** BLANCA CON CAFE

Macho [ ] **Peso** 7.9

Hembra [X]

Firma

C.C 1093213368

Tel 3205883983



Scanned with CamScanner

1200

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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 JORGE RENDON

Identificación 1093213368 **Dirección** LA EUGENIA

Teléfono 3205883983

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** ELOZ **Fecha Nacimiento** 20 OCT 2020

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

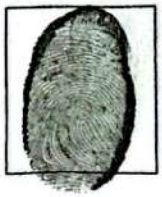
Macho [X] **Peso** 3,3

Hembra [ ]

Firma

C.C 1093213368

Tel 3205883983



Programa de Bienestar Animal

Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1201

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 Gloria Arango

Identificación 25164514 **Dirección** La Eugenia

Teléfono 3046632858

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** Hela **Fecha Nacimiento** 2023

Gato ☒ **Raza** Mix **Color** Tricolor

Macho ☐ **Peso** 2-9

Hembra ☒

Firma

C.C 25164514

Tel 3046632858



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1202

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 Luz Fany Alvarez

Identificación 24396113 **Dirección** B. cerros de Monserrate

Teléfono 3146382491

Información Paciente

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

Gato ☒ **Raza** mix **Color** negro

Macho ☒ **Peso** 3,6

Hembra ☐

Firma Luz Fanny Alvarez.

C.C 24396113

Tel 3146382491



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1203

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 Lady Johana García

Identificación 1093218487 **Dirección** B. el Palmar

Teléfono 3192283587

Información Paciente

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

Gato [ ] **Raza** mix **Color** café

Macho [ ] **Peso** 5,7

Hembra [X]

Firma Lady Johanna G.

C.C 1093218487

Tel 3192283587



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1204

75

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Lady Johana garcia

Identificación 1093218987 **Dirección** B. el palmar

Teléfono 3192283587

Información Paciente

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

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

Macho [X] **Peso** 3,75

Hembra [ ]

Firma Lady Johanna G.

C.C 1093218987

Tel 3192283587



Scanned with CamScanner

1205

76

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 stiven restrepo

Identificación 1004520170 **Dirección** B. la esperanza

Teléfono 3042317170

Información Paciente

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

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

Macho ☐ **Peso** 3

Hembra ☒

Firma stiven restrepo

C.C 1004520176

Tel 304 231 7170



Scanned with CamScanner

1206

77

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Luz dery Muñoz

Identificación 24339759 **Dirección** B. Portal de la hermosa

Teléfono 3207170041

Información Paciente

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

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

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

Hembra [ ]

Firma

C.C 24'339759

Tel 3207170041



Scanned with CamScanner

1207

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

78

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

|COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Yuly tatiana Garcia

Identificación 1088825283 **Dirección** B. los artesanos

Teléfono 3217437241

Información Paciente

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

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

Macho [ ] **Peso** 4,5

Hembra [X]

Firma Yuly Tatiana Garcia

C.C 1088825283

Tel 3217437241



Scanned with CamScanner

1203

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

79

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

|COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Raul Gonzalez

Identificación 1088028990 **Dirección** B. Luis Carlos Galan

Teléfono 3127744562

Información Paciente

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

Gato [ ] **Raza** Samoyeo **Color** blanco

Macho [ ] **Peso** 19

Hembra [X]

Firma Raul

C.C 1088028990

Tel 3127744562



Scanned with CamScanner

1209

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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 Luz Fanny Alvarez

Identificación 24396113 **Dirección** B. cerros de Mariscal

Teléfono 3146382491

Información Paciente

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

Gato [ ] **Raza** mix **Color** amarilla

Macho [ ] **Peso** 4,35

Hembra [X]

Firma Luz Fanny Alvarez.

C.C 24396113.

Tel 3146382491



Scanned with CamScanner

1210

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

81

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

|COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Ariamy González
Identificación 1088041698 **Dirección** Calle 25 A #23-39
Teléfono 3213135539 Fermín López

Información Paciente

Perro ☒ **Nombre** SHANG **Fecha Nacimiento** 4 años
Gato ☐ **Raza** HUSKY **Color** blanco Negro
Macho ☒ **Peso** 30
Hembra ☐

Firma Ariamy González
C.C 1088041698
Tel 3213135539.



Scanned with CamScanner

1211

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

B2

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

|COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre LUISA FERNANDA PUERTA RIOS

Identificación 1091272864 **Dirección** CL 2 B # 2054

Teléfono 3147928827

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** NALA **Fecha Nacimiento** ENERO 2024

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

Macho [ ] **Peso** 8,5

Hembra [X]

Firma Luisa Fernanda Puerta

C.C 1091272864

Tel 3147928827



Scanned with CamScanner

1212

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

83

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

|COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre SANDRA MILENA LOAIZA CASSIO

Identificación 18592638 **Dirección** CALLE 34A # 33D-67

Teléfono 3202029040

Información Paciente

Perro ☒ **Nombre** MILAGRO **Fecha Nacimiento** 1 AÑO

Gato ☐ **Raza** MIX **Color** SMOKILLO

Macho ☒ **Peso** 17

Hembra ☐

Firma [signature]

C.C 18.592.638

Tel 3116559313



Programa de Bienestar Animal

Scanned with CamScanner

1213

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

B4

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

¡COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Hugo Gallego Pinzon

Identificación 4582140 **Dirección** Cll 20 A 1740 Porvenir

Teléfono 3166261430

Información Paciente

Perro ☒ **Nombre** MATEO **Fecha Nacimiento** 10 MAYO 2016

Gato ☐ **Raza** SCHNAUCER **Color** BLANCO

Macho ☒ **Peso** 7kg

Hembra ☐

Firma Hugo Gallego P

C.C 4582140

Tel 3166261430



Scanned with CamScanner

1214

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

B5

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

|COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre MAIRA LORENA CORTEZ

Identificación 1024535144 **Dirección** CR 8B # 3122 Piso 2

Teléfono 3145636084

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** TITO **Fecha Nacimiento** 2020

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

Macho ☒ **Peso** 2

Hembra ☐

Firma Maira Lorena Cortez

C.C 1024535144

Tel 3224803124



Scanned with CamScanner

1215

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

86

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

|COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Gloria Isabel Gonzales

Identificación 25165166 **Dirección** B. Nuevo horizonte bajo

Teléfono 3106460831

Información Paciente

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

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

Macho [ ] **Peso** 9,5

Hembra [X]

Firma Gloria Isabel Gonzalez

C.C 25165166

Tel 3106460831



Scanned with CamScanner

1216

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 Lorena Garcia

Identificación 1093213849 **Dirección** B. villa diana

Teléfono 3153557748

Información Paciente

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

Gato [ ] **Raza** Pitbull americas **Color** mono-blanco

Macho [ ] **Peso** 40

Hembra [X]

Firma LORENA GARCIA

C.C 1093213849

Tel 3153557748



Scanned with CamScanner

1217

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 Angela maria hernandez

Identificación 1088246999 **Dirección** B. la flora

Teléfono 3113022716

Información Paciente

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

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

Macho [X] **Peso** 12

Hembra [ ]

Firma Angela Hernández C.

C.C 1.088.246.999

Tel 311-3022716



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

12 18

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 Elizabeth ibarra franco

Identificación 1006024927 **Dirección** B. san luis

Teléfono 3226527036

Información Paciente

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

Gato ☒ **Raza** Mix **Color** Amarillo

Macho ☒ **Peso** 2

Hembra ☐

Firma Elizabeth Ibarra F

C.C 1006024927

Tel 3226527036



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

12 19

90

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

|COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Carmen Giraldo

Identificación 42145953 **Dirección** B. Cerros de Monserrate

Teléfono 3153750695

Información Paciente

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

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

Macho ☒ **Peso** 4

Hembra ☐

Firma Carmen Giraldo

C.C 42145953

Tel 3153750696



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1220

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 Sherll Ovalle

Identificación 1091272667 **Dirección** B. Monserrate

Teléfono 3219928257

Información Paciente

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

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

Macho [X] **Peso** 21

Hembra [ ]

Firma Sherll ovalle

C.C 1091272667

Tel 3219928257



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1221

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 Aurora largo Diaz

Identificación 25063925 **Dirección** B. villa fany

Teléfono 3128858915

Información Paciente

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

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

Macho ☐ **Peso** 2

Hembra ☒

Firma Aurora Diaz

C.C 25063925

Tel 3128858915



Scanned with CamScanner

1222

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 laura vanessa gutierrez

Identificación 1089932749 **Dirección** B. la Unión

Teléfono 3173433186

Información Paciente

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

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

Macho [ ] **Peso** 5,6

Hembra [X]

Firma laura vanessa

C.C 1089932749

Tel 3173433186



Scanned with CamScanner

1223

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 Isabela Canayo Plaja

Identificación 42125523 **Dirección** B. jardines parte baja

Teléfono 3182747438

Información Paciente

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

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

Macho ☐ **Peso** 1,3

Hembra ☒

Firma

c.c 42 125 523

Tel 3182747438



Scanned with CamScanner

1224

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 Maria Carmona

Identificación 42125523 **Dirección** B. Jardines Parte baja

Teléfono 3182747430

Información Paciente

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

Gato [ ] **Raza** pincher **Color** Cafe

Macho [X] **Peso** 4.5

Hembra [ ]

Firma Maria David Carmona

C.C 42.125.523

Tel 3182747438



Scanned with CamScanner

1225

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 Yury Zapata

Identificación 1126424313 **Dirección** B. bosques de Santa ana

Teléfono 3207659545

Información Paciente

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

Gato ☒ **Raza** mix **Color** Ceniza

Macho ☒ **Peso** 4,49

Hembra ☐

Firma

C.C 1126424313

Tel 3207659545



1226

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

97

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Yuri Zapata

Identificación 1126424313 **Dirección** B. bosques de santa ana

Teléfono 3207659545

Información Paciente

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

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

Macho ☐ **Peso** 2.8

Hembra ☒

Firma

C.C 1126424313

Tel 3207659545



Scanned with CamScanner

1227

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 Jheraldyn Vargas López

Identificación 1091272336 **Dirección** B. la trinidad

Teléfono 3228723893

Información Paciente

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

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

Macho [ ] **Peso** 6

Hembra [X]

Firma Jheraldyn Vargas

C.C 1091272336

Tel 3228723893



Scanned with CamScanner

1226

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 Jhonier Rios

Identificación 18612257 **Dirección** B. la carrilera

Teléfono 3104555076

Información Paciente

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

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

Macho [ ] **Peso** 2

Hembra [X]

Firma

C.C 18612257

Tel 3104555076



Scanned with CamScanner

1229

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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 Jhonier Rios

Identificación 18 612257 **Dirección** B. la carrilera

Teléfono 3104555076

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** toby **Fecha Nacimiento** 11 meses

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

Macho [X] **Peso** 5,8

Hembra [ ]

Firma

C.C 18617257

Tel 3104555076



Scanned with CamScanner

1230

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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 Helba Osorio

Identificación 25150593 **Dirección** Calle 18 Nuevo Oriente

Teléfono 3216203966

Información Paciente

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

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

Macho ☐ **Peso** 7 1

Hembra ☒

Firma Helba Osorio

C.C 25150593

Tel 321 620 3966



Scanned with CamScanner

1231

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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 Lorena Perdomo

Identificación 1088279206 **Dirección** B. la eugenia

Teléfono 3016961658

Información Paciente

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

Gato ☒ **Raza** mix **Color** negro

Macho ☒ **Peso** 7,5

Hembra ☐

Firma

C.C 1088279206

Tel 3016961658



Programa de Bienestar Animal

Scanned with CamScanner

1232

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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 Lorena perdomo

Identificación 1088279206 **Dirección** B. la eugenia

Teléfono 3016961658

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** sin nombre **Fecha Nacimiento** 5 meses

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

Macho ☒ **Peso** 25

Hembra ☐

Firma

C.C 1088279206

Tel 3016961658

Scanned with CamScanner

1233

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

704

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

|COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Identificación 1094951317 **Dirección** Calle 26 17-15 la Trinidad

Teléfono 3216731220

Información Paciente

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

Gato ☒ **Raza** mix **Color** tigrillo

Macho ☒ **Peso** 3,5

Hembra ☐

Programa de Bienestar Animal

Firma Lorena Tapiero

C.C 1094951317.

Tel 3216731220



Scanned with CamScanner

1234

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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 Karen Motato

Identificación 1089373108 **Dirección** B. la Union

Teléfono 3136935440

Información Paciente

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

Gato [ ] **Raza** pincher **Color** negro

Macho [X] **Peso** 4,75

Hembra [ ]

Firma Karen Motato Londoño

C.C 1089379108

Tel 3136935440



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1235

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 Daniela argos

Identificación 1115063805 **Dirección** B. Guayacanes

Teléfono 3185195138

Información Paciente

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

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

Macho [ ] **Peso** 3,5

Hembra [X]

Firma

C.C 1115063805

Tel 3185195138



Scanned with CamScanner

1236

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

167

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

|COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Nena Vargas

Identificación 1089380965 **Dirección** Manantial 2 Mz 10 C 34A3

Teléfono 3147192723

Información Paciente

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

Gato [ ] **Raza** american bully **Color** Gris

Macho [ ] **Peso** 20

Hembra [X]

Firma [signature]

C.C 1089380965

Tel 3147192723



Programa de Bienestar Animal

Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1237

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 Leandro Becoya

Identificación 25172823 **Dirección** B. Pio 12 C 8

Teléfono 3188518691

Información Paciente

Perro ☒ **Nombre** GOLDEN **Fecha Nacimiento** 28 meses

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

Macho ☒ **Peso** 7.69

Hembra ☐

Firma

C.C 25172823

Tel 3188518691



Scanned with CamScanner

1238

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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 Paola Torres

Identificación 1093219413 **Dirección** B. el porvenir Cs 17-2-02

Teléfono 3207325345

Información Paciente

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

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

Macho ☐ **Peso** 2.8

Hembra ☒

Firma PAOLA TORRES

C.C 1093219413

Tel 3207325345



Programa de Bienestar Animal

Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1239

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 Aura Cristina Galvis

Identificación 1088018354 **Dirección** Conjunto los Portales

Teléfono 3150212336

Información Paciente

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

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

Macho ☐ **Peso** 3,77

Hembra ☒

Firma AURA CRISTINA G

c.c 1088018354

Tel 3150212336



Scanned with CamScanner

1240

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

111

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

|COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Ana Marcela Murillo

Identificación 1093721345 **Dirección** Mz Q C312 la Enseric

Teléfono 3138401163

Información Paciente

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

Gato ☒ **Raza** mix **Color** blanco

Macho ☐ **Peso** 7.55

Hembra ☒

Firma Marcela Murillo

C.C 1093721345

Tel 3138401163



Programa de Bienestar Animal

Scanned with CamScanner

1241

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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 Juan Carlos Giraldo

Identificación 1093222479 **Dirección** calle 28 # 21-56

Teléfono 3127951122

Información Paciente

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

Gato ☒ **Raza** mix **Color** negro

Macho ☐ **Peso** 2,2 S

Hembra ☒

Firma JUAN CARLOS GIRALDO

C.C 1093222479

Tel 3127951122



Scanned with CamScanner

1242

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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 Andrea Franco

Identificación 1010106117 **Dirección** Vereda el Manzanillo Filo Bonito

Teléfono 3045863265

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** LUCI **Fecha Nacimiento** 16 meses

Gato ☒ **Raza** mix **Color** Negro

Macho ☒ **Peso** 3.89

Hembra ☐

Firma Andrea Franco

C.C 1010106117

Tel 3045863265



Programa de Bienestar Animal

Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1243

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 Jazmin Acevedo

Identificación 1091272962 **Dirección** B. la Unión

Teléfono 3225952426

Información Paciente

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

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

Macho [ ] **Peso** 11

Hembra [X]

Firma Jazmin A

c.c 1091272962

Tel 3225952424



Scanned with CamScanner

1244

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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 Zuly noreña

Identificación 1143951836 **Dirección** B. la unión

Teléfono 3178327870

Información Paciente

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

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

Macho [X] **Peso** 13

Hembra [ ]

Firma Zuly noreña

C.C 1143951836

Tel 3178327870



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1245 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 Piedad Castro

Identificación 25163144 **Dirección** cra 11 2-75

Teléfono 3146899220

Información Paciente

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

Gato ☐ **Raza** mix **Color** cafe

Macho ☒ **Peso** 15,2

Hembra ☐

Firma Piedad Castro

C.C 25.163.144

Tel 3146899220



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1246

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 Marisol Rivera

Identificación 1093222954 **Dirección** Calle 20A - 17-20 barrio Porvenir

Teléfono 3137971193

Información Paciente

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

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

Macho [ ] **Peso** 3/2

Hembra [X]

Firma Marisol Rivera

c.c 1093222954

Tel 3137971193



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1247

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 Rosa Amanda Tovar

Identificación 25172140 **Dirección** Vereda La Capilla

Teléfono 3135602456

Información Paciente

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

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

Macho ☐ **Peso** 2,9

Hembra ☒

Firma Rosa Amanda

C.C 25 772 140

Tel 313 560 2456



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1248

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 Santiago lopez

Identificación 1093229138 **Dirección** centro

Teléfono 3188314155

Información Paciente

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

Gato [ ] **Raza** Pastor Aleman **Color** negro-cafe

Macho [X] **Peso** 43,7

Hembra [ ]

Firma

C.C 1093229138

Tel 3188314155



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1249 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 Leny Vasti Arango

Identificación 1114726735 **Dirección** V. San Jeronito

Teléfono 3225170558

Información Paciente

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

Gato ☒ **Raza** mix **Color** Negro

Macho ☒ **Peso** 3.30

Hembra ☐

Firma Leny Vasti Arango

C.C 1114726735.

Tel 3225170158



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1250

121

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

|COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Leny Vasti Chaux

Identificación 1114726735 **Dirección** U. San Juanito

Teléfono 3225170558

Información Paciente

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

Gato ☒ **Raza** Criollo **Color** canelo rayado

Macho ☒ **Peso** 4.30

Hembra ☐

Firma Leny Vasti Chaux

C.C 1114726735

Tel 3225170558



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1251

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 Paula Andrea Marin

Identificación 30360987 **Dirección** B. eugenia 2

Teléfono 3135785273

Información Paciente

Perro [X] **Nombre** Copito **Fecha Nacimiento** 9 meses

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

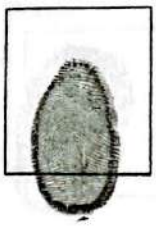
Macho [X] **Peso** 6

Hembra [ ]

Firma

C.C 30360987

Tel 3135785273



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1252

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 Gloria Inés Loaiza

Identificación 25158960 **Dirección** B. Guayabito C 17

Teléfono 3102025540

Información Paciente

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

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

Macho ☒ **Peso** 3

Hembra ☐

Firma Gloria Inés Loaiza

c.c 25158960

Tel 3102025540



Programa de Bienestar Animal

Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1253 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

Nombre Gloria Inés Loaiza

Identificación 25158960 **Dirección** B Guayabitos CA

Teléfono 310 702 5540

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** MUÑECHA 1 **Fecha Nacimiento** 6 meses

Gato ☒ **Raza** mix **Color** Negra

Macho ☐ **Peso** 3

Hembra ☒

Firma Gloria Inés Loaiza

C.C 25158960

Tel 310 702 5540



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1254 125

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

|COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Identificación 33965883 **Dirección** B. centro

Teléfono 3217728213

Información Paciente

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

Gato ☒ **Raza** Mix **Color** gris

Macho ☒ **Peso** 3.28

Hembra ☐

Firma Luz Amparo G.

c.c 33'965 883

Tel 321 772 82 13



Programa de Bienestar Animal

Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1755 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 manuela londoño osorio

Identificación 1004683177 **Dirección** B. Caldas

Teléfono 3107552805

Información Paciente

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

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

Macho [X] **Peso** 20

Hembra [ ]

Firma

c.c 1004683177

Tel 3107552805



Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1256

127

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

|COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS

Nit 816004711-7

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

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre Manuela Londoño Osorio

Identificación 1004683177 **Dirección** B. Caldas

Teléfono 3107552805

Información Paciente

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

Gato ☒ **Raza** mix **Color** gris

Macho ☒ **Peso** 3,5 c

Hembra ☐

Firma

c.c 1004683177

Tel 3107552805



Programa de Bienestar Animal

Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1257 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 Mauricio Castaño

Identificación 1128054208 **Dirección** Calle 19#25-15

Teléfono 3113090251

Información Paciente

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

Gato [ ] **Raza** Pitbull **Color** blanco mancha café

Macho [X] **Peso** 32

Hembra [ ]

Firma

C.C 1128054208

Tel 3113090251



Programa de Bienestar Animal

Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

1758

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 Gloria Ines Loaiza

Identificación 23589600 **Dirección** B Guayabito C 17

Teléfono 3102073540

Información Paciente

Perro ☐ **Nombre** MORUCHA 2 **Fecha Nacimiento** 6 meses

Gato ☒ **Raza** mix **Color** Negra

Macho ☐ **Peso** 3

Hembra ☒

Firma Gloria Ines Loaiza

C.C 23158900

Tel 3102073540



Scanned with CamScanner

EUTANASIA

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 la eutanasia a mi mascota de nombre KIARA, ya que, en la intervención quirúrgica de esterilización, los médicos encontraron el ovario izquierdo de gran tamaño (15 cm de diámetro) con adherencias a intestino y fusionado al páncreas.

Se le explica a la propietaria la condición medica de su mascota, a lo cual toma la decisión de realizar la eutanasia piadosa. Manifiesto expresamente que exonero a el Departamento de Risaralda la Secretaría Departamental de Salud, a La Cooperativa De Trabajo Asociado Multiplicadora De Servicios y al personal interviniente de cualquier responsabilidad médica, penal, civil contractual o civil extracontractual, en este evento.

Información Acudiente y/o Propietario

Nombre: Lorena García

Identificación 1 093 213 849 **Dirección:** Barrio Villa Diana

Teléfono 3153557748

Información Paciente

Perro ☑ **Nombre** Kiara **Fecha Nacimiento** 5 años

Gato ☐ **Raza** P.T bull **Color** mono blanco

Macho ☐ **Peso** 40

Hembra ☑

Firma Lorena García

C.C 1093213849

Tel 3153557748



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	X

- 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 [ ] NO [X] No Sabe [ ]

-
- Se le realizó algún cobro por el servicio prestado

  SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

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

Si, porque nos ayuda a identificar nuestra mascota y saber q" ya se encuentra esterilizad

Jorge Mauricio
Nombre y Firma

CC 25175911

3242843731
Teléfono:

Santa Rosa de Cabal
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, por que? si porque con ello se identifica

Nombre y Firma luisa Fernanda R.
CC 1004664459 **Teléfono:** 3136040139 **Municipio:** Santa Rosa

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 [ ] NO [X] No Sabe [ ]

-
- Se le realizó algún cobro por el servicio prestado

  SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

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

Si - Porque con el carnet se lleva un consecutivo y se esta al pendiente de los procedimientos y vacunación de la mascota.

Laura Rodriguez
Nombre y Firma

CC 1007192227 **Teléfono:** 3134159114 **Municipio:** Sta Rosa.

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, por que ?

  Por que sirve para identificarlos

Ruda Ortiz
Nombre y Firma

cc 1093226005 **Teléfono:** 3215988724 **Municipio:** Santa Rosa.

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	5X

- Fue clara las recomendaciones pos quirúrgicas

1	2	3	4	5X

- Como percibió el trato que le dieron a su mascota

1	2	3	4	5X

- El personal médico demostró destreza y conocimiento

1	2	3	4	5X

Responda según corresponda a las siguientes preguntas:

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

  SI [ ] NO [ ] No Sabe [X]

-
- Se le realizó algún cobro por el servicio prestado

  SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

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

es importante saber que ya esta esterilizada y saber bien su información

Lady Yohana Cifuentes

Nombre y Firma

CC

Teléfono: 3213678777

Municipio: santa rosa

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, por que ? Si. Es muy importante

Blanca Nubia G C25158037

Nombre y Firma

CC **Teléfono:** **Municipio:** Pereira

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

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

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

1	2	3	4	X

- Fue clara las recomendaciones pos quirúrgicas

1	2	3	4	X

- Como percibió el trato que le dieron a su mascota

1	2	3	4	X

- El personal médico demostró destreza y conocimiento

1	2	3	4	X

Responda según corresponda a las siguientes preguntas:

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

SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

-
- Se le realizó algún cobro por el servicio prestado

SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

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

SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

- Considera que el carnet que fue entregado para su mascota es un documento importante, por que ?
Si, para poder identificar que nuestra mascota ya se encuentra esterilizada.

Katherine Ros A.
Nombre y Firma

cc 1088321183 **Teléfono:** 3043618047 **Municipio:** Sta Rosa.

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISUR"

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, por que ? Identificación correcta y Clara

Nombre y Firma Camila Vidal Giraldo

cc 1088282445 Teléfono: 3207037803 Municipio: Santa Rosa de Cabal

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, por que ?

_____

_____

Nombre y Firma

cc 1093213650 **Teléfono:** 3105854144 **Municipio:** STA. ROSA DE CAB

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, por que ?

  _____

_____

Nombre y Firma Jorge Gonzalo Ayala

CC 1037634567 **Teléfono:** 3217003226 **Municipio:** Santa Rosa

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, por que ?

  Si

Nombre y Firma

CC 1097270472 **Teléfono:** 3137628753 **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	X	5

- Fue clara las recomendaciones pos quirúrgicas

1	2	3	4	X

- Como percibió el trato que le dieron a su mascota

1	2	3	X	5

- El personal médico demostró destreza y conocimiento

1	2	3	4	X

Responda según corresponda a las siguientes preguntas:

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

-
- Se le realizó algún cobro por el servicio prestado

  SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

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

  SI [X] NO [ ] No Sabe [ ]

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

Yuliana Guevara

Nombre y Firma

cc 1088267926 **Teléfono:** 3105963235 **Municipio:** Santa Rosa

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
				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, por que ? Porq. lo identifica

Nombre y Firma
cc Katherin Perea

Teléfono: 3215571282 **Municipio:** Sta Rosa de Cabal

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, por que ?
  Muy importante Por medio de el puedo saber que le realizaron a mi mascota

Nombre y Firma

CC **Teléfono:** **Municipio:**

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MULTIPLICADORA DE SERVICIOS "MULTISER"

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

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

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

1	2	3	4	X

- Fue clara las recomendaciones pos quirúrgicas

1	2	3	4	X

- Como percibió el trato que le dieron a su mascota

1	2	3	4	X

- El personal médico demostró destreza y conocimiento

1	2	3	4	X

Responda según corresponda a las siguientes preguntas:

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

SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

-
- Se le realizó algún cobro por el servicio prestado

SI [ ] NO [X] No Sabe [ ]

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

SI [ ] NO [ ] No Sabe [X]

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

Si, Porque es un documento que consta del procedimiento realizado.

Nombre y Firma

CC [illegible] **Teléfono:** 3108241410 **Municipio:** Sta Rosa